

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ России

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

**Заведующий кафедрой:**

д.м.н., профессор Д.В. Черданцев

## **Реферат**

### **Эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода**

Выполнила: ординатор 1 года

Специальности 31.08.70 Эндоскопия

Королькова Полина Андреевна

## Содержание:

Определение, актуальность проблемы.....	3
Этиология и патогенез.....	3
Классификация.....	4
Методика лигирования.....	5
Осложнения.....	6
Выводы.....	7
Список использованной литературы	

## **Определение и актуальность проблемы**

Варикозное расширение вен пищевода – патология венозной системы, развивающаяся вследствие повышения давления в системе воротной или поллой вены. Самым тяжелым осложнением является пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК) из варикозно- расширенных вен ВРВП и желудка. При выявлении ВРВП у 60 % больных возникает массивное кровотечение, которое сопровождается летальностью более 20% в течение первых 6 недель после геморрагии. При консервативном лечении летальность колеблется в пределах 30-51,2 %, при хирургическом – 26 – 40,6 %. В настоящий момент нет четких критериев угрозы возникновения кровотечения в зависимости от этиологии портальной гипертензии. Неопределенность в прогнозах возникновения ПЖК, отсутствие единства в выборе адекватных и эффективных методов первичной профилактики свидетельствует об актуальности данной проблемы.

## **Этиология и патогенез**

Клинически синдром ПГ проявляется увеличением диаметра воротной (более 14 мм) и селезеночной (более 7-8 мм) вен (по данным УЗИ), появлением асцита, спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода и/или желудка, прямой кишки. При этом портокавальный градиент давления превышает пороговое значение 10 мм рт. ст. Около 90 % случаев ПГ обусловлено циррозом печени. Подпеченочная ПГ возникает в результате порока развития или тромбоза воротной вены. У 70 % взрослых пациентов развитие тромбоза обусловлено тромбофилическими синдромами – врожденными или приобретенными. Среди других факторов, приводящих к тромбозу воротной вены, выделяют сепсис, панкреатит, травму живота и хирургические вмешательства на брюшной полости. Наиболее частой причиной надпеченочной портальной гипертензии является болезнь Бадда-Киари (тромбоз печеночных вен).

Отток крови из вен пищевода в норме осуществляется двумя путями: в систему верхней поллой вены – через непарную, полунепарную и щитовидные вены, и в воротную – через венечную вену желудка. Повышенное портальное давление вызывает дилатацию гастрэзофагиальных коллатералей. Вена равномерно стойко расширяется, затем удлиняется, что и приводит к ее извитости. Дальнейшее прогрессирование флебэктазии приводит к тому, что расширение становится неравномерным с узловым мешковидным выпячиванием стенок. ВРВП способствует окружение вен рыхлым подслизистым слоем, который не может быть препятствием для эктазии и варикозной трансформации. Разрыву вены предшествует трофическая дисплазия слизистой оболочки пищевода или желудка, в результате образуются эрозии и обнажается участок стенки варикозной вены. Провоцирующими факторами

являются обильный прием пищи, что приводит к увеличению артериального и портального притока крови к желудку и пищеводу, физические нагрузки, контрастное исследование портальной системы, резкие колебания атмосферного давления, механическое повреждение вследствие приема плотной пищи или при рвотных движениях. Наиболее часто источник кровотечения располагается в пределах 2–4 см нижней трети пищевода.

### **Классификация**

Эндоскопические классификации ВРВ пищевода (ВРВП) В 1983 г. К.-J. Raquet выделил 4 степени варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода:

1 степень: единичные эктазии вен (верифицируются эндоскопически, но не определяются рентгенологически).

2 степень: единичные хорошо отграниченные стволы вен, преимущественно в нижней трети пищевода, которые при инсuffляции воздуха отчетливо выражены. Просвет пищевода не сужен, слизистая пищевода над расширенными венами не истончена.

3 степень: просвет пищевода сужен за счет выбухания ВРВ, в нижней и средней третях пищевода, которые частично спадаются при инсuffляции воздуха. На верхушках ВРВ определяются единичные красные маркеры или ангиоэктазии.

4 степень: в просвете пищевода — множественные варикозные узлы, не спадающиеся при сильной инсuffляции воздухом. Слизистая оболочка над венами истончена. На верхушках вариксов определяются множественные эрозии и/или ангиоэктазии.

Классификация N. Soehendra, K. Vinmoeller (1997 года):

1 степень — диаметр вен не превышает 5 мм, вытянутые, располагаются только в нижней трети пищевода

2 степень — диаметр вен от 5 до 10 мм, извитые, расположены в средней трети пищевода

3 степень — диаметр более 10 мм, напряженные, с тонкой стенкой, расположены вплотную друг к другу, на поверхности вен «красные маркеры».

ВРВ желудка:

1-я степень — диаметр вен не превышает 5 мм, плохо различимы над слизистой желудка

2 степень — диаметр от 5 до 10 мм, единичные, полипоидного вида

3 степень — диаметр более 10 мм, в виде обширных конгломератов узлов полипоидного вида с истончением слизистой.

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:

1. Локализация (эта характеристика требует определения распространенности ВРВ вдоль пищевода, а при выявлении вен желудка, оценивается их расположение относительно кардии) – нижняя треть пищевода, средняя треть пищевода, верхняя треть. ВРВ кардии: располагающиеся в кардии; отдаленные от кардии.
2. Форма (данным показателем оценивается внешний вид и размер ВРВ, при этом обнаруживают: отсутствие вен; короткие, малого калибра; умеренно расширенные, извитые ВРВ; значительно расширенные, узловатые ВРВ.
3. Цвет (этой категорией отражается толщина стенки ВРВ). Синий цвет указывает на значительное ее истончение.
4. «Красные маркеры» : пятна «красной вишни»; гематоцистные пятна; телеангиоэктазии.
5. Признаки кровотечения (при остром кровотечении устанавливается его интенсивность; в случае спонтанного гемостаза оценивается характер тромба): Струйное, в виде просачивания – в период кровотечения; красный тромб, белый тромб – после достижения гемостаза.
6. Изменение слизистой оболочки пищевода (они могут быть как проявлением рефлюксной болезни, нередко сочетающиеся с заболеваниями, протекающими с синдромом портальной гипертензии, так и следствием лечебного эндоскопического воздействия): эрозия, язва, рубец.

### **Эндоскопический способ лигирования**

Для лигирования ВРВП использовали многозарядные лигаторы. Несмотря на разнообразие лигирующих устройств, принцип их действия одинаков. Лигатор представляет собой пластиковый цилиндр с предзаряженными на нем эластичными кольцами, который надевают на дистальный конец эндоскопа. Посредством нити, проведенной через инструментальный канал, цилиндр соединяется с рукояткой тракционного механизма, вращением которого осуществляли поочередное высвобождение предзаряженных колец. Эндоскоп с лигирующим устройством вводили в пищевод, подводили к наиболее проблемному участку варикозно-измененной . С помощью аспиратора создавали отрицательное давление в полости колпачка, при этом вена вместе с прилегающей к ней слизистой засасывалась в него. Всасывание должно проводиться до превращения поля зрения в «красное пятно» .

Путем вращения тракционного механизма растянутое латексное кольцо снимали с насадки и сбрасывали на основание аспирированной вены, перетягивая ее в виде удавки. В итоге в просвете пищевода образуется лигированный венозный узел («венозный шарик» с лигатурой у основания) .

Пациенты находятся в стационаре до 9 сут. Контрольную ЭГДС назначали через 1 мес. В случае необходимости второго этапа лигирование выполняется через 1—1,5 мес после первого[4].

Первые сутки после ЭЛ назначают только питье холодной воды. Со вторых суток - питание по 1-а столу, избегая больших глотков. Пища должна быть прохладной, жидкой, или протертой. При болях назначаем альмагель А, содержащий анестезин. При 23 выраженных болях за грудиной назначаются обезболивающие средства. Болевой синдром купируется обычно к 3-м суткам. После ЭЛ с 3 по 7 сутки лигированные узлы некротизируются, уменьшаются в размерах, густо покрываются фибрином. К 7-8 суткам начинается отторжение некротических тканей с лигатурами и образование обширных поверхностных изъязвлений. Язвы заживают к 14-21 дню, оставляя звездчатые рубчики, без стеноза просвета пищевода. К концу 2-го месяца после ЭЛ подслизистый слой замещается рубцовой тканью, а мышечный слой остается интактным. При отсутствии осложнений, контрольная ЭГДС выполняется через месяц после лигирования. Дополнительные сеансы лигирования назначаются при недостаточности первого сеанса, а также в связи с возникновением новых стволов варикозных вен с течением времени.

### **Осложнения**

Осложнения эндоскопического лигирования.

Общие:

1. Реакция на латекс
2. Гипертермия
3. Аспирация желудочного содержимого.

Местные:

1. Боли за грудиной
2. Транзиторная дисфагия (1-3 сут.)
3. Изъязвления слизистой оболочки и рецидивы ЖКК
4. Перфорация пищевода
5. Стриктура пищевода
6. Образование ВРВ в фундальном отделе желудка
7. Невозможность аспирировать ВРВ диаметром более 15 мм.

## **Выводы**

Проблема варикозно-расширенных вен остается актуальной и в наши дни так как риск возникновения кровотечений остается также высоким, что является одной из причин смертности у пациентов с данным диагнозом. Исследования показывают высокую эффективность метода эндоскопического лигирования в качестве метода первичной и вторичной профилактики кровотечений из ВРВП.

В данной ситуации метод эндоскопического лигирования ВРВП становится единственной достойной альтернативой склеразированию. Все более широкое его использование в клинической практике значительно расширяет возможности в лечении пациентов.

## Литература

1. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕНАХ ПИЩЕВОДА/Дашацыренова Д.Б., Гаврилова А.К., Твердохлебов П.О. / Acta Biomedica Scientifica/2017 г.
2. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА/г. Воронеж, 5-6 июня 2014 г
3. Эндоскопическая диагностика, первичная и вторичная профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка/А.В. Филин/2008 г /Практическая медицина
4. Эндоскопическое лигирование как метод лечения и профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода/Журнал: Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017;(2): 59-63/Габриэль С.А., Гучетль А.Я., Дурлештер В.М.
5. Отдаленные результаты эндоскопического лигирования варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени/Вестник Российского государственного медицинского университета/ Затевахин И.И 2010.
6. Лечебная тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка / Д.В. Гарбузенко // Анналы хирургической гепатологии. – 2007.