

А.И. Хоменко¹, М.Н. Каминский², С.Н. Качалов¹

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА: ТРУДНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35,
тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1, 680022, ул. Воронежская, 49,
e-mail: dkb.khabarovsk@gmail.com, г. Хабаровск

Резюме

Лечение больных с кровотечениями из варикозных вен пищевода является сложной клинической задачей. Авторами выполнен анализ результатов лечения 155 больных с варикозными кровотечениями. Установлено, что в группе умерших 63 % составили больные с классом С по Child's-Pugh ($p < 0,001$). Использование антибиотиков, аналогов соматостатина и эндоскопического лигирования более часто отмечено в группе выживших больных (P соответственно $< 0,001$, $< 0,001$ и $< 0,05$). Одним из путей улучшения результатов лечения является внедрение современных клинических рекомендаций. Отмечены трудности, возникающие при внедрении клинических рекомендаций.

Ключевые слова: варикозное расширение вен пищевода, кровотечение, клинические рекомендации.

A.I. Khomenko¹, M.N. Kaminsky², S.N. Kachalov¹

TREATMENT OF BLEEDING FROM ESOPHAGEAL VARICES: DIFFICULTIES AND OPPORTUNITIES TO IMPROVE RESULTS

¹Far Eastern State Medical University;

²Khabarovsk-1 Station Railway Hospital, Khabarovsk

Summary

Treatment of patients with bleeding from esophageal varices is a challenging clinical problem. The authors analyzed the results of treatment of 155 patients with varicose bleeding. It was revealed that in dead patients group 63% of them, belonged to class C according Child's-Pugh ($P < 0,001$). The use of antibiotics, somatostatin analogues and endoscopic ligation were more frequently observed in the group of survivors (respectively $P < 0,001$, $< 0,001$ and $< 0,05$).

One of the ways to improve the treatment results is the introduction of modern clinical practice guidelines. The article mentioned the difficulties encountered in the implementation of clinical guidelines.

Key words: esophageal varices, bleeding, clinical guidelines.

По данным Роспотребнадзора России заболеваемость хроническим вирусным гепатитом С в 2015 году достигла 38,1 на 100 тыс. населения, что создает условия для роста численности больных с циррозами печени [1]. Варикозные кровотечения (ВК) из вен пищевода наблюдаются у 4% больных с циррозами печени, однако риск увеличивается до 15 % у пациентов со средними и крупными венами.

Chalasani N., et al. на основании анализа историй 231 пациента, поступивших с 1997 по 2000 год по поводу ВК, сообщает о госпитальной летальности на уровне 14,2 % [3]. Di Fiore F., et al. указывает на снижение летальности от ВК с 19,5 % до 11,1 % за период с 1996 по 2000 год [5].

Carbonell N., et al. показал снижение летальности при ВК с 42,6 % в 1980 г. до 14,5 % в 2000 г. Автор связывает снижение летальности с внедрением современных методов лечения. Так, если в 1980 г. баллонная тампонада была терапией первой линии, то в 2000 г. применение вазоактивных препаратов, эндоскопиче-

ских методов гемостаза и антибиотикопрофилактики отмечено в 90 %, 100 % и 94 % соответственно. Лучшая выживаемость связывается с уменьшением числа рецидивов кровотечения с 47 % до 13 % и снижением частоты инфекций с 38 % до 14 % [4].

Из эндоскопических методов для остановки кровотечения наиболее эффективным является лигирование варикозных вен пищевода (ЛВВ), которое превосходит склеротерапию варикозных вен пищевода (СВВ) [6].

Использование зонда-обтуратора Sengstaken-Blake-моге уступает по эффективности методам эндоскопического гемостаза, сопровождается тяжелыми осложнениями и высокой частотой рецидивов кровотечения. Поэтому, установка зонда-обтуратора рекомендуется в качестве временной меры для стабилизации пациента перед окончательным гемостазом [6].

Цель исследования – оценить частоту различных факторов, оказывающих влияние на выживаемость больных с кровотечениями из вен пищевода.

Материалы и методы

В период с 2009 по 2016 год в клинике госпитальной хирургии пролечено 155 больных по поводу кровотечения из варикозных вен пищевода. Тяжесть диффузного поражения печени по Child's-Pugh [8] класса

А установлена у 19 больных (12,2 %), класса В – у 68 (43,9 %), класса С – у 61 (39,4 %) и прочие причины – у 7 больных (4,5 %).

Антибиотикопрофилактика выполнена 36 больным (23,2 %), введение аналогов соматостатина – 16 больным (10,3 %), эндоскопический гемостаз – 78 больным (50,3 %) и зонд Sengstaken-Blakemore в виде единственного средства гемостаза использован у 9 больных (5,8 %).

Рецидивы варикозного кровотечения в период госпитализации отмечены у 29 (19 %) больных. Общая летальность составила 36,8 %, при этом в классе В – 29,4 %, классе С – 59 %. В классе А летальности не

отмечено. Досуточная летальность в целом составила 42 % (65 больных), при этом 32 % в классе В и 64 % в классе С.

Для оценки факторов, влияющих на выживаемость, больные были разделены на две группы – группу выживших и группу умерших, которые представлены в таблице. Анализ факторов, оказывающих влияние на выживаемость больных, при развитии варикозных кровотечений из пищевода выполнен с помощью точного критерия Фишера [2].

Результаты и обсуждение

Отмечены статистически значимые различия групп по тяжести диффузного поражения печени по Child's-Pugh, так если в группе умерших тяжелая степень (класс С) отмечена в 63 % случаев, то в группе выживших только в 25,5 % ($P < 0,001$). Летальности в классе А не отмечено. Использование антибиотикопрофилактики и аналогов соматостатина статистически значимо связано с выживанием больных ($P < 0,001$). Высокий уровень досуточной летальности в классе С, достигающий 64 %, говорит о запущенности этих больных на этапе амбулаторной помощи, что подтверждается тем, что ни один из погибших больных с повторными кровотечениями не получал адекватную медикаментозную профилактику рецидивов кровотечений с помощью β -блокаторов, а профилактическое этапное лигирование выполнялось только в 6,5 % случаев. Если в целом, частота использования эндоскопических методов гемостаза в обеих группах статистически не отличалась (52 % и 47 %; $P < 0,05$), то в группе выживших статистически значимо выше частота использования лигирования вен (20 % против 5 %; $P < 0,05$). При выполнении склеротерапии имеется необходимость дополнительной установки зонда-обтуратора в течение 4-6 часов после манипуляции, что может служить дополнительнымотягощающим фактором у тяжелой категории больных.

По данным Британского аудита, включившего 212 госпиталей Соединенного Королевства, летальность при ВК в течение 30 дней составила 15 %, при этом, основным фактором, определяющим ее снижение, авторы считают систематизированный подход на основе единых клинических рекомендаций [7].

1. Летальность при ВК остается высокой и по нашим данным составляет 36,8 %. Важным фактором сохранения высокой летальности является значительная частота рецидивов ВК.

2. Антибиотикопрофилактика, аналоги соматостатина и эндоскопические методы гемостаза недостаточно используются в клинической практике.

1. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2015 году: Государственный доклад. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2016. – 467 с.

2. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. – М.: «МедиаСфера», 2006. – 312 с.

3. Chalasani N., Kahi C., Francois F. Improved patient survival after acute variceal bleeding: a multicenter, cohort

Таблица
Сравнительная характеристика групп выживших и умерших больных с кровотечениями из варикозных вен пищевода

Критерии		Выжившие, 98, n (%)	Умершие, 57, n (%)	P
Класс Child's-Pugh	А	19 (19,4 %)	0 (0 %)	$< 0,001$
	В	48 (49 %)	20 (35 %)	$> 0,05$
	С	25 (25,5 %)	36 (63 %)	$< 0,001$
Другие причины		6 (6,1 %)	1 (2 %)	$> 0,05$
Антибиотикопрофилактика		33 (34 %)	3 (5 %)	$< 0,001$
Аналоги соматостатина		16 (16 %)	0 (0 %)	$< 0,001$
Лигирование вен		20 (20 %)	3 (5 %)	$< 0,05$
Склеротерапия вен		31 (32 %)	24 (42 %)	$> 0,05$
Зонд Blakemore		1 (1 %)	8 (14 %)	$< 0,01$
Рецидив кровотечения		4 (4 %)	25 (44 %)	$< 0,001$

В 2014 году во время согласительной конференции Российского общества хирургов были приняты клинические рекомендации по лечению варикозных кровотечений. Использование антибиотикопрофилактики, аналогов соматостатина и эндоскопического гемостаза является обязательными компонентами современного подхода к лечению данной патологии. Однако реальное внедрение современных методов сдерживается рядом факторов, в том числе и экономическими. Так, тариф ОМС на лечение больного с варикозным кровотечением составляет от 15 800 руб. до 24 038 руб., при реальной стоимости лечения с использованием ЛВВ на уровне 40 520 руб.

Выводы

3. Для улучшения выживаемости больных с ВК целесообразно на основе клинических рекомендаций Российского общества хирургов подготовить обоснование в ТФОМС для увеличения тарифов на пролеченного больного.

Литература

study // Am J Gastroenterol. – 2003. – Vol. 98. – № 3. – P. 653-9.

4. Carbonell N., Pauwels A., Serfaty L. Improved Survival After Variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades // Hepatology. – 2004. – Vol. 40. – № 3. – P. 652-659.

5. Di Fiore F., Lecleire S., Merle V. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal

hemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 2005. – Vol. 17. – № 6. – P. 641-647.

6. Guadalupe Garcia-Tsao, Arun J. Sanyal, Norman D. Grace. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis // Hepatology. – 2007. – Vol. 46. – № 3. – P. 922-938.

7. Jairath V., Rehal S., Logan R. Acute variceal hemorrhage in the United Kingdom: Patient characteristics, management and outcomes in a nationwide audit. // Dig Liver Dis. – 2014. – Vol. 46. – № 5. – P. 419-426.

8. Pugh R.N., Murray-Lyon I.M., Dawson J.L., Pi-etroni M.C., Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices // Br. J Surg. – 1973. – Vol. 60. – P. 646-649.

Literature

1. On the Sanitary and Epidemiological Situation of the Russian Federation in 2015: State report. – M.: Federal Hygiene and Epidemiology Center of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection (Rospotrebnadzor), 2016. – 467 p.

2. Rebroya O.Yu. Statistical analysis of medical data. – M.: «MediaSphera», 2006. – 312 p.

3. Chalasani N., Kahi C., Francois F. Improved patient survival after acute variceal bleeding: a multicenter, cohort study // Am J Gastroenterol. – 2003. – Vol. 98, № 3. – P. 653-659.

4. Carbonell N., Pauwels A., Serfaty L. Improved Survival After Variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades // Hepatology. – 2004. – Vol. 40, № 3. – P. 652-659.

5. Di Fiore F., Lecleire S., Merle V. Changes in characteristics and outcome of acute upper gastrointestinal

hemorrhage: a comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 2005. – Vol. 17, № 6. – P. 641-647.

6. Guadalupe Garcia-Tsao, Arun J. Sanyal, Norman D. Grace. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis // Hepatology. – 2007. – Vol. 46, № 3. – P. 922-938.

7. Jairath V., Rehal S., Logan R. Acute variceal hemorrhage in the United Kingdom: Patient characteristics, management and outcomes in a nationwide audit // Dig Liver Dis. – 2014. – Vol. 46, № 5. – P. 419-426.

8. Pugh R.N., Murray-Lyon I.M., Dawson J.L., Pi-etroni M.C., Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices // Br. J Surg. – 1973. – Vol. 60. – P. 646-649.

Координаты для связи с авторами: Хоменко Алексей Иванович – канд. мед. наук, доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом онкологии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-40-92-69; Каминский Максим Николаевич – врач хирургического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД», тел. 8-(4212)-41-09-42, e-mail: kamani85@yandex.ru; Качалов Сергей Николаевич – канд. мед. наук, зав. кафедрой госпитальной хирургии с курсом онкологии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-40-92-69, e-mail: sergei.kachalov@gmail.com.



УДК 616.33/.34-007.271-089.168.1-06].001.8

П.М. Косенко

ОСОБЕННОСТИ МОТОРИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ СУБКОМПЕНСИРОВАННОМ ЯЗВЕННОМ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С СЕЛЕКТИВНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИЕЙ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: rec@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В работе изучены электрофизиологические особенности моторики желудочно-кишечного тракта у 34 больных с субкомпенсированным язвенным пилорoduodenальным стенозом до- и после дуоденопластики в сочетании с селективной проксимальной ваготомией. Оценка моторики желудка и кишечника осуществлялась методом периферической электрогастроэнтерографии.

В группе больных с субкомпенсированным стенозом выявлены переходные типы моторики желудка от компенсации к декомпенсации. Дана электрофизиологическая характеристика моторики желудочно-кишечного тракта у больных с гипер- и гипомоторным типом субкомпенсированного стеноза. Описана зависимость течения послеоперационного периода от исходного состояния моторно-эвакуаторной функции желудка.