

Д. А. Мазуркевич, Л. А. Мрочко

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ
ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ СПЕ-
ЦИАЛИЗИРОВАННОГО И ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРОВ**

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. П. С. Неверов

1-я кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного анализа медицинских карт пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Проанализированы методы остановки продолжающегося кровотечения и отсроченные хирургические вмешательства проводимые для профилактики последующих рецидивов. Изучена структура рецидивов после отдельных операций и летальность после первого эпизода и рецидивов кровотечения.

Ключевые слова: кровотечение, виды операций.

Resume. The article presents the results of a retrospective analysis of medical records of patients with bleeding gastric and esophageal varices. Long-term bleeding-techniques and delayed surgical treatment to prevent further relapses were analyzed. Relapses structure after specific surgeries and case fatality rate after first bleeding event and relapses were studied.

Keywords: bleeding, types of operations.

Актуальность. По литературным данным, после первого эпизода кровоте-

ния из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) летальность составляет 30-50% , а у 70% пациентов, переживших один эпизод кровотечения из варикозных вен пищевода, при отсутствии терапии в течение года кровотечения возникают повторно [1,2]. Значительная часть пациентов с кровотечением из ВРВП при синдроме портальной гипертензии (СПГ) поступает в неспециализированные отделения. Тем не менее, в неспециализированных отделениях отсутствуют возможности для предотвращения рецидивов кровотечения из ВРВП.

Цель: Определить рациональный способ остановки продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных вен в зависимости от клинической ситуации и уровня технического обеспечения учреждения здравоохранения.

Задачи:

1. Дать клиническую характеристику пациентам с кровотечением из ВРВП.
2. Провести анализ эффективности методов достижения гемостаза при кровотечении из ВРВП в условиях специализированного и общехирургического стационаров.
3. Оценить непосредственные исходы и отдаленные результаты лечения кровотечений из ВРВП.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 381 пациента с СПГ, находившихся на стационарном лечении по поводу кровотечения из ВРВП в УЗ «10 ГКБ» и отделении портальной гипертензии УЗ «9 ГКБ» г. Минска в 2014-2015 годах. Учитывался возрастной и половой состав контингента, причины развития СПГ и ВРВП, кратность развития эпизодов кровотечения, тяжесть кровопотери, методы достижения гемостаза и их эффективность в ближайшем и отдаленном периоде. Запросы формировались с использованием АИАС «Клиника». Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов MS Office 2010 и SPSS 6.1.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст исследуемой группы пациентов составил $51,9 \pm 22,75$ лет ($M \pm \sigma$). Женщины составили 23% (N=88), мужчины 77% (N= 293). Более 2/3 пациентов (72,7% (N=277)) - это лица трудоспособного возраста, однако из них лишь 14 % (N= 39) нуждалось в листах нетрудоспособности. Это указывает на высокую социальную значимость рассматриваемой проблемы.

Основными причинами развития цирроза печени и СПГ являлись алиментарно-токсические (78,2%) факторы, у 17,3% пациентов имелось сочетание алкогольного и вирусного (ВГС) поражения печени. Подавляющее количество пациентов поступали с кровопотерей средней (28%) или тяжелой (69%) степени. Клинически значимая сопутствующая патология встречалась у 60% пациентов. У 35% пациентов имелся хронический панкреатит, который приводил к развитию подпеченочной стволочной или сегментарной портальной гипертензии.

Основным методом диагностики геморрагического осложнения являлась экстренная эзофагогастродуоденоскопия. Принципиальной является топическая диагностика источника кровотечения (вены желудка, пищевода, их сочетание) для про-

гнозирования эффективности методов достижения гемостаза.

Поступало экстренно в 10 ГКБ 113 человек (99%) из них с продолжающимся кровотечением 41 (36%), летальность составила 36 человек (31,8 %), в 9 ГКБ 268 (24,1%), из них с продолжающимся кровотечением 87 (32,5%), летальность 54 человека (20,1%). Большинство пациентов поступало в промежутке времени 7-24 ч от начала кровотечения (57,5 %), из них с продолжающимся кровотечением 25%, летальность в этой группе составила 16 %. Четверть пациентов поступала позже 24 ч, из них с продолжающимся кровотечением 10,5 %, летальность при этом составила 40%. В первые 6ч поступило 17,5 %, с продолжающимся кровотечением было 94%, летальность в этой группе составила 25,4 %.

Методами остановки кровотечения являлись: эндоскопическое склерозирование и лигирование вен пищевода (65,5 % (N=57) в 9 ГКБ), установка зонда Блэкмора (95 % (N= 39) в 10 ГКБ, 34,5 % (N=30) в 9 ГКБ) и стента Даниша (5 % (N=2) в 10 ГКБ).

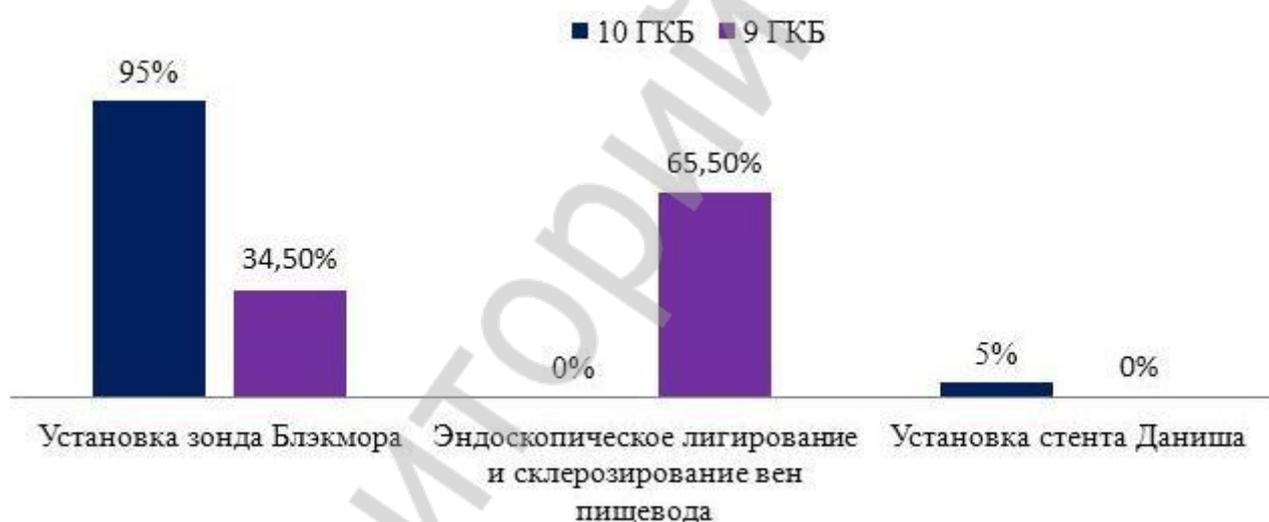


Рисунок 1 - Методы остановки продолжающегося кровотечения

В 10 ГКБ рецидивы кровотечения после установки зонда Блэкмора в течение одной госпитализации возникали у 7,7% (N=3). После установки стента Даниша рецидивов кровотечения не было, однако у 1 пациента наблюдалась миграция стента в желудок и сложности с его экстракцией.

В 10 ГКБ отсроченных хирургических вмешательств с целью профилактики рецидивов кровотечения не проводилось.

У части пациентов с состоявшимся кровотечением (N= 103 (56,9 %)) в ОПГ 9 ГКБ проводилось хирургическое лечение на спавшихся венах в отсроченном порядке.



Рисунок 2 - Структуру проводимых вмешательств с целью профилактики рецидивов кровотечения у пациентов, поступивших с состоявшимся кровотечением

Имели место повторные эпизоды кровотечения в течение года (14,3% (N=11) в 10 ГКБ из 77 выживших после 1 эпизода кровотечения) и (27,1% (N=58) в 9 ГКБ из 214 выживших), обусловленные неадекватным консервативным лечением на амбулаторном этапе, нарушениями режима питания на фоне декомпенсированного цирроза печени.

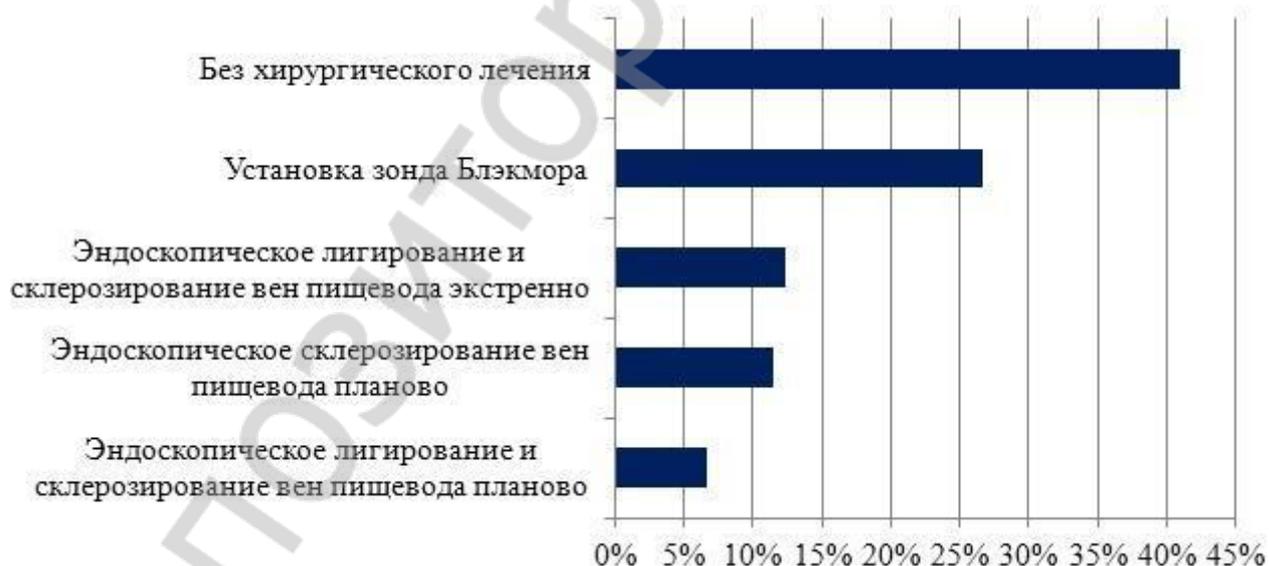


Рисунок 3 - Процентное соотношение рецидивов кровотечения после отдельных операций в течение года в 9 ГКБ

Таким образом, лигирование и/или склерозирование вен в отсроченном порядке является эффективным методом для снижения частоты кровотечений. Постановка зонда Блэкмора является паллиативным методом с высокой вероятностью повторных кровотечений.

После проведения операции TIPS рецидивов кровотечений в течение года не наблюдалось.

В 10 ГКБ повторные кровотечения из ВРВП и желудка в течение года после установки зонда Блэкмора наблюдались у 4 человек (11,8 %), при отсутствии хирургических манипуляций – у 7 (17,1%).

Меньшая частота рецидивов кровотечения в течение года после постановки зонда Блэкмора в 10 ГКБ (меньше на 16 % по сравнению с 9 ГКБ), вероятно связана с последующей госпитализацией в специализированное отделение.

Стоит отметить, что из всех выживших (N =214) после первого эпизода кровотечения в 9 ГКБ планово для оценки состояния вен пищевода госпитализировалось 5 человек (2,34%). 3 пациентам было проведено повторное склерозирование вен пищевода.

Эти 5 пациентов каждые 9 месяцев делали контрольную ФГДС для оценки состояния вен пищевода и профилактическую склеротерапию при необходимости, повторных рецидивов кровотечения у них не наблюдалось.

Проведен анализ диаметра воротной вены (УЗИ и КТ ОБП) у выживших и умерших после первого эпизода кровотечения пациентов (Таблица 1).

Таблица 1. Влияние диаметра воротной вены на исход кровотечения

Дебют кровотечения из ВРВП	Выписан с улучшением n=291	Умер, после первого эпизода кровотечения n= 90
Диаметр воротной вены (M ± σ)	14,4 ±1,3 мм	14,9±1,4 мм
Различия недостоверны p>0,05		

Достоверных различий данного показателя между группами выявлено не было p>0,05. Следовательно, определение диаметра воротной вены не позволяет прогнозировать исходы кровотечения из ВРВП, что требует применения более чувствительных критериев.

Консервативное лечение в стационаре включало: антисекреторную терапию ингибиторами ионной помпы, местную и системную гемостатическую терапию, инфузионную терапию, коррекцию сопутствующей патологии. В связи с тяжестью кровопотери и нестабильностью гемостаза на фоне поражения печени проводилась гемоплазмотрансфузия. Средний объем гемотрансфузии составил 820±50мл (M±m), плазмотрансфузии – 1180±75мл (M±m), достигая при тяжелой степени кровопотери 2760мл эритроцитарной массы и 3500мл свежезамороженной плазмы.

Летальность после первого эпизода кровотечения в 9 ГКБ составила 20,1% (N=54), из них 51,8 % (N=28) лица трудоспособного возраста, в 10 ГКБ 31,8% (N=36), из них лица трудоспособного возраста составили 69,4 % (N=25).

Летальность в течение года от рецидива кровотечения составила в 9 ГКБ

58,6% (N=34), трудоспособного возраста из них 82,3% (N=28), в 10 ГКБ соответственно 63,6 % (N=7), трудоспособного возраста 57,1% (N=4).

Таким образом, летальность среди пациентов с СПГ значительно возрастает в случае повторного кровотечения и достоверно не отличается в специализированном и неспециализированном стационарах ($U=421$, $p>0,05$). Это подчеркивает необходимость выполнения дополнительных манипуляций для достижения облитерации ВРВ и снижения портального давления.

Выводы:

1 Причиной развития СПГ и кровотечения из ВРВ у 78,2% пациентов являлся цирроз печени алкогольной этиологии, 72,7 % составили лица трудоспособного возраста. Вместе с тем, лечение таких пациентов требует значительных финансовых затрат, что подчеркивает не только социальную, но и экономическую значимость данной проблемы.

2 Определение диаметра воротной вены не позволяет прогнозировать исходы кровотечения из ВРВП, что требует применения более чувствительных критериев оценки портальной гипертензии.

3 Развитие повторного кровотечения в течение года ассоциируется со значительно большей вероятностью летального исхода.

4 С целью улучшения отдаленных результатов лечения пациентов с СПГ показана госпитализация в специализированный хирургический стационар.

5 Оптимальным методом достижения гемостаза при кровотечении из ВРВП в условиях общехирургического стационара является постановка зонда Блекмора или стента Даниша с последующей заместительной (компонентами крови), гемостатической и антисекреторной терапией. В специализированном стационаре следует по возможности выполнять гемостаз с помощью современных миниинвазивных методик (склеротерапия и/или лигирование ВРВ, установка стента Даниша, TIPS), позволяющих эффективно снизить риск рецидива кровотечения.

D. A. Mazurkevich, L. A. Mrochko

RESULTS OF PATIENT'S CARE MANAGEMENT WITH BLEEDING ESOPHAGEAL VARICES IN SPECIALIZED AND GENERAL SURGERY HOSPITAL ENVIRONMENT

Tutor Assistant P. S Neverov

1st chair of surgical diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Шотт, А. В. Курс лекций по частной хирургии / А. В. Шотт, В. А. Шотт. – Мн.: ООО «Асар», 2004. – 528 с.
2. Complications of the medical treatment of portal hypertension. Portal Hypertension III, Proceedings of the Third Baveno International Consensus Workshop on Definitions, Methodology and Ther-

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

apeutic Strategies / M. Bolognesi, G. Balducci, G. Garcia-Tsao [et al.]; In M. Bolognesi (ed.) – UK, Oxford: Blackwell Science, 2001. – P. 180–203.