

2. Рубцов В.С., Урядов С.Е. Эндоскопическая резекция крупных колоректальных полипов с применением методики клипирования // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 2. – С. 346–349.

Rubtsov VS, Uryadov SE (2012). Endoscopic resection of large colorectal polyps using clipping method [Jendoskopicheskaia rezekcija krupnyh kolorektal'nyh polipov s primeneniem metodiki klipirovaniya]. *Fundamental'nye issledovaniya*, 4, 346-349.

3. Сотников В.Н., Дубинская Т.К., Разживина А.А. Эндоскопические методы лечения кровотечений из

верхних отделов пищеварительного тракта: учебное пособие. – М., 2000. – 48 с.

Sotnikov VN, Dubinskaya TK, Razzhivina AA (2000). Endoscopic method of treatment of upper gastrointestinal tract hemorrhages: teaching guide [Jendoskopicheskie metody lechenija krvotechenij iz verhnih otdelov pishhevaritel'nogo trakta: uchebnoe posobie], 48.

4. Inoue H, Ikeda H, Hosoya T, Onimaru M et al. (2012). Submucosal endoscopic tumor resection for subepithelial tumors in the esophagus and cardia. *Endoscopy*, 44, 225-230.

**Сведения об авторах**  
**Information about the authors**

**Матвеева Валентина Ильинична** – заведующая эндоскопическим отделением Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова (670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 1; тел.: 8 (3012) 45-10-22; e-mail: valenmat@mail.ru)

**Matveeva Valentina Iljichna** – Head of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital (pr. Stroiteley, 1, Ulan-Ude, Russia, 670042; tel.: +7 (3012) 45-10-22; e-mail: valenmat@mail.ru)

**Хутаков Руслан Валерьевич** – врач эндоскопического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Khutakov Ruslan Valerjevich** – Endoscopist of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

**Цыденов Ким Амгаланович** – врач эндоскопического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Tsydenov Kim Amgalanovich** – Endoscopist of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

**Дондупов Александр Сергеевич** – врач эндоскопического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Dondupov Alexander Sergeevich** – Endoscopist of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

**Саганов Владислав Павлович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета

**Saganov Vladislav Pavlovich** – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Hospital Surgery of Buryat State University

УДК 617-089.844

**В.И. Матвеева<sup>1</sup>, Р.В. Хутаков<sup>1</sup>, К.А. Цыденов<sup>1</sup>, А.С. Дондупов<sup>1</sup>, В.П. Саганов<sup>2</sup>, Э.Б. Раднаев<sup>1</sup>**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ  
ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МУЗ ГК БСМП ИМ. В.В. АНГАПОВА**

<sup>1</sup> МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова»,  
Улан-Удэ, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия

**ВВЕДЕНИЕ**

Эндоскопия нашла широкое применение как метод обследования и лечения больных с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК). Кровотечение из ВРВ пищевода и желудка является одной из причин кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Варикозное расширение вен пищевода и желудка является одним из наиболее частых и прогностически значимых проявлений портальной гипертензии (ПГ) – синдрома, возникающего при затруднении кровотока в портальной системе, сопро-

вождающегося повышением давления в портальной вене и обусловленного кровотечением в пищеварительный тракт [1].

Первичным методом диагностики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка является эзофагогастроскопия, которая позволяет установить причину кровотечения, определить тактику введения больных. Кровотечение при ВРВ пищевода и желудка развивается из участка эрозии или изъязвления в стенке варикозного узла и чаще носит струйный характер, что затрудняет обследование больных с

этой патологией на высоте кровотечения. При оставшемся кровотечении локализацию дефекта в вене определяют по наличию подслизистого кровоизлияния в проекции сосуда [2].

Единой программы лечения синдрома портальной гипертензии до сих пор не выработано. Высокая летальность больных с циррозом печени, обширных травматических хирургических вмешательств привела к необходимости разработки и поиску рационального малоинвазивных манипуляций. Одним из приоритетных способов является метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) ВРВ пищевода [3].

В 1985 г. Стигманном и Гоффом разработан и внедрён новый метод лечения ВРВ пищевода – эндоскопическое лигирование (ЭЛ) варикозных узлов латексными кольцами. В настоящее время применяются мультиапликаторы (6–10 Shooter Saeed Multi-Band Ligator), позволяющих в процессе одного исследования использовать от 4 до 10 колец, что устранило необходимость повторных введений эндоскопа и использования защитного тубуса, по сравнению с лигирующим устройством Стигманна – Гоффа. Тем самым значительно сократилось время лечения и уменьшились связанные с процедурой отрицательные субъективные ощущения у пациентов [1].

Множество исследований были посвящены сравнению эффективности эндоскопического лигирования и эндоскопической склеротерапии с целью остановки кровотечения из вен пищевода. Как отдельные работы [5, 7], так и мета-анализ [6], посвященные сопоставлению данных методик, свидетельствуют о том, что при лигировании реже встречаются осложнения, отмечается низкая смертность и требуется меньше сеансов эндоскопии для достижения результата. Одним из недостатков лигирования может являться плохая видимость в условиях активного кровотечения из-за нахождения устройства для лигирования на конце аппарата. Мета-анализ 9 исследований, посвященных комбинированному применению медикаментозной и эндоскопической терапии в лечении кровотечения при варикозном расширении вен пищевода, продемонстрировал существенные преимущества такого подхода.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность эндоскопического лигирования при различных степенях варикозно-расширенных вен пищевода при urgentных и плановых ситуациях на базе МУЗ ГК БСМП им. В.В. Ангапова (г. Улан-Удэ).

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее время предложено множество классификаций ВРВ пищевода и желудка. В нашем отделении мы используем 4-степенную классификацию К.-J. Raquet (1983):

I степень – единичные эктазии вен.

II степень – единичные, хорошо отграниченные столбы вен, которые при попытке инсuffляции остаются отчетливо выраженными, нет истончения эпителия на венах.

III степень – отчетливое сужение просвета пищевода стволами ВРВ, расположенными в нижней и

средней трети пищевода, которые частично уменьшаются только при сильной инсuffляции воздуха. На верхушках ВРВ – единичные красные маркеры или ангиэктазии.

IV степень – просвет пищевода полностью выполнен варикозными узлами даже при максимальной инсuffляции. Эпителий над венами истончен. На верхушках вариксов определяются эрозии и/или ангиэктазии.

Все ЭЛ выполнялись больным с III степенью варикозной трансформации вен пищевода. Как правило, ЭЛ не применялось у пациентов, поступивших в клинику с острым массивным пищеводным кровотечением, из-за плохой визуализации источника кровотечения: на данном этапе использовался зонд-обтуратор Блекмора в комплексе с медикаментозной терапией.

Методику эндоскопического лигирования мы стали использовать с 2013 г. с приобретением лигирующего устройства Стигманна – Гоффа, в последующем были приобретены мультиапликаторы (Multi-Band Ligator REF GF-OVL501 LOT 121127), которые имеют ряд многих преимуществ.

Принцип ЭЛ состоит в том, что вены перевязывают с помощью латексных колец, при этом на каждую варикозно-расширенную вену накладывают 1–2 кольца. Целью данной манипуляции является спадение вен пищевода с последующим их склерозированием.

Эндоскоп со специальной насадкой на конце (в виде короткой прозрачной трубки, на которую надеты латексные кольца) подводится вплотную к вене, включается отсос, и участок вены всасывается внутрь трубки (всасывание должно проводиться до превращения поля зрения в «красное пятно»). Затем кольцо сбрасывается с трубки и пережимает засосанный участок вены. Первое кольцо сбрасывается на кровоточащую область или на красный маркер, затем на каждый венозный ствол, начиная от кардии в проксимальном направлении по спирали. Гемостаз достигается до 90 % случаев. Учитывая, что на местах наложения колец развиваются «постлигатурные» язвы, которые могут осложниться массивным кровотечением, ЭЛ необходимо выполнять только в профильных медицинских учреждениях.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За последние два года нашим отделением проделана большая работа по внедрению и применению эндоскопического лечения больных с варикозно-расширенными венами пищевода и желудка. За 2013 и 2014 гг. нами было диагностировано, соответственно, 217 и 305 случаев варикозного расширения вен пищевода и желудка. В 2013 г. в хирургическое отделение с диагнозом кровотечение из ВРВ госпитализированы 35 пациентов, в 2014 г. – 43.

Для оценки эффективности ЭЛ нами изучен период с 2011 по 2014 гг., результаты приведены в таблице 1

Для сравнительного анализа были использованы статистические данные за 2011, 2012, 2013, 2014 гг. Для сравнения: в 2011 и 2012 гг., до внедрения методики, больных с данной нозологией было

Таблица 1

**Результаты лечения больных с варикозно-расширенными венами пищевода и желудка в МУЗ ГК БСМП им. В.В. Ангапова**

Год	Кол-во больных с циррозом печени	Кол-во проведенных операций (Пациоры, Таннера)	ЭЛ
2011	25 (100 %)	8 (32 %)	–
2012	40 (100 %)	13 (32 %)	–
2013	35 (100 %)	7 (20 %)	6 (17 %)
2014	43 (100 %)	7 (16 %)	13 (30 %)
<b>Итого</b>	<b>143</b>	<b>35</b>	<b>19</b>

25 (100 %) и 40 (100 %) человек соответственно. Из них были прооперированы 8 (32 %) и 13 (32 %) пациентов соответственно. В 2013 г. таких больных было 35 (100 %) человек, прооперированы 7 (20 %) человек, а 6 (17 %) пациентам проведено эндоскопическое лигирование. В 2014 г. больных было 43 (100 %), хирургическое лечение выполнено у 7 (16 %) пациентов, 13 (30 %) пациентам было произведено эндоскопическое лигирование. В среднем за 1 год (данные за 2011, 2012 гг.) хирургическому вмешательству подвергались 32 % человек. После внедрения эндоскопического метода гемостаза (ЭЛ), количество хирургических вмешательств снизилось в среднем в 1,5–2 раза за 2013 и 2014 гг. После ЭЛ рецидив кровотечения возник у 2 больных при нарастании печеночной недостаточности.

### ВЫВОДЫ

1. Эндоскопическое лигирование – эффективный метод эрадикации вен пищевода.
2. Показанием к эндоскопическому лигированию служит наличие варикозно расширенных вен пищевода III–IV степени.
3. При продолжающемся кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода эндоскопическое лигирование затруднено из-за плохой визуализации. При невозможности ЭЛ следует достигать гемостаза зондом Блекмора или последующим хирургическим вмешательством.
4. После эндоскопического лигирования необходимо динамическое эндоскопическое наблюдение за состоянием варикозно расширенных вен пищевода и желудка.
5. При рецидиве кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка показано хирургическое лечение.

### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Накатис Я.А., Распереза Д.В., Кащенко В.А. Эндоскопические методы лечения и профилактики пищеводно-желудочных варикозных кровотечений: метод. рекоменд. – СПб., 2009.  
Nakatis YA, Raspereza DV, Kashchenko VA (2009). Endoscopic methods of treatment and prevention of esophagogastric variceal bleedings: guideline [Jendoskopicheskie metody lechenija i profilaktiki pishhevodno-zheludochnyh varikoznyh krvotochenij: metod. rekomend.].
2. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского. – М., 1985.  
Saveliev VS, Buyanov VM, Lukomskoy GI (ed.) (1985). Manual on clinical endoscopy [Rukovodstvo po klinicheskoj jendoskopii].
3. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянец Д.П. и др. Лечебная эзофагогастроуденоскопия. – М., 2009. – С. 98–100.  
Chernekhovskaya NE, Andreev VG, Cherepyantsev DP et al. (2009). Therapeutic esophagogastroduodenoscopy [Lechebnaja jezofagogastroduodenoskopija], 98-100.
4. Laine L, Cook D (1995). Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding: a meta-analysis. *Ann. Intern. Med.*, 123, 280-287.
5. Laine L, Stein C, Sharma V (1996). Randomized comparison of ligation versus ligation plus sclerotherapy in patients with bleeding esophageal varices. *Gastroenterology*, 110, 529-533.
6. Lo GH, Lai KH, Cheng JS et al. (1995). A prospective, randomized trial of sclerotherapy versus ligation in the management of bleeding esophageal varices. *Hepatology*, 22, 466-471.

### Сведения об авторах Information about the authors

**Матвеева Валентина Ильинична** – заведующая эндоскопическим отделением Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова (670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 1; тел.: 8 (3012) 45-10-22; e-mail: valenmat@mail.ru)

**Matveeva Valentina Iljinichna** – Head of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital (pr. Stroiteley, 1, Ulan-Ude, Russia, 670042; tel.: +7 (3012) 45-10-22; e-mail: valenmat@mail.ru)

**Хутаков Руслан Валерьевич** – врач эндоскопического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Khutakov Ruslan Valerjevich** – Endoscopist of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

**Цыденов Ким Амгаланович** – врач эндоскопического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Tsydenov Kim Amgalanovich** – Endoscopist of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

**Дондупов Александр Сергеевич** – врач эндоскопического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Dondupov Alexander Sergeevich** – Endoscopist of the Endoscopy Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

**Саганов Владислав Павлович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета

**Saganov Vladislav Pavlovich** – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Hospital Surgery of Buryat State University

**Раднаев Эрдэм Бальжинмаевич** – кандидат медицинских наук, главный врач Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Radnaev Erdem Balzhinmaevich** – Candidate of Medical Sciences, Head Physician of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

УДК 616.314.17-008.1:616.71-007.234

**В.В. Намханов**

## ВЛИЯНИЕ ПОТЕРИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ

*ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия*

### ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на многочисленные исследования [3, 6, 7, 10], представления об этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта остаются во многом спорными и неясными. В настоящее время понятие «остеопороз» ассоциируется с понятием «молчащая эпидемия», что акцентирует внимание практических врачей лечебных специальностей на отсутствии симптомов заболевания, пока не возникнет тяжелое осложнение (перелом), а также на его высокой распространенности (по данным Международного фонда остеопороза (2006), остеопорозом страдает каждая 3-я женщина и каждый 5-й мужчина старше 50 лет). В зарубежной литературе [1, 5] приводится перечень основных общесоматических факторов риска развития хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Главное место в нем занимают сахарный диабет и количественно-функциональная недостаточность клеток гранулоцитарного ряда. В последнее время в зарубежной литературе появились работы, посвященные взаимосвязи прогрессирования заболевания пародонта и потери минеральной плотности кости (МПК) периферического скелета [6, 8].

Результаты исследования позволили авторам [4, 5] сделать заключение о том, что постменопаузальный остеопороз является фактором риска развития заболеваний пародонта. Однако в опубликованных исследованиях отсутствует детальный анализ клинического состояния пародонтального комплекса, представляющий интерес для практического врача, что и определило цель нашего исследования – изучение состояния тканей пародонта у пациентов с низкой МПК периферического скелета.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 87 пациентов (48 женщин и 39 мужчин; средний возраст –  $51,6 \pm 9,4$  года). Практически у всех больных выявлена соматическая патология: у 49 (71,5 %) – артериальная гипертония, у 28 (42,3 %) – различные формы ишемической болезни сердца; 4 (8,02 %) пациента перенесли острое нарушение мозгового кровообращения; у ряда больных эти виды патологии сочетались. При включении в исследование всем пациентам выполнялась костная денситометрия. Денситометрию проводили в кабинете остеопороза с использованием аппарата DTX-200 (Osteometer, Дания), позволяющего оценить: массу костной ткани (ВМС) в заданном отрезке кости (по количеству поглощенного рентгеновского излучения); плотность костной ткани (ВМД) – отношение массы костной ткани к единице площади ( $\text{г}/\text{см}^2$ ); отношение измеренной ВМД к плотности костной ткани при пике костной массы у здоровых лиц в возрасте 25–30 лет (Т-критерий); отношение измеренной ВМД к плотности костной ткани лиц того же возраста (Z-критерий).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999), результаты оценивались как нормальные при значении Т-критерия от +2 до –1 SD (стандартное отклонение); остеопению констатировали при Т-критерии от –1,1 до –2,5 SD, остеопороз – при значении менее –2,5 SD. В соответствии с результатами костной денситометрии было выделено 3 группы пациентов: 1-я группа ( $n = 65$ ) – лица с остеопорозом ( $\text{ВМД} = 0,344 \pm 0,43 \text{ г}/\text{см}^2$ ); 2-я группа ( $n = 49$ ) – лица с остеопенией ( $\text{ВМД} = 0,382 \pm 0,11 \text{ г}/\text{см}^2$ ); 3-я группа ( $n = 23$ ) – лица с нормальной МПК ( $\text{ВМД} = 0,436 \pm 0,091 \text{ г}/\text{см}^2$ ). Проводилось стандарт-