

Материал и методы

В Республиканской клинической больнице им. Г.Г. Куватова с 2008 года накоплен опыт выполнения 75 TIPS по поводу цирроза печени, портальной гипертензии, варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) 3-й степени и асцита. Использованы два вида стентов: самораскрывающиеся (MARIS-Terumo, SMART-Cordis) (n=46) и самораскрывающиеся с покрытием (Gore Viatorr TIPS Endoprote-sis) (n=39) длиной 7-9 см, диаметром 10мм.

Результаты и обсуждение

У 15 (20%) из 75 больных TIPS тромбоз стента произошел в разные сроки. В сроки до четырех дней тромбоз произошел у 2 (2,7%) больных, от 1 до 2 месяцев – у 2 (2,7) и от 6 месяцев до года – у 11 (14,7%) больных. Тромбоз происходил в самораскрывающихся стентах MARIS-Terumo (n=6) и (SMART-Cordis) (n=4). В самораскрывающихся стентах с покрытием PTFE Gore Viatorr TIPS Endopro-

tesis в отдаленных результатах тромбоз выявлен в 5-ти случаях. Верификация тромбоза в стенте проводилась с помощью ультразвукового дуплексного сканирования (отсутствие магистрального кровотока).

Выводы

1. TIPS является эффективным методом декомпрессии системы воротной вены при лечении пациентов с синдромом портальной гипертензии, позволяющим снизить частоту рецидивов кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (до 6,7% в течение 18 месяцев) и способствующим уменьшению количества асцитической жидкости.

2. Использование TIPS в клинической практике значительно расширяет возможности лечения крайне тяжелого контингента больных циррозом печени (классы В и С).

3. Применение покрытых стент-графтов при TIPS позволяет снизить стенозы и тромбозы в портосистемном анастомозе (p=0,045).

Сведения об авторах статьи:

Нартайлаков Мажит Ахметович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 228-79-94. E-mail: nart-m@mail.ru.

Мухамедьянов Ильшат Фанисович – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, зав. отделением РХМДиЛ, ГБУЗ РБ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8(347) 279-03-86. E-mail: rh_ilshat@mail.ru.

Зиязетдинов Рустем Наилевич – врач-интерн кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 228-79-94. E-mail: gastrohirurg@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Переоценка взглядов на сосудистые porto-кавальные анастомозы в хирургии портальной гипертензии / А.К. Ерамишанцев, В.М. Лебезев, А.Г. Шерцингер, М.А. Долидзе // Хирургия. – 1991. – № 6. – С. 78-82.1
2. Пациора, М.Д. Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора. – Ташкент: Медицина, 1984. – 319 с.
3. Цациниди, К.Н. Портальная гипертензия / К.Н. Цациниди, А.К. Ерамишанцев. – М.: Москва, 1974. – 95 с.
4. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: практич. рук-во / Ш. Шерлок, Дж. Дули; пер. с англ./ под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 189 с.
5. A comparison of sclerotherapy with staple transection of the oesophagus for the emergency control of bleeding from oesophageal varices / A. K. Burroughs, G. Hamilton, A. Phillips [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1989. – Vol. 321, № 13. – P. 857.5.
6. Acute bleeding varices: a 5-year prospective evaluation of tamponade and sclerotherapy / J. Terblanche, H.I. Yakoob, P.C. Bomman [et al.] // Ann. Surg. – 1981. – Vol. 194. – P. 521-530.6.
7. Creation of an intrahepatic portosystemic shunt with a Gruntzig balloon catheter / R.F. Colapinto, R.D. Stronell, S.I. Birch [et al.] // Can. Med. Assoc. J. – 1982. – Vol. 126. – P. 267-268.
8. Hulek, P. Current practice of TIPS / P. Hulek, A. Kraina. – Kralove: Progresstick Hradec, 2001.8
9. Endoscopic sclerotherapy versus portacaval shunt in patients with severe cirrhosis and acute variceal hemorrhage, long-term follow up / J. Cello, X. Grendall, R. Crass [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1987. – Vol. 316, № 1. – P. 11-15.9.
10. Portal Hypertension / J. Bosch, M. Navasa, J.C. Garcia-Pagan [et al.] // Med. Clin. North Am. – 1989. – Vol. 73. – P. 931-952.10.
11. Sanyal, A.J. Portal hypertension: pathology, evaluation and treatment / A.J. Sanyal, V.H. Shah. – Humana Press, 2005. – 515 p.11.
12. Spence, R.A. Results in 100 consecutive patients with stapled oesophageal transection for varices / R.A. Spence, G.W. Johnson // Surg. Gynecol. Obstet. – 1985. – Vol. 160, № 4. – P. 323-329.12.

УДК 616.33/342-002.44-06-005.1-089-072.1

© М.В. Тимербулатов, Т.М. Зиганшин, Р.Р. Рахимов, А.А. Нуриев,
Е.Н. Санников, Р.Н. Зиязетдинов, Ю.Р. Юнусова, Н.М. Казаков, 2013

М.В. Тимербулатов¹, Т.М. Зиганшин², Р.Р. Рахимов¹, А.А. Нуриев¹,

Е.Н. Санников², Р.Н. Зиязетдинов¹, Ю.Р. Юнусова¹, Н.М. Казаков²

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа

В данной работе представлен опыт лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями из верхних отделов кишечного тракта. В анализируемую группу включили больных в период 2008 – 2012 гг. В статье изложены методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода, кровотечениях из язвенного дефекта желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при кровотечениях, связанных с опухолью желудка и поджелудочной железы.

Ключевые слова: кровотечение, гемостаз, язвенная болезнь желудка, варикозно расширенные вены пищевода, синдром Меллори-Вейса, опухоль желудка, опухоль поджелудочной железы.

M.V. Timerbulatov, T.M. Ziganshin, R.R. Rakhimov, A.A. Nuryev,
E.N. Sannikov, R.N. Ziyazetdinov, Yu.R. Yunusova, N.M. Kazakov
**EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BLEEDING
OF ULCER ETIOLOGY OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT**

This paper presents the experience of treatment of patients with gastro-intestinal bleeding from the upper sections of the gastro-intestinal tract. The analyzed group included patients hospitalized during 2008 – 2012. The article presents methods of hemostasis at bleeding from varicose veins of the esophagus, bleeding from the ulcer of stomach and duodenum, bleeding associated with tumors of the stomach and pancreas.

Key words: bleeding, hemostasis, stomach ulcers, varicose veins of the esophagus, Mallory-Weiss syndrome, tumor of the stomach, tumor of the pancreas.

В структуре желудочно-кишечных кровотечений основными этиологическими причинами являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ, ЯБДП), синдром Меллори-Вейса, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). Лидирующие позиции занимают ЯБДП, ЯБЖ, а также синдром Меллори-Вейса, что составляет соответственно 67,5-42% и 53,1% [3].

Распространенность язвенной болезни в РФ и большинстве стран СНГ не имеет тенденции к снижению и составляет 1,7-5%, а заболеваемость составляет 1,6-6,5% [1]. В странах с высоким уровнем качества жизни отмечается снижение заболеваемости язвенной болезнью. Вместе с тем количество язвенных кровотечений увеличилось в 2-3 раза, что связано с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов значительной частью населения [2].

В последние десять лет отмечается увеличение числа больных с синдромом Меллори-Вейса. Среди данного контингента больных основную часть занимают лица социально низкого уровня жизни. Увеличение числа больных с кровотечением из ВРВП связывают с катастрофически нарастающими темпами заболевания печени с исходом в цирроз.

Современными тенденциями является увеличение числа тяжелых кровотечений и пациентов пожилого и старческого возрастов в структуре больных с ЯБЖ и ЯБДП [4]. Несмотря на достижения гастроэнтерологии, анестезиологии и реаниматологии и совершенствование методов лечебной эндоскопии, общая летальность при ЯБДК остается высокой и колеблется в широких пределах – от 3,3 до 15%, что связано с неоднородностью анализируемых групп больных [5].

Целью работы явилось изучение состояния проблемы оказания медицинской помощи

больным с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы

В основу данной работы легли архивные данные за последние пять лет (2008-2012) о больных, поступивших на стационарное лечение в ГБУЗ ГКБ № 21.

В структуру анализируемых больных включали пациентов с диагнозами: язвенная болезнь желудка – 155 (22,4%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 225 (32,6%), кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – 69 (10%), синдром Меллори-Вейса – 180 (26%), болезнь оперированного желудка, кровотечение из пептической язвы анастомоза – 11 (1,6%), злокачественные новообразования ЖКТ – 43 (6,2%), кровотечения неуточненной локализации – 9 (1,3%). Женщин было 187 (27%), мужчин – 503 (73%). Возраст пациентов – от 18 до 87 лет.

У 539 (78,2%) пациентов кровотечение было состоявшимся на момент осмотра, у 130 (18,8%) активным, что потребовало эндоскопической остановки при первичном обследовании.

Результаты и обсуждение

Основным методом являлся эндоскопический гемостаз. Способы эндоскопического гемостаза включали: периульцерозное введение азотно-кислого серебра, термическая электрокоагуляция, аргонно-плазменная коагуляция, эндоскопическое лигирование, наложение клипсы, установка зонда Блэкмора. Из эндоскопических методов гемостаза чаще всего применялась термическая электрокоагуляция (39%). При неэффективности в 23% случаев применяли аргонно-плазменную коагуляцию. Второй способ является более эффективным. После аргонно-плазменной коагуляции рецидивы отмечались крайне редко. При кровотечениях слабой интенсивности в

23% случаев применялось орошение азотно-кислым серебром, и этого было достаточно, рецидивов не наблюдалось.

При невозможности проведения эндоскопического гемостаза при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки проводился открытый гемостаз – 21 случай (3,04%), который осуществлялся в объеме – лапаротомия, гастро-, дуоденотомия, ушивание кровоточащего сосуда – 2,46% (17 случаев), реже выполнялась резекция желудка – 0,72% (5 случаев).

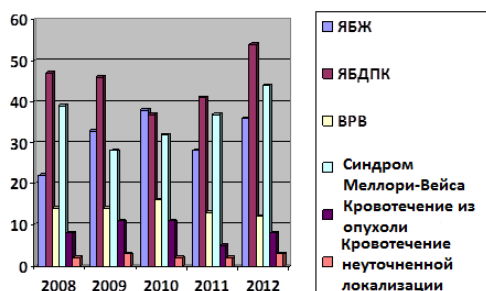


Рис. 1. Распределение больных по нозологическим группам



Рис. 2. Эндоскопические методы остановки кровотечения

Среднее количество койко-дней, проведенных в реанимации, составило 2,2 койко-дня (максимум 27 койко-дней, минимум 1 койко-день). Из расчета на одного больного было перелито 320 мл свежесмороженной плазмы, 430 мл эритроцитарной взвеси. Причем достоверно нет корреляции между объемом переливаемой плазмы, компонентов крови и уровнем гемоглобина. Количество рецидивов кровотечения составило: ЯБЖ – 4,91%, ЯБДПК – 3,22%. Мелена обнаружена у 491 (71%) больного.

Максимальная летальность была в группе больных с диагнозом ВРВП – 13,03%, ЯБЖ – 6,8%, синдром Меллори-Вейса – 9,21%, минимальная летальность в группе с диагнозом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 2,17%.

Выводы

Таким образом, мы убедились, что заболеваемость ЯБЖ и ЯБДПК, осложненных желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), до сих пор остается высокой, несмотря на современный уровень консервативной терапии. Число больных с синдромом Меллори-Вейса не имеет тенденции к снижению. Это связано с нарушением врачебного комплайса. Возможно, при более тщательной работе врачей амбулаторного звена по профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, синдрома Меллори-Вейса, число госпитализаций по поводу ЖКК уменьшится.

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

Зиганшин Тимур Маратович – к.м.н., заведующий хирургическим отделением ГБУЗ РБ ГКБ №21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. Тел./факс 8 (347) 246-53-77.

Рахимов Радмир Радимович – ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

Нурьев Азат Азаматович – клинический ординатор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Санников Евгений Николаевич – врач хирург хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. Тел./факс 8 (347) 246-53-77.

Зиязетдинов Рустем Наилевич – врач-интерн кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 228-79-94. E-mail: gastrohirurg@mail.ru.

Юнусова Юлия Рустемовна – врач-интерн кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Казаков Никита Михайлович – врач-хирург хирургического отделения № 1 ГБУЗ РБ ГКБ №21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черняховская, Н.Е. Диагностическая и гастродуоденоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии/Н.Е. Черняховская, Д.П. Черепянец //Медицинская помощь. – 2006. – № 4. – С. 13-16.
2. Gilbert D.A., Silverstein F.E. Acute upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterologic endoscopy. Ed.M.V. Sivak. 2nded. W.B. Saunders company 2000; 1: 284-289.
3. Сотников В.Н., Дубинская Т.К. Эндоскопическая диагностика и эндоскопические методы лечения кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта: учебное пособие. –М.: РМАПО, 2000. – 48 с.
4. Крылов, Н.Н. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика и лечение// Рос. журнал. – 2001. – № 2. – С. 76.