

**Дубровщик О.И.¹, Довнар И.С.¹, Дешук А.Н.¹,
Живушко Д.Р.², Гульмантович С.Г.²,
Хильмончик И.В.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет

²УЗ Городская клиническая

больница № 4 г. Гродно, Беларусь

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА.

Актуальность. В Республике Беларусь сложилась негативная тенденция увеличения количества пациентов, страдающих циррозом печени (ЦП) и синдромом портальной гипертензии (СПГ). Летальность, при данной патологии, за последние 10 лет возросла в 2 раза. Увеличение пациентов ЦП и количества жизнеугрожающих кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), неудовлетворенность хирургов и гепатологов результатами как консервативных, так и оперативных методов лечения, несмотря на современные эндоскопические возможности визуализации источника кровотечения, а также поиск, разработку и внедрение новых методов лечения оставляют эту проблему в числе самых актуальных и трудных в экстренной хирургии, диктуют необходимость поиска возможных путей профилактики развития кровотечения из варикозных вен и прогрессирования их расширения. Изучив литературу по эндоскопической склерозации ВРВП при ЦП и СПГ, а также имея свой небольшой опыт (с 2002 по 2007 гг. эндосклерозация проведена у 19 пациентов), принято решение проведения плановой этапной профилактической склерозации ВРВП. С 2008 по 2011 гг. эндоскопическая склерозация в плановом порядке выполнена у 43 пациентов.

Цель. Оценить результаты включения в систему лечения пациентов ЦП и СПГ новых методик плановой эндоскопической склерозации ВРВП для оптимизации лечебной тактики, улучшения качества жизни и снижения летальности.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 194 пациентов, госпитализированных в городской центр гастроудоденальных кровотечений (ГДК) клиники общей хирургии с 2012 по 2014 гг. с острым кровотечением из ВРВП. Мужчин было 135 (69,6%), женщин – 59 (30,4%), в возрасте от 28 до 85 лет. Злоупотребление алкоголем было причиной развития ЦП у 74,2 % пациентов, вирусный гепатит «С» у 18,6%, идиопатическое поражение

печени у 7,2%. Машиной скорой помощи доставлено 153 (78,9%) пациента, 17 (8,8%) переведены из клиник города, 21 (10,8%) - из поликлиник, самостоятельно обратилось - 3 (1,5%). До 6 ч от начала кровотечения доставлено 53 (27,3%) пациента, от 7 до 24 ч – 45 (23,2%) и позднее 24 ч – 96 (49,5%). В реанимационное отделение госпитализировано – 40 (20,6%), в хирургическое – 140 (72,2%) и в гастроэнтерологическое – 14 (7,2%).

Результаты и обсуждение. Продолжающееся кровотечение установлено у 134 (69,1%) пациентов, у 60 (30,9%) - состоявшееся. Эпизоды кровотечения в анамнезе были у 140 (72,2%), впервые развилось у 54 (27,8%). При продолжающемся кровотечении применяли баллонную тампонаду источника кровотечения у 116 (86,6%) пациентов, у 6 из них после эндоскопического интравазального инъекционного гемостаза. У 18 (13,4%) стабильный гемостаз достигнут клипированием. Плановая эндоскопическая склерозация ВРВП проведена у 48 (24,7%) пациентов при ЦП А и В по Чайлду-Пью, и II – III ст. расширения вен по Шерцингеру. Одновременно склерозировали 3-4 варикозных ствола на различных уровнях введением 6-8 мл интравазально или паравазально 3% раствора этоксисклерола. Консервативная и гемостатическая терапия проводилась согласно протокола стандартов, разработанных в центре ГДК. На 7-8 сутки проводили эндоскопический контроль, склерозировали оставшиеся венозные стволы у 17 (35,4%) пациентов. Этапная склерозация через 3 месяца после выполнения склеротерапии рекомендована 29 (60,4%) пациентам, однако проведена только у 3 – в 2012 г., у 6 – в 2013 г. и у 8 – в 2014г. Через 6 и 12 месяцев проводился плановый эндоскопический контроль, появившиеся расширенные венозные стволы склерозировали у 8 (16,7%) пациентов (данные из компьютерной базы кабинета эндоскопии) с целью профилактики кровотечения и прогрессирования расширения вен. За анализируемый период умерло 56 пациентов, летальность составила 28,9%.

Выводы. На фоне имеющихся нарушений в системе гемостаза при ЦП и СПГ, проведение эндоскопической склерозации ВРВП в один этап не всегда эффективно. Оптимальным является достижение временного гемостаза и последующим отсроченным проведением плановых этапных склерозаций для профилактики прогрессирования ВРВП и развития рецидивов кровотечения, это позволяет повысить выживаемость пациентов в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения, достичь социальной реабилитации и улучшить качество их жизни. Включение в систему лечения этих пациентов плановой склеротерапии нам удалось снизить летальность. Так, в 2012 г. поступило – 77, умерло – 21, летальность - 27,3%, в 2013г. поступило – 65, умерло 21, летальность 32,3%, в 2014г. поступило 52 – умерло 14, летальность 26,9 %.