

Эндоскопическое лечение варикозного расширения вен пищевода. В поисках нового

Е.Р. Олевская

Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск, Россия

Предложен оригинальный способ выполнения эндоскопической склеротерапии (ЭС) с использованием склерозантов в состоянии микропены («foam form»), который применен у 48 пациентов. Из них у 22 больных выполнено метахронное использование эндоскопического лигирования (ЭЛ) и ЭС препаратами в состоянии микропены. Использование ЭС «foam form» позволило избежать кровотечений во время манипуляции, снизить количество используемого склерозанта, контролировать эффективность процедуры эндосонографически. ЭЛ и ЭС ВРВП «foam form», выполненные метахронно, позволяют достигнуть эрадикации вен в более короткие сроки, добиться формирования плотного стромального каркаса стенки пищевода.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) является грозным осложнением портальной гипертензии, приводящим к смерти до 50% больных при первом кровотечении [1,3].

С целью остановки кровотечения и его профилактики используется ряд методов, способствующих редукции вен и созданию стромального каркаса. К таким методам относятся: эндоскопическое лигирование (ЭЛ) варикозно расширенных вен пищевода и введение склерозантов как в просвет ВРВП, так и паравазально [1]. Введение склерозирующих растворов в просвет вены приводит к развитию асептического некроза, тромбированию, уплотнению, а нередко и к отторжению вены. На месте ее слизистая рубцуется и препятствует появлению новых вариксов [1, 6]. Введение склерозирующих препаратов паравазально сдавливает вены, вызывает некроз слизистой, рубцевание и тем самым способствует созданию стромального каркаса [1, 6]. Эти методы используются как самостоятельно каждый в отдельности, так и в различных комбинациях [4]. В соответствии с консенсусом Baveno IV, ЭЛ считается наилучшим способом эндоскопического лечения кровотечений из ВРВП, тогда как эндоскопическая склеротерапия (ЭС) рекомендована пациентам, у которых ЭЛ невозможно или сложно выполнить технически [8]. Однако некоторые авторы считают, что в ряде ситуаций и при достаточном опыте врача склеротерапия не уступает по эффективности ЭЛ. Кроме того, адекватно выполненная ЭС с эрадикацией ВРВП дает более стабильный результат вследствие создания плотного стромального каркаса стенки пищевода и запускевания перфорантов и коллатералей [5, 9].

Мы имеем многолетний опыт эндоскопического лечения ВРВП. Более 25 лет используем в качестве метода борьбы с кровотечением из ВРВП введение склерозирующих растворов, как внутривенно, так и паравазально. При использовании этого метода возможны осложн-

нения во время и после склеротерапии. При пункции вены есть вероятность возникновения довольно обильного кровотечения, требующего установки зонда Блекмора. Для хорошего эффекта приходится вводить значительное количество дорогостоящих склерозантов, что небезразлично для бюджета больницы или самого пациента (15–30 мл). Кроме того, такой подход нередко приводит к развитию глубоких некрозов, отторжению венозного ствола, что также вызывает кровотечение. Из общих осложнений встречается пневмония. В отдаленном периоде на месте склерозированных вен образуются грубые деформации стенок пищевода, рубцовые тяжи, сужение просвета пищевода [7].

Все выше перечисленное заставило нас искать достаточно результативный, но менее опасный способ склерозирования ВРВП. Изучив отечественную и зарубежную литературу, а также опыт работы сосудистых хирургов в лечении варикозно расширенных вен нижних конечностей, мы обратили внимание на способ лечения данной патологии путем введения в венозные стволы склерозантов в состоянии микропены («foam form»), которая представляет из себя смесь газа и жидкости и обладает свойствами сурфактанта. Это позволяет полностью контролировать концентрацию препарата, находящегося в просвете вены и время его контакта с эндотелием. Впервые этот способ предложил Sabregea в 1993 году [5]. Микропена имеет ряд уникальных физических характеристик: размеры пузырьков, соотношение жидкой и газообразной фазы, которое определяет плотность пены, скорость разрушения, т.е. стабильность, зависящая от вязкости растворенного газа [5]. Наиболее важным критерием для оценки стабильности пены является время полуотделения. Это время, за которое половина жидкой фазы отделяется от газообразной. Важно, что склерозант в виде «foam form» может быть визуализирован при сонографии. Это позволяет под контролем эндоскопической ультрасо-

нографии добиться заполнения перфорантных вен и коллатералей [2]. Пузырьки воздуха позволяют достаточно хорошо визуализировать в вене склерозант благодаря так называемому симптуму «хвост кометы». Это мелкие эхопозитивные сигналы, появляющиеся позади пузырьков газа и обусловленные их собственными колебаниями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использовались видеоэндоскопы GIF 160, GIF 180 «Olympus», ультразвуковой центр «Olympus» EU-M60, эхоэндоскоп UM-160, ультразвуковые минизонды с частотой сканирования 12 МГц.

Эндоэскопические методы были применены у 48 пациентов с ВРВП. С использованием ЭС «foam form» прооперировано 26 человек, метахронное использование ЭЛ и ЭС препаратами в состоянии микропены выполнено 22 больным. У 36 пациентов отмечен синдром внутрипеченочной портальной гипертензии при циррозе печени, у 12 пациентов ВРВП связано с внепеченочной портальной гипертензией и обусловлено тромбозом и аномалиями развития воротной вены. Средний возраст пациентов составил 42 года. Мужчин было 34, женщин 14. В анамнезе эпизоды кровотечений из ВРВП отмечены у 33 пациентов. Для оценки степени варикоза применяли классификацию А.Г. Шерцингера [1]. Варикоз вен пищевода 2-й степени выявлен у 23 пациентов, варикоз 3-й степени – у 25. У 27 пациентов вены переходили на кардию, у 4 – сочетались с ВРВ желудка. В общей сложности проведено 98 сеансов склеротерапии, 26 сеансов лигирования. В качестве склерозанта 3% тромбовар использовался у 23 человек, 3% фибро-вейн – у 20 человек. В 5 случаях сочетали оба препарата. Возникающее небольшое кровотечение при введении лекарства останавливалось самостоятельно либо прижатием конца эндоэскопа. За один сеанс проводили склерозирование от одного до 3 венозных стволов, при этом вводили от 1 до 4 мл 3% фибро-вейна, либо от 2 до 6 мл 3% тромбовара. Последующие сеансы склеротерапии выполняли каждые 7 дней до полного заполнения всех видимых венозных стволов. Контрольный осмотр для оценки результата назначали через 1,5–2 месяца и при появлении новых ВРВП проводили повторный курс склеротерапии. При метахронном выполнении ЭЛ и ЭС первым этапом проводили ЭЛ с наложением 4–8 лигатур за сеанс. В динамике эндоэскопический контроль проводили через 2 месяца. Это достаточный срок для объективной оценки результативности лечения. Выполнено 27 ЭС, ассоциированных с ЭУС у 11 пациентов для оценки качества ЭС. Анестезиологическое пособие заключалось в эндоэхеальном наркозе.

МЕТОДИКА

Склерозант в состоянии микропены готовили непосредственно перед пункцией вены: 0,4–0,7 мл препарата из фармакологической группы содиум натрий тетрадецил сульфат (фибро-вейн или тромбовар) через систему двух шприцов с тройником вспенивался воздухом до 5 мл (рис. 1).



Рис. 1. Система для создания микропены

Концентрация препарата во всех случаях была 3%. Инъектором, введенным через инструментальный канал эндоэскопа, пунктируировалась варикозно расширенная вена над кардией, и в нее вводили препарат в виде микропены до ощущения тугого заполнения. Иглу извлекали. Следующий прокол вены осуществляли на 3–5 см проксимальнее. В результате заполнения склерозантом вена приобретала пеструю окраску, «белела» (рис. 2).

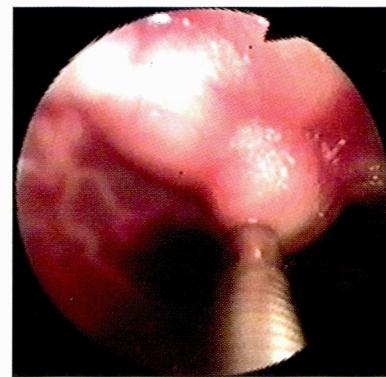


Рис. 2. Эндоэскопическая склеротерапия

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Методика эндоэскопической склеротерапии препаратами в состоянии микропены зарекомендовала себя положительно. Ни разу манипуляция не осложнилась массивным кровотечением, требующим установки зонда Блекмора. Мы отказались от перевода пациентов в реанимационное отделение после ЭС, ограничившись наблюдением дежурного врача в хирургическом отделении. После применения склерозантов «foam form» больные не отмечали боли за грудиной. При эндоэскопическом контроле через 7 дней после ЭС визуализировались плотные венозные стволы с поверхностными очагами некроза. Мы не отметили ни одного случая пневмонии

после применения данной методики. У одного пациента зарегистрирована двухдневная лихорадка. В среднем для полной эрадикации потребовалось 6–9 месяцев.

Если сравнивать используемые препараты, то для создания 5 мл микропены понадобилось 0,4 мл фиброВейна, 0,8 мл тромбовара. Кроме того, пены имели различные характеристики устойчивости. Самое быстрое оседание пены в раствор давал тромбовар, затем фиброВейн. На один сеанс склеротерапии до тугого наполнения видимых столов в среднем использовано 2 ампулы 4 мл фиброВейна, 3–6 мл тромбовара.

В 11 случаях удалось четко локализовать перфорантные вены, заполненные склерозантом (рис. 3.).

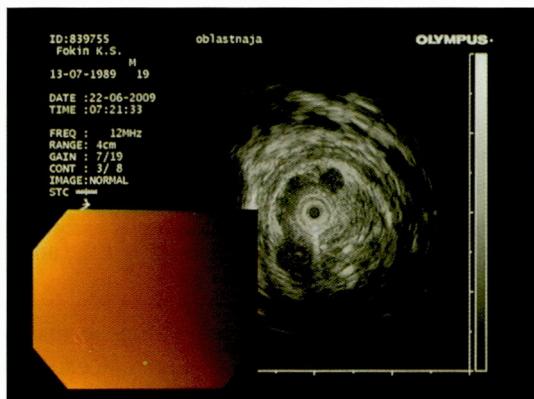


Рис. 3. ЭУС в момент проведения ЭС

В 7 случаях такой возможности не представилось, в 9 случаях результат был сомнителен. При контроле эффективности ЭС через 2–3 месяца по окончании курса результаты следующие: во всех случаях положительного ЭУС контроля наличия вспененного склерозанта в перфорантной вене была достигнута облитерация вены на протяжении. У 5 пациентов облитерация вен носила сегментарный характер, что свидетельствует о неполной эффективности ЭС и возможном сбросе из глубоких вен в вены подслизистого слоя через перфорантные вены.

Преимущества способа

- ◆ Снижение дозы склерозирующего вещества
- ◆ Минимальные последствия экстравазации
- ◆ Отсутствие кровотечения после пункции
- ◆ Возможность ЭУС контроля

Однако, как и при стандартной СТ, полная эрадикация ВРВП требует неоднократных курсов, состоящих из нескольких сеансов. Из пролеченных таким способом 36 пациентов полная эрадикация достигнута у 29, что подтверждает высокую эффективность методики. Но, в среднем, для каждого пациента полный курс лечения занял 6–8 месяцев.

Необходимо отметить, что ЭЛ позволило достигнуть запустевания вен и уменьшения их объема значительно быстрее. В динамике эндоскопический контроль проводили через 2 месяца. Это достаточный срок для объективной оценки результативности лечения. У 12 пациентов обнаружились единичные фрагментированные вены от 0,2 до 0,4 см. Им однократно выполнена ЭС препаратами в виде микропены. У 4 пациентов визуализировались крупные венозные стволы 0,6–0,7 см. Им выполнено по 3 сеанса ЭС с положительным эффектом. Все пациенты находятся под эндоскопическим динамическим наблюдением.

Комплексное метахронное использование ЭЛ и ЭС ВРВП препаратами в состоянии микропены с ЭУС контролем позволяет достигнуть эрадикации вен в более короткие сроки, добиться формирования плотного стромального каркаса стенки пищевода и свести осложнения к минимуму, вплоть до их отсутствия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошевой А.П. Совершенствование диагностики и тактики лечения больных с кровотечениями из расширенных вен пищевода и желудка. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Москва 2009
2. Шиманко А.И., Дибиров М.Д., Васильев А.Ю. и др. ЭхоБЛитерация недостаточных перфорантных вен у больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности. Флеболимфология.-2000.-№12.-стр.6-8.
3. Bhasin D. K, Siyad I Variceal Bleeding and Portal Hypertension: New Lights on Old Horizon. Endoscopy.- 2004.-V36 (2).-p.120–129
4. Bhasin D. K., Malhi N. J. S. Variceal Bleeding and Portal Hypertension: Much to Learn, Much to Explore. Endoscopy.- 2002. Vol. 34 (2).-p.119–128 D
5. Frullini A Склерозирующие средства в виде микропены. Флеболимфология.-2004.-№22.-стр.3.
6. Guadalupe Garcia-Tsao, Sanyal AJ, Grace ND et al. Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. Am J. Gastroenterol. - 2007 .- Vol. 102 .- p. 2086-2102.
7. Gupta S et al. Purulent Pericarditis: a Complication of Endoscopic Oesophageal Variceal Sclerotherapy. Endoscopy.- 2005.- Vol.37.-p.688
8. J. Boix, V. Lorenzo?Z.жига, V. Moreno de Vega, E. Dom.nech, M. A. Gassull: Sclerotherapy and esophageal variceal bleeding: time to forget it, or not? Endoscopy.- 2007.-V. 39.-p. 478
9. Triantos CK, Goulis J., Patch D. et al. An evaluation of emergency sclerotherapy of varices in randomized trials: looking the needle in the eye. Endoscopy. - 2006 .- Vol. 38 (8) .- p. 74-90.

КОНТАКТЫ

Олевская Елена Рафаиловна, к.м.н.

454128, г. Челябинск, Медгородок

Челябинская областная клиническая больница

Тел. +7-9222-300-222 Факс: +7-3512-60-98-38

e-mail: endo74@mail.ru