

Эндоскопическая профилактика рецидивов кровотечения.

Экстренная эндоскопическая помощь при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка - первый опыт применения сульфакрилата.

Д.А. Лютин. И.А. Поршенников. Новосибирская областная клиническая больница.

г. Новосибирск

Кровотечения из варикозного расширения вен (ВРВ) пищевода и желудка определяется высоким уровнем смертности в результате кровотечений, который составляет от 20 до 50% в зависимости от этиологии синдрома портальной гипертензии (СПГ), наличия и класса печеночной недостаточности, а также опыта медицинского центра.

Развитие эндоскопической техники значительно расширило возможности помощи при таком грозном осложнении как кровотечение из ВРВ пищевода. Широко применяется и приносит определенный положительный результат методика лигирования варикозно расширенных вен пищевода, а активные кровотечения эффективно останавливаются баллонной тампонадой. Что касается кровотечений из ВРВ желудка, то эффективность баллонной тампонады при данной локализации варикоза гораздо ниже, следовательно, приходится прибегать к экстренной остановке кровотечения эндоскопическими методами на высоте кровотечения, либо идти на гастротомию с прошиванием вен.

В данной работе анализированы результаты эндоскопического лечения 75 больных с СПГ получивших эндоскопическое лечение в 2011 году, 44 мужчин (58,7%) и 31 женщин (41,3%), в возрасте от 30 до 72 лет, средний возраст – $45,9 \pm 16,45$ лет. У 68 пациентов (90,5%) СПГ был обусловлен наличием цирроза печени, у 7 (9,5%) имела место внепеченочная форма СПГ. Кровотечения из ВРВ в анамнезе имелись у 40 (53%), рецидивы кровотечений – у 21 (28%) больных. За 2011 год проведена 81 манипуляция: 40 лигирований (50%) с использованием многозарядных лигаторов SHOOTER (Wilson-Cook) и 41 склерозирований (50%) с использованием в качестве склерозанта смеси растворов этанола 70% и новокаина 0,25% 1:2. В 8 случаях (10,%) процедуры выполнены в экстренном, в 73 случаях

(90%) – в плановом порядке. Степень ВРВ оценивалась по классификации К.Л. Raquet.

Экстренно остановка кровотечения во всех случаях осуществлена путем лигирования ВРВ III-IV ст., при этом в 3 случаях – сразу же после определения источника. Мы не использовали склеротерапию для остановки кровотечения. При интенсивном кровотечении в 5 случаях первоначальный гемостаз достигнут баллонной тампонадой (чтобы не терять время и кольца) на срок 6-20 часов с последующим эффективным эндоскопическим лигированием «на сухом пищевode». Помимо эндоскопической коррекции обязательным компонентом терапии больных с кровотечениями из ВРВ был октреотид. Лигирование варикозно расширенных вен пищевода активно нами используется с 2003 года, склерозирование с 1995 года.

Обычно для остановки кровотечения из ВРВ желудка мы используем многозарядный лигатор, попытки склеротерапии с паравазальным введением склерозанта при ВРВ желудка и продолжающемся кровотечении не были эффективны. Все кровотечения данной локализации удалось остановить, применив лигирующее устройство и блокаторы протонной помпы для предотвращения преждевременного лизиса лигированных узлов. В 2011 году применена новая методика интравазального введения сульфакрилата. На сегодняшний день мы имеем два случая успешного применения клея для пломбировки варикозно расширенных вен желудка. В обоих случаях показанием к склеротерапии явился рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен субкардии желудка. Сульфакрилат вводился однократно в вену, являющуюся источником кровотечения при хорошей визуализации, полимеризация наступила в течении 30 секунд. Рецидивов кровотечения не было. При осмотре в динамике на 5-е сутки отмечалось локальное уплотнение участка вены в месте инъекции, вена на протяжении спадалась.

Ранние рецидивы кровотечений имели место у 2 пациентов (2,7%) с IV степенью ВРВ пищевода и желудка, летальных случаев не отмечено.

В плановом порядке мы использовали склеротерапию при наличии ВРВ II ст. и лигирование при наличии ВРВ III-IV ст. 39 пациентам (52%) проведена этапная

коррекция ВРВ различными методами в зависимости от степени ВРВ с интервалом между процедурами от 1 до 6 месяцев.

Таким образом, плановое наблюдение и дифференцированная эндоскопическая коррекция ВРВ у больных с СПГ позволяют снизить степень ВРВ, и при этапном лечении, добиться их эрадикации, значительно уменьшить риск кровотечения. Первые наблюдения по применению методики внутриварикозного введения сульфакрилата с целью экстренной остановки кровотечений из ВРВ желудка дали обнадеживающие результаты.