

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗОНДА-ОБТУРАТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Могилевец Э.В.,
Дубровицк О.И., Боева В.В., Смольский А.В., Будревич А.В.*
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Повторный эпизод кровотечения в стационаре наступает у 25–37% пациентов с варикозным расширением вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) на фоне портальной гипертензии. Манифестируя у 60–80% пациентов на протяжении 120 часов от момента госпитализации, он приводит к летальному исходу у 2/3 пациентов. Рецидивирующее кровотечение становится причиной срыва нестойкого механизма адаптации у этой категории больных, приводит к прогрессированию печеночной энцефалопатии, присоединению гепаторенального синдрома. Это зачастую препятствует адекватной подготовке пациента к другим более надежным методам гемостаза [1].

Баллонная тампонада зондом Сенгстакена-Блэкмора остается надежным резервным методом остановки массивного неконтролируемого другими методами кровотечения из ВРВПЖ, позволяя подготовить пациента для выполнения окончательного гемостаза. [3, 4]. Развитие изъязвлений и некрозов слизистой пищевода и желудка, ассоциирующиеся с его использованием, ухудшают результаты лечения пациентов с циррозом печени и ВРВПЖ, способствуя ранним рецидивам кровотечений [2, 5].

Актуальным в связи с этим является разработка методов, предупреждающих осложнения, связанные с применением зонда обтуратора.

Цель исследования. Уменьшить частоту ранних рецидивов кровотечений из ВРВПЖ у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией в стационаре при использовании зонда Сенгстакена-Блэкмора с помощью нанесения покрытия с гемостатическим и регенерационным эффектом.

Материалы и методы. Проведено исследование результатов лечения 70 пациентов, обращавшихся по поводу цирроза печени

с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из ВРВПЖ. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на контрольную и основную группы, сопоставимые по возрасту, полу, тяжести кровотечения, срокам госпитализации, степени варикозного расширения вен пищевода, классу цирроза по Child-Pugh. Пациентам при продолжающемся активном кровотечении проводилась постановка зонда Сенгстакена-Блэкмора в качестве основного метода гемостаза, либо после проведения эндоскопического склерозирования ВРВ пищевода и желудка. В основной группе в дополнение проводилось предварительное нанесение на баллоны зонда мази «Процелан» (производитель ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов»). Применяемая мазь представляет собой комбинированный препарат, обладающий бактерицидным и репаративным действием. В состав мази входят: цефалексин, пролин, окисленная целлюлоза. Данная комбинация используется также имплантационно в виде салфеток. На данный метод получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение РБ.

Всем пациентам выполнялись общий анализ крови, биохимическое исследование крови, оценивались показатели коагулограммы, тестировались маркеры гепатитов В и С. Проводилось ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы с оценкой показателей портального кровотока в динамике. Определяли диаметр воротной вены, давление, линейную и объемную скорость кровотока в ней. Показатели оценивались до постановки зонда и после его извлечения. Анализ данных выполнен с использованием пакета программ «Statistica 7», для сравнения групп использовались методы непараметрической статистики.

Результаты. При использовании зонда-обтуратора с нанесенной на поверхность баллонов мази «Процелан» отмечено улучшение эффективности гемостаза. Рецидивы кровотечения отмечены у 21 (38,2%) пациента контрольной группы после извлечения зонда, в то время как в основной группе рецидив кровотечения отмечен был у 2 (13,3%) пациентов. Летальность в контрольной группе составила 30,9%, в то время как в основной группе 5,6% ($\chi^2=3,63$, $p<0,05$).

При проведении ФГДС на 3–7 сутки у 12 (85,7%) пациентов

основной группы отмечалось уменьшение дефекта слизистой оболочки пищевода. В то же время в контрольной группе (ФГДС выполнена 45 пациентам) уменьшение дефекта выявлено лишь в 3 (6,7%) случаях ($\chi^2=35,4$, $p<0,001$), при этом у 12 (26,6%) пациентов отмечено ухудшение эндоскопической картины в виде увеличения размеров эрозии в области слизистой пищевода, у 30 (66,7%) пациентов размеры остались прежними.

Меньшие изменения претерпели показатели портального кровотока в основной группе, вероятно, вследствие более надежного гемостаза. Так, давление в воротной вене, линейная и объемная скорость кровотока статистически значимо не изменились в основной группе, в то время как в контрольной снижались к 3 суткам.

В контрольной группе отмечено снижение количества эритроцитов и гемоглобина, в то же время в основной группе снижения данных показателей не отмечалось, что может свидетельствовать о более надежном гемостазе в основной группе.

Заключение. Таким образом, использование мази «Процеллан» в качестве покрытия баллонов зонда Сенгстакена–Блэкмора с целью улучшения результатов лечения пациентов с циррозом печени, портальной гипертензией и кровотечением из ВРВПЖ как самостоятельный метод, так и в сочетании с эндоскопической склерозацией, является эффективным, способствует ускорению заживления дефектов в стенке ВРВ и слизистой пищевода и желудка, снижает процент ранних рецидивов кровотечений и приводит к снижению летальности.

Литературные ссылки

1. Баллонная обтурация кровоточащего пищеводно-желудочного варикоза / А.В. Воробей [и др.] // Актуальные вопросы хирургии: Материалы XXV Пленума Правления Ассоциации белорусских хирургов и Республиканской научно-практической конференции. – Борисов, 2008. – С. 233–235.

2. Горбунов, В.Н. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода / В.Н. Горбунов // Медицинская помощь. – 2002. – № 2. – С. 21–23.,

3. Dib, N. Current management of the complications of portal hypertension: variceal bleeding and ascites / N. Dib, F. Oberti, P. Cales // CMAJ. – 2006. – Vol. 174. – P. 1433–1443.

4. Franchis, R. Revising consensus in portal hypertension: Report of

the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. – Journal of Hepatology. – 2010. – Vol. 53. – P. 762–768.

5. The Sengstaken-Blakemore tube: uses and abuses / E. Seet [et al.] // Singapore Med J. – 2008. – Vol. 49, N 8. – P. 195–197.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

***Батвинков Н.И.¹, Цилиндзь А.Т.², Василевский В.П.¹,
Кардис А.И.², Горячев П.А.², Труханов А.В.², Тарасюк Е.С.¹***
УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

В последние годы среди осложнений как истинных, так и ложных аневризм аорты следует отметить появление грозных патологических процессов, явившихся результатом воспалительной трансформации или инфицирования аневризматических образований [3]. По данным разных авторов, летальность при разрыве аневризмы брюшной аорты и, особенно, с ее инфицированием составляет до 90%. Хирургическое лечебное пособие должно в этом случае предполагать внеанатомическую реваскуляризацию нижележащих отделов, последующее радикальное выключение из кровотока или иссечение аневризматических образований и дренирование воспалительных полостей [1].

Представляющей не меньшую опасность для жизни больного может явиться ситуация после ранее выполненных реконструкций на аорте, особенно в отдаленные сроки и с явлениями сформировавшейся ложной аневризмы анастомоза. Одним из осложнений этих вмешательств являются желудочно-кишечные кровотечения вследствие образования аорто-дигестивного свища [2]. Частота подобных осложнений (так называемый вторичный аорто-энтеральный свищ), по данным ряда авторов, составляет от 0,6 до 2,3%. Кишечное кровотечение образует патологическое соустье, сформировавшееся между кишкой (двенадцатиперстная, то-