

Откізілген зерттеулердің нәтижесінде операциядан кейін 7 тәулік өткеннен соң созылмалы дакриоциститтің клиникалық белгілерінің жойылуы өзгертілген әдіс жасалған науқастар тобында шынайы тұрғыдан жоғары болатыны анықталды.

Ophthalmologic study of modified nasal endoscopic surgery in patients with chronic dacryocystitis in early postoperative period

A.K. Aitakhanova, A.Zh. Baimenov, R.I. Rozenon

We compared the effectiveness of surgery in 2 groups of patients with chronic dacryocystitis. The first group consisted of patients operated by the modified endoscopic technique, the second – patients operated by the classical endoscopic sinus surgery technique. The results were beneficial in the early postoperative period in the first group of patients.

УДК 616.329-616-005.1

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**С.П. Боровский, Н.Б. Малаев, И.Н. Сагандыков, С.С. Мухаметкалиев,
В.В. Землянский, Е.Т. Сабитов, С.С. Мусаев**

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

При наличии варикозных вен пищевода и желудка примерно у 60% больных с портальной гипертензией возникает профузное пищеводное кровотечение, при этом у 80% оно рецидивирует в течение года, около 30-40% погибают при каждом эпизоде. Поэтому организация эффективного лечения кровотечений из варикозных вен пищевода является ключевым моментом в лечении портальной гипертензии. Применение консервативной терапии, эндоскопического склерозирования или лигирования, как показывают обширные рандомизированные исследования, не всегда эффективно [1,2,3,4]. Хирургическое портосистемное шунтирование, получившее наибольшее распространение в качестве профилактической меры, ограничивается больными, относящимися к классу А и В по классификации Child. Выполнение различных видов разобщающих операций весьма проблематично при декомпенсированных формах портальной гипертензии, особенно на фоне развившегося кровотечения в силу тяжести состояния пациентов. Лечебные эндоваскулярные вмешательства являются прототипами соответствующих хирургических операций, но в отличие от них обладают минимальной травматичностью и могут быть методом выбора в тех ситуациях, когда операция необходима, но выполнить ее невозможно или она сопряжена с высокой степенью риска.

Цель данного исследования - оценить возможности и определить оптимальный объем эндоваскулярных вмешательств для лечения пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией.

Материалы и методы. С марта по сентябрь 2010 года на базе Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи эндоваскулярные вмешательства при кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка были выполнены у 14 больных с внутрипеченочной формой портальной гипертензии (цирроз печени). Субкомпенсированная стадия портальной гипертензии была у 3 больных, декомпенсированная – у 11 по классификации М.Д. Пациоры (1984). Эндоваскулярные вмешательства проводились после тщательного изучения ангиоархитектоники в бассейнах чревного ствола, воротной вены, показателей воротнопеченочной гемодинамики, оценки коллатерального (артериального и венозного) кровообращения. При этом решался вопрос о показаниях и целесообразности применения соответствующих эндоваскулярных вмешательств: эмболизации селезеночной и варикозно-

расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.

Эмболизацию селезеночной артерии считали показанной во всех случаях портальной гипертензии при наличии спленомегалии и гиперспленизма. Учитывая отрицательные стороны острой окклюзии селезеночной артерии (инфарцирование, абсцедирование селезенки, панкреатит и др.), мы применяли методику постепенной окклюзии, используя конические спирали без дополнительных нитей.

Для прекращения притока к варикозным венам пищевода и кардиального отдела желудка выполняли эмболизацию левой желудочной и коротких желудочных вен. В первую очередь производили эмболизацию мелких коротких желудочных вен, затем варикозных вен и основного ствола левой желудочной вены. Вначале вводили металлические спирали типа Гиантурко с целью редукации кровотока, затем жидкие склерозирующие средства (тромбовар, этиловый спирт 96%) и гемостатическую губку. Такой порядок введения препаратов был необходим для более длительного контакта склерозирующих веществ с интимой варикозных вен, а также профилактики эмболических осложнений. Эффективность окклюзии указанных вен подтверждали при помощи рентгенотелевизионного контроля или ангиографически.

После проведенных вмешательств катетер в воротной вене оставался еще на сутки. Это было необходимо для введения лекарственных препаратов непосредственно в регионарное русло печени, а также для контроля над эффективностью эмболизации. При контрольной портографии и выявлении реканализации ранее эмболизированных сосудов, возникновении коллатеральных путей выполняли соответствующие корригирующие лечебные эндоваскулярные вмешательства.

Результаты и обсуждения. Применение эмболизации селезеночной артерии в данном варианте ее выполнения не приводило к резкой ишемии селезенки и соответствующего некроза органа. Развитие инфаркта селезенки с абсцедированием, других тяжелых осложнений не наблюдалось. Эмболизация варикозных вен пищевода сопровождалась остановкой кровотечения, регрессом флэбэктазий, улучшением состояния слизистой дистального отдела пищевода. Эмболизацией селезеночной артерии и снижением объема притока крови в портальное русло нивелировался прирост дав-

ления, связанный с прерыванием гастрозофагеального оттока из портальной системы.

Чреспеченочные эндоваскулярные вмешательства сопровождались осложнением у одного больного: был выявлен правосторонний плеврит и производились пункции плевральной полости. Один больной умер после рецидива кровотечения и хирургического вмешательства от геморрагического шока на фоне прогрессирующей печеночной недостаточности.

Таким образом, наши исследования показали, что наиболее эффективным методом эндоваскулярной хирургии у больных с портальной гипертензией, осложненной кровотечением, является эмболизация варикозных вен пищевода в сочетании с хронической эмболизацией селезеночной артерии. Благоприятные результаты объясняются декомпрессией портальной системы, ликвидацией явлений гиперспленизма, артериализующим действием и улучшением функции печени. После проведенной окклюзии сосудов требуется длительная катетеризация воротной вены с целью инфузионной терапии и контрольная портография с целью выявления реканализации варикозных вен или образования допол-

нительных венозных перетоков и их эмболизации, что позволяет улучшить результаты лечения и снизить летальность у больных с данной патологией.

Литература:

1. Бебурешвили А.Г., Михин С.В., Овчаров А.Н. Эндоскопическая склеротерапия варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии // Хирургия. – 2006. - № 1. – С. 44-48.

2. Ерамышанцев А.К. Прошлое и настоящее хирургии портальной гипертензии: взгляд на проблему // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатол. – 2001. - № 5. – С.20-26.

3. Galloway J.R., Henderson J.M. Management of variceal bleeding in patients with extrahepatic portal vein thrombosis // Am. J. Surg. – 1990. – Vol. 160.-№ 1. – P. 122-127.

4. Jutabha R., Jensen D.M., Martin P. et al. Randomized Study Comparing Banding and Propranolol to Prevent Initial Variceal Hemorrhage in Cirrhotics With High-Risk Esophageal Varices. Gastroenterology. Apr. 2005;128:870–881.

Порталды гипертензиясы бар науқастарда өңеш қан кетуін емдеудегі ішкі тамырлық шаралар
С.П. Боровский, Н.Б. Малаев, И.Н. Сағандықов, С.С. Мухаметқалиев, В.В. Землянский, Е.Т. Сабитов, С.С. Мусаев

Порталды гипертензиясы бар науқастарда өңеш қан кетуін емдеудегі ішкі тамырлық шаралардың ішінде ең тиімді әдіс варикозды өңеш және өт тамырларын эмболизациялау болып табылады. Ол әдіс емдеу нәтижесін жақсартып, өлім-жітімді азайтады.

Endovascular intervention as a treatment of esophageal bleeding at patients with portal hypertension
S.P. Borovskiy, N.B. Malayev, I.N. Sagandykov, S.S. Muhametkaliev, V.V. Zemlyanskiy, E.T. Sabitov, S.S. Musaev

The most effective method of endovascular surgery is embolization of esophageal varicose veins in aggregate with chronic embolization of splenic artery at patients with portal hypertension, complicated by bleeding.

УДК 616.131-616-005.6-084

ПРИМЕНЕНИЕ КАВА-ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Н.Б. Малаев

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) – чрезвычайно распространенное заболевание, чреватое весьма неблагоприятными последствиями. Опасность венозного тромбоза в первую очередь заключается в возможности развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), летальность при которой может достигать 10-20%. Кроме того отсутствие адекватного лечения венозного тромбоза в острой стадии нередко служит причиной развития тяжелой хронической венозной недостаточности, вплоть до появления обширных длительно незаживающих трофических язв. Тромбоэмболия лёгочной артерии – как наиболее тяжелое осложнение венозного тромбоза и занимают третье место в структуре летальности хирургического профиля. Наибольшая частота ТЭЛА отмечена при проксимальных тромбозах магистральных вен, а в случае формирования флотирующих тромбов течение этого заболевания в три раза чаще осложняется ТЭЛА. Однако не во всех случаях тромбозов с флотирующей верхушкой тромба развивается ТЭЛА. Уточнение диагноза ТГВНК с флотацией тромбоза диктует необходимость принятия эффективных мер, направленных на регресс тромбоза и профилактически рецидивирующей ТЭЛА. [1,2,6,7,9,11]

Антикоагулянтные препараты остаются основным методом лечения тромбоза глубоких вен и профилактики легочной тромбоэмболии. Тем не менее, они имеют ряд противопоказаний или серьезных осложнений и не дают абсолютный эффект, особенно при флотирующем тромбе. Одним из методов профилактики данной патологии является эндоваскулярная имплантация кава-фильтров в магистральную венозную систему для профилактики эмболизации легочного русла. Показанием к применению данной методики является хроническая тромбоэмболия легочной артерии, невозможность проведения операции тромбэктомии из-за тяжести состояния больного, противопоказания к проведению тромболитической терапии и технических трудностей [3,4,5,8,10].

Цель данного исследования: дать сравнительную оценку эффективности и безопасности использования различных конструкций кава-фильтров с целью профилактики ТЭЛА при эмболенном тромбозе илеофemorального сегмента венозной системы нижних конечностей.

Материал и методы. Мы обладаем опытом использования кава-фильтров в лечении 17 пациентов. При обследовании пациентов использовался комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Оценивался характер болей в икроножных мышцах, выраженность отека и асимметрия окруж-