ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПИЩЕВОДНО-КАРДИАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

*Дубровицк О.И.¹, Мармыш Г.Г.¹, Могилевец Э.В.¹,
Хильмончик И.В.², Баковец Л.С.², Казак И.М.²,
Гульмантович С.Г.², Казеннов С.С.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»²,
Республика Беларусь

В силу непосредственной клинической значимости проблем пищеводно-кардиальных кровотечений портального генеза у пациентов с циррозом печени различной этиологии, из-за тяжести состояния пациентов, увеличивающегося из года в год количества больных, частоты обнаружения варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), составляющих 60% (А.К. Ерамишанцев, 2003), возросшей летальности за последние 10 лет, в 2 раза, остается самой острой дискуссия о ведущих компонентах профилактики и лечебной тактики при этих кровотечениях. Известно, что в течение двух лет после развития первого эпизода кровотечения оно повторяется у 100% больных, летальность при этом составляет 40–50%, еще 30–50% умирают при рецидиве кровотечения (С.В. Гольбиц и соавт., 2007). Портальная гипертензия при циррозе печени означает серьезный прогноз и является причиной смерти у 30–72% больных в течение 5 лет. Все изложенное представляет весьма удручающие объективные факты, которые оставляют эту проблему в числе самых актуальных, трудных и сложных в неотложной хирургии, несмотря на некоторые достигнутые успехи применения новых высокотехнологичных методов в оперативном лечении этих больных и диктуют необходимость поиска возможных путей улучшения качества их жизни и снижения летальности.

Цель исследования состоит в изучении собственных результатов оказания экстренной помощи пациентам циррозом печени с кровотечением из ВРВПЖ портального генеза, в городском центре гастроудоденальных кровотечений (ГДК) для оптимизации лечебной и профилактической тактики.

Материал и методы. В городской центр ГДК клиники общей хирургии за последние 5 лет (2007–2011 гг.) поступило 343 больных с кровотечением из ВРВПЖ портального генеза, а за период с 2002 по 2006 гг. было госпитализировано 285 пациентов. Мужчин было 218 (63,6%), женщин – 125 (36,4%), в возрасте от 21 от 93 лет. Машиной скорой помощи из дома доставлено 249 (72,6%) из больниц города – 53 (15,5%), из поликлиник – 37 (10,8%) и 5 (1,5%) обратились сами. Первые 6 часов от начала кровотечения доставлено 103 (30 %) больных, через 7–24 часа – 71 (20,7%) и позднее 24 часов – 169 (49,3%). Госпитализировано в реанимационное отделение – 148 (43,1%), в хирургическое – 195 (56,9%). Всем больным при поступлении в центр выполнена ЭФГДС. Продолжающееся кровотечение установлено у 237 (69,1%) больных, у 106 (31%) – состоявшееся, при этом у 239 (69,7%) из них в анамнезе эпизоды кровотечения уже были, у 104 (30,3%) кровотечение возникло впервые, у 58 (16,9%) из них цирроз печени с СПГ установлен до развития кровотечения, у 46 (13,4%) кровотечение портального генеза из ВРВПЖ стало первым клиническим проявлением цирроза печени. Из анамнеза установлено – у 247 (72%) больных причиной развития цирроза печени с СПГ было злоупотребление алкоголем, у 42 (12,2%) – перенесенный вирусный гепатит, у 10 (2,9%) врожденная патология гепатобиллиарной системы, пупочный сепсис новорожденных и 44 (12,8%) больных не смогли указать причину развития болезни.

Результаты. При продолжающемся кровотечении из ВРВПЖ у 237 больных после ЭФГДС и установления источника кровотечения немедленно вводился зонд Блекмора, кровотечение было остановлено у всех пациентов. Одновременно проводились интенсивная заместительная инфузионно-трансфузионная терапия и введение вазоактивных препаратов. Для снижения портального давления после стабилизации гемодинамики внутривенно вводились препараты нитроглицерина. Через 8–10 часов после постановки зонда Блекмора снимали компрессию в манжетах, кровотечение возобновилось у 83 (35%) больных, у 70 из них гемостаз достигнут повторным созданием компрессии в манжетах зонда. У 13 (5,5%) остановить кровотечение не удалось, на высоте кровотечения им выполнены оперативные вмешательства. У 66 (19,2%) пациентов при состоявшемся кровотечении во время диагностиче-

ской ЭФГДС выполнен эндогемостаз, в связи с угрозой рецидива у 5 (1,5%) произведено клипирование кровоточащего сосуда. У 35 (10,2%) при стабильном гемостазе выполнено эндосклерозирование ВРВП по принятой в клинике методике. В плановом порядке (через 7–8 дней после остановки кровотечения) проведено эндосклерозирование у 116 (33,8%) больных. За анализируемый период умерло 105 больных, общая летальность составила 30,6%.

Выводы:

1. Активное внедрение эндосклерозации в систему оказания неотложной помощи при состоявшемся кровотечении из ВРВПЖ портального генеза и при прогнозировании риска развития рецидива кровотечения – реальный путь продления жизни пациентов.

2. Для снижения летальности необходимо как можно раньше больных циррозом печени с СПГ и ВРВПЖ направлять в специализированные центры или хирургические отделения для проведения плановой этапной склерозации варикозных вен пищевода.

3. Применив разработанный в клинике алгоритм оказания неотложной помощи и программу ведения этих больных в условиях городского центра ГДК, нам удалось несколько снизить летальность при острых кровотечениях из ВРВПЖ портального генеза. Так, в 2009 г. в центр госпитализировано 63 больных, умерли 28, летальность составила 44,4%; в 2010 г. поступило 90 – умерли 21, летальность – 23,3%; в 2011 г. госпитализировано – 89, умерли 26, летальность – 29,2%.

Литературные ссылки

1. Эндоскопия в диагностике и лечении варикозно расширенных вен пищевода / С.В. Гольбиц [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – Т.166. – № 3. – 111 с.

2. Ерамишанцев, А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А.К. Ерамишанцев // 50 лекций по хирургии; под ред. В.С. Савельева. – М.: МедиаМедика. – С. 263–268.