

но через 12±2 ч или лидокаин 1% — 30,0 болюстно через 8±2 ч и НПВС кеторол 30 мг в/м 60±15 мг/сут. Болевой синдром носил легкий или слегка заметный характер, пациенты с первых часов после пробуждения не ограничивали себя в движении. Отсутствовали объективные признаки дыхательной недостаточности (тахипноэ, участие вспомогательной мускулатуры, тахикардия, цианоз). Показатели газового состава крови исследуемых групп отражены в табл. 2 и 3.

Длительность послеоперационной респираторной поддержки по времени не отличалась у больных обеих групп и составляла 120±30 мин. После проведенного анализа отмечено умеренное улучшение показателей газового состава крови у больных с комбинированным послеоперационным обезболиванием, о чем свидетельствуют увеличение показателя (P_aO_2) на 8,2% по сравнению с группой больных с парентеральным введением опиоидов, а также уменьшение внутрилегочного шунтирования (Q_s/Q_t) на 14% и уменьшение показателя $A-aDO_2$ на 11%.

Выводы

1. Нарушение кислородного статуса пациентов после оперативных вмешательств по поводу объемных образований легких торакотомным доступом в раннем после-

леоперационном периоде соответствует дыхательной недостаточности II стадии.

2. Отмечено, что у оперированных больных в группе, где в качестве метода послеоперационного обезбоживания применялась предложенная продленная межреберная блокада с субплевральным введением местного анестетика и внутримышечным введением НПВС, течение послеоперационного периода было более благоприятным.

3. Изменения показателей кислородного статуса у больных при комбинированном методе послеоперационного обезбоживания были менее выражены, по сравнению с больными, которым в этот же период применялся метод, включающий парентеральное внутримышечное введение опиоидов.

Л и т е р а т у р а

1. Кассиль В.Л., Лескин Г.С., Выжигина М.А. Респираторная поддержка. М.: Медицина, 1997. 320 с.
2. Горасио Дж.Андрогге, Мартин Дж.Тобин. Дыхательная недостаточность. М.: Медицина, 2003. 528 с.
3. Ф. Майкл Ферранте., Тимоти Р. ВейдБонкоро. Послеоперационная боль. М.: Медицина, 1998. 640 с.
4. Mowdray A., Wong KKS, Murray J.M: Intercostal catheterization An alternative approach to the paravertebral space. *Anaesthesia* 1987. Vol. 42, P. 958.



УДК 616.367 - 089

О.В. Перерва, Б.А. Сотниченко, В.И. Макаров

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) является наиболее частым и опасным осложнением портальной гипертензии, которое развивается у 60-80% больных с циррозом печени [4, 5]. Консервативные мероприятия сопровождаются низкой эффективностью и нередко заставляют прибегать к хирургическому вмешательству на высоте кровотечения, что сопровождается послеоперационной летальностью, достигающей 40-50% [2, 3, 7].

Технически простой метод эндоскопической склеротерапии (ЭС) позволяет остановить кровотечение из ВРВП у 70-90% больных и снизить частоту рецидива кровотечения до 30-50%. Использование метода эндоскопического лигирования позволило повысить эффективность остановки продолжающегося кровотечения из ВРВП до 90-96% и снизить частоту рецидивов кровотечения до 0-36% [1, 6, 8, 9].

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения различных аспектов использования методов ЭС и ЭЛ при кровотечении из ВРВП.

Материалы и методы

В клинике факультетской хирургии с курсом эндоскопии ВГМУ с 1998 по 2004 г. находилось на лечении 98 больных в возрасте от 15 до 86 лет с портальной гипертензией. У 52 пациентов имелась тяжелая степень кровопотери, у 46 — средняя степень кровопотери. Компенсированные нарушения функции печени (стадия А цирроза печени, согласно классификации Child-Pugh) были у 26 больных, субкомпенсированные (стадия В) — у 32 и декомпенсированные (стадия С) — у 40 пациентов.

У 92 больных выполнялись различные эндоскопические методы остановки и профилактики кровотечения из ВРВП.

Интравазальная эндоскопическая склеротерапия выполнялась путем инъекции в расширенные варикозные вены пищевода иглой из эндоскопического набора в объеме 0,5-1,0 мл 70% раствора этанола или 3% раствора тромбовара на одну инъекцию. Инъекция склерозанта осуществлялась в наиболее дистальный участок расширенной вены и вверх по ходу сосуда под углом 45°. После этого вена сдавливалась дистальным отделом эндоскопа на всем протяжении в течение 1-2 мин. За один сеанс эндоскопическому склерозированию подвергались 3-4 венозные ствола. Техника паравазального склерозирования заключалась во введении 1-2 мл 0,5% раствора этоксисклерола (Германия) инъекционной иглой из эндоскопического набора в подслизистую оболочку пищевода с обеих сторон от вены. Обкалывание производили по часовой стрелке, начиная с дистальных отделов пищевода и постепенно поднимаясь к его средней трети. При каждом сеансе производили по 10-20 подслизистых инъекций.

Для проведения эндоскопического лигирования использовалось многозарядное устройство доктора Сайда (Z.Saeed et al., 1990) фирмы «Wilson Cook» и лигирующие устройства фирмы «Olympus». Методика лигирования выполнялась в несколько этапов. После одевания цилиндра с кольцами на дистальный отдел эндоскопа и подготовки ручки устройства эндоскоп вводился в пищевод. Лигирование выполнялось, начиная с кардии, и продолжалось выше в шахматном порядке по спирали. Эндоскоп с приставкой подносили к выбранному варикозному узлу и отсосом засасывали его в цилиндр на менее чем на половину высоты. После этого поворотом ручки «от себя» сбрасывали кольцо. За один сеанс накладывали 6-12 лигатур.

Комбинированное применение ЭС и ЭЛ заключалось в последовательном применении паравазальной склеротерапии и эндоскопического лигирования.

Результаты и обсуждение

У 92 больных с кровотечением из ВРВП применялись различные методы эндоскопического гемостаза, эффективность которых представлена в табл. 1.

Как видно из табл. 1, устойчивый гемостаз за период после проведения эндоскопической остановки кровотечения и до выписки пациента из стационара достигнут у 63 (68,4%) чел. Рецидив кровотечения из ВРВП в условиях хирургического стационара отмечен у 29 (35,6%) больных. Наилучшие результаты лечения получены при

Применение эндоскопической склеротерапии позволяет в 55,2-60,6% случаев добиться устойчивого гемостаза при кровотечении из варикозных вен пищевода. Более эффективными методами остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода являются эндоскопическое лигирование и комбинированное применение эндоскопической склеротерапии в сочетании с лигированием, которые позволили обеспечить устойчивый гемостаз в 83,3 и 94,4% случаев соответственно.

O.V. Pererva, B.A. Sotnichenko, V.I. Makarov

COMPARISON OF THE EFFICACY OF ENDOSCOPIC SCLEROTHERAPY VERSUS BAND LIGATION FOR ACTIVE VARICEAL BLEEDING

Vladivostok State Medical University, Vladivostok

Summary

Endoscopic sclerotherapy was effective in 55,2-60,6% in comparison with 83,3% after band ligation for active variceal bleeding. Endoscopic sclerotherapy plus band ligation for active variceal bleeding was effective in 94,4%.

использовании эндоскопического лигирования или при сочетании эндоскопического лигирования и паравазальной склеротерапии: гемостаз достигнут соответственно в 83,3 и 94,4% наблюдений.

Из 29 больных, у которых остановить кровотечение эндоскопическими методами не удалось, несмотря на комплексное применение эндоскопического гемостаза, гемостатической терапии и зонда-обтуратора, летальные исходы наблюдались в 28 случаях вследствие повторных эпизодов кровотечения и прогрессирующей полиорганной недостаточности. По экстренным показаниям в связи с эпизодом профузного кровотечения из ВРВП оперирован один больной. Ему проведена операция Таннера-Пациора. Больной умер на седьмые сутки после операции из-за развившейся печеночно-почечной недостаточности. Следует отметить, что из 29 умерших больных декомпенсированная стадия цирроза наблюдалась у 28 пациентов.

Частота осложнений после применения эндоскопических методов гемостаза отражена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, после проведения ЭС острый тромбофлебит ВРВП развился у 4 (11,1%) из 36 больных, причем значительно чаще после интравазальной, чем после паравазальной ЭС. Изъязвления слизистой пищевода с образованием язв наблюдались у 7 (11,1%) из 63 больных с эффективными случаями эндоскопического гемостаза. У 3 из 7 больных с образовавшимися язвами пищевода наблюдалось развитие умеренных диффузных кровотечений из дефектов слизистой пищевода. Кровотечение из образовавшихся язв удалось остановить во всех случаях благодаря применению эндоскопических инъекций раствора адреналина 1 : 10000 (5,0-8,0 мл) и клипированию кровоточащих сосудов. Больным с тромбофлебитом вен пищевода и изъязвлениями слизистой оболочки пищевода назначали антибиотики и противоязвенные препараты. У всех пациентов достигнут положительный эффект,

Таблица 1

Эффективность эндоскопического гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода

Метод эндоскопического гемостаза	Кол-во больных	Гемостаз достигнут	Гемостаз не достигнут	Эффективность гемостаза, %
Паравазальная склеротерапия	33	20	13	60,6
Интравазальная склеротерапия	29	16	13	55,2
Эндоскоп. лигирование	12	10	2	83,3
Эндоскоп. лигирование + склеротерапия	18	17	1	94,4
Всего	92	63	29	68,4

Частота осложнений эндоскопического гемостаза при кровотечении из варикозных вен пищевода

Метод эндоскопического гемостаза	Острый тромбоз (абс., %)	Язва пищевода (абс., %)	Язва пищевода с кровотечением (абс., %)	Всего осложнений (абс., %)
Паравазальная склеротерапия (n=20)	1 (5)	1 (5)	-	2 (10)
Интравазальная склеротерапия (n=16)	3 (18,8)	1 (6,3)	-	4 (25,1)
Эндоскопическое лигирование (n=10)	-	1 (10)	2 (20)	3 (30)
Энд. лигирование + склеротерапия (n=17)	-	1 (5,9)	1 (5,9)	2 (11,8)
Всего (n=63)	4 (6,3)	4 (6,3)	3 (4,8)	11 (17,4)

и после эндоскопического контроля они были выписаны из стационара на амбулаторное лечение.

Таким образом, анализ применения методов ЭС и ЭЛ с позиций эффективности и частоты осложнений при кровотечении из ВРВП свидетельствует о том, что самыми безопасными методами эндоскопического гемостаза являются паравазальная склеротерапия (10,0%) и комбинированное применение паравазальной склеротерапии и эндоскопического лигирования (11,8%), а самыми эффективными — изолированное применение эндоскопического лигирования (83,3%) и комбинированное применение эндоскопического лигирования в сочетании с паравазальной склеротерапией (94,4%).



УДК 616.34 - 007.272 - 073.75 - 089

А.А. Сысолятин, И.В. Пономаренко, А.Н. Бадасян

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Несмотря на многочисленные исследования [1, 5, 7], проблема спаечного синдрома далека от своего решения и практический хирург по-прежнему у каждого нового больного вынужден заново решить трудные задачи диагностической и лечебной тактики, ибо он не располагает четко выработанными рекомендациями последовательности соответствующих мероприятий, их оценки и т.д. [8]. По данным разных авторов, послеоперационный спаечный процесс возникает у 55-97% пациентов, перенесших лапаротомию [3, 9, 10], а частота острой спаечной

кишечной непроходимости (ОСКН) составляет от 50 до 93,3% всех видов механической непроходимости неопухолового генеза [2, 4, 6].

Материалы и методы

Целью нашего исследования явилось проведение ретроспективного анализа результатов диагностики и лечения 236 больных острой кишечной спаечной непроходимостью, госпитализированных в хирургическое отделение 3-й муниципальной больницы г. Благовещенска

Выводы

1. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечениях из ВРВП должны применяться в комплексе с консервативной терапией и с использованием зонда-обтуратора.

2. Эффективность комбинированного применения эндоскопической паравазальной склеротерапии и эндоскопического лигирования при кровотечениях из ВРВП достигает 94,4%.

3. Частота осложнений при комбинированном применении эндоскопической паравазальной склеротерапии и эндоскопического лигирования при кровотечениях из ВРВП составляет 11,8%.

Л и т е р а т у р а

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Фль-Сабунчи О.А. и др. // I Московский междунар. конгресс хирургов: Тез. докл. М., 2001. С. 101-102.
2. Ратнер Г.Л., Григорьев С.Г., Габбазов А.Г. и др. // Хирургия. 1991. №2. С. 83-86.
3. Цыбырне К.А., Мишин И.В. // Хирургия. 2000. № 5. С. 58-63.
4. Chang W. // Int. Surg. 1985. Vol. 70, №1. P. 13-15.
5. Chung S. // J.Gastroent. Hepatol. 2002. Vol. 17, №4. P. 389-392.
6. Gello J., Trendell J., Crass P. et al. // N.Eng.J.Med. 1987. Vol. 316, P. 11-15.
7. Henderson J. // Baillieres Best Res. Clin. Gastroenterol. 2000. Vol. 14, №6. P. 911-925.
8. Saeed Z., Michaletz P., Winchester C. et al. // Gastrointest. Endosc. 1990. Vol. 36, P. 572-574.
9. Stiegmann G., Goff J., Michaletz-Onody P. et al. // N.Engl.J.Med. 1992. Vol. 39, P. 1527-1532.