

За анализируемый период летальность составила 1,7 % (6 человек), послеоперационная – 9,1 % (1 человек). При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода как проявлении декомпенсированного цирроза печени на высоте кровотечения эффективным методом лечения является постановка зонда-обтуратора с последующей поэтапной склеротерапией.

### **Выводы**

1. В структуре гастродуоденальных кровотечений язва занимает ведущие позиции, эндоскопический гемостаз является основным методом их остановки.

2. Применение зонда-обтуратора при кровотечениях из варикозно-расширенных вен эзофагокардиальной зоны с последующей поэтапной склеротерапией – альтернатива оперативному лечению данной патологии на высоте кровотечения.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Шотт, А. В. Гастродуоденальные язвенные кровотечения: учебное пособие / А. В. Шотт, С. И. Леонович, Г. Г. Кондратенко. – Минск: БГМУ, 2003. – 143 с.

**УДК 616-005.1:616.36-004]-08**

**С. А. Полянский**

*Научные руководители: старший преподаватель Д. М. Адамович,  
к.м.н. доцент Д. А. Евсеенко*

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

### **Введение**

Цирроз печени (ЦП) – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и образованием узлов, развивающихся вследствие некроза гепатоцитов [1].

Остановка острого кровотечения (ОК) из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода чаще всего проводится с помощью постановки зонда-обтуратора Блэкмора или же лигирования вен пищевода.

Лигирование более эффективно при рецидивах кровотечения, чем склеротерапия [2]. Для осуществления этой методики необходим эндоскоп с лигирующим устройством. При выполнении процедуры варикозно расширенную вену захватывают в лигирующее устройство и надевают на нее эластичное кольцо. Метод прост в выполнении и характеризуется меньшим количеством осложнений, чем склеротерапия [3].

Временная остановка кровотечения может быть достигнута при баллонной тампонаде с помощью зонда-обтуратора Блэкмора или саморасширяющихся пищеводных стентов. Применение баллонной тампонады, по современным данным, считается оправданным в случае необходимости транспортировки пациентов с кровотечением или при невозможности использования других методов лечения, в частности при массивном кровотечении, когда проведение лигирования затруднено из-за плохой видимости. Суммарное время нахождения зонда-обтуратора в пищеводе не должно превышать 24 часа, поскольку в дальнейшем его пребывание может привести к изъязвлению слизистой нижних отделов пищевода [3].

При возникновении кровотечения из ВРВ широко используют вазоактивные препараты, с помощью которых достигают снижения давления в воротной вене и уменьшения натяжения варикозно расширенной стенки сосуда [4].

### **Цель**

Оценить эффективность методов остановки острого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени в зависимости от этиологии заболевания. Оценить процент летальности при применении лигирования, зонда-обтуратора и консервативной терапии.

### **Материал и методы исследования**

Для оценки диагнозов использовался архивный материал с 2018 по 2022 г. учреждения «Гомельская областная клиническая больница». Ретроспективно проанализирована 41 история болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении, с диагнозом цирроз печени, осложненный острой кровопотерей.

Для анализа использовались следующие данные: возраст пациентов, пол, данные фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), этиология заболевания и методы остановки кровотечения. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel и программы Statistica.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всего на стационарном лечении находился 41 пациент с диагнозом ЦП, из них было 24 мужчины (58,0 %) и 17 женщин (42,0 %). У 21 пациента ОК продолжалось.

Стандартное отклонение по возрасту для пациентов с ЦП, имеющих токсико-алиментарную (ТА) этиологию, составило  $47 \pm 12,75$  лет. Для группы пациентов с ЦП вирусной этиологии возраст составил  $49,2 \pm 10,14$  лет. Для группы пациентов с ЦП неуточненной этиологии –  $56,2 \pm 14,29$  лет.

По этиологии ЦП в 7 случаях являлся ТА (17,0 %), в 10 случаях ЦП являлся вирусным (24,0 %), а в 24 случаях – неуточненным (59,0 %).

У 20 (49,0 %) пациентов кровотечение состоялось, лечение было консервативным. У 21 (51,0 %) пациента кровотечение продолжалось. Из них у 17 (41,5 %) пациентов способом остановки ОК являлась постановка зонда Блэкмора, а у 4 (10,0 %) пациентов способом остановки являлось лигирование ВРВ.

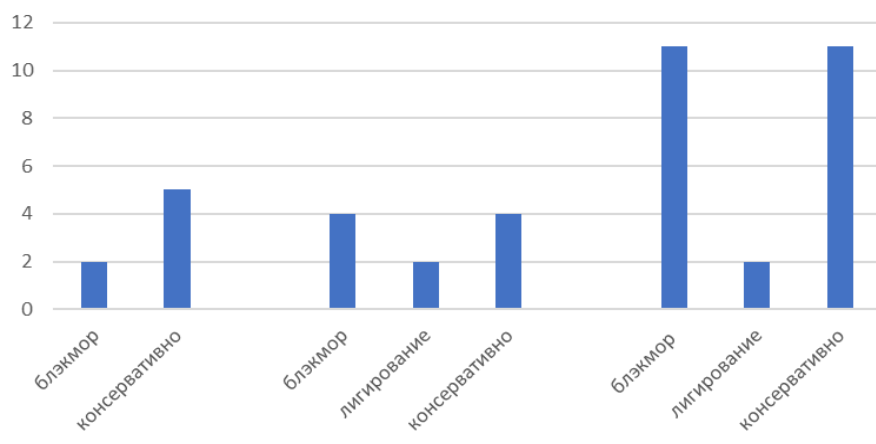
Всего умерло 11 (26,8 %) пациентов, из них у 4 (36,4 %) был верифицирован ТА цирроз, у 3 (27,3 %) – вирусный ЦП, а у 4 (36,4 %) – ЦП неуточненной этиологии.

Летальность пациентов с ТА циррозов составила 57,0 %, с вирусным циррозом – 30,0 %, с ЦП неуточненной этиологии – 16,0 %.

При поступлении всем пациентам выполнена ФЭГДС. у 5 пациентов с диагнозом ТА ЦП кровотечение состоялось. А у 2 пациентов этой группы ОК продолжалось. У 4 пациентов с диагнозом ЦП вирусной этиологии ОК состоялось, а у 6 – продолжалось. у 11 пациентов с диагнозом ЦП неуточненной этиологии ОК состоялось, а у 13 – продолжалось.

Среди ЦП с продолжающимися ОК: в группе пациентов с ЦП ТА этиологии ОК удалось остановить в 100 % случаев постановкой зонда Блэкмора. В группе пациентов с ЦП вирусной этиологии ОК удалось остановить в 66,7 % случаев с помощью зонда Блэкмора, а в 33,3 % случаев – лигированием ВРВ. У пациентов с ЦП неуточненной этиологии ОК удалось остановить в 84,6 % с помощью постановки зонда Блэкмора у 15,4 % лигированием ВРВ (рисунок 1).

В группе пациентов с ЦП неуточненной этиологии, у которых ОК было остановлено постановкой зонда Блэкмора, летальность составила 23,0 %. В этой же группе пациентов, котором выполнялось лигирование ВРВ, летальность составила 0,0 %. Летальность пациентов, у которых ОК состоялось до поступления в стационар из составила 25,0 % (1 пациент).



**Рисунок 1 – Способы остановки кровотечения в зависимости от этиологии ЦП. Слева направо этиология цирроза печени: токсико-алиментарный, вирусный, неуточненный**

В группе пациентов с ЦП вирусной этиологии летальность составила 33,3 % после остановки ОК зондом Блэкмора. После остановки ОК лигированием ВРВ никто не умер, а у пациентов с состоявшимся кровотечением при поступлении в стационар летальность составила 25,0 % (1 пациент).

Пациенты с ЦП ТА этиологии, которым ОК было остановлено постановкой зонда Блэкмора, характеризовались 50,0 % летальностью (1 пациент). В этой группе исследуемых лигирование ВРВ никому не выполнялось. У 5 пациентов кровотечение состоялось до поступления в стационар. Из них умерло 3 (60,0 %).

Из 11 умерших пациентов, у которых были применены современные методы гемостаза, вне зависимости от этиологии ЦП летальность составила 55,0 %. Остальные 45,0 % пациентов умерли с диагнозом состоявшееся кровотечение после поступления в стационар.

### **Выводы**

Наиболее частым методом остановки острого кровотечения является постановка зонда-обтуратора Блэкмора. Вторым по частоте встречаемости современным методом гемостаза является лигирование варикозно расширенных вен пищевода. Пациенты с продолжающимся кровотечением относятся к группе «тяжелых» пациентов, летальность которых составила 26,8 %. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения является лигирование вен пищевода. Группа пациентов с токсико-алиментарным циррозом печени характеризовалась более высоким процентом летальности в сравнении с другими группами. Наиболее часто продолжающееся кровотечение на момент поступления в стационар отмечалось в группе пациентов с вирусным циррозом печени.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М: ГЭОТАР-МЕД 2002. – С. 864.
2. Prospective randomized trial of endoscopic sclerotherapy versus variceal band ligation for esophageal varices: influence on gastropathy, gastric varices and variceal recurrence / S. K. Sarin [et al.] // J. Hepatol. – 1997. – № 26. – P. 826–832.
3. Пасечник, И. Н. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени / И. Н. Пасечник, П. С. Сальников // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013. – № (8). – P. 7680.
4. Time profile of the haemo- dynamic effects of terlipressin in portal hypertension / A. Escorsell [et al.] // J. Hepatol 1997. – № 26. – P. 621–627.