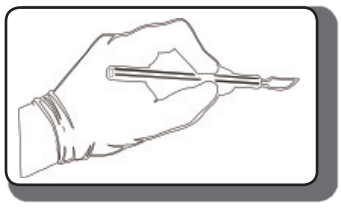

УДК 616.61 - 089.001.8

Н.В. Ташкинов[1], С.Н. Качалов[1,2], Ю.С. Сигаева[2], С.И. Чичкань[1,2], А.В. Пырх[3]

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дальневосточный государственный медицинский университет[1],
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-I ОАО «РЖД»[2],
680022, ул. Воронежская, 49; тел.: 8(4212)-98-03-58;
Краевой клинико-диагностический центр «Вивея»[3],
680000, ул. Запарина, 83, тел.: 8(4212)-24-99-01, г. Хабаровск

Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) является грозным осложнением портальной гипертензии, которое сопровождается летальностью, достигающей 50% уже при первом эпизоде кровотечения [1].

С целью профилактики кровотечений из ВРВП в настоящее время используются следующие эндоскопические методы: эндоскопическое лигирование (ЭЛ), эндоскопическая склеротерапия и аргоноплазменная коагуляция (АПК) слизистой пищевода [2, 5-7].

Исследованиями последних лет установлено, что добиться полного устранения варикозно-расширенных вен пищевода возможно только при программированном повторении курсов лечения [2, 5]. В то же время, у части больных, несмотря на неоднократно проведенные курсы эндоскопического лечения, через некоторое время возникает рецидив ВРВП и, как следствие, кровотечение из них [3, 4].

В связи с этим становится актуальным вопрос о контроле за эффективностью проводимого эндоскопического лечения [1, 8]. В настоящее время с этой целью используется визуальный эндоскопический осмотр, который является субъективным и не дает точного представления о состоянии венозных структур в дистальной трети пищевода. В результате этого возникают трудности в определении показаний при выборе оптимального метода эндоскопического вмешательства и сроков его проведения.

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения различных аспектов применения эндоскопических методов профилактики рецидивов кровотечения из ВРВП и способах контроля за эффективностью эндоскопических вмешательств.

Материалы и методы

Нами обследовано 37 пациентов с наличием варикозно-расширенных вен пищевода III-IV степени по классификации K-J Paquet, которым был проведен курс эндоскопического лигирования по поводу кровотечения из ВРВП. Больные были разделены на две группы.

В основной группе было 17 больных (7 пациентов с классом В по Child-Pugh, 10 — с классом С по Child-Pugh), которым через 10-15 дн. после первого курса лигирования вен выполнялась эндоскопическая ультрасоноскопия (ЕУС). Исследование выполнялось аппаратом «Olympus UE 160 AL5» в допплеровском режиме и датчиком «Olympus EXERA II EU - M 60» в режиме сканирования с частотой от 5 до 25 мгГц. В результате исследования у всех больных были установлены расширенные подслизистые вены шириной более 3 мм. Также во всех случаях отмечено наличие перфорантных вен в нижней трети пищевода в количестве от 3 до 8 мм. С учетом локализации перфорантных и подслизистых вен шириной 3 мм и более с признаками сохранившегося кровотока выполнялось последующее их лигирование. Через 3-4 нед. после ЭЛ вновь выполнялась эндосоноскопическое исследование. При выявлении подслизистых вен диаметром 3 мм и более выполнялось повторное лигирование, при обнаружении подслизистых вен менее 3 мм приступали ко второму этапу эндоскопического лечения — аргоноплазменной коагуляции слизистой нижней трети пищевода. Аргоноплазменную коагуляцию выполняли через инструментальный канал эндоскопа «Olympus GIF - 180H» с использованием электроблока «Sorung Arco 3000» и торцевого зонда-аппликатора (ERBE). После

этого соноскопически определялся индекс гипертрофии (H.i.) слизистой пищевода по отношению толщины выявленной слизистой к ее нормальным показателям. При эффективной индукции фиброза слизистой пищевода показатель индекса гипертрофии превышал 1.

В контрольной группе из 20 больных (9 больных с классом В по Child-Pugh, 11 — с классом С по Child-Pugh) эндоскопическое лигирование с целью профилактики рецидивов кровотечения выполнялось по стандартной методике. При этом область наложения лигатур определялась визуально.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования оценивались по следующим показателям: количество выполненных курсов лигирования вен, необходимых для достижения их эрадикации, а также наличие рецидивов кровотечения у больных в течение 12-18 мес. после проведения первичного гемостаза.

Количество выполненных курсов лигирования вен пищевода, требуемых для достижения их эрадикации, в основной группе было от 3 до 4, в контрольной — от 5 до 8, причем во время каждого из курсов лигирования использовалось от 3 до 6 колец. Рецидивы кровотечений в сроки наблюдения от 12 до 18 мес. у больных основной группы зарегистрированы у 5 пациентов (29,4%), в контрольной группе — у 12 (60%), что соответственно отразилось на общей выживаемости пациентов. В основной группе в течение этого периода времени умерло 2 (11,8%) больных, в контрольной группе — 5 (25%) пациентов.

Применение ЭЛ не сопровождалось опасными для жизни осложнениями, применение АПК сопровождалось активным кровотечением из вены, купированным ЭЛ, в одном наблюдении.

Выводы

1. Применение эндоскопической ультрасоноскопии позволяет объективно оценить состояние вен нижней трети пищевода и определить показания к проведению ЭЛ или АПК. Показанием к ЭЛ является выявление перфорантных вен и подслизистых вен диаметром 3 мм и более, показанием к АПК — выявление подслизистых вен диаметром менее 3 мм.

2. Применение АПК с целью профилактики рецидива кровотечения из ВРВП позволяет уменьшить количество курсов ЭЛ.

3. Внедрение алгоритма вторичной профилактики кровотечения из ВРВП, основанного на комплексном применении ЭЛ и АПК под контролем эндоскопической ультрасоноскопии, позволяет уменьшить частоту рецидивов кровотечений с 60 до 29,4% в сроки наблюдения от 12 до 18 мес.

Литература

1. Орлов С.Ю. Эндосонография — современный метод диагностики варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии // Современные направления диагностики и лечения портальной гипертензии: тез. докл. VIII науч.-практ. конф. - СПб., 2002. - С. 1-4.

2. Перерва О.В., Сотниченко Б.А., Макаров В.И. Сравнительная оценка эффективности эндоскопического лигирования и эндоскопической склеротерапии при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода // Тихоокеанский мед. журнал. - 2008. - №4. - С. 35-37.

3. Турмаханов С.Т. Роль непарной вены в патогенезе варикозного расширения вен пищевода и желудка и кровотечений из них при портальной гипертензии: автореф. дис. … канд. мед. наук. - Н. Новгород, 2001. - С. 9-11.

4. Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Федотов Е.В. и др. Патогенез гастроэзофагеального кровотечения у больных декомпенсированным циррозом печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т. 13, №2. - С. 54-57.

5. Chen C., Chang T. Prophylactic endoscopic variceal ligation for esophageal varices // Gastroenterology. - 1997. - №1. - P. 112-124.

6. Cipoletta L. et al. Argon plasma coagulation prevents variceal recurrence after band ligation of esophageal varices: Preliminary results of a prospective randomized trial // Gastrointest Endosc. - 2002. - №56. - P. 467-471.

Резюме

Проведен анализ результатов эндоскопической профилактики рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода у 37 больных с синдромом портальной гипертензии за период с марта 2003 г. по март 2011 г. В основной группе больных выполнялось эндоскопическое лигирование вен под ультразвуковым контролем с последующей аргоноплазменной коагуляцией слизистой нижней трети пищевода. В контрольной группе проводилось эндоскопическое лигирование по стандартной методике. При этом отмечено уменьшение частоты развития рецидивов кровотечения из вен пищевода с 60% в контрольной группе до 29,4% в основной группе больных при сроках наблюдения от 12 до 18 мес.

Ключевые слова: **эндоскопическое лигирование вен, аргоноплазменная коагуляция, эндоскопическая ультрасоноскопия.**

N.V. Taschkinov, S.N. Kachalov, Y.S. Sigaeva, S.I. Chichkan, A.V. Pyrch

OPTIMIZATION OF ENDOSCOPIC PREVENTION OF REBLEEDING FROM VARICES OF THE ESOPHAGUS IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

Far Eastern state medical university;
Far East Railroad hospital;
Regional diagnostic center «Viveja»

Summary

Analysis of results of endoscopic prevention of rebleeding from varices of the esophagus in 37 patients with the syndrome of portal hypertension during the period from March 2003 to March 2011 is presented. In the study group of patients underwent endoscopic ligation of veins under ultrasound guidance, followed by argon plasma coagulation of the lower third of the esophageal mucosa. In the control group endoscopic ligation was performed using the standard method. In this case, we have noted decrease in the frequency of rebleeding from esophageal veins from 60% in the control group to 29,4% in the intervention group of patients in the period of observation from 12 to 18 months.

Key words: **endoscopic ligation of veins, argonplazmacoagulation, endosonoscopic ultrasonoscopy.**

7. Matsui S. Comparison of argon plasma coagulation and paravariceal injection sclerotherapy with 1% polidocanol in mucosa-fibrosing therapy for esophageal varices // J. Gasroent. - 2004. - №4. - P. 397-399.

8. Takashi T. et al. General rules for recording endoscopic findings of esophagogastric varices (2 nd edition) // Digestive Endoscopy. - 2010. - №22. - P. 1-9.

Координаты для связи с авторами: *Ташкинов Николай Владимирович* — доктор мед. наук, проректор по науч. работе ДВГМУ, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС, тел.: 8(4212)-32-64-93; *Качалов Сергей Николаевич* — директор НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-I ОАО «РЖД», доцент, зав. кафедрой факультетской хирургии лечебного факультета ДВГМУ, тел.: 8(4212)-98-05-17; *Сигаева Юлия Сергеевна* — врач эндоскопического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-I ОАО «РЖД», тел.: 8(4212)-98-00-58; *Чичкань Сергей Иванович* — зав. эндоскопическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-I ОАО «РЖД», доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС, тел.: 8(4212)-98-05-27; *Пырх Александр Владимирович* — зав. эндоскопическим отделением Краевого клинико-диагностического центра «Вивея», доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС, тел.: 8(4212)-20-39-30.

❑❑❑

УДК 616.37 - 002.1 - 005.4 - 036.88 - 018.5

Ю.А. Сапожников, Д.А. Цекатунов, А.Н. Евсеев, В.Р. Корита, М.В. Воробьёв, С.В. Сухомлинов

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ФАТАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-30-53-11;
МУЗ «Городская клиническая больница №10», ул. Тихоокеанская, 213, тел.: 8(4212)-42-97-52;
МУЗ «Городская клиническая больница №11», ул. Аксенова, 41, г. Хабаровск

Подробный анализ источников [4] выявил относительно небольшое количество исследований, посвященных изучению гистоморфологических признаков ишемии поджелудочной железы (ПЖ) у больных острым панкреатитом (ОП). Многие авторы рассматривают такие изменения как результат системного воспалительного ответа и ДВС-синдрома, развивающихся на терминальных этапах прогрессирования ОП [2, 6-14]. Тем не менее, такая точка зрения не позволяет объяснить всю картину патоморфологических изменений, имеющих место в ПЖ при развитии данного заболевания.

Целью настоящего исследования стало изучение структурных и морфометрических изменений в ПЖ при остром фатальном панкреатите в сравнении с другими паренхиматозными органами, а также сравнение аналогичных морфологических характеристик тканей паренхиматозных органов у больных острым панкреатитом и у пациентов с другими заболеваниями непанкреатогенного генеза, сопровождающимися синдромом системного воспалительного ответа (ССВО).

Материалы и методы

Изучен аутопсийный материал 19 больных, умерших в хирургическом и терапевтическом отделениях МУЗ «Городская клиническая больница №10» и МУЗ «Городская клиническая больница №11» г. Хабаровска в 2008-2010 гг.

Основную группу погибших от острого панкреонекроза составили 11 больных. Группа сравнения — 8 больных, погибших от острых инфекционно-воспалительных заболеваний непанкреатогенного генеза, сопровождавшихся синдромом системного воспалительного ответа.

Исследованию подвергались ткани ПЖ, почек, печени, селезенки и сердца. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и заливали по общепринятой методике в парафин. Гистологические срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методу van Gieson. Морфометрическое исследование [1] тканей паренхиматозных органов проводилось в 10 полях зрения, методом случайного бесповторного отбора, при увеличении 10×40 с помощью системы анализа изображений «ВидеоТест Морфология 5.0» с последующей автоматической обработкой данных. Определяли относительную площадь паренхимы и стромы ПЖ (%), полуколичественно (в баллах) оценивали наличие тромбов в мелких артериях и венах ПЖ и других исследуемых органах, определяли относительную площадь воспалительного инфильтрата ПЖ (%), относительную площадь сосудистого русла ПЖ (%), а также полуколичественно (в баллах) оценивали