

Таблица 2
Динамика восстановления сознания после операции

Группа	Время, мин (M±m)			
	пробуждения	экстубации	ориентации	достижения 10 б. по шкале Алдрета
1-я	9,3±3,4	11,4±3,2	15,4±2,6	17,7±2,5
2-я	5,2±1,5	5,6±2,0	10,3±2,1	12,4±3,4

Примечание. Разница по всем периодам между группами статистически значима ($p < 0,05$).

заболеваниями требуют мониторинга уровня артериального давления, электрокардиографических и оксиметрических показателей. При выполнении вмешательств в положении «на животе» этим пациентам необходима искусственная вентиляция легких.

По результатам проведенного исследования можно заключить, что для больных, относящихся к IV классу риска по классификации ASA, предпочтительна низкочастотная ингаляционная анестезия с управляемым дыханием. При сбалансированной индукции в наркоз на основе севофлюрана у них сохраняется гемодинамическая стабильность и регистрируется минимальная частота развития интраоперационной ишемии миокарда. При использовании севофлюрана в качестве базового анестетика снижается потребность в миорелаксантах и наркотических анальгетиках, что способствует ранней активизации больных.

Литература

1. Балалыкин А.С., Климов П.В. Эндоскопическая диагностика и лечение опухолей БДС // Хирургия. 1990. № 1. С. 56–61.
2. Бунатян А.А., Кочнева З.В., Кардашян Р.А. Новые методики тотальной внутривенной анестезии в эндоскопической хирургии // Итоги. Результаты научных исследований по программной тематике: сб. работ. М., 1996. Вып. 2. С. 126–133.

3. Гологорский В.А. Проблема седации в интенсивной терапии. // Вестник интенсивной терапии. 1998, прил.: «Актуальные вопросы общей анестезии и седации». С. 7–13, 24–28.
4. Кортилла К. Анестезиологическое обеспечение фиброколоноскопии у онкологических больных // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. Архангельск–Тромсе, 1995. С. 17–182.
5. Левит А.Л., Рождественская М.В., Гринберг Б.И. и др. Анестезиологическое обеспечение малоинвазивных и эндоскопических вмешательств // Сб. тез. юбил. науч.-практ. конф. ОКБ № 1. Екатеринбург, 1998. С. 145–146.
6. Лепилин М.Г., Васильев А.В., Лисицын В.Д. Влияние вводимого тиопенталового и фентанил-седуксенового наркоза на функцию левого желудочка, метаболизм миокарда у больных ишемической болезнью сердца // Анестезиология и реаниматология. 1987. № 5. С. 17–19.

Поступила в редакцию 05.05.2011.

ANAESTHETIC SUPPORT OF ENDOSCOPIC INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH SEVERE SYSTEMIC DISEASES

K.V. Maistrovskiy, A.G. Kozhanov, A.E. Tarasov, E.V. Serebryakova, V.Yu. Velichkin

Far Eastern District Medical Centre of the Federal Medical Biological Agency of Russia (161 100 Year Anniversary of Vladivostok Av. Vladivostok 690022 Russia)

Summary – The paper provides a retrospective analysis of 30 medical histories of patients with cholelithiasis and pancreatic b cancer attributed to IV risk group according to the classification of the American Society of Anaesthesiologists. The authors have performed 15 endoscopic interventions under the conditions of total intravenous anaesthesia (propofol, fentanyl, and rocuronium bromide) accompanied by artificial pulmonary ventilation, and 15 endoscopic interventions under the conditions of low flow inhalational anaesthesia with controlled respiration (sevoflurane, fentanyl, and rocuronium bromide). Unlike the first group, the second one was characterised by hemodynamic stability during introduction to general anaesthesia with no intraoperative myocardial ischemia. The sevoflurane decreased the need in neuromuscular relaxants and narcotic analgesics.

Key words: endoscopy, anaesthesia, propofol, sevoflurane.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 21–23.

УДК 616.36-004.5-06:616-005.1-072.1

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

А.А. Филин, Л.М. Мяукина, А.В. Филин

Ленинградская областная клиническая больница (194291, г. Санкт-Петербург, пр-т Луначарского, 45–49)

Ключевые слова: пищевод, желудок, варикозные вены, эндоскопическое лигирование.

Обобщен 12-летний опыт 265 сеансов эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода и желудка у 198 пациентов с циррозом печени. Показана высокая эффективность метода при профилактике первичных кровотечений и, в сочетании со склеротерапией, – для профилактики рецидивных кровотечений. Осложнения в раннем послеоперационном периоде при лигировании зарегистрированы в 2,6%, а при склеротерапии – в 1,6% случаев. За период наблюдения от рецидивного кровотечения погибли двое больных.

Увеличение числа больных циррозом печени за последние десятилетия стало одной из наиболее важных

Филин Александр Андреевич – врач-эндоскопист отделения эндоскопии ЛОКБ; e-mail: doctor_eagleowl@mail.ru

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% [1–3, 5, 7].

Основными источниками кровотечения при портальной гипертензии являются варикозные вены преимущественно дистальных отделов пищевода. Варикоз вен желудка встречается реже и обычно хуже диагностируется из-за особенностей строения слизистой оболочки и сложности эндоскопического осмотра кардии,

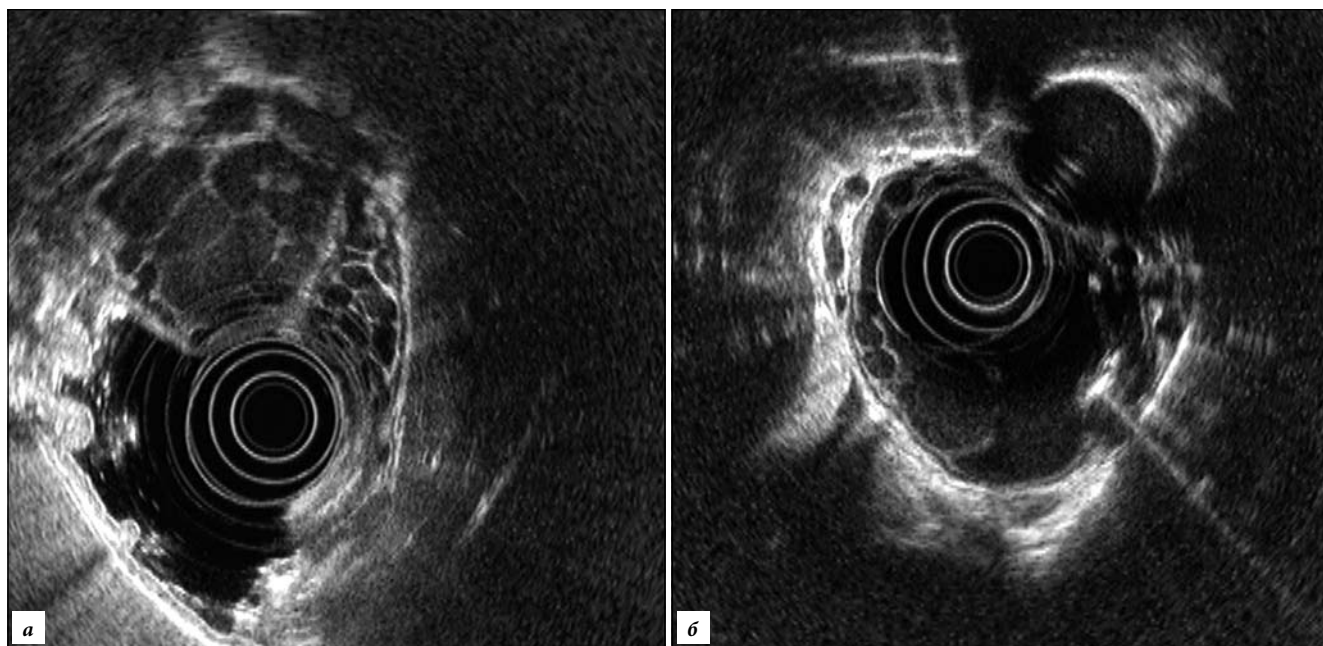


Рис. Эндоскопическая ультрасонография:
а – BPV желудка диаметром до 1,5 см с перфорантами; б – BPV пищевода диаметром более 2 см с перфорантами.

особенно на фоне продолжающегося кровотечения. Расширение венул и капилляров слизистой оболочки и подслизистого слоя желудка приводит к портальной гипертензивной гастропатии, которая, по некоторым сведениям, становится причиной 25% желудочных кровотечений при циррозе печени [4, 12].

В настоящее время лечебная тактика при кровотечениях из BPV пищевода и желудка включает три главных направления: лечение активного (состоявшегося) кровотечения, профилактика рецидива и профилактики первого кровотечения.

Материал и методы. За 12 лет нами выполнено 265 сеансов лигирования у 198 пациентов с BPV пищевода и желудка II–III ст. Эндоскопический гемостаз (лигирование, склерозирование, клипирование) при активном кровотечении проведен в 22 случаях. Максимальное число лигирований у одного пациента – 4. В большинстве наблюдений достигнут положительный эффект (полная либо частичная эрадикация варикозно расширенных вен при отсутствии первичного либо рецидивного кровотечения). Эндоскопическое склерозирование в комбинации с лигированием было выполнено в 25 случаях.

Для эрадикации BPV использовали пластиковые лигатуры, прямые и скошенные торцевые колпачки и лигирующее устройство фирмы Olympus. Изредка для лигирования в пищеводе применяли Six-Shooter с резиновыми кольцами фирмы COOK. Для визуализации глубоких и перфорантных вен пищевода, а также расширенных вен желудка, не диагностируемых при рутинном осмотре, прибегали к эндоскопической ультрасонографии.

Результаты исследования. После лигирования все пациенты отмечали умеренную болезненность в груди и явления дисфагии в течение 1–2 дней. Во время лигирования и в раннем послеоперационном периоде

диагностированы следующие осложнения: срезание варикозного узла лигатурой (4), отсроченное кровотечение (2) и реактивный медиастинит (1), что составило 2,6% от общего количества процедур. В результате применения склерозирования в 1,6% случаев возникли осложнения в виде глубоких язв пищевода в зоне введения препарата (2), внутрислизистой гематомы (1) и кровотечения (1). Все указанные осложнения купированы консервативно или с применением эндоскопических методик.

При последующем наблюдении эндоскопическое исследование осуществлялось каждые 6–12 мес. Максимальный срок наблюдения составил 12 лет. За этот период два человека с циррозом печени и выраженной сопутствующей патологией умерли от рецидива кровотечения. Пациентам с рецидивом варикоза либо при неэффективности первого этапа лигирования выполняли дополнительные сеансы лигирования (до 4 этапов). Больным с кровотечением в анамнезе дополнительно после лигирования при развитии локальных рецидивов выполняли эндоскопическое склерозирование.

Эндоскопическая ультрасонография у пациентов с кровотечением из BPV пищевода и желудка в анамнезе и с рецидивом варикоза вен после эндоскопического лечения помогла выявить ранее не диагностированные расширенные вены свода желудка и перфорантные вены пищевода как факторы риска рецидива заболевания (рис.). В ряде случаев при верификации гигантских варикозных вен и наличии перфорантных коллекторов большого диаметра удалось своевременно рекомендовать ангиохирургическое и хирургическое лечение (эмболизация, портосистемное шунтирование).

Обсуждение полученных данных. Подходы к лечению пациентов с BPV пищевода и желудка должны быть комбинированными и включать в себя

медикаментозный, эндоскопический и хирургический компоненты. Многочисленные исследования показали, что здесь эффективны неселективные β -блокаторы (пропранолол, надолол, тимолол и др.) [1, 7, 8, 14]. В настоящее время они рекомендованы как препараты выбора до первого кровотечения с подбором дозировки с целью снижения портального давления ниже 12 мм рт. ст. Также показан синергический эффект в отношении портального давления β -блокаторов и изосорбида мононитрата (ISMN) [9]. Однако эта комбинация имеет большое количество побочных эффектов и ее применение возможно только под строгим контролем портального давления. Медикаментозная терапия при остром кровотечении из ВРВ усиливает эффект эндоскопического лечения. Кроме того, вазоактивные препараты могут быть использованы, как только диагноз варикозного кровотечения подтвержден.

Малоинвазивные эндоскопические методики диагностики, превентивного воздействия и гемостаза открыли новую страницу в решении проблемы лечения ВРВ пищевода и желудка и показали высокую эффективность при острых кровотечениях [11, 13, 14]. Гемостаз при этом достигается более чем в 90 % случаев, а летальность снижается до 15 % [12]. Имеются данные о положительных результатах при применении эндоскопических методов для профилактики рецидивов кровотечений портального генеза [6, 10].

Высокая летальность при первом эпизоде кровотечения определяет значимость выработки четких критериев риска его возникновения, что позволило бы определить показания к первичной профилактике и срокам ее проведения [1, 12]. Некоторые авторы, высоко оценивая непосредственные результаты эндоскопических методик, высказывают сомнения в их эффективности в отдаленные сроки наблюдения и предлагают проводить хирургические вмешательства отсроченно. Другие исследователи утверждают, что эндоскопические методы гемостаза улучшают выживаемость пациентов как в остром периоде, так и в отдаленные сроки [15].

Основываясь на опыте отечественных и зарубежных коллег, а также на анализе собственных наблюдений, мы сделали следующие выводы:

1. Эндоскопическое лигирование как изолированный метод эффективно в профилактике первичных кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

2. Эндоскопическое лигирование в сочетании с эндоскопическим склерозированием может применяться для профилактики рецидивных кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

3. Эндоскопические методы лечения ВРВ пищевода и желудка снижают риск смертности от кровотечения, не влияя на течение основного заболевания.

4. Эндоскопическая ультрасонография позволяет более точно, в сравнении с обычным эндоскопическим осмотром, верифицировать варикозные вены и избрать наиболее эффективный метод лечения (однако диагностическая ценность эндосонаграфии пищевода остается темой для обсуждения).

Литература

1. Борисов А.Е., Кузьмин-Крутецкий М.И., Кащенко В.А. Кровотечения портального генеза. СПб.: ЭФА, 2001. 126 с.
2. Лыткин М.И., Ерюхин И.А., Диденко В.М. Отдаленные результаты лечения больных с портальной гипертензией, осложненной гастроудоденальным кровотечением // *Вестн. хир.* 1984. № 12. С. 1115.
3. Пацюрора М.Д., Шерцингер А.Г. Хирургическое лечение внутрипеченочной портальной гипертензии // *Хирургия портальной гипертензии (ошибки и опасности)*. М., 1984. С. 6–15.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: практ. руководство / пер с англ. [под ред. З.Г. Анпросиной, Н.А. Мухина]. М.: ГОЭТАР-Медиа, 1999. 187 с.
5. Bambha K., Kim W.R., Pedersen R. et al., Predictors of early re-bleeding and mortality after acute variceal haemorrhage in patients with cirrhosis // *Gut*. 2008. Vol. 57. P. 814–820.
6. Cappell M.S., Friedel D. Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy // *Med. Clin. North. Am.* 2008. Vol. 92. P. 491–509.
7. Feu F., Garcia-Pagan J.C., Bosch J. Relation between portal pressure response to pharmacotherapy and risk of recurrent variceal haemorrhage in patients with cirrhosis // *Lancet*. 1995. Vol. 346. P. 1056–1059.
8. Garcia-Tsao G., Bosch J., Groszmann R.J. Portal hypertension and variceal bleeding – unresolved issues. Summary of an American Association for the study of liver diseases and European Association for the study of the liver single-topic conference // *Hepatology*. 2008. Vol. 47. P. 1764–1772.
9. Gluud L.L., Langholz E., Krag A. Meta-analysis: isosorbide-mononitrate alone or with either beta-blockers or endoscopic therapy for the management of oesophageal varices // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2010. Vol. 32. P. 859–871.
10. Lo G.H., Lai K.H., Cheng J.S. Emergency banding ligation versus sclerotherapy for the control of active bleeding from esophageal varices // *Hepatology*. 1997. Vol. 25. P. 1101–1104.
11. Moitinho E., Escorsell A., Bandi J.C. Prognostic value of early measurements of portal pressure in acute variceal bleeding // *Gastroenterology*. 1999. Vol. 117. P. 626–631.
12. North Italian Endoscopic Club for the Study and Treatment of Esophageal Varices: Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. A prospective multicenter study // *N. Engl. J. Med.* 1988. Vol. 319. P. 983–989.
13. Paquet K.-J. Endoscopic paravariceal injection sclerotherapy of the esophagus – indications, technique, complications, results of period of nearly 14 years // *Gastrointest. Endoscopy*. 1993. Vol. 29. P. 317.
14. Sarin S.K., Lamba G., Kumar M. Comparison of endoscopic ligation and propranolol for the primary prevention of variceal bleeding // *New. Engl. J. Med.* 1999. Vol. 340. P. 988–993.
15. Tiani C., Abalde J.G., Bosch J. Portal hypertension: pre-primary and primary prophylaxis of variceal bleeding // *Dig. Liver Dis.* 2008. Vol. 40. P. 318–327.

Поступила в редакцию 05.03.2011.

ENDOSCOPIC METHODS FOR TREATING AND PREVENTING BLEEDINGS IN PATIENTS WITH VARICOSE VEINS OF OESOPHAGUS AND STOMACH

A.A. Filin, L.M. Myaukina, A.V. Filin

Leningrad Oblast Clinical Hospital (45–49 Lunacharskogo Av. Saint-Petersburg 194291 Russia)

Summary – The paper summarises 12-year experience of performing 265 sessions of endoscopic ligation of varicose veins of oesophagus and stomach to 198 patients suffering from liver cirrhosis, and point out high efficiency of this method to prevent primary bleedings and, combined with sclerotherapy, to prevent recurrent bleedings. In case of ligation procedure, there were early post-operative complications in 2.6 % of cases, and 1.6 % – in case of sclerotherapy procedure. Two patients died because of recurrent bleeding during the follow-up period.

Key words: oesophagus, stomach, varicose veins, endoscopic ligation.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 23–25.