

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ
ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА
В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Саввинов Иван Иванович, ЛД 502/1

Научный рук: к.м.н., доцент Матвеев А.С.

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета
им. М.К. Аммосова, Якутск

**DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BLEEDING FROM VARICES
GULLET AND STOMACH IN MULTIDISCIPLINARY INFECTIOUS HOSPITAL**

Savvinov Ivan Ivanovoch, LD 502/1

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Matveev A.S.

Medical institute North-Eastern Federal University of M. K. Ammosov, Yakutsk

Кровотечения из варикознорасширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) – острое, тяжелое осложнение пациентов с портальной гипертензией [1, 2]. Треть всех пациентов с циррозом печени (ЦП) и ВРВПЖ продолжают умирать от пищеводно-желудочного кровотечения [2, 4, 5]. По данным Шерлок Ш. и др. (1999) в ведущих медицинских учреждениях добиваются снижения летальности от геморрагического синдрома до 30%, а в группе пациентов, соответствующей функциональному классу Child-Pugh «С», летальность достигает до 100%.

По исследованиям Силивончик Н.Н. и др. (2001) пищеводное кровотечение может развиваться у 30-70% пациентов с циррозами печени, причем у 80% оно рецидивирует и 60-70% из них умирают в течение года.

Целью настоящего исследования явилось ретроспективный анализ лечебно-диагностической тактики при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в условиях специализированной Палаты интенсивной терапии многопрофильного инфекционного стационара.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ лечения 146 больных с кровотечениями из ВРВПЖ, поступивших в ПИТ ЯГКБ за период 2016-2019 гг. Эзофагогастроскопия (ФГДС) производилась всем пациентам с ЦП при поступлении в стационар с подозрением на кровотечение. Эндоскопическое исследование позволяло верифицировать источник кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в 86,3% случаев. Оценку степени активности кровотечения проводили по

J.Forrest (1974), с учетом портального генеза кровотечений. Степень тяжести функционального состояния печени оценивали согласно классификации Child-Pugh (1973) [4, 5].

Результаты и обсуждение: Согласно полученным данным 43,2% больных с ЦП поступили с клиникой активного кровотечения ВРВПЖ. Ретроспективный анализ показал, что гемостаз исключительно консервативными мероприятиями с применением зонда Блекмора-Сенгстакена достигнут в 139 (95,2%) больным. Высокие показатели эффективности применения зонда Блекмора-Сенгстакена достигается не только его правильной установкой, но и раздуванием манжетки, блокирующей зону кровотечения и при этом не нарушающей естественные пути оттока крови. Так, одной из вероятных причин неэффективности методики у больных с кардиофундальной локализацией источника кровотечения была компрессия пищеводным баллоном выше источника кровотечения.

По нашим данным устойчивый гемостаз после удаления зонда Блекмора-Сенгстакена, сохранился у 84,9% больных при кровотечениях из вен средней трети пищевода, в 70,5% наблюдений – из вен нижней трети пищевода, и только у 24,7% пациентов из кардиального отдела желудка.

Использование зонда Блекмора-Сенгстакена в течение 12 часов на фоне медикаментозной терапии остается основным способом гемостаза при эндоскопически видимом подсачивании крови (Forrest Ib) из вен желудка и при активном кровотечении любой интенсивности (Forrest Ia-b) из вен пищевода. Спустя 12 часов манжетки зонда положено распустить, не удаляя. В случае отсутствия гемостатического эффекта и рецидива кровотечения состояние пациента должно быть оценено на переносимость полостного вмешательства. Признаки состоявшегося кровотечения из ВРВЖ (Forrest II) требуют использования исключительно медикаментозных средств его профилактики. Таких же мер требует ситуация с эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения из вен пищевода в виде множественных мелких тромбов (Forrest II с). Локализованный одиночный источник состоявшегося кровотечения из вен пищевода с крупным тромбом (Forrest IIa-b) является показанием к эндоскопической склеротерапии. При отсутствии эндоскопических признаков кровотечения (Forrest III) предпочтение отдать медикаментозным средствам его профилактики.

Следует учесть, что продолжительность использования механической компрессии не может превышать 12 часов, после чего манжетку распускать с оценкой устойчивости гемостаза.

Таблица 1

Летальность в различных группах в зависимости от степени тяжести кровотечения и функционального состояния печени по Child-Pugh

Функциональный класс по Child-Pugh	Общая летальность, %	Степень тяжести кровотечения, %		
		I	II	III
A	29,97	9,9	41,9	38,1
B	53,4 *	35,8 *	55,1	69,3 *
C	87,4 **	80,1 **	84,9 **	97,2 **

* - показатель достоверно отличается от показателей подгруппы А ($p < 0,05$);

** - показатель достоверно отличается от показателей подгруппы А и В ($p < 0,05$).

Как следует из данной Таблицы 1, показатели летальности очевидно большей степени зависели от функционального статуса печени, чем от степени тяжести кровотечения. Основной причиной госпитальной летальности больных с ЦП с пищеводно-желудочными кровотечениями была печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой постгеморрагической анемии.

Вывод: Универсальным тактическим решением для пациентов с профузным кровотечением из ВРВПЖ является использование зонда Блекмора-Сенгстакена и комплекс консервативных мероприятий с гемостатической терапией, профилактика и лечение печеночной недостаточности.

Литература:

1. Александрович Ю.С., Гордеев В.И., Пщениснов К.В. Интенсивная терапия инфекционных заболеваний у детей. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2010. – 320 с.
2. Зубик Т.М., Жданов К.В., Ковеленов А.Ю., Левшанков А.И. Интенсивная терапия инфекционных больных. Рук. для врачей. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2010. – 304 с.
3. Силивончик Н.Н. Цирроз печени. /2-е изд., испр. и доп.. – Мн. «Технопринт», 2001. – 224 с.
4. Шамиров Х.Г., Курбонов Х.Х., Абдуджаббаров А.А., Абдуллоев Д.Х. Синдром Маллори-Вейсса у больных с циррозом печени. //Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны». 2015. С. 38-41
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук.: Пер. с англ. /Под. ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 864 с.