

3. Панцырев, Ю. М. Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллори-Вейсса / Ю. М. Панцырев, Е. Д. Федоров // Хирургия. – 2003. - № 80. – с. 35-40.
4. Федоров, Е. Д. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов

пищеварительного тракта с использованием эндоскопических вмешательств. Методические рекомендации № 2001/114. М. – 2001.

5. Уханов, А. П. Эффективность применения эндоскопических технологий при синдроме Маллори-Вейсса / А. П. Уханов и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2012. - № 4. – с. 8-10.

УДК 614. 21:616.33/35-005.1-08

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

¹ П. В. Гарелик, ¹ И. С. Довнар, ¹ О. И. Дубровщик, ¹ Г. Г. Мармыш, ¹ И. Т. Цилиндзь, ² А. В. Филипович, ² Д. А. Шевчук, ² В. М. Жибер, ² Е. Н. Божко

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница № 4, г. Гродно», Гродно, Беларусь

EXPERIENCE OF ARRANGING WORK IN SPECIALIZED CENTRE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL BLEEDINGS

¹ P. V. Garelik, ¹ I. S. Dovnar, ¹ O. I. Dubrovshchik, ¹ G. G. Marmysh, ¹ I. T. Tsilindz', ² A. V. Filipovich, ² D. A. Shevchuk, ² V. M. Zhiber, ² E. N. Bozhko

¹Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Healthcare Institution «City Clinical Hospital № 4, Grodno», Grodno, Belarus

Введение. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) составляют до 60-80% всех геморрагических осложнений заболеваний пищеварительного тракта язвенной этиологии и сопровождаются высокой летальностью [1, 4]. В последние годы наметилась тенденция к снижению заболеваемости язвенной болезнью, особенно язвенной болезнью желудка, но парадоксальным является тот факт, что число пациентов с ЖКК увеличилось [5], а частота язвенных кровотечений в Республике Беларусь возросла за последние 10 лет на 43,8% [6]. Несмотря на снижение летальности при этом осложнении в 2 раза, количество умирающих вследствие ЖКК ежегодно остается значительным.

Особенность текущего периода – изменение патогенеза и патоморфоза язвенной болезни [6], что потребовало изменений в выборе наиболее рационального алгоритма лечения [5]. При лечении ЖКК чрезвычайно важны организационные вопросы, требующие согласованных, технически обеспеченных действий хирурга, эндоскописта, анестезиолога-реаниматолога и терапевта в лечебном учреждении [2].

Примером решения данной проблемы является создание специализированных центров гастродуоденальных кровотечений (ГДК), позволяющих концентрировать пациентов в одном хирургическом стационаре и проводить интенсификацию и развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи при экстренной патологии [3].

В г. Гродно специализированный городской центр ГДК был создан в 1991 г. на базе клиники госпитальной хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница», а с июня 2002 г. городской специализированный центр был развернут на базе клиники общей хирургии УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно». Тогда же было организовано и эндоскопическое отделение с круглосуточным режимом работы.

С апреля 2013 г. на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» функционирует гастроэнтерологическое отделение на 60 коек. Представляло интерес изучить эффективность работы центра ГДК на этапе госпитализации пациентов ЖКК, оценить доступность и качество современных диагностических и лечебных методов при оказании хирургической помощи.

Цель исследования – провести анализ и оценить результаты госпитализации, уровень диагностики и оказания экстренной помощи пациентам с ЖКК для оптимизации дифференцированной лечебной тактики в условиях специализированного городского центра.

Материалы и методы. Основанием для анализа послужил клинический материал обследования и оказания медицинской помощи 1130 пациентам, обратившимся в центр ЖКК в 2015-2016 гг. Изучена ситуация по организации экстренной помощи пациентам с ЖКК, обоснованность направ-

ления в центр этих пациентов врачами поликлиник города, из других стационаров клиник, доставленных бригадой скорой помощи и обратившихся самостоятельно. В работе предпринята попытка ответить на отдельные, наиболее актуальные вопросы организации работы специализированного городского центра ЖКК на основании нашего опыта. Эндоскописты и хирурги круглосуточно выполняют достаточно большой объем работы. Представляло интерес изучить транспортировку пациентов с ЖКК, госпитализацию и обоснованность обращений в центр за помощью.

Результаты. Установлено, что в зависимости от интенсивности и объема кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта скрытый период клинической картины может колебаться от нескольких минут до суток. Это наиболее трудный для диагностики период. Явными клиническими симптомами являются рвота с кровью или появление мелены. В это время диагноз ЖКК устанавливается легко. Труднее установить источник кровотечения. Из 1130 пациентов, обратившихся за помощью по причине ЖКК после ЭФГДС и обследования в соответствии с принятыми стандартами, госпитализированы 589 (52,1%), отпущены домой 294 (26,0%), направлены в другие стационары – 229 (20,3%), отказались от госпитализации 18 (1,6%).

В основу диагностического компонента протокола положена экстренная круглосуточная эндоскопия, направленная на выявление источника кровотечения и эндогемостаза. Несмотря на то, что диагноз не подтверждается примерно у половины пациентов, указание пациента в анамнезе на рвоту с примесью крови, красного или черного цвета, наличие темного стула (даже при обычном цвете кала во время ректального обследования) и при отсутствии общих клинических признаков внутреннего кровотечения всем пациентам, доставленным в центр ГДК, выполняется эндоскопическое обследование и морфологический анализ крови.

Представляло интерес изучить подтверждение диагноза врачей, направивших пациентов, и показания к госпитализации в центр ГДК из поликлиник и стационаров города, а также доставленных бригадой скорой помощи. Из 758 пациентов, доставленных бригадой скорой помощи, у 352 (46,4%) отсутствовали показания к госпитализации в центр. В другие стационары из них направлен 141 (18,6%) пациент и 11 (1,5%) отказались от госпитализации. За анализируемый период из поликлиник города направлено 179 пациентов, из них у 98 (54,8%) экстренных показаний не установлено, 32 (17,9%) из них направлены в другие стационары и 3 отказались от госпитализации. Из стационаров города направлено 149 пациентов, у 79 (53%) диагноз не подтвердился, 52 (34,9%) направлены в другие стационары, у 27 (18,1%) не было пока-

заний для госпитализации вообще. Из 44 обратившихся самостоятельно у 9 (20,5%) не было показаний и 3 отказались от госпитализации.

Изучив и оценив результаты обращения пациентов с ЖКК в городской центр, следует отметить тот факт, что диагноз подтвержден и были госпитализированы только 52% пациентов. Наиболее часто диагноз не подтверждался у пациентов, направленных врачами поликлиник. С одной стороны, это свидетельствует о значительной гипердиагностике желудочно-кишечных кровотечений с возрастом нагрузки на дорогостоящее эндоскопическое оборудование и расходом лабораторных реактивов, с другой стороны, это свидетельствует о постоянной настороженности врачей в отношении опасного для жизни заболевания. Однако большую озабоченность вызывает тот факт, что более чем у половины пациентов, направленных из стационаров города, диагноз также не подтвердился, хотя стационары располагают большими возможностями диагностики, чем поликлиники.

Выводы:

1. В основу диагностического компонента при оказании неотложной помощи пациентам с ЖКК, обратившимся в городской специализированный центр, положена экстренная круглосуточная эндоскопия, направленная на выявление источника кровотечения, определение характера, оценку состояния гемостаза, прогноза рецидива и решение о госпитализации.

2. Концентрация пациентов с ЖКК в городском центре позволяет оптимизировать диагностику и лечение этой тяжелой патологии, подготовить достаточно квалифицированные кадры специалистов, способных эффективно решать вопросы оценки клинико-эндоскопических данных состояния пациента, унифицировать тактику, улучшить результаты хирургического и консервативного лечения.

ческого и консервативного лечения.

3. Создание центра для лечения ЖКК решило проблему специализированной хирургической помощи в условиях города, однако следует заметить, что проблема требует пристального внимания организаторов здравоохранения и междисциплинарного профессионального подхода. Сегодня мы можем говорить только об улучшении результатов лечения таких пациентов, полностью эта проблема решена быть не может, так как успех лечения зависит от многих факторов, не только организационных.

4. Для улучшения работы специализированного центра необходимо в первую очередь совершенствовать преемственность в работе поликлиник, гастроэнтерологических и хирургических стационаров.

Литература

1. Гостищев, В. К. Проблема выбора метода лечения при острых гастроуденальных язвенных кровотечениях / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // Хирургия. – 2007. - № 7. – С. 7.11.
2. Дубровщик, О. И. Первый опыт применения аргоноплазменной коагуляции при острых гастроуденальных кровотечениях / О. И. Дубровщик, Г. Г. Мармыш, О. В. Жибер, А. В. Филипович, Д. А. Шевчук // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посв. 25-летию основания УО «ГГМУ». – Гомель, 2015. – С. 308-310.
3. Ермолов, А. С. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенном гастроуденальном кровотечении / А. С. Ермолов, Ю. С. Теторин, Т. П. Пинчук // Хирургия. – 2014. - № 4. – С. 4-7.
4. Кубышкин, В. А. Организация и результаты хирургической помощи при язвенном гастроуденальном кровотечении в стационарах центрального федерального округа / В. А. Кубышкин, В. П. Сажин, А. В. Федоров, Г. А. Кривцов, И. В. Сажин // Хирургия. – 2017. - № 2. – С. 4-9.
5. Луцевич, Э. В. Лечение язвенных гастроуденальных кровотечений. От хирургии к терапии / Э. В. Луцевич, И. Н. Белов // Хирургия. – 2008. - № 1. – С. 4-7.
6. Шотт, А. В. Гастроуденальные кровотечения, учебное пособие / А. В. Шотт, С. И. Леонович, Г. Г. Кондратенко. – Мн.: БГМУ. – 2003. – 143 с.

УДК 616. 36-004: 616.149-008.341.1]-08

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

¹П. В. Гарелик, ¹О. И. Дубровщик, ¹И. С. Довнар, ²Е. Н. Божко, ²И. И. Цилиндз, ²В. В. Гузень

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница № 4, г. Гродно», Гродно, Беларусь

HEPATIC CIRRHOSIS AND INTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSION: PERSPECTIVES ON TREATMENT

¹ P. V. Garelik, ¹ O. I. Dubrovshchik, ¹ I. S. Dovnar, ² E. N. Bozhko, ² I. I. Tsilindz, ² V. V. Guzen'

¹Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Healthcare Institution «City Clinical Hospital № 4, Grodno», Grodno, Belarus

Введение. Среди причин циррозов печени (ЦП) 40% составляет алкогольная этиология, на втором месте – вирусные заболевания печени [3]. При ЦП у пациентов наблюдаются два ведущих синдрома: печеночно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия (ПГ), тяжесть которых определяет прогноз и тактику лечения [1, 2]. Основными причинами смерти этих пациентов являются кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, энцефалопатия, спонтанный бактериальный перитонит и гепаторенальный синдром [3, 4].

В зависимости от локализации блокады портального кровотока выделяют следующие формы ПГ: надпеченочную, внутривенную и подпеченочную. Наиболее часто развивается внутривенная ПГ в связи с цирротической трансформацией печени. Риск кровотечения зависит от уровня портального давления, 12 мм рт. ст. является критическим для возникновения кровотечения, именно на этот показатель ориентируются при лечении ПГ [1, 2]. В первый год кровотечения из ВРВ возникают у 12% пациентов, летальность составляет 20-25%. Второй эпизод кровотечения развивается у 60% этих пациентов, вероятность смертельного исхода при этом составляет 20-35% [6]. Эндоскопическая оценка риска

кровотечения зависит от наличия воспалительных изменений слизистой пищевода и желудка, размеров варикоза и наличия признаков высокого напряжения их стенок (вишнево-красные пятна и кровяные кисты) [5].

Тактика лечения пациентов с ЦП и ПГ неоднократно пересматривалась, так как дискуссионными остаются вопросы лечения пациентов с данной патологией. Какие бы схемы и стандарты не применялись, выживаемость этих пациентов не повышается, летальность остается высокой [1]. Представляло интерес сравнить эффективность рекомендуемых в литературе методов комплексного лечения этой тяжелой категории пациентов и применяющихся в клинике, в условиях специализированного центра гастроуденальных кровотечений (ГДК) и гастроэнтерологического отделения.

Цель исследования – оценить эффективность лечения пациентов с ЦП с ПГ для оптимизации лечения и продления их жизни.

Материалы и методы. Нами проведено изучение результатов применения разных методов лечения у 972 пациентов с ЦП, лечившихся с 2012 по 2016 г. в центре ГДК (277) и гастроэнтерологическом отделении (695) УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно». Основную группу составили 370 пациентов с ЦП с