

Статья поступила в редакцию 10.05.2018 г.

Шестаков И.С., Короткевич А.Г., Леонтьев А.С., Кузнецов В.В., Май С.А., Савостьянов И.В.

*Городская клиническая больница № 29,
НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

ОБОСНОВАНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Предмет исследования. Анализ медицинских карт 257 пациентов с варикозно расширенными венами пищевода и желудка, проходивших обследование и лечение в хирургических отделениях стационаров г. Новокузнецка в 2011-2017 гг. Мужчин 157 (61 %), женщин 100 (39 %). Средний возраст пациентов составил $52,7 \pm 13,5$ лет.

Цель исследования – определить структуру источников кровотечений при подтвержденной портальной гипертензии путем использования экстренной эзогастродуоденоскопии (ЭГДС), в том числе для оценки эффективности профилактики рецидивов геморрагии с использованием методов эндоскопического гемостаза.

Методы исследования. ЭГДС выполнена 165 (64,2 %) пациентам в среднем через $2,2 \pm 0,5$ ч от момента поступления эндоскопами Olympus, Karl Storz и Fujinon с инструментальным каналом 2,8 мм. При ЭГДС оценивалось наличие варикозно расширенных вен пищевода и желудка, степень их расширения, протяженность, активность кровотечения, наличие других источников.

Основные результаты. Источниками кровотечения у пациентов с подтвержденной портальной гипертензией оказались неварикозные причины в 34 %. В структуре кровотечений, осложнивших течение портальной гипертензии, доля неварикозных кровотечений составила всего 17,5 %. Эффективность эндоскопического гемостаза в сравнении с зондом Блэкмора показала явные преимущества эндоскопии ($\chi^2 = 9,865$; $p = 0,0001$). Летальность при использовании экстренного эндогемостаза оказалась существенно ниже в сравнении с традиционным применением зонда Блэкмора ($\chi^2 = 3,712$; $p = 0,044$). Частота рецидивов также была существенно меньше при эндоскопии ($\chi^2 = 20,22$; $p = 0,0000$).

Область их применения. Профилактика и лечение пищеводных кровотечений при портальной гипертензии.

Выводы. Течение портальной гипертензии в 34 % сопровождаются неварикозными источниками с локализацией от пищевода до 12-перстной кишки. Экстренная интервенционная эндоскопия при поступлении пациентов позволяет уверенно контролировать гемостаз, снизить частоту рецидивов и смертность.

Ключевые слова: пищеводные варикозные кровотечения; экстренная эзофагогастроскопия; эндоскопический гемостаз.

Shestak IS, Korotkevich AG, Leontiev AS, Kuznetsov VV, May SA, Savostyanov IV.

City Clinical Hospital N 29,

Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia

JUSTIFICATION OF EARLY DIAGNOSTIC AND INTERVENTION ESOPHAGOGASTROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND PROPHYLAXIS OF RECURRENCE OF VARICOSE BLEEDINGS

Objective. Analysis of medical cards of 257 patients with varicose veins of the esophagus and stomach, who underwent examination and treatment in surgical departments of hospitals in Novokuznetsk in 2011-2017. Men 157 (61 %), women 100 (39 %). The average age of the patients was 52.7 ± 13.5 years.

The aim of the study was to determine the structure of bleeding sources with confirmed portal hypertension by using emergency gastroscopy, including to assess the effectiveness of the prevention of hemorrhagic recurrence using endoscopic hemostasis methods.

Methods. Gastroscopy was performed in 165 (64.2 %) patients on average 2.2 ± 0.5 hours from the admission by endoscopes Olympus, Karl Storz and Fujinon with an instrumental channel of 2.8 mm. The presence of varicose veins of the esophagus and stomach, the degree of their expansion, the extent, activity of bleeding, the presence of other sources were evaluated.

Results. Sources of bleeding in patients with confirmed portal hypertension were non-varicose causes in 34 %. In the structure of bleeding complicating portal hypertension, the share of non-varicose bleeding was only 17.5 %. The effectiveness of endoscopic hemostasis in comparison with the Blackmore probe showed the obvious advantages of endoscopy ($\chi^2 = 9,865$; $p = 0,0001$). Mortality with the use of emergency endohemostasis was significantly lower in comparison with the traditional application of the Blackmore probe ($\chi^2 = 3.712$; $p = 0.044$). The frequency of recurrence of hemorrhage was also significantly lower with endoscopy ($\chi^2 = 20.22$; $p = 0.0000$).

Conclusions. Portal hypertension in 34 % accompanies non-varicose sources with localization from the esophagus to duodenum. Emergency interventional endoscopy on admission allows patients to monitor hemostasis reliably, to reduce the frequency of relapses and mortality.

Key words: esophageal varices bleeding; emergency esophagogastrosocopy; endoscopic hemostasis.

Несмотря на существующие клинические рекомендации по лечению и профилактике варикозных кровотечений, результаты их лечения остаются неудовлетворительными [1]. Наиболее частой причиной смерти больных с портальной гипертензией остается кровотечение [2, 3]. Проблемой является ситуация, когда на фоне заболевания печени и портальной гипертензии возникает неварикозное кровотечение, требующее иных лечебных подходов и профилактики рецидива [1, 4]. В то же время, выполнение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) рекомендуется либо в первые 12 часов, либо в течение 12-24 часов от поступления [5-8]. ЭГДС в отечественных рекомендациях рассматривается как диагностический метод перед постановкой зонда Блэкмора [9, 10]. Риск недиагностированных неварикозных источников геморрагии ведет к росту случаев неэффективного лечения, высокой частоте рецидивов и неоправданно высокой летальности.

Цель исследования — определить структуру источников кровотечений при подтвержденной портальной

гипертензии путем использования экстренной ЭГДС, в том числе для оценки эффективности профилактики рецидивов геморрагии с использованием методов эндоскопического гемостаза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы медицинские карты 257 пациентов с варикозно расширенными венами пищевода и желудка, проходивших обследование и лечение в хирургических отделениях стационаров г. Новокузнецка в 2011-2017 гг. Мужчин 157 (61 %), женщин 100 (39 %). Средний возраст пациентов составил $52,7 \pm 13,5$ лет. ЭГДС выполнялась под локальной анестезией эндоскопами Olympus, Karl Storz и Fujinon с инструментальным каналом 2,8 мм. При ЭГДС оценивалось наличие варикозно расширенных вен пищевода и желудка, степень их расширения, протяженность, активность кровотечения, наличие других источников. В качестве эндоскопического гемостаза использовалось подслизистое введение 5 % раствора аминокапроновой кислоты, 1 % раствора перекиси водорода, клипирование и, кроме того, при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка — паравазальное введение спирто-новокаиновой смеси, 3 % раствора этоксисклерола, интравазальное введение микропены этоксисклерола, а также части пациентов выпол-

Корреспонденцию адресовать:

ШЕСТАК Инна Сергеевна,

654038, г. Новокузнецк, пр. Советской Армии, д. 49.

Тел.: 8 (3843) 53-61-03; +7-923-470-04-88.

E-mail: stanley.85@mail.ru

нялась установка зонда-обтуратора Сенгстакена-Блэкмора.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы IBM SPSS Statistics Version 19 с использованием критерия χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ЭГДС выполнена 165 (64,2 %) пациентам в среднем через $2,2 \pm 0,5$ ч от момента поступления. Структура выявленных неварикозных источников при портальной гипертензии представлена на рисунке 1. Доля источников неварикозных кровотечений при одновременно выявленных расширенных венах пищевода составила 34 %. Однако в структуре кровотечений, осложнивших течение портальной гипертензии, доля неварикозных кровотечений составила всего 17,5 %.

Эффективность эндоскопического гемостаза в сравнении с зондом Блэкмора (табл. 1) показала явные преимущества эндоскопии ($\chi^2 = 9,865$; $p = 0,0001$).

Частота рецидивов и летальности представлены на рисунке 2. Летальность при использовании экстренного эндогемостаза оказалась существенно ниже в сравнении с традиционным применением зонда Блэк-

мора ($\chi^2 = 3,712$; $p = 0,044$). Частота рецидивов также существенно различалась ($\chi^2 = 20,22$; $p = 0,0000$) в пользу эндоскопии.

Сравнение эффективности методик эндогемостаза (табл. 2) показало явное преимущество экстренной эндоскопии вне зависимости от метода первичной остановки кровотечения: эффективность $\chi^2 = 9,865$; $p = 0,0017$ (в пользу эндогемостаза); летальность $\chi^2 = 4,052$; $p = 0,041$ (в пользу эндоскопии); частота рецидивов $\chi^2 = 14,98$; $p = 0,0001$ (в пользу эндоскопии).

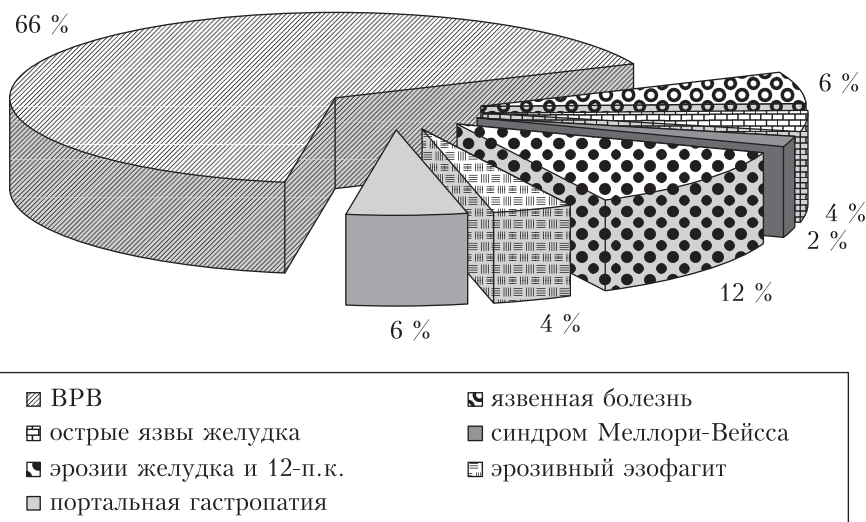
ОБСУЖДЕНИЕ

Текущие десятилетия характеризуются неуклонным увеличением числа неотложных эндоскопий при варикозных кровотечениях [11, 12]. Вместе с тем, некоторые авторы отмечают снижение частоты варикозных кровотечений [11].

По нашим данным, в течение последнего десятилетия частота варикозных пищеводных кровотечений в общей структуре источников геморрагии верхних отделов ЖКТ составляет 16-20 %. Однако доля неварикозных геморрагий у пациентов с расширенными венами пищевода, по нашим данным, составила 34 % (!).

О большой роли неварикозных кровотечений верхних отделов ЖКТ при портальной гипертензии (до

Рисунок 1
Структура источников кровотечений при ВРВ пищевода
Figure 1
Structure of bleeding sources in esophagus varices



Сведения об авторах:

ШЕСТАК Инна Сергеевна, врач, отделение эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 29, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: stanley.85@mail.ru

КОРОТКЕВИЧ Алексей Григорьевич, доктор мед. наук, профессор, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: alkorot@mail.ru

ЛЕОНТЬЕВ Антон Сергеевич, доктор мед. наук, врач, отделение эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 29, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: antoha.leo@mail.ru

КУЗНЕЦОВ Виктор Васильевич, зав. отделением общей хирургии, ГБУЗ КО НГКБ № 29, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: kuznetsovikt@rambler.ru

МАЙ Семен Александрович, врач, отделение эндоскопии, ГБУЗ КО НГКБ № 29, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: sa_may@bk.ru

САВОСТЬЯНОВ Илья Васильевич, ординатор, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: archangel-nvkz@mail.ru

27 %) говорят многие исследователи [4, 13, 14]. В наших наблюдениях неварикозные источники при осложненной портальной гипертензии (активные варикозные кровотечения) составили 17,5 %. По-видимому, уже известные сведения о такой высокой частоте неварикозных кровотечений при портальной гипертензии должны были привлечь внимание специалистов к возможно ранней диагностике таких состояний, в том числе с помощью «золотого стандарта диагностики варикозных кровотечений» — ЭГДС [1, 8, 10].

Напротив, фармакологическая терапия остается лечением первой линии для варикозного кровоте-

Таблица 1
Эффективность эндогемостаза против зонда-обтуратора при активном кровотечении

Table 1
Efficiency of endohemostasis against the probe obturator at active bleeding

Эффективность метода	Зонд		Эндогемостаз		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Эффективен	4	24	27	82	31	62
Нет эффекта	13	76	6	18	19	38
Итого	17	100	33	100	50	100

Рисунок 2
Частота рецидивов кровотечений и летальности в зависимости от способа остановки кровотечения
Figure 2
Frequency of a recurrence of bleedings and mortality depending on a bleeding stop method

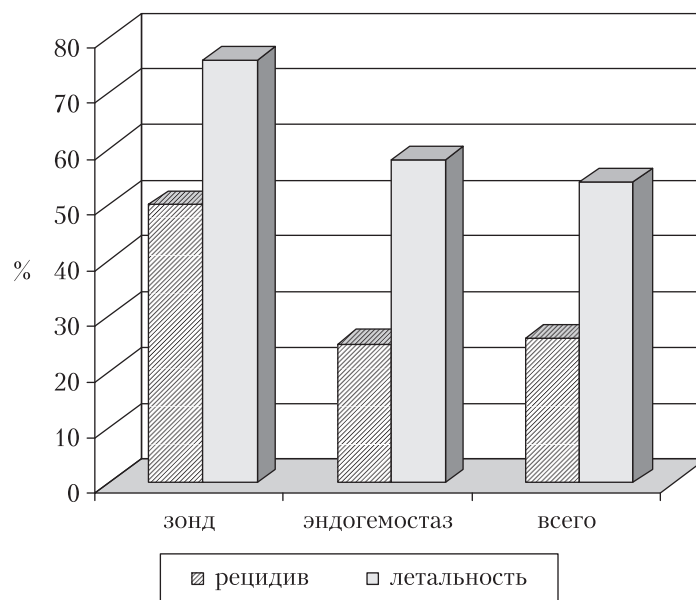


Таблица 2
Показатели эффективности использованных методов достижения гемостаза
Table 2
Indicators of efficiency of the used methods of achievement of a hemostasis

Методы	Эффективен		Рецидив		Летальность		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Инfiltrационный гемостаз	19	76	6	24	12	48	25	100
Микропена	8	100	0	0	2	20	8	100
Зонд	4	24	13	77	13	77	17	100

Information about authors:

SHESTAK Inna Sergeevna, doctor, department of endoscopy, City Clinical Hospital N 29, Novokuznetsk, Russia. E-mail: stanley.85@mail.ru
 KOROTKEVICH Alexey Grigorievich, doctor of medical sciences, professor, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: alkorot@mail.ru
 LEONTYEV Anton Sergeevich, doctor of medical sciences, doctor, endoscopy department, City Clinical Hospital N 29, Novokuznetsk, Russia. E-mail: antoha.leo@mail.ru
 KUZNETSOV Viktor Vasilievich, head of the department of general surgery, City Clinical Hospital N 29, Novokuznetsk, Russia. E-mail: kuznetsovikt@rambler.ru
 MAY Semen Alexandrovich, doctor, department of endoscopy, City Clinical Hospital N 29, Novokuznetsk, Russia. E-mail: sa_may@bk.ru
 SAVOSTYANOV Ilya Vasilievich, resident, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia. E-mail: arc-hangel-nvkz@mail.ru

ния [12]. Также известно, что экстренная склеротерапия и фармакологическое лечение (вазопрессин, нитроглицерин, терлипрессин, соматостатин или октреотид) показали одинаковую эффективность, но с меньшим количеством побочных эффектов для фармакологической терапии [12, 15]. В Японии, тем не менее, эндоскопическое лечение в последнее время стало терапией выбора [12].

Более 1/3 пациентов в подтвержденным варикозным расширением вен пищевода в наших наблюдениях имели иные источники геморрагии, требовали сиюминутного эндоскопического гемостаза и не могли быть скорректированы зондом обтуратором. Возможно, именно поэтому в зарубежных рекомендациях зонд Блэкмора замыкает цепочку лечебных мероприятий [5, 6]. На наш взгляд, экстренная ЭГДС при варикозно расширенных венах пищевода обладает особым достоинством — возможностью остановки активного кровотечения и профилактики рецидива при состоявшемся кровотечении. Известно, что более 50 % варикозных кровотечений останавливаются спонтанно, что не исключает возникновения рецидива [1, 5, 13].

На высокую лечебную и профилактическую способность эндоскопии указывают наши результаты как высокой первичной эффективности эндогемостаза, так и снижение частоты рецидивов и смертности. Особо следует выделить обстоятельство, что, независимо от

вида эндоскопического гемостаза, на высоте кровотечения при госпитализации больного преимущества эндоскопии сохраняются.

Большинство имеющихся рекомендаций предполагают использование ЭГДС не при поступлении, но после периода вазоактивной терапии [1, 13]. Мы считаем, что лечебный потенциал экстренной ЭГДС превосходит возможности фармакотерапии и должен быть стандартом вместо применения зонда-обтуратора. Очевидно, что эндоскопия позволяет не только идентифицировать источник кровотечения, но обосновать выбор метода эндогемостаза и улучшить результаты лечения этих пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Частота неварикозных источников кровотечений при портальной гипертензии составляет 34 %, при активных кровотечениях неварикозные источники выявляются в 17,5 %.
2. Экстренная лечебная ЭГДС на высоте кровотечения, независимо от вида эндогемостаза, существенно уменьшает частоту рецидивов геморрагий и смертность.
3. Экстренная ЭГДС при портальных кровотечениях должна применяться в качестве первичного лечебного метода при поступлении больных.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. *Ther. Adv. Gastroenterol.* 2014; 7(5): 206-216.
2. Chang CJ, Hou MC, Liao WC et al. Management of acute gastric varices bleeding. *J. Chin. Med. Assoc.* 2013 Oct; 76(10): 539-546.
3. Mukerji AN, Patel V, Jain A. Improving Survival in Decompensated Cirrhosis. *Int. J. of Hepatol. Volume.* 2012; Article ID 318627: 14 pages.
4. Patrushev NB, Kovyazina IO, Lazebnik LB. Conservative treatment of patients with varicose veins of the esophagus with cirrhosis. *Experim. and Clin. Gastroenterol.* 2010; (11): 40-45. Russian (Патрушев Н.Б., Ковязина И.О., Лазебник Л.Б. Консервативное лечение больных с варикозно расширенными венами пищевода при циррозе печени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 11. С. 40-45.)
5. Labrecque D, Dite P, Fried M, Gangl A, Khan AG, Bjorkman D et al. WGO Practice Guideline – Esophageal Varices. 2014. Available at: <http://www.hcv.ru/articles/stat/vrvp.html> (accessed 19.01.2018).
6. Quraishi MN, Khan F, Tripathi D. How we manage variceal hemorrhage in cirrhotic patients. Key practical messages from the British Guidelines. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnkrznej.* 2016; 126(3): 174-184.
7. Kapoor A, Dharel N, Sanyal AJ. Endoscopic diagnosis and therapy in gastro-esophageal variceal bleeding. *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 2015 July; 25(3): 491-507.
8. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage (ASGE Guideline). *Gastrointest. Endoscopy.* 2014; 80(2): 221-227.
9. Sherzinger AG, Zhao AV, Ivashkin VT, Maevskaya MV, Pavlov ChS, Vertkin AL et al. Treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach. *Annals of Surgical Hepatology.* 2013; 18(3): 111-129. Russian (Шерцингер А.Г., Чжао А.В., Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Верткин А.Л. и др. Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Анналы хирургической гепатологии. 2013. Т. 18, № 3. С. 111-129.)
10. Bleeding from varicose veins of the esophagus with portal hypertension: clinical recommendations. Available at: society-surgeons.rf/upload/U_krovoteczivven.pdf Russian (Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии: клинические рекомендации. Available at: общество-хирургов.рф/upload/U_krovoteczivven.pdf) (accessed 19.01.2018)
11. Abougergi MS, Travis AC, Saltzman JR. The in-hospital mortality rate for upper GI hemorrhage has decreased over 2 decades in the United States: a nationwide analysis. *Gastrointest. Endoscopy.* 2015; 81(4): 882-888.
12. Yoshida H, Mamada Y, Taniat N et al. Treatment Modalities for Bleeding Esophagogastric Varices. *J. Nippon Med. Sch.* 2012; 79(1): 19-30.
13. Biecker E. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding: Diagnosis, prevention and management. *World J. Gastroenterol.* 2013 August 21; 19(31): 5035-5050.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

14. Romcea AA, Танюру М, Seicean A, Pascu O. The etiology of upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. *Clujul. Med.* 2013; 86(1): 21-23.
15. Garbuzenko DV. Current approaches to the management of patients with liver cirrhosis who have acute esophageal variceal bleeding. *Curr. Med. Res. Opin.* 2016; 32(3): 467-475.

