

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Могилевец Э.В., Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Жибер В.М.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Исходом диффузных заболеваний печени является развитие ее цирроза. Достаточную актуальность данной патологии обеспечивает в первую очередь высокая летальность, что обуславливает значительные экономические и социальные потери. Наиболее тяжелым осложнением является кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода на фоне портальной гипертензии. Эндоскопические методики остановки кровотечения являются золотым стандартом лечения данного осложнения, так как основными его преимуществами считаются малоинвазивность, целенаправленность, местное воздействие, отсутствие влияния на функционирование печеночных клеток. Эндоскопическое склерозирование заключается в прицельном введении при ФЭГДС в просвет ВРВ лекарственного препарата, обладающего склерозирующими свойствами за счет формирования местного воспалительного процесса, тромбоза с последующим развитием соединительной ткани и облитерацией просвета сосуда. Данный метод применяется также в качестве профилактического и заключается в поэтапном проведении сеансов склеротерапии через 1-3 недели до полного исчезновения ВРВ. По данным ряда авторов эффективность достигает 60-100% [1, 2]. При этом отмечена также, что вероятность рецидивирования составляет от 5-10 до 37-89% [1, 3, 4]. Это обуславливает актуальность разработки методов прогнозирования результата с целью своевременного применения других долговременных методов профилактики данной категории пациентов. Такая стратификация рисков обеспечивает персонализированный подбор методов лечения и как следствие, улучшение результатов лечения данной категории пациентов.

Цель. Изучение результатов применения эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода у пациентов на фоне синдрома портальной гипертензии.

Методы исследования. Выполнен анализ результатов применения эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода 91 пациента на фоне синдрома портальной гипертензии, госпитализированных в центр гастроудоденальных кровотечений ГКБ №4 г. Гродно с 2002 по 2016 год. Экстренно с признаками острого кровотечения из ВРВ пищевода поступили 50 (55%) пациентов, для плановой этапной склеротерапии – 41 (45%). Возраст пациентов составил $53,4 \pm 1,28$ года (от 26 до 76), мужчин было 58 (63,7%), женщин – 33 (36,3%). По степени тяжести цирроза печени (Чайлд-Пью) класс А установлен у 10 (11%) пациентов, В – у 40 (44%) пациентов, С – у 41 (45%) пациентов. Этиологией цирроза печени у 32 (35,2%) пациентов установлен вирус гепатита (В

– 3, С – 27, В и С – 2). По данным ФЭГДС 2 степень ВРВ пищевода выявлена у 40 (44%) пациентов, 3 – у 51 (56%). Общее количество сеансов склерозаций 91 пациента – 229. В среднем выполнялось 2 (1; 3) сеанса склерозирования (от 1 до 13). Проводился анализ ближайших и отдаленных результатов, в качестве конечных точек рассматривались наступление рецидива кровотечения, смерть пациента. Статистический анализ выполнен с помощью методов непараметрической статистики. Зависимости между переменными выявляли путем рангового корреляционного анализа Спирмена (R). Метод множительных оценок Каплана-Мейера применялся для оценки продолжительности периода без рецидива кровотечения из ВРВ пищевода, а также выживаемости пациентов.

Результаты и их обсуждение. Рецидивы кровотечения отмечен у 66 (72,5%) пациентов. Статистически достоверных различий по полу ($\chi^2=1,02$, $p>0,05$) и возрасту отмечено не было. Возраст пациента также не влиял на возникновение рецидива ($R=-0,014$, $p>0,05$). 1 случай рецидива выявлен у 35 (53%) пациентов, 2 – у 8 (12,1%), 3 – у 11 (16,7%), 4 – у 6 (9,1%), по 5 и 6 рецидивов – у 2 (3%) пациентов, 7 и 8 – у 1 (1,5%).

Взаимосвязи между длительностью течения заболевания и возникновением рецидива отмечено не было ($R=0,017$, $p>0,05$), также на возникновение рецидива не влияло количество выполненных сеансов склеротерапии ($R=0,1$, $p>0,05$).

У пациентов, поступивших с симптомами продолжающегося кровотечения, рецидивы отмечались достоверно чаще – у 84% (42 из 50) пациентов, при плановом – у 58% (24 из 41). ($\chi^2=7,33$, $p<0,05$), коэффициент корреляции Спирмена $R=0,28$, $p<0,05$.

С использованием метода множительных оценок Каплана-Мейера определено 50% время жизни пациентов до возникновения рецидива – 126 дней. Так в течение 1 года кумулятивная доля пациентов без рецидива после склерозации составляет 34% пациентов ($m=0,0523$), в течение 2 лет – 28,7% ($m=0,0505$), в течение 3 лет – 23,2% ($m=0,0478$), 5 лет – 20% ($m=0,0467$). Средний срок возникновения рецидива составил 80,5 (20; 182) дней после выполнения склерозиротерапии ВРВ (min 0 max 2557 дней). Стоит обратить внимание, что в течение первых 30 суток после склерозации рецидив отмечен у 19 пациентов (28,8% от всех рецидивов), в течение первого года – у 55 (83,3%).

При проведении рангового корреляционного анализа Спирмена выявлена корреляция балльной оценки степени тяжести по Чайлд-Пью с фактом возникновения рецидива кровотечения ($R=0,52$, $p<0,05$), а также для сроков его возникновения (коэффициент Спирмена $R=-0,45$, $p<0,05$). Использование анализа Каплана-Мейера для сроков возникновения рецидивов кровотечений в зависимости от степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью показало, что кумулятивная доля пациентов без рецидива через год после склеротерапии ВРВ при циррозе печени класса А составила 70% ($m=0,1449$), В – 51,4% ($m=0,0877$), С – только 10,1% ($m=0,0477$) пациентов.

Выявлена также взаимосвязь степени ВРВ пищевода с возникновением

рецидивов кровотечения ($R=0,25$, $p<0,05$), и их количеством ($R=0,21$, $p=0,0447$). При 2 степени рецидив диагностирован у 24 (60%) пациентов, при 3 – у 42 (82,4%). Однако при анализе Каплана-Мейера) в зависимости от степени ВРВ пищевода медианные сроки рецидива у пациентов со 2 и 3 степенью ВРВ составили 108 и 102 дня, соответственно (тест Гехана-Уилкоксона 1,33, $p=0,1832$) – различия статистически не значимы. При этом наибольшие статистически достоверные различия наблюдаются в отдаленном периоде (F-тест Кокса, $F=1,77$, $p=0,0113$). В срок через 1 год после склеротерапии ВРВ кумулятивная доля пациентов без рецидива при 2 степени ВРВ пищевода составила 38,7%, 3 степени – 30,9%; через 2 года – 35,2% и 22,3%, через 3 – 31,7% и 14,3%, соответственно.

Всего в различные сроки после склеротерапии ВРВ умер 41 (45,1%) пациент, статистически достоверных различий по полу и возрасту отмечено не было. При этом у пациентов с наличием рецидива кровотечения смертность составила 59,1% (39 пациентов), без рецидива – 8% (2 пациента), ($\chi^2=19,12$, $p=0,000012$). Средняя продолжительность жизни после первого сеанса склеротерапии ВРВ для умерших пациентов составила 172 (20; 599) дней (min 0 max 3267), в течение первых 30 суток умерло 11 пациентов (26,8%), в течение первого года – 28 (68,3%).

50% выживаемость при анализе дожития Каплана-Мейера составила 1924,4 (172,2; 2970,4) дня, кумулятивная выживаемость в течение года после склеротерапии ВРВ – 65,9% ($m=0,0527$), в течение 2 лет – 60,3% ($m=0,0552$), пятилетняя выживаемость – 51,6% ($m=0,0628$). Что согласуется с литературными данными [5, 6].

Выводы. Склеротерапия ВРВ пищевода как метод лечения и профилактики кровотечений из низ на фоне портальной гипертензии является достаточно эффективной. Однако риск возникновения рецидивов кровотечений остается достаточно высоким, особенно в течение первого года с момента лечения. Так в этот период возникает 83,3% рецидивов, а 50% время возникновения рецидива по данным анализа Каплана-Мейера составляет 126 дней. При этом на возникновение рецидива пол, возраст пациентов, длительность заболевания не оказывают влияния. Наибольшие различия отмечены в зависимости от степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью. Возникновение рецидивов увеличивает риск летального исхода. Дальнейшее изучение влияния различных показателей на возникновение рецидивов кровотечений после склеротерапии ВРВ является перспективным с целью разработки эффективного метода их прогнозирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kapoor, A. Endoscopic diagnosis and therapy in gastro-esophageal variceal bleeding / A. Kapoor, N. Dharel, A.J. Sanyal // *Gastrointest Endosc Clin N Am.* – 2015. – Vol. 25, N3. – P. 491-507.
2. Memon, M.A. Injection therapy for variceal bleeding / M.A. Memon, W.F. Jones // *Gastrointest Endosc Clin N Am.* – 1999. – Vol. 9. – P. 231-25
3. Endoscopic sclerotherapy in the treatment of gastric varices / S.K. Sarin [et al.] // *Br J Surg.* – 1988. – Vol. 75. – P. 747-750.

4. Gimson, A.E. Endoscopic sclerotherapy in the management of gastric variceal hemorrhage / A.E. Gimson, D. Westaby, R. Williams // J Hepatol. – 1991. – Vol. 13. – P. 274-278.

5. Endoscopic management of esophageal varices / J.P. Cordon [et al.] // World J Gastrointest Endosc. – 2012. – Vol. 4, N7. – P. 312-322.

6. Endoscopic sclerotherapy for hemostasis of acute esophageal variceal bleeding / G. Romano [et al.] // G Chir. – 2014. – Vol. 35, N3-4. – P. 61-64.

ВЛИЯНИЕ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Могильницкая О.Э., Патонич И.К.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время самой распространенной формой инфекций мочевыводящих путей у беременных является бессимптомная бактериурия, или бессимптомная инфекция мочевыводящих путей. Частота бессимптомной бактериурии увеличивается с возрастом – от 1% среди школьников до 16% и более среди женщин 70 лет и старше; у молодых женщин она имеет тесную связь с сексуальной активностью (у 5% здоровых замужних женщин) [1]. По сообщениям К. Stenqvist и соавт. (1989), бессимптомная бактериурия в 9,5% выявлялась у женщин, перенесших в детстве заболевание почек, нежели у пациенток, не имевших осложненного урологического анамнеза (6,2%). У беременных её распространённость варьирует от 2 до 9% и более в зависимости от социально-экономического положения пациентки [2,3]. Бессимптомная бактериурии в настоящее время принимает первостепенное значение в акушерской практике. J.Villar и соавт. (2001) указывают, что бактериурия при беременности может привести к развитию острого пиелонефрита у детей, родившихся от матерей этой группы. Среди осложнений беременности при бессимптомной бактериурии известны угрожающие аборт и преждевременные роды. Течение родового акта у женщин с бессимптомной бактериурией менее благоприятно в связи с большей их продолжительностью и частыми оперативными вмешательствами: ручное обследование полости матки по поводу кровотечения, кесарево сечение.

Цель. Провести анализ течения беременности и родов у женщин с бессимптомной бактериурией и анализ результатов бактериоскопического и бактериологического исследования анализов мочи в первом и третьем триместре беременности.

Методы исследования. Произведен анализ 80 индивидуальных карт беременных и родильниц (форма № 111), состоявших на диспансерном учете в