

Мазуркевич Д.А., Неверов П.С.

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ОТСРОЧЕННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*1-я кафедра хирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Ключевые слова: кровотечение, виды операций.

Резюме. 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.

Resume. 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.

Актуальность. Уже первый эпизод кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при синдроме портальной гипертензии (СПГ), более чем в 50% случаев приводит к летальному исходу. В 70-90% случаев кровотечения из ВРВПЖ рецидивируют, имеют более тяжелое течение и сопровождаются летальностью около 70%. На данный момент, несмотря на некоторые успехи в развитии хирургических методов остановки и профилактики кровотечений из ВРВПЖ, проблема совершенствования лечебных мероприятий является окончательно нерешённой [1,2]. Значительная часть пациентов с кровотечением из ВРВПЖ при СПГ поступает в неспециализированные отделения, в которых возможности для предотвращения рецидивов кровотечения из ВРВПЖ ограничены.

Цель: Определить оптимальный метод достижения гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен в зависимости от клинической ситуации и уровня технического обеспечения учреждения здравоохранения, а также оценить непосредственные исходы и отдаленные результаты лечения кровотечений из ВРВПЖ.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 403 пациентов с СПГ, находившихся на стационарном лечении по поводу кровотечения из ВРВПЖ в УЗ «10 ГКБ» и отделении портальной гипертензии УЗ «9 ГКБ» г. Минска в 2014-2016 годах. 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 $52,3 \pm 23,75$ лет ($M \pm \sigma$). Женщины составили 24% ($n=97$), мужчины 76% ($n=306$). Более 2/3 пациентов (72,5% ($n=292$)) - это лица трудоспособного возраста, однако из них лишь 14,7 % ($n=43$) нуждалось в листах

нетрудоспособности. Это указывает на высокую социальную значимость рассматриваемой проблемы.

Из 123 пациентов в 10 ГКБ по экстренным показаниям поступило 122 человека (99%), из них с продолжающимся кровотечением 44 (36%), летальность в этой группе составила 32 % (n=39), в 9 ГКБ экстренно госпитализировано 281 из 1167 (24,3%), с продолжающимся кровотечением 91 (32,4%), летальность 19,9% (n=56).

Основными причинами развития цирроза печени и СПГ являлись алиментарно-токсические (79%) факторы. Методами остановки кровотечения являлись: эндоскопическое склерозирование и лигирование вен пищевода (64,8 % (n=59) в 9 ГКБ), установка зонда Блэкмора (95 % (n= 42) в 10 ГКБ, 35,2 % (n=32) в 9 ГКБ) и стента Даниша (5 % (n=2) в 10 ГКБ).

У части пациентов с состоявшимся кровотечением (n=76 (57 %)) в ОПГ 9 ГКБ проводилось хирургическое лечение на спавшихся венах в отсроченном порядке.

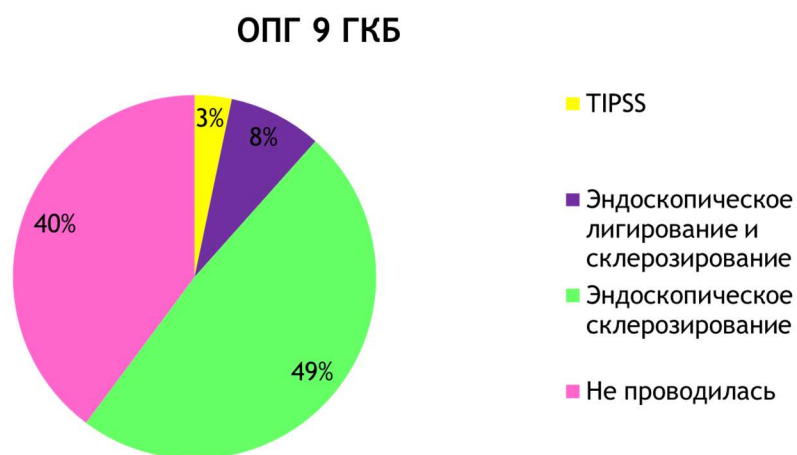


Рис.1 Структуру проводимых вмешательств с целью профилактики рецидивов кровотечения у пациентов, поступивших с состоявшимся кровотечением.

Имели место повторные эпизоды кровотечения в течение года (14,5% (n=12) в 10 ГКБ из 83 выживших после 1 эпизода кровотечения) и (27,1% (n=61) в 9 ГКБ из 225 выживших).

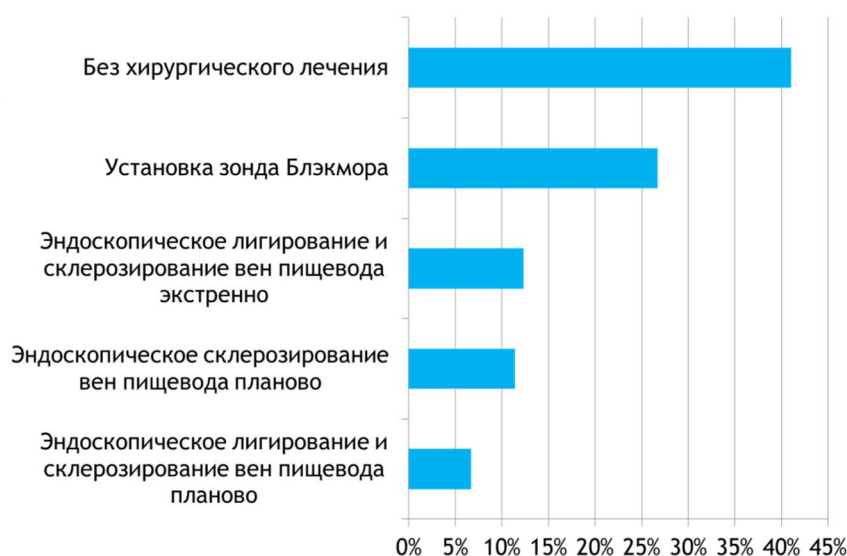


Рис. 2 Процент рецидивов кровотечений после отдельных операций в течение года в 9 ГКБ.

Таким образом, лигирование и/или склерозирование вен в отсроченном порядке является эффективным методом для снижения частоты кровотечений.

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

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

Летальность после первого эпизода кровотечения в 9 ГКБ составила 19,9% ($n=56$), а, в 10 ГКБ 32% ($n=39$).

Летальность в течение года от рецидива кровотечения составила в 9 ГКБ 59% ($n=35$), в 10 ГКБ соответственно 64% ($n=8$).

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.

В связи с тяжестью кровопотери и нестабильностью гемостаза на фоне поражения печени проводилась гемоплазмотрансфузия. Средний объем гемотрансфузии составил 820 ± 50 мл ($M \pm m$), плазмотрансфузии – 1180 ± 75 мл ($M \pm m$), достигая при тяжелой степени кровопотери 2760 мл эритроцитарной массы и 3500 мл свежзамороженной плазмы.

Выводы:

1. Причиной развития СПГ и кровотечения из ВРВ у 79% пациентов являлся цирроз печени алкогольной этиологии, 72,5 % 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. Оптимальным методом достижения гемостаза при кровотечении из ВРВП в условиях общехирургического стационара является постановка зонда Блекмора или стента Даниша. 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.

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

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

5. Госпитализация пациентов, перенесших эпизод кровотечения из ВРВПЖ, в специализированный хирургический стационар для проведения отсроченных эндоскопических и/или эндоваскулярных вмешательств с целью уменьшения рецидивов кровотечения, существенно снизит финансовые затраты на лечение таких пациентов в дальнейшем и летальность от данного осложнения.

6. В связи с низкой приверженностью терапии и рекомендациям о госпитализации в специализированный стационар контингента пациентов с данной патологией, существует необходимость внедрения методов миниинвазивных вмешательств в деятельность общехирургических стационаров.

Литература

1. Варикозное расширение вен желудка у больных портальной гипертензией: диагностика и лечение / С. Б. Жигалова, А. Б. Мелкумов, В. Г. Манукьян и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. Т. 15. – № 3. – С. 84–94.
2. Лечебная тактика при рецидивах кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта / В. М. Тимербулатов, Р. Б. Сагитов, Ш. В. Тимербулатов и др. // *Анналы хирургии*. – 2009. – № 4. – С.