

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 достаточное количество квалифицированных кадров 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 аргонноплазменной 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. Цилиндзь, 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

¹P. V. Garelik, ¹O. I. Dubrovshchik, ¹I. S. Dovnar, ²E. N. Bozhko, ²I. I. Tsilindz', ²V. 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, внутрипеченочную и подпеченочную. Наиболее часто развивается внутрипеченочная 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

ПГ. При диагностической эзофагоскопии у 277 (74,9%) пациентов диагностировано кровотечение из ВРВ пищевода и желудка, они госпитализированы в реанимационное отделение, у 93 (25,1%) установлено наличие ВРВ без кровотечения, оценена степень их расширения, состояние стенок вен и слизистой оболочки пищевода и желудка, пациенты госпитализированы в отделение гастроэнтерологии.

У 198 (71,5%) пациентов с продолжающимся кровотечением из ВРВ пищевода и желудка сразу после извлечения эндоскопа вводили зонд-обтуратор Сенгстаке-Блекмора и создавали компрессию по общепринятой методике. У 79 (28,5%) пациентов при состоявшемся кровотечении в связи с нестабильным гемостазом выполнена эндосклерозация варикозных вен сразу во время диагностической эндоскопии с целью профилактики рецидива кровотечения (у 62 пациентов ВРВ пищевода и у 17 – желудка). У 45 (22,3%) пациентов наблюдали рецидив кровотечения после удаления зонда-обтуратора, у 12 применены эндосклерозация и методика эндоскопического лигирования ВРВ пищевода устройством фирмы MBL-U-6 Cook Medical. У 33 (73,3%) пациентов зонд Сенгстаке-Блекмора вводили повторно.

Всем пациентам в отделении реанимации и гастроэнтерологии проводилась интенсивная терапия коррекции гемодинамических нарушений, связанных с гиповолемией и нарушением функции систем жизнеобеспечения, мониторинг витальных показателей. Первым этапом лечебных мероприятий является общепринятая инфузионная терапия индивидуально в зависимости от тяжести состояния, коррекция гемостаза, применение блокаторов-H2 рецепторов протонной помпы (омепразол, квамател, ребтанза).

Для снижения портального давления применяли неселективные β-блокаторы (карведилол). Механизм снижения портального давления при приеме этих препаратов связан с констрикцией сосудов внутренних органов, и в меньшей мере – со снижением сердечного выброса. Известно, что неселективные β-блокаторы на 45% снижают риск развития кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Назначали вазодилататоры (нитраты), из-за их гипотензивного эффекта применяли их в комбинации с вазоконстрикторами (соматостатин или октреотид). Активная интенсивная комплексная терапия и эндосклерозация (повторная) была неэффективна у 5 пациентов, им выполнены оперативные вмешательства на высоте кровотечения (гастротомия с прошиванием ВРВ – 1, портокавальное шунтирование – 2, у 2 – селективное спленоренальное шунтирование). Четыре пациента с ЦП и ПГ после лечения направлены в Республиканский центр трансплантации органов и тканей как кандидаты на пересадку печени. В плановом порядке у 90 (24,3%) пациентов проведена поэтапная

эндосклеротерапия, за один сеанс вводили до 24-36 мл 0,5% этоксисклерола, через 5-7 дней повторяли процедуру склерозации оставшихся расширенных вен, третий курс – через 30 дней, четвертый – через 3 месяца. Направляют пациентов для плановой склеротерапии терапевты и гастроэнтерологи поликлиник. У 19 из них проведены 3-4 сеанса, у 26 – 2-3 сеанса. Контроль в динамике через 6 месяцев.

За анализируемый период с 2012 по 2016 г. из 277 пациентов с ЦП с ПГ, госпитализированных в реанимационное отделение, умер 121 пациент, летальность – 43,7%. Из обследуемых 93 пациентов, госпитализированных в отделение гастроэнтерологии, умерли 13, летальность – 14%.

Выводы:

1. Лечение пациентов с ЦП с внутривенной ПГ должно включать комплексную медикаментозную вазоактивную терапию, направленную на снижение портального давления, эндосклерозирование источника кровотечения, что позволяет сохранить и продлить жизнь этим пациентам.

2. Решение клинической проблемы лечения и профилактики кровотечения из ВРВ пищевода и желудка у пациентов с ЦП с ПГ требует слаженных действий хирургов, гастроэнтерологов и гепатологов, что позволит в полной мере воплотить нарабатываемые принципы индивидуального подхода к лечению, увеличить сроки их выживаемости.

3. Улучшение результатов лечения и снижения летальности при данной патологии достигается своевременным направлением пациентов с ЦП с ПГ и ВРВ пищевода и желудка в специализированные отделения для решения вопроса о проведении плановой этапной профилактической эндосклерозации расширенных вен.

Литература

1. Дубровщик, О. И. Оптимизация методов профилактики рецидивов кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени с портальной гипертензией: реалии и возможности / О. И. Дубровщик, Э. В. Могилевец // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с межд. Участием, посв. 25-летию основания УО «ГТМУ». - Гомель, 2015. - с. 310-313.
2. Ермолов, А. С. Комбинированный эндоскопический гемостаз при язвенном гастродуоденальном кровотечении / А. С. Ермолов, Ю. С. Тетерин, Т. П. Пинчук // Хирургия, 2014. - № 2. - с. 4-7.
3. Пасечник, И. Н. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени: перспективы лечения / И. Н. Пасечник, П. С. Сальников // Хирургия. - 2013. - № 8. - с. 76-80.
4. Шерцингер, А. Г. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией / А. Г. Шерцингер, С. Б. Жигальцева и др // Хирургия. - 2013. - № 12. - с. 30-34.
5. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули // М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 864 с.
6. Bosch, Y. Prevention of variceal rebleeding [Y. Bosch, Y. C. Garcia-Paquin] // Zancan. - 2003. - 3001. - 952-954.

УДК 616. 36-004:616.61-008. 64]-08

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ГЕПАТОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ВТОРОГО ТИПА

¹О. И. Дубровщик, ¹Г. Г. Мармыш, ²А. П. Карпович, ²А. В. Филипович, ²И. В. Хильмончик, ²Е. Н. Божко, ²О. П. Курило, ²Е. Г. Шевченко

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

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

OPTIONS OF MODERN TREATMENT OF HEPATIC CIRRHOSIS AND TYPE 2 HEPATORENAL SYNDROME

¹O. I. Dubrovshchik, ¹G. G. Marmysh, ²A. P. Karpovich, ²A. V. Filipovich, ²I. V. Khil'monchik, ²E. N. Bozhko, ²O. P. Kurilo, ²E. G. Shevchenko

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

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

Введение. Гепаторенальный синдром (ГРС) – тяжелое осложнение, возникающее у пациентов с циррозом печени (ЦП), характеризующееся клиническими проявлениями почечной недостаточности (ПН). ГРС 2-го типа наблюдается у пациентов с тяжелым асцитом, рефрактерным к диуретикам.

Средняя продолжительность выживания пациентов при ГРС 2-го типа составляет 6 месяцев. Лабораторными критериями ГРС 2-го типа являются уровень креатинина в сыворотке крови (выше 150 мкмоль/л), характерно высокое содержание в плазме ренина, альдостерона и антидиуретического