

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ИСХОДЫ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

*Неверов П. С., Тарасик Л. В., Шорох С. Г., Василевич А. П., Соколовский П. А., Мазуркевич Д. А.*  
*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,*  
*УО «БелМАПО», УЗ «10-я ГКБ»,*  
*г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Летальность после первого эпизода кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) составляет 30–50 %, а у 70 % пациентов, переживших один эпизод кровотечения из ВРВП, при отсутствии терапии в течение года кровотечения возникают повторно. Значительная часть пациентов с кровотечением из ВРВП при синдроме портальной гипертензии (СПГ) поступает в неспециализированные отделения, где возможности для выполнения патогенетически обоснованных миниинвазивных вмешательств для предотвращения рецидивов кровотечения из ВРВП резко ограничены.

**Цель.** Определить рациональный способ остановки продолжающегося кровотечения 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 ВРВП.

**Материал и методы.** Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт 381 пациента с СПГ, находившихся на стационарном лечении по поводу кровотечения из ВРВП в УЗ «10 ГКБ» и отделении портальной гипертензии УЗ «9 ГКБ» г. Минска в 2014-2016годах. Запросы формировались с использованием АИАС «Клиника». Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов MS Office 2010 и SPSS 6.1.

**Результаты исследования.** Средний возраст исследуемой группы пациентов составил  $51,8 \pm 22,75$  лет ( $M \pm \sigma$ ). Женщины составили 24 % ( $n=96$ ), мужчины 76 % ( $n=304$ ). Более 2/3 пациентов (72,25 % ( $n=289$ )) - это лица трудоспособного возраста, однако из них лишь 14,2 % ( $n=41$ ) нуждалось в листах нетрудоспособности. Это указывает на высокую социальную значимость рассматриваемой проблемы.

Подавляющее количество пациентов поступали с кровопотерей средней (28 %) или тяжелой (69 %) степени. Основным методом диагностики геморрагического осложнения являлась экстренная эзофагогастродуоденоскопия. Принципиальной является топическая диагностика источника кровотечения (вены желудка, пищевода, их сочетание) для прогнозирования эффективности методов достижения гемостаза.

Методами остановки кровотечения являлись: эндоскопическое склерозирование и лигирование вен пищевода (65,5 % ( $n=59$ ) в 9 ГКБ),

установка зонда Блэкмора (95 % (n= 41) в 10 ГКБ, 34,5 % (n=31) в 9 ГКБ) и стента Даниша (5 % (n=2) в 10 ГКБ).

В 10 ГКБ отсроченных хирургических вмешательств с целью профилактики рецидивов кровотечения не проводилось.

У части пациентов с состоявшимся кровотечением (n=109 (57 %)) в ОПГ 9 ГКБ проводилось хирургическое лечение на спавшихся венах в отсроченном порядке.

Имели место повторные эпизоды кровотечения в течение года (14,6 % (n=12) в 10 ГКБ из 82 выживших после 1 эпизода кровотечения) и (27,2 % (N=61) в 9 ГКБ из 224 выживших), обусловленные неадекватным консервативным лечением на амбулаторном этапе, нарушениями режима питания на фоне декомпенсированного цирроза печени.

Таким образом, лигирование и/или склерозирование вен в отсроченном порядке является эффективным методом для снижения частоты кровотечений. Постановка зонда Блэкмора является паллиативным методом с высокой вероятностью повторных кровотечений. После проведения операции TIPS рецидивов кровотечений в течение года не наблюдалось.

В 10 ГКБ повторные кровотечения из ВРВП и желудка в течение года после установки зонда Блэкмора наблюдались у 4 человек (11,8 %), при отсутствии хирургических манипуляций – у 8 (17,4 %).

Меньшая частота рецидивов кровотечения в течение года после постановки зонда Блэкмора в 10 ГКБ (меньше на 16 % по сравнению с 9 ГКБ), вероятно связана с последующей госпитализацией в специализированное отделение.

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

Таблица 1

**Влияние диаметра воротной вены на исход кровотечения**

Дебют кровотечения из ВРВП	Выписан с улучшением n=291	Умер, после первого эпизода кровотечения n= 90
Диаметр воротной вены (M ± σ)	14,4 ± 1,3 мм	14,9 ± 1,4 мм
Различия недостоверны p>0,05		

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 20,3 % (n=57), из них 52,6 % (n=30) лица трудоспособного возраста, в 10 ГКБ 31,1 % (n=37), из них лица трудоспособного возраста составили 67,6 % (n=25).

Летальность в течение года от рецидива кровотечения составила в 9 ГKB 59 % (n=35), трудоспособного возраста из них 82,8 % (n=29), в 10 ГKB соответственно 64 % (n=8), трудоспособного возраста 62,5 % (n=5).

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.

**Выводы.** Причиной развития СПГ и кровотечения из ВРВ у 79 % пациентов являлся цирроз печени алкогольной этиологии, 72,25 % 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.

Оптимальным методом достижения гемостаза при кровотечении из ВРВП в условиях общехирургического стационара является постановка зонда Блекмора или стента Даниша с последующей заместительной, гемостатической и антисекреторной терапией. 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.

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

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

С целью улучшения отдаленных результатов лечения пациентов с ВРВП показана госпитализация в специализированный хирургический стационар для достижения облитерации ВРВ и снижения портального давления.