

УДК 616.149-007.64-06 + 616.33-005.1 + 616.329-005.1

© В. І. НІКИШАЄВ, О. М. ЗАДОРЖНИЙ, І. І. ЛЕМКО

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

## Діагностична та лікувальна ендоскопія при кровотечах із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка

V. I. NIKISHAYEV, O. M. ZADOROZHNIY, I. I. LEMKO

Kyiv Municipal Clinical Emergency Hospital

### DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ENDOSCOPY AT BLEEDING FROM VARICES OF ESOPHAGUS AND STOMACH

Представлено аналіз результатів діагностики 1511 хворих із кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка. Відмічено, що для зниження ускладнень після втручання на висоті кровотечі краще проводити кліпсування як найпростіший і менш травматичний метод.

Results of endoscopic diagnostics and treatment of 1511 patients with bleeding from esophageal and stomach varices were analyzed. It was noted that in order to reduce complications after surgery at an altitude of bleeding it is better to conduct clipping as the simplest and less traumatic method.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Кровотеча із варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу та шлунка є найнебезпечнішим ускладненням синдрому портальної гіпертензії. Існуючі методики екстрених операцій супроводжуються високою летальністю, і тому в сучасних умовах важливу роль і значення відіграють ендоскопічні міні-інвазивні втручання. Згідно з консенсусом Vavero V [1], ендоскопічне лігування (ЕЛ) вважається найкращим способом ендоскопічного лікування гострих кровотеч із ВРВ стравоходу, тоді як ендоскопічна склеротерапія (ЕСТ) рекомендована для пацієнтів, у яких ЕЛ складно виконати технічно. При цьому в консенсусі не відмічається, який спосіб ЕСТ переважно виконувати, і цей розділ рекомендацій стосується лише ВРВ стравоходу. При ВРВ шлунка рекомендується застосування терапії тканинними адгезивами (наприклад, N-бутил-ціаноакрилат), які в Україні не зареєстровані, тому не можуть застосовуватись.

**Мета роботи:** порівняти ефективність різних методів ендоскопічної зупинки кровотечі з варикозно розширених вен та їх ерадикацію.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням з 1982 до 2009 року перебували 23 590 пацієнтів із шлунково-кишковими кровотечами (ШКК) з

верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Серед цих хворих кровотеча з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка була в 1511 осіб.

Ендоскопію виконували ендоскопами "Olympus" (GIF-K, GIF-1T, XQ-10, XQ-20, XQ-40, GIF-E, GIF-Q 150), "ACMI" (TX-SIM), "ЛІОМО" (Пучок МТ-11), Fujinon WG-88 FP і Fujinon EG-590 ZW з використанням системи Fujinon EPX-4400 (даний ендоскоп має 135-кратне оптичне збільшення з наступним 2-кратним електронним збільшенням – 270 крат).

При обстеженні хворих використовували загальноклінічні лабораторні методи. Ступінь тяжкості крововтрати визначали відповідно до класифікації В. Д. Братуся (1989). Отримані дані різних методів дослідження підлягали ретельному аналізу, зіставленню. Використовувались методи статистичної обробки: порівняння середніх значень за критерієм Стьюдента, визначення відповідності декількох емпіричних критеріїв за  $\chi^2$ , зіставлення якісних ознак для визначення тісноти зв'язку з використанням коефіцієнта середньої квадратичної узгодженості Пірсона, коефіцієнта взаємної узгодженості Чупрова, кореляційний аналіз.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Вік хворих перебував у межах від 16 до 84 років ((52,5±2,62) року), більшість пацієнтів (66,5 %) була

у віці до 60 років. Езофагогастроуденоскопія (ЕГДС) проведена у 97,1 % хворих, а в 2,9 % вона не виконувалася у зв'язку з агональним станом. У 76 % хворих виявлені ВРВ стравоходу, у 22,1 % – ВРВ стравоходу і шлунка, а у 1,9 % – тільки ВРВ шлунка. Із 29 хворих з ізольованими ВРВ шлунка вени розташовувалися в ділянці дна шлунка – у 7 (24,1 %) пацієнтів, в ділянці дна шлунка і по великій кривизні шлунка – у 4 (13,8 %) і по малій кривизні шлунка – у 18 (62,1 %) хворих. У цій групі достовірно частіше ( $p < 0,01$ ) спостерігалась кровотеча тяжкого ступеня, ніж у пацієнтів із кровотечею з ВРВ стравоходу. Триваючу кровотечу з ВРВ при первинній ЕГДС було виявлено у 36,8 % пацієнтів, а у 7 % на ВРВ візуалізувався фіксований згорток крові та в 46,2 % хворих – наліт фібрину.

Крім варикозних вен, що були джерелом кровотечі у 28,2 % пацієнтів, також були виявлені інші ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. При цьому в 14,1 % пацієнтів виявлені ознаки кровотечі з обох джерел: продовження кровотечі з ВРВ і кровотеча з іншого джерела (1,2 %); продовження кровотечі з ВРВ і ознаки недавньої кровотечі на іншому джерелі (1,7 %); зупинена кровотеча з ВРВ і така, що триває з іншого джерела (4,6 %); стигмати кровотечі на обох джерелах (6,6 %). У цій групі пацієнтів при першій ендоскопії обидва пошкодження були виявлені у 73,7 % хворих. Таким чином, діагностичні помилки при першій ЕГДС склали 26,3 % у хворих, які мали два джерела кровотечі. У більшості випадків причиною помилок стала неправильна методика проведення ендоскопічного обстеження у хворих із ШКК.

Було застосовано 7 методів міні-інвазивних ендоскопічних втручань (МЕВ) та їх комбінацій як з метою гемостазу, так і для досягнення ерадикації ВРВ. Відповідно, й аналіз ефективності МЕВ проведено в 7 групах хворих (458 пацієнтів). У 6 групах вплив проводився на всіх ВРВ, а в V групі тільки для зупинки кровотечі. I група (63 пацієнти) – інтравазальна склеротерапія (було необхідно  $(4,5 \pm 0,37)$  сеансу впливу). II група (94 пацієнти) – паравазальна склеротерапія (було необхідно  $(5,5 \pm 0,31)$  сеансу). III група (52 пацієнти) – комбінована склеротерапія з введенням протягом однієї процедури склерозанту інтра- і паравазально (було необхідно  $(5,5 \pm 0,31)$  сеансу). IV група (42 пацієнти з ВРВ стравоходу і 19 із ВРВ стравоходу і шлунка) – комбінована оклюзійна склеротерапія за розробленим способом (Патент України № 46938 А) (було необхідно  $(3,7 \pm 0,24)$  сеансу для впливу на всі варикозні вени шлунка і  $(2,8 \pm 0,15)$  сеансу для впливу на всі ВРВ стравоходу). V група (90 пацієнтів) – ендоскопічне кліпування проводили за допомогою обер-

тового кліпатора (Olympus). VI група (12 пацієнтів) – ендоскопічне лігування ВРВ здійснювали за допомогою ендопетель (Olympus). Всім хворим лігування було проведено за один сеанс. VII група (66 пацієнтів із ВРВ стравоходу, 4 із ВРВ стравоходу і шлунка та 16 із ВРВ шлунка) – комбінація механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією за розробленим способом (Патент України № 49387 А) (було необхідно  $(3,46 \pm 0,24)$  сеансу для впливу на всі варикозні вени шлунка і  $(1,88 \pm 0,16)$  сеансу для впливу на всі ВРВ стравоходу).

При виконанні втручання на висоті кровотечі остаточний гемостаз був досягнутий у I групі у 70,6 % пацієнтів, у III групі – в 72,2 % і в IV групі – у 90,9 % хворих. У II, V, VI і VII групах гемостаз був досягнутий у всіх хворих. При МЕВ на ВРВ шлунка спроби проведення інтравазальної склеротерапії у 5 хворих не закінчилися успіхом. Їм виконана комбінована оклюзійна склеротерапія та досягнуто гемостазу.

При вивченні безпосередніх результатів визначено причини, що призвели до їх розвитку, розроблено способи їх профілактики. Після виконання МЕВ на ВРВ стравоходу “малі” ускладнення були відсутні після кліпування та лігування (якщо не враховувати утворення виразок) і достовірно рідше ( $p < 0,05$ ) спостерігалися після комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією (7,7 %), а також після комбінованої оклюзійної склеротерапії (12,1 %) порівняно з іншими методами (в I групі – у 38,9 %, в II – у 50 %, в III – у 37,5 %). “Великі” ускладнення після виконання МЕВ на ВРВ стравоходу розвинулися у 12,3 % хворих, а після втручання на ВРВ шлунка – у 3,5 % пацієнтів. Це були лише рецидиви кровотечі: в I групі – у 16,7 % хворих, в II – у 33,3 % пацієнтів, в III – у 18,8 % хворих, в IV – у 5,8 % пацієнтів, в V – у 20 % хворих, в VI – у 8,3 % пацієнтів і в VII – у 2,8 % хворих).

За весь період спостереження з 1511 хворих було прооперовано (на самому початку нашої роботи) 29 (1,9 %), з яких померли 17 (58,6 %) пацієнтів. Із 458 хворих, пролікованих із застосуванням МЕВ, помер 61 (13,3 %), а з 1053 пацієнтів лікувалися консервативно без МЕВ 452 (42,9 %) хворих. Облітерація вен через 12–18 місяців відзначалася в I групі у 78,6 %, в III – у 81,8 %, в IV – у 95 %, і в VII – у 95 % пацієнтів. У зв'язку з низьким відсотком облітерації вен в II і VI групах та відсутністю їх у V групі, цим хворим із профілактичною метою у строки до 8 місяців виконані інші втручання. У подальшому пацієнти обстежувалися 1 раз на рік, і при необхідності їм проводилась повторна склеротерапія.

Після проведення МЕВ при кровотечі з ВРВ стравоходу і шлунка отримано кращі результати,

ніж при консервативному лікуванні, але необхідно враховувати незіставність цих груп. У групі хворих, які лікувалися консервативно (без МЕВ), було більше пацієнтів похилого віку, асоціальних осіб та хворих із функціональним резервом печінки С (за Child-Pugh).

Накопичення досвіду, розробка нових способів МЕВ і профілактики ускладнень у лікуванні хворих із кровотечею з ВРВ стравоходу і шлунка дозволили виробити алгоритм з основними принципами діагностики та лікування: а) ендоскопічна верифікація усіх джерел кровотечі; б) ендоскопічна зупинка кровотечі або профілактика рецидиву кровотечі з неварикозних джерел; в) зупинка кровотечі з ВРВ за допомогою кліпування або паравазальної склеротерапії (з постановкою зонда Блейкмора) і внутрішньовенне введення октреотиду; г) виконання протягом доби під тотальною інтравенозною анестезією комбінованої оклюзійної склеротерапії або комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією з обов'язковим впливом на всі венозні стовбури. Впровадження запропонованого алгоритму внесло суттєві зміни в обґрунтування і вибір

лікувальної тактики, поставило на другий план складні й небезпечні, особливо на висоті кровотечі, втручання у хворих із кровоточивими ВРВ стравоходу і шлунка. Все це сприяло поліпшенню безпосередніх і віддалених результатів лікування хворих.

**Висновки.** 1. Для зниження діагностичних помилок при виявленні джерела кровотечі (одного або декількох) після проведення МЕВ необхідно провести ретельний повний огляд всіх відділів (з обов'язковим оглядом шлунка в інверсії).

2. Для зниження ускладнень після втручання на висоті кровотечі краще проводити кліпування як найпростіший і менш травматичний метод.

3. Виконання протягом доби під тотальною інтравенозною анестезією комбінованої оклюзійної склеротерапії або комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією з обов'язковим впливом на всі венозні стовбури (при відсутності протипоказань), яке має проводити досвідчений лікар-ендоскопіст, що досконало володіє методикою проведення обстеження і всіма ендоскопічними МЕВ при кровотечах.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / R. de Franchis // J. Hepatol. – 2010. – doi:10.1016/j.jhep.2010.06.004. article in press.

Отримано 30.05.11