Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Реферат на тему:**

**Эндоскопическое лигирование в профилактике и лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода**  
  
 Выполнил: Аргаткин И.С  
 Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова О.В.

Красноярск 2021

**Содержание**

1. Определение, актуальность проблемы
2. Этиология и патогенез.
3. Клиническая классификация.
4. Клиническая картина.
5. Лечение.
6. Заключение.
7. Список использованной литературы.
8. **Определение, актуальность.**

Портальная гипертензия (ПГ) — синдром, возникающий вследствие затруднения тока крови в портальной системе, приводящий к высокому портальному давлению (свыше 140–160 мм вод. ст.), спленомегалии, варикозному расширению вен пищевода, желудка, прямой кишки, кровотечениям их них, развитию асцита и печеночной недостаточности.

Увеличение числа больных циррозом печени за последние десятилетия стало одной из наиболее важных проблем современной медицины. Самым опасным осложнением при этом заболевании является острое кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка. При первом эпизоде кровотечения летальность составляет около 50%, а частота развития рецидива, по данным различных авторов, колеблется от 45 до 90%.

В последние годы отмечена определенная переоценка взглядов на тактику лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с ПГ. Это связано в первую очередь с достижениями фармакологии, совершенствованием ангиографической, эндоскопической и хирургической техники, развитием трансплантации печени. Кроме того, уточняются показания и противопоказания к применению уже существующих методов .Консервативное лечение кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ).В настоящее время у больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка общепринятым первоочередным методом гемостаза является установка зонда-обтуратора . Использование зонда-обтуратора в составе комплексной терапии позволяет добиться непосредственного гемостаза у 50-90% больных. Однако гемостаз зондом чаще является временным и в дальнейшем у 20-40% больных развиваются рецидивы кровотечения . Таким больным требуется эндоскопический подход.

1. **Этиология и патогенез.**

Портальная гипертензия может развиваться при различных патологических процессах, сопровождающихся нарушением кровотока в системе воротной вены. В соответствии с анатомическим расположением препятствия кровотоку форма портальной гипертензии может быть классифицирована как *подпеченочная*(с вовлечением селезеночной, брыжеечной или воротной вен), *внутрипеченочная* (заболевания печени) и *надпеченочная* (заболевания, приводящие к нарушению венозного оттока от печени)

1. **Клиническая классификация.**

В классификации К.-J. Paquet (1983 г.), которой пользуются в ККБ, выделяют 4 степени ВРВП:

– I степень — единичные эктазии вен (видны при ФГДС, но рентгенологически не определяются);

– II степень — единичные хорошо отграниченные стволы вен, преимущественно в нижней трети пищевода, которые при инсуфляции остаются отчетливо выраженными. При этом отсутствует сужение просвета пищевода и истончение эпителия на венах;

– III степень — стволы варикозно расширенных вен в нижней и средней трети пищевода, сужающие его просвет и частично уменьшающиеся только при сильной инсуфляции воздуха. На верхушках варикозно расширенных вен выявляются единичные красные маркеры или ангиоэктазии;

– IV степень — варикозные узлы, которыми полностью выполнен просвет пищевода даже при максимальной инсуфляции воздуха. Эндоскопически выявляется истончение эпителия над венами. На верхушках варикозно расширенных вен определяются множественные эрозии и/или ангиоэктазии.

1. **Клиническая картина.**

Японское научное общество по изучению портальной гипертензии в 1991 году разработало правила для регистрации эндоскопических признаков ВРВ пищевода и желудка, состоящие из 6 основных позиций:

I.  Определение распространенности ВРВ по пищеводу и ВРВ желудка относительно кардии.

II.  Форма (внешний вид и размер).

III.  Цвет как косвенный признак толщины стенок ВРВ.

IV.  «Красные маркеры» — телеангиоэктазии, пятна «красной вишни», гематоцистные пятна.

V.    Признаки кровотечения — при остром кровотечении устанавливается его интенсивность; в случае спонтанного гемостаза оценивается характер тромба.

VI.  Изменение слизистой оболочки пищевода.

1. **Методы лечения.**

**Методика эндоскопических методов гемостаза при ВРВП**

На сегодняшний день среди эндоскопических методов остановки кровотечения и профилактики его рецидива наиболее широко применяется метод эндоскопической инъекционной склеротерапии (ЭС).

Технические особенности метода различаются по способу введения склерозирующего вещества: а) интравазальная склеротерапия — если препарат вводится непосредственно в варикозно-расширенный узел; б) паравазальная склеротерапия — когда препарат вводится в подслизистый слой из нескольких точек рядом с варикозно расширенным узлом; в) комбинированный метод — предполагает использование комбинацию двух первых методик.

Эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода основано на облитерации варикозных вен после введения в просвет вены склерозанта через эндоскоп с помощью длинной иглы. Наряду с интравазальным способом склеротерапии существует метод паравазального введения склерозанта, в результате чего происходит сдавление варикозных узлов – первоначально за счет отека, а затем за счет образования соединительной ткани.

Для интравазального введения чаще используют [натрия тетрадецилсульфат](http://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_1299.htm) (Тромбовар) 5–10 мл на одну инъекцию. Применяется также 3%-ный раствор Этоксисклерола. После введения склерозанта необходимо сдавить вену в местах пункции. Это обеспечит образование тромба в результате отека эндотелия сосуда. За один сеанс тромбируют не более двух варикозных стволов вен во избежание усиления застоя в варикозных венах желудка. Для паравазального введения из склерозирующих агентов обычно используется Этоксисклерол, который содержит 5–20 мг полидоканола в 1 мл этилового спирта. Чаще применяется Этоксисклерол 0,5%. При каждой инъекции вводят не более 3–4 мл склерозанта. Обычно осуществляют от 15 до 20 инъекций. За один сеанс расходуется до 24–36 мл склерозанта. Вводимый по инъектору склерозант создает по обеим сторонам варикозной вены плотный отек, сдавливающий сосуд.

Процедура выполняется под внутривенной анестезией. Склеротерапия начинается от области эзофагокардиального перехода и продолжается в проксимальном направлении.

По окончании сеанса склеротерапии варикозные вены практически не определяются в отечной слизистой оболочке. Подтекание крови из мест проколов обычно незначительно и не требует принятия дополнительных мер.

Ближайший период после сеанса склеротерапии обычно не сопровождается болевыми ощущениями. Больному разрешают пить и принимать жидкую пищу через 6–8 часов после процедуры.

После первого сеанса склеротерапии через пять дней процедуру повторяют. При этом стараются охватить участки пищевода с ВРВ, которые оказались вне зоны действия первого сеанса склеротерапии. Третий сеанс склеротерапии проводят через 30 дней. При этом оценивают эффективность проводимого лечения, динамику уменьшения степени ВРВ и отсутствие угрозы кровотечения. Четвертый сеанс склеротерапии назначают через три месяца.

Глубокий рубцовый процесс в подслизистом слое пищевода и желудка при повторных сеансах склеротерапии предотвращает возможность развития предсуществующих венозных коллатералей и варикозной трансформации. Лечение продолжается до достижения эффекта эрадикации либо положительного результата. Для этого требуется в среднем четыре-пять сеансов склеротерапии в год. Динамический контроль осуществляется в последующем один раз в шесть месяцев. При необходимости лечение повторяется.

### Эндоскопическое лигирование ВРВП (ЭЛ)

Последнее десятилетие ознаменовалось активным поиском альтернативного эндоскопического метода, который по своей эффективности не уступал бы инъекционной склеротерапии, однако был бы более прост в исполнении и приводил к меньшему проценту осложнений. Выделяют три различных клинические задачи ЭЛ:

I. ЭЛ — как метод диагностики остановки кровотечения из ВРВП.

II. ЭЛ — как метод профилактики рецидива кровотечения из ВПВП.

III. Превентивное лечение — профилактика первого кровотечения.

Для лигирования ВРВ используется специальное устройство – лигатор. Лигатор состоит из нескольких частей: дистального колпачка с лигатурами, винта-рукоятки, при помощи которого сбрасываются лигирующие кольца, и соединяющей их металлической или капроновой струны, которая проводится через инструментальный канал. Дистальный колпачок сделан из ригидного прозрачного пластика, надевается на дистальный конец эндо­скопа. На наружной поверхности колпачка расположены растянутые латексные кольца-лигатуры. Процесс освобождения (сбрасывания) кольца-лигатуры осуществляется путем натягивания закрепленной на нем нити. Устройство собирается непосредственно перед использованием в единую конструкцию. У данной лигирующей системы натягивающаяся нить располагается в специальном канале колпачка, что исключает ее попадание в поле зрения и срабатывание автоматической светокоррекции эндоскопа. Это в свою очередь значительно улучшает визуализацию, а следовательно, и безопасность самой процедуры.

Операцию проводят под внутривенной анестезией. Спокойное состояние больного позволяет минимизировать технические трудности на этапе проведения дистального конца аппарата с лигирующим устройством в просвет пищевода, а также является важным моментом профилактики кровотечения и разрыва варикса при лигировании.

Проведение аппарата в пищевод может сопровождаться определенными трудностями. Колпачок с лигатурами на дистальном конце эндоскопа обладает ригидностью и встречает естественное сопротивление на уровне грушевидного синуса и нижнего глоточного сфинктера. Аппарат проводится до области пищеводно-желудочного перехода при минимальной инсуффляции воздуха во избежание срыгивания и разрыва вариксов. Детальный осмотр желудка с диагностической целью, особенно в инверсионном положении, нецелесообразен. Дистальный колпачок с предустановленными кольцами значительно сужает поле зрения и его освещенность. К моменту принятия решения о лигировании диагностические вопросы должны быть полностью решены. При необходимости контрольного диагностического исследования его лучше провести непосредственно перед лигированием.

После проведения эндоскопа с лигирующим устройством приступают к лигированию, при этом начинают с области эзофагокардиального перехода, чуть выше зубчатой линии.

Кольца накладываются по спирали. Необходимо избегать наложения лигатурных колец в одной плоскости по окружности для профилактики дисфагии в ближайшем и отдаленном периодах.

Выбранный варикозный узел на аспирации максимально втягивается в просвет лигирующего колпачка. После этого лигатуру сбрасывают на основание узла. Тогда становится видно, что лигированный узел меняет окраску на синюшную. Необходимо возобновить подачу воздуха и несколько извлечь эндо­скоп: данные манипуляции позволяют удалить лигированный узел из цилиндра. В зависимости от степени выраженности ВРВ за сеанс накладывается до десяти лигатур  
(см. рисунок).

Лигирование ВРВ при продолжающемся или состоявшемся кровотечении имеет некоторые технические особенности. Первую лигатуру необходимо накладывать на источник кровотечения. Затем лигируются остальные ВРВ.

В первые сутки после лигирования назначают только питье холодной воды, со вторых суток – определенное питание (стол № 1). Следует избегать больших глотков. Пища должна быть прохладной, жидкой или протертой. При болях целесообразно назначать Алмагель А с местным анестетиком. При интенсивных болях за грудиной рекомендуется применение анальгетиков группы нестероидных противовоспалительных препаратов. Болевой синдром обычно купируется к третьим суткам.

Со вторых по седьмые сутки после лигирования узлы некротизируются, уменьшаются в размерах, густо покрываются фибрином с последующим отторжением некротических тканей вместе с лигатурами и образованием поверхностных изъязвлений. Язвы заживают к 14–21-му дню, оставляя звездчатые рубчики без стеноза просвета пищевода. К концу второго месяца после лигирования подслизистый слой замещается рубцовой тканью, а мышечный остается интактным.

В отсутствие осложнений контрольная ЭГДС выполняется через месяц после операции. Дополнительные сеансы лигирования назначаются при недостаточности первого сеанса, а также при возникновении со временем новых стволов варикозных вен.

1. **Заключение**

1.Эндоскопическое лигирование ВРВП является:

эффективным методом первичной (превентивной) профилактики возникновения кровотечения;

эффективным средством гемостаза на высоте кровотечения из ВРВП;

эффективным способом профилактики кровотечения у больных с кровотечением из ВРВП в анамнезе;

малоинвазивным и доступным широкому применению методом с минимальным числом осложнений;

2.Эндоскопические методы коррекции ПГ должны проводиться в сочетании с медикаментозной терапией основного заболевания.

3.Эндоскопические методы коррекции ПГ целесообразно проводить в специализированных лечебно-диагностических учреждениях с современной диагностической базой, где возможно комплексное (консервативное, эндоскопическое, ангиографическое и оперативное) лечение.

**Список использованной литературы.**

1.Эндоскопическая диагностика, лечение и профилактика кровотечений портального генеза/К.В. Шишин/"ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Гастроэнтерология" Спецвыпуск №2 (43)

2.КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ((г. Воронеж, 5-6 июня 2014 г.)

 3. [А.А. ФИЛИН](http://pmarchive.ru/tag/a-a-filin/), [А.В. ФИЛИН](http://pmarchive.ru/tag/a-v-filin/), [ВРВП](http://pmarchive.ru/tag/vrvp/), [Е.В. КИМ](http://pmarchive.ru/tag/e-v-kim/), [Л.М. МЯУКИНА](http://pmarchive.ru/tag/l-m-myaukina/), [ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА 02 (08) ЭНДОСКОПИЯ. ЭНДОХИРУРГИЯ. ОНКОЛОГИЯ](http://pmarchive.ru/tag/pm-02-08-endoskopiya/)

4. Эндоскопические методы лечения и профилактики кровотечений у больных с варикозными венами пищевода и желудка/А.А. Филин, Л.М. Мяукина, А.В. Филин/2011