

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ  
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ  
У ПАЦИЕНТОВ С  
КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ  
ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ  
ВЕН ПИЩЕВОДА**

Ассистент кафедры госпитальной  
хирургии Курупанов С.И.  
Врач интерн Зайкин И.А.

# Введение:

- Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения, в т.ч. прогрессирующее расширение вен пищевода с последующим их разрывом. Частота кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода составляет 4% в год. Риск увеличивается до 15% у пациентов с венами средних и крупных размеров. Риск развития повторного кровотечения очень высок и зависит от тяжести цирроза: в первый год рецидив наблюдается у 28% пациентов со степенью А (по Child-Pugh), у 48% – с В, у 68% – с С. Несмотря на достижения последних десятилетий, кровотечения из ВРВ пищевода и желудка сопровождаются смертностью в 10–20% в течение 6 недель.

# **КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА**

- ▣ I85.0 Варикозное расширение вен пищевода с кровотечением.**
- ▣ I85.9 Варикозное расширение вен пищевода без кровотечения**

# КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА.

Варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП) представляют собой портосистемные коллатерали, которые связывают портальное венозное и системное венозное кровообращение. Они формируются как последовательность развития портальной гипертензии (прогрессирующего осложнения цирроза печени), в основном в подслизистой оболочке нижней части пищевода.

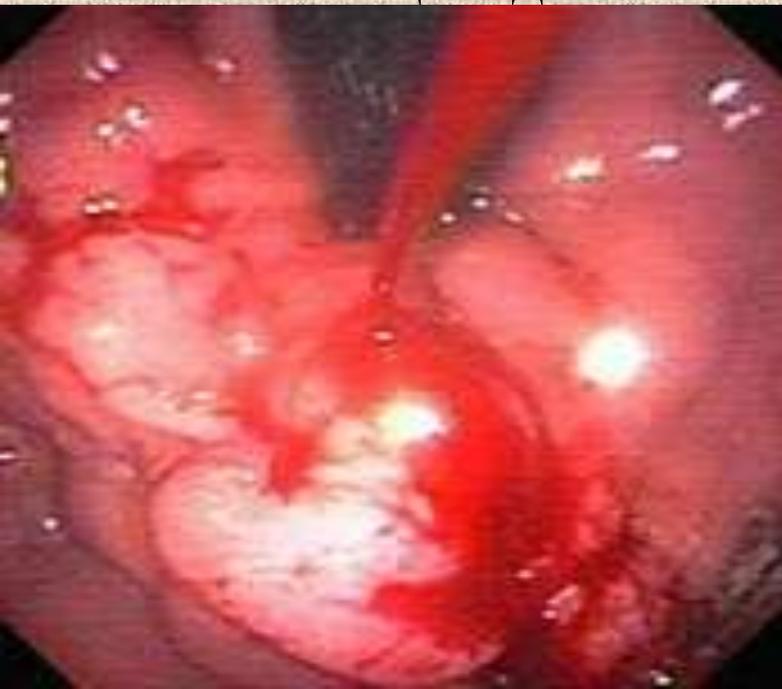


Рис. 4. ВРВ пищевода IV степени

□ **Портальная гипертензия наблюдается при любом патологическом процессе , сопровождающемся нарушением кровотока в системе воротной вены. В соответствии с анатомическим расположением препятствия для кровотока причины портальной гипертензии могут быть классифицированы как:**

□ **Подпеченочная форма портальной гипертензии**

□ Тромбоз селезеночной вены

□ *Тромбоз воротной вены*

□ Врожденная аномалия развития воротной вены и кавернозная трансформация воротной вены.

□ Наружное сдавление воротной вены

□ Артериовенозная фистула

□

## ☐ Внутрипеченочная форма портальной гипертензии

- ☐ *Цирроз (вирусный, алкогольный, билиарный, метаболический)*
- ☐ Гранулематозные заболевания (шистосомоз, саркоидоз, туберкулез)
- ☐ Фокальная нодулярная гиперплазия\*
- ☐ Врожденный фиброз печени
- ☐ Поликистоз\*
- ☐ Идиопатическая портальная гипертензия\*
- ☐ Гипервитаминоз А
- ☐ Отравление мышьяком, сульфатом меди, мономерным винилхлоридом
- ☐ Амилоидоз
- ☐ Мастоцитоз
- ☐ Болезнь Рандю-Ослера-Вебера
- ☐ Инфильтрация печени при гематологических заболеваниях
- ☐ Острая жировая дистрофия печени беременных
- ☐ Тяжелый острый вирусный или алкогольный гепатит
- ☐ Хронический активный гепатит
- ☐ Гепатоцеллюлярная карцинома
- ☐ Отравление цианамидом
- ☐ Веноокклюзионная болезнь

- ❑ **Надпеченочная форма портальной гипертензии**
- ❑ *Тромбоз печеночных вен (болезнь Бадда-Киари)*
- ❑ Врожденные мальформации и тромбоз нижней полой вены (синдром Бадда - Киари)
- ❑ Констриктивный перикардит
- ❑ Поражение трехстворчатого клапана

# Наличие и выраженность васкуло- и гастропатии.

- ❑ Легкая - небольшие участки розового цвета, окруженные белым контуром.
- ❑ Средняя - плоские красные пятна в центре розовой ареолы
- ❑ Тяжелая - сочетание с точечными кровоизлияниями

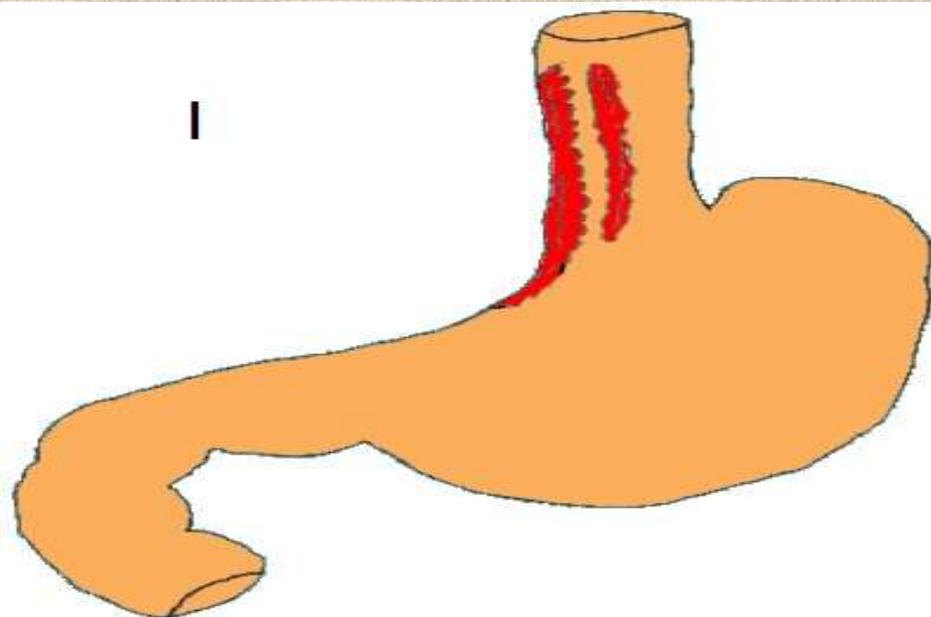


# Классификация степени варикозного расширения вен пищевода Всемирной гастроэнтерологической организации.

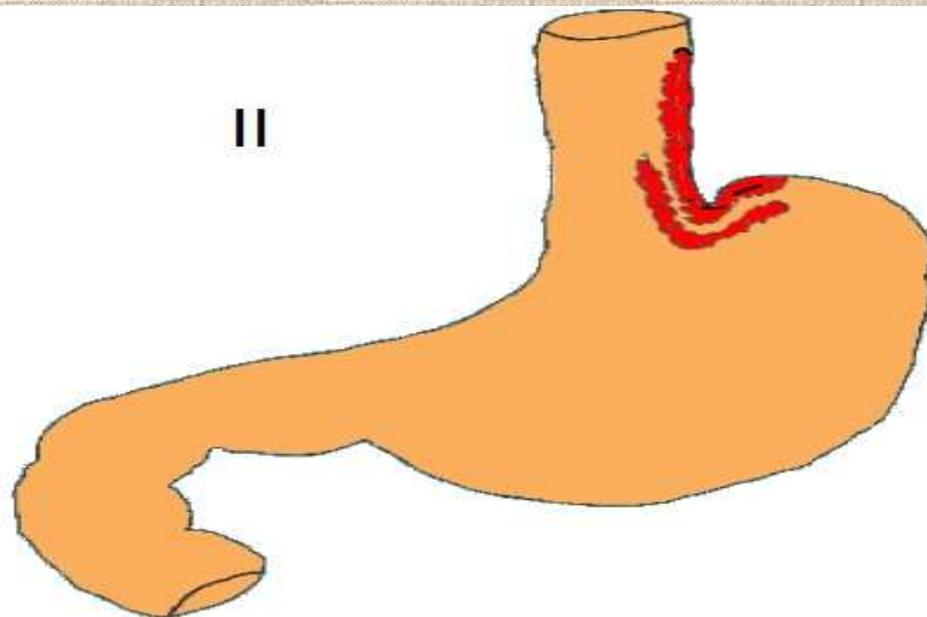
Размер варикозного узла	Двухступенчатая классификация	Трехступенчатая классификация
Маленький	< 5 мм	Минимальное расширение вен над поверхностью слизистой оболочки
Средний		Извилистые вены занимают менее трети просвета пищевода
Крупный	> 5 мм	Занимают более трети просвета пищевода

# Классификация ВРВ желудка по локализации

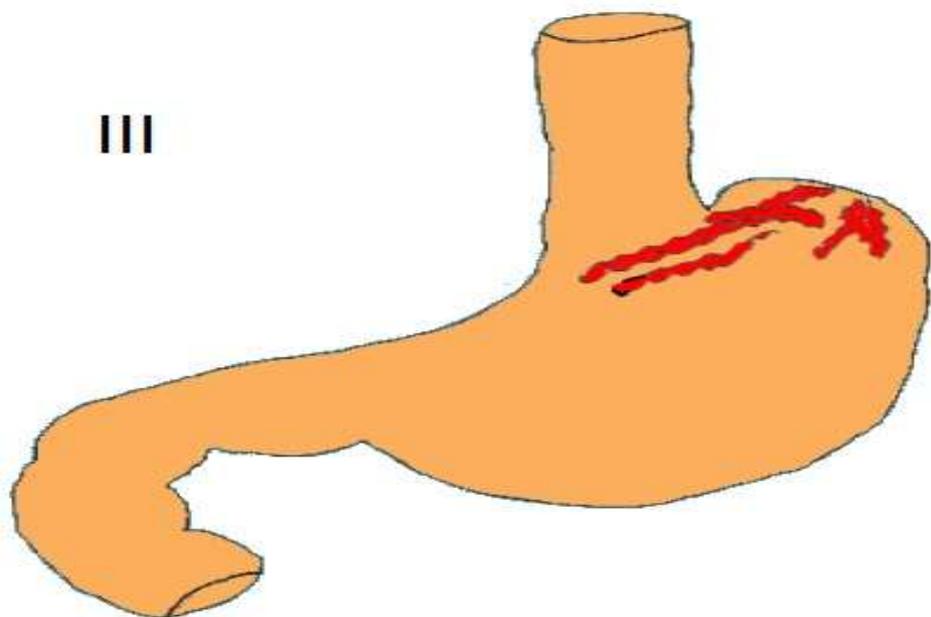
I



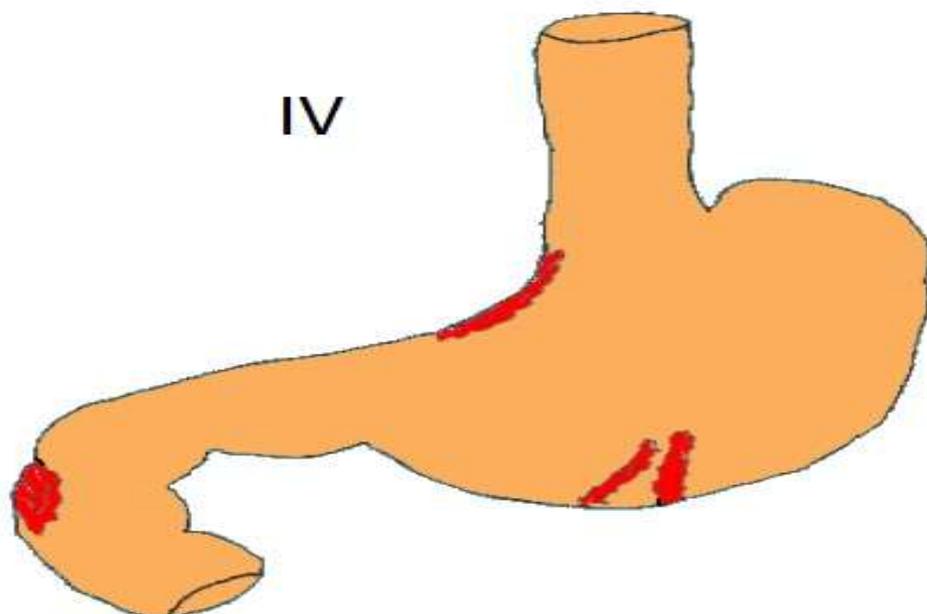
II



III



IV



# Классификация ВРВП

К.-Ж. Раquet (1983г.)

- ▣ **1-степень**: продольные незначительно возвышающиеся над слизистой оболочкой, одиночные узлы диаметром до 0,4 см;
- ▣ **2-степень**: извитые, более расширенные выступающие менее чем на  $\frac{1}{3}$  от просвета пищевода, диаметром до 0,8 см;
- ▣ **3-степень**: выступающие более чем на  $\frac{1}{3}$  от просвета пищевода, имеют псевдоопухольный вид, диаметром более 1 см.
- ▣ **4-степень**: полностью прикрывающие просвет пищевода

# Клиника

- появляется рвота с примесью крови.
- бледность кожных покровов и слизистых оболочек.
- сухость во рту, жажда.
- учащаются сердцебиение и частота дыхания.
- давление при небольших кровотечениях может не изменяться и долго быть нормальным вследствие компенсаторных механизмов.
- чуткими показателями объема кровотечения являются гемоглобин, напряжение кислорода крови и центральное венозное давление.
- Через несколько часов после начала кровотечения появляется примесь крови в кале.

# Дифференциальная диагностика должна проводиться со следующими состояниями:

- ▣ Травмы верхних отделов ЖКТ
- ▣ Легочное кровотечение
- ▣ Синдром Мелорри – Вейса

# Дифференциальная диагностика:

- ▣ тщательный сбор анамнеза заболевания
- ▣ выявление наличия в прошлом язвенной болезни, приема нестероидных лекарственных препаратов или антикоагулянтов, злоупотребления алкоголем (при синдроме МаллориВейсса), обнаружение признаков, характерных для цирроза печени (асцит, пальмарная эритема, гепато- и спленомегалия, гинекомастия) или других заболеваний (телеангиоэктазии на коже и слизистых оболочках при синдроме ВебераОслераРандю).
- ▣ осуществляют динамический контроль лабораторных показателей (уровня гемоглобина, гематокрита, содержания эритроцитов и тромбоцитов, уровня протромбина, фибриногена, времени кровотечения и др.), обязательно определяют *группу крови* и *резус-фактор*, проводят *комплексное инструментальное исследование*, имеющее своей целью установление источника кровотечения.

# Стоить помнить!!!

- ▣ При наличии у больного рвоты с кровью и мелены, в первую очередь выполняют *эзофагогастродуоденоскопию*, которая должна быть по возможности неотложной, поскольку от своевременности выявления источника кровотечения часто зависит прогноз больного. Предварительное введение назогастрального зонда подтверждает наличие крови в содержимом желудка. Необходимо иметь в виду, что отсутствие примеси крови в промывных водах желудка еще не исключает возможности гастроинтестинального кровотечения (например, при локализации источника кровотечения в дистальных отделах двенадцатиперстной кишки).

# Минимум диагностических исследований для исключения факта кровотечения:

- Содержание эритроцитов, гемоглобина и определение гематокрита в периферической крови (общий анализ крови);
- Биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, креатинин), активность АЛТ, АСТ, ЩФ,
- Анализ мочи (физикохимические свойства и микроскопия осадка).
- Специальные исследования: определение ЧСС (частоты пульса) АД, температуры тела, пальцевое исследование прямой кишки, ФГДС.

# Специальные исследования:

- общеклинические: определение ЧСС (частоты пульса) АД, температуры тела ЭКГ, рентгенография легких (по клиническим показаниям)
- установление или исключение факта кровотечения, пальцевое исследование прямой кишки, ФГДС
- верификация цирроза, портальной гипертензии и оценка источника кровотечения: УЗИ, ФГДС
- при наличии технической возможности и условий для проведения рентгеноэндоваскулярных процедур КТ ангиография или прямая ангиография (портография).
- лабораторные критерии тяжести кровопотери

# Лечение

Основными причинами пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии являются:

- Гипертонический криз в портальной системе (повышение порто-системного градиента более 12 мм.рт.ст);
- Трофические изменения слизистой пищевода и желудка вследствие нарушения гемоциркуляции и воздействия кислотно-пептического фактора;
- Нарушения свертывающей системы.

# Единого мнения относительно того, какой из этих факторов является основным, до настоящего времени нет



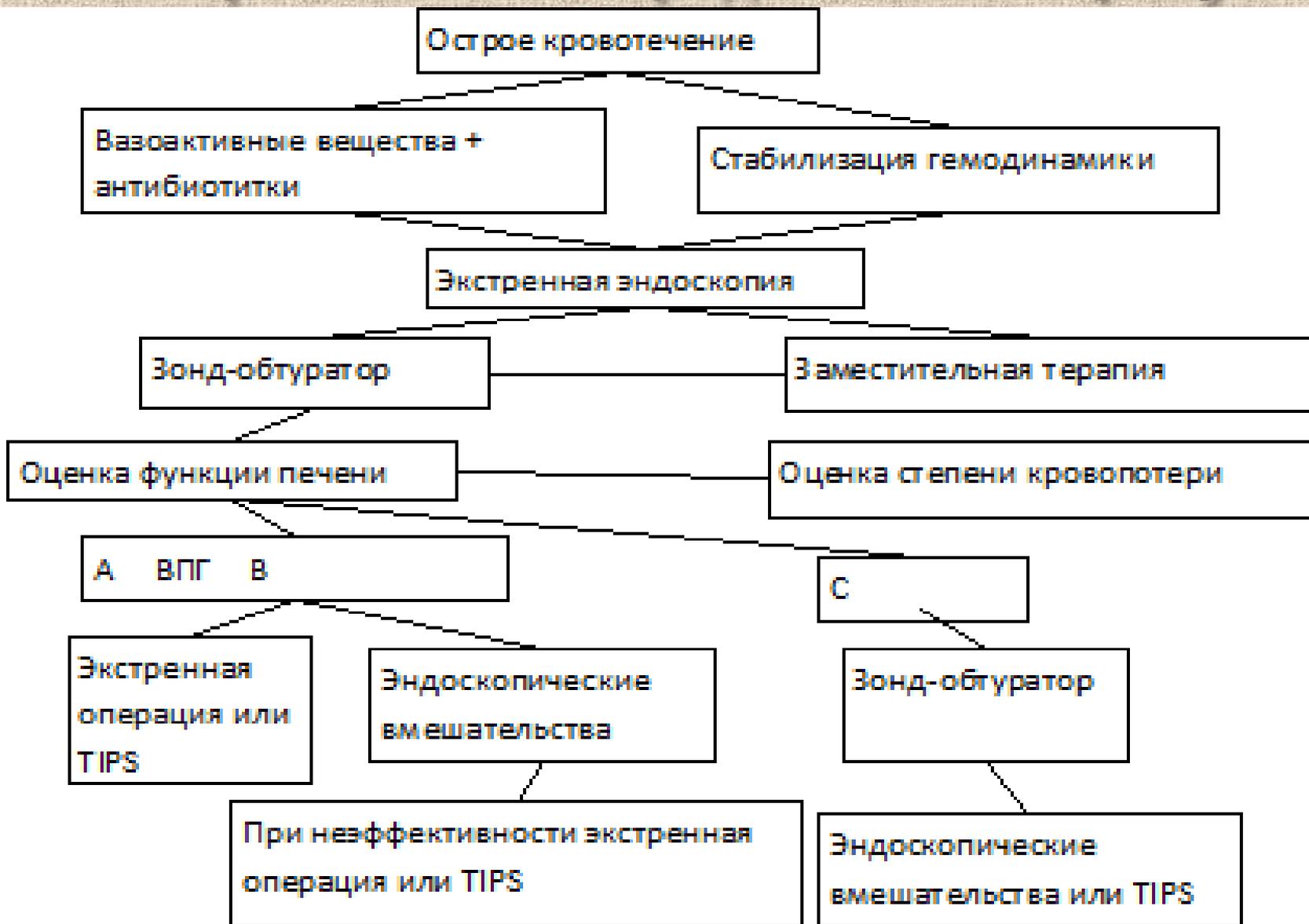
# Основные задачи лечения:

- ❑ Остановка кровотечения
- ❑ Возмещение кровопотери
- ❑ Лечение коагулопатии
- ❑ Предотвращение рецидивов кровотечения

# Лечение острого кровотечения из ВРВ

- ❑ Восполнение ОЦК, используя осторожное введение свежемороженой плазмы (СЗП)
- ❑ Трансфузия эритроцитной массы для поддержания Hb 80 г/л
- ❑ Использование антибиотикотерапии для профилактики спонтанного бактериального перитонита
- ❑ Профилактика печеночной энцефалопатии
- ❑ ЭГДС проводится сразу же при поступлении в стационар
- ❑ Баллонная тампонада должна использоваться только при массивном кровотечении как временная мера
- ❑ При подозрении на кровотечение из ВРВ должны быть назначены вазоактивные препараты как можно раньше
- ❑ Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) является рекомендуемым методом гемостаза, при невозможности выполнить можно использовать эндоскопическую склеротерапию (ЭС)
- ❑ При кровотечении из ВРВ желудка используется тканевой адгезив (N-butyl-cyanoacrylate)

# Алгоритм лечения острого варикозного кровотечения представлен на рисунке



- Попытка эндоскопического гемостаза не более 15 мин – при неэффективности постановка зонда Блэкмора на 6-12 часов – при рецидиве – повторный эндоскопический гемостаз – при неэффективности – зонд Блэкмора и подготовка к операции.

# Медикаментозное лечение:

В соответствии с механизмом снижения портального давления все лекарственные средства можно разделить на 2 основные группы:

## 1. Венозные вазодилататоры:

- ❑ Нитроглицерин – периферический вазодилататор – снижает печеночный венозный градиент на 40-44% (перлинганит, изосорбид5-мононитрат)
- ❑ Нитропруссид натрия (нанипрусс)
- ❑ В качестве монотерапии нитраты используются редко и обычно применяются в комбинации с вазопрессинном и его аналогами.

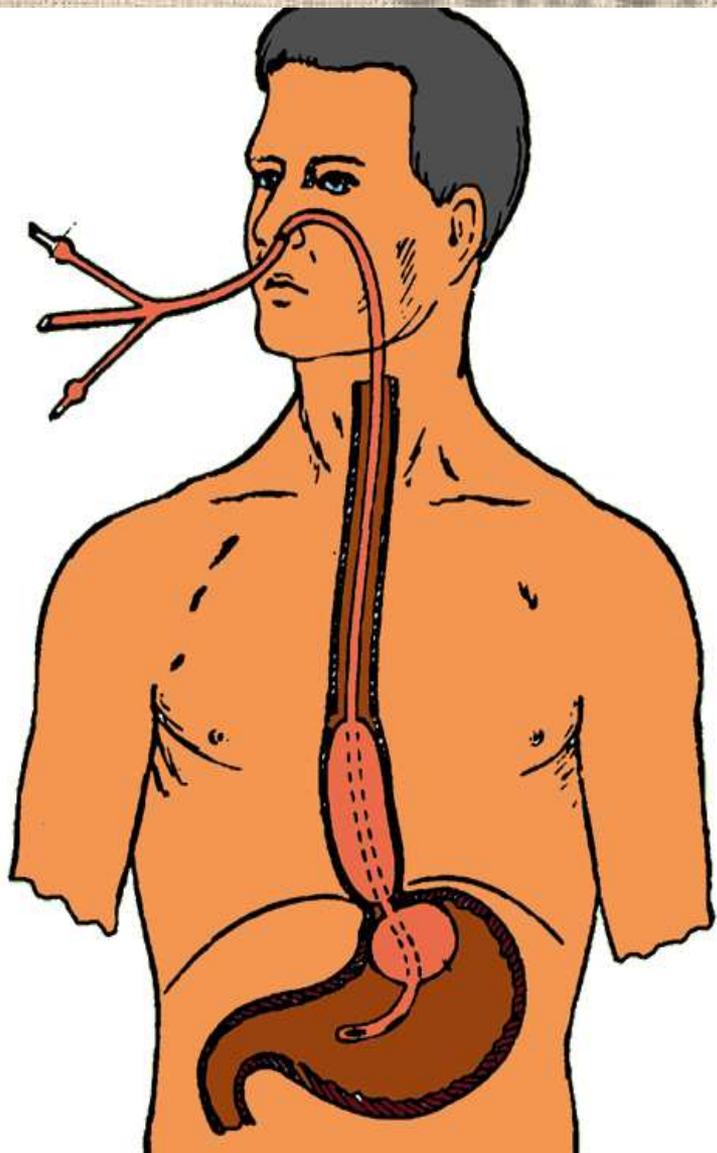
## 2. Вазоконстрикторы:

- ❑ Соматостатин (стиламин, сандостатин, октреотид) – селективная вазоконстрикция внутренних органов, связанная с подавлением активности эндогенных вазодилататоров (в частности, глюкагон) и секреции соляной кислоты. Портальное давление снижается на 20-25%.
- ❑ Вазопрессин, глипрессин, терлипрессин (Реместип) – уменьшают артериальный приток в портальную систему, снижая портальное давление на 30-40%.

## Лекарственные препараты, используемые для снижения портального давления при циррозе, и их дозы

Лекарственный препарат	Способ введения	Доза	Длительность применения
Вазопрессин (ВП) + нитроглицерин (НГ)	ВП: в.в. инфузия НГ: подкожно	ВП: 0,4 мкЕ/мин НГ: 20 мг	2-5 дней (острое кровотечение)
Терлипрессин	в.в. болюсная инъекция	2 мг/4 ч в течение 24-48 ч, затем 1 мг/4 ч	2-5 дней (острое кровотечение)
Соматостатин	в.в. болюсная инъекция, затем в.в. инфузия	250 мкг, затем 250-500 мкг/ч	2-5 дней (острое кровотечение)
Карведилол (неселективный ББ с действием альфа-блокатора)	Перорально	6.25 мг два раза в день; увеличение дозы до максимально переносимой (максимально 50 мг/день)	Постоянно (первичная и вторичная профилактика)
Изосорбидмононитрат	Перорально	10-20 мг два раза в день; увеличение до 20-40 два раза в день при переносимости	Постоянно, только в сочетании с ББ (первичная и вторичная)

# Применение зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора



Необходимо помнить, что введение зонда и пребывание его в носоглотке в течение многих часов - тяжело переносимая больным процедура, поэтому перед его введением обязательным условием является премедикация (1,0 мл 2 % раствора промедола).

# Применение эндоскопического гемостаза при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка:

- ▣ *лигирование;*
- ▣ *склеротерапия;*
- ▣ *клеевые композиции;*
- ▣ *стентирование пищевода;*

# Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода

- Для выполнения эндоскопического лигирования ВРВ пищевода используется устройство Z.A. Saeed с набором из 6 -10 латексных колец [5, 10, 15].

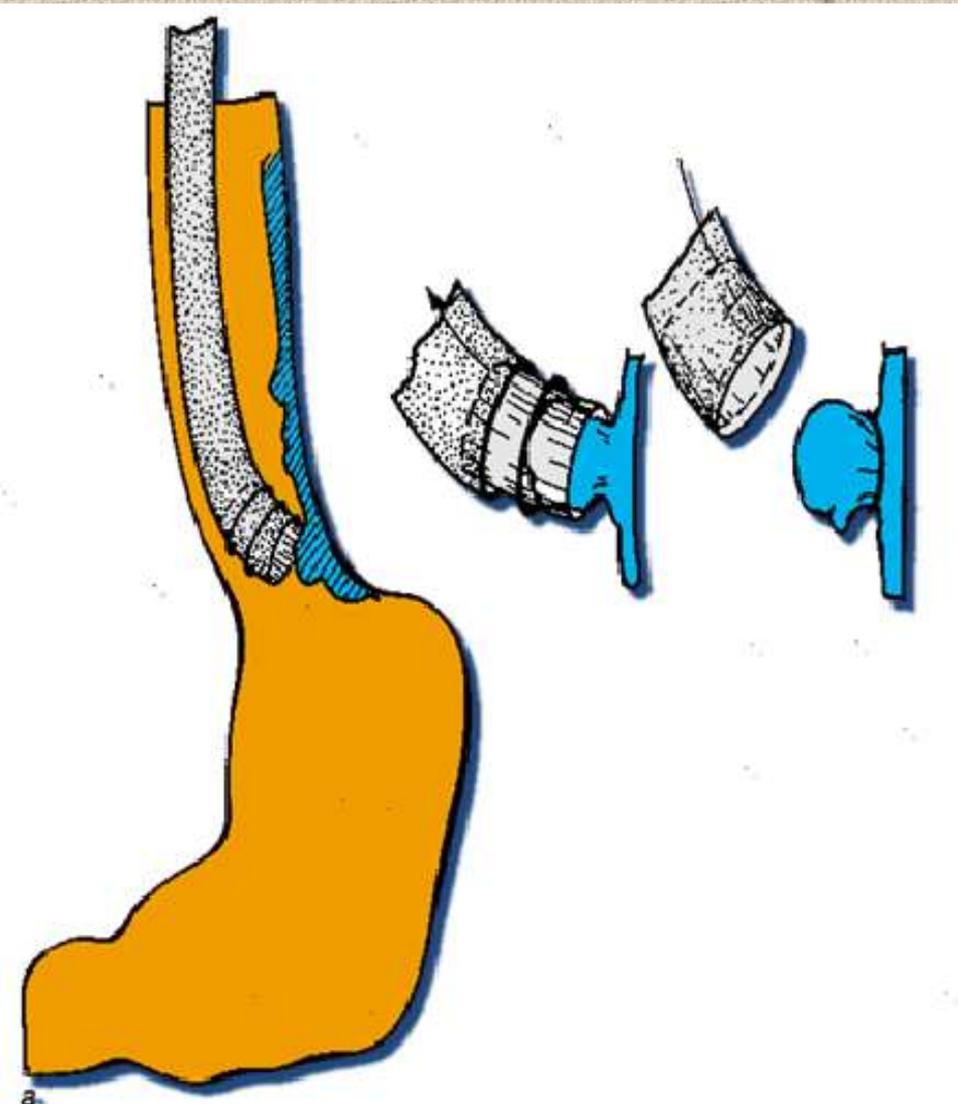


Многозарядный  
эндоскопический  
лигатор фирмы Wilson-  
Cook.

# Показания и особенности эндоскопического лигирования:

- ▣ профилактика первого эпизода кровотечения (первичная профилактика)
- ▣ профилактика рецидива кровотечения (вторичная профилактика) из варикозно расширенных вен пищевода у больных с портальной гипертензией при невозможности хирургического лечения;
- ▣ при наличии ВРВ пищевода у ранее оперированных больных или после эндоскопического склерозирования вен кардиального отдела желудка
- ▣ невозможность лигирования вен фундального отдела желудка;
- ▣ опасность эндоскопического лигирования при профузном кровотечении;
- ▣ трудности выполнения эндоскопического лигирования после эндоскопического склерозирования ВРВ;
- ▣ невозможность эндоскопического лигирования вен малого диаметра.
- ▣ дифференцированный подход к лигированию ВРВ пищевода и желудка.

# Эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода латексными кольцами (схема).



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.

# Эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода

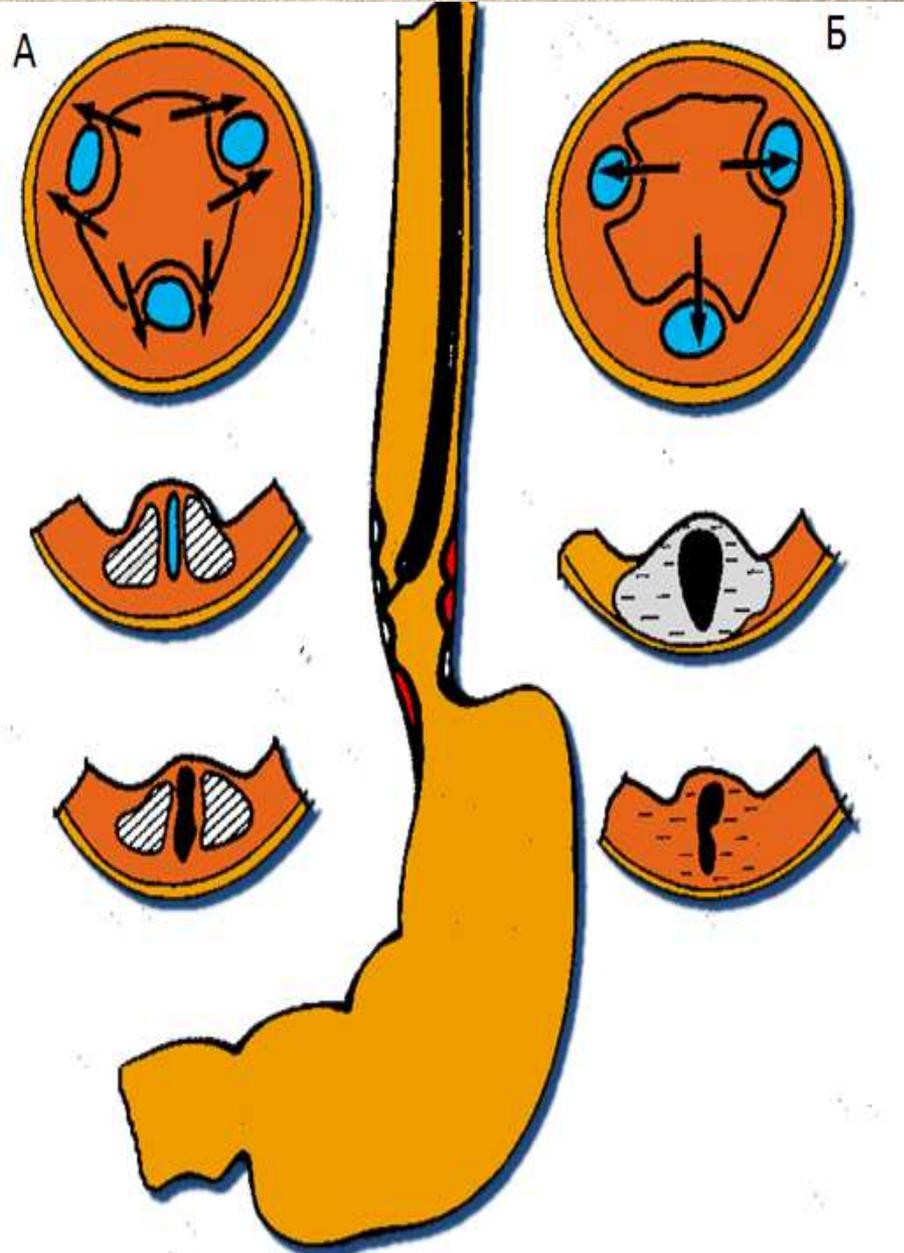
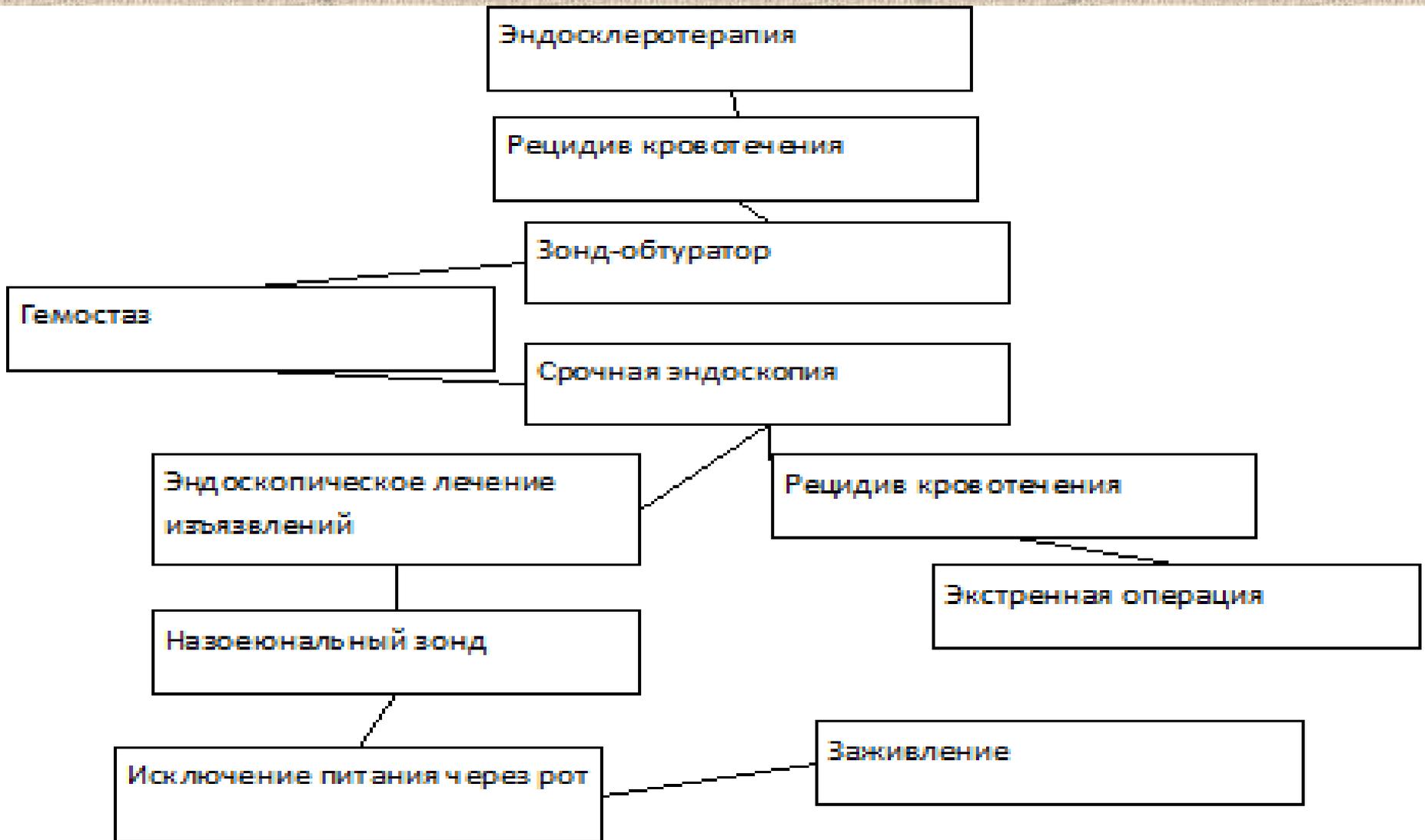


Схема эндоскопического склерозирования ВРВ пищевода и желудка. А – паравазальное, Б – интравазальное.

Для интравазального введения чаще всего используют тетрадецилсульфат натрия (тромбовар) в количестве 5-10 мл на каждый вкол (можно и 3% раствор этоксисклерола и другие препараты). После введения склерозанта необходимо сдавить вену в местах пункции, чем обеспечивают образование тромба в результате отека эндотелия сосуда

Основной целью паравазальной склеротерапии является создание отека подслизистого слоя, что позволяет сдавить варикозно-деформированную вену, тем самым, остановить кровотечение.

# Алгоритм действий при развитии осложнений после эндоскопической паравазальной склеротерапии



# Осложнения эндоскопического лигирования.

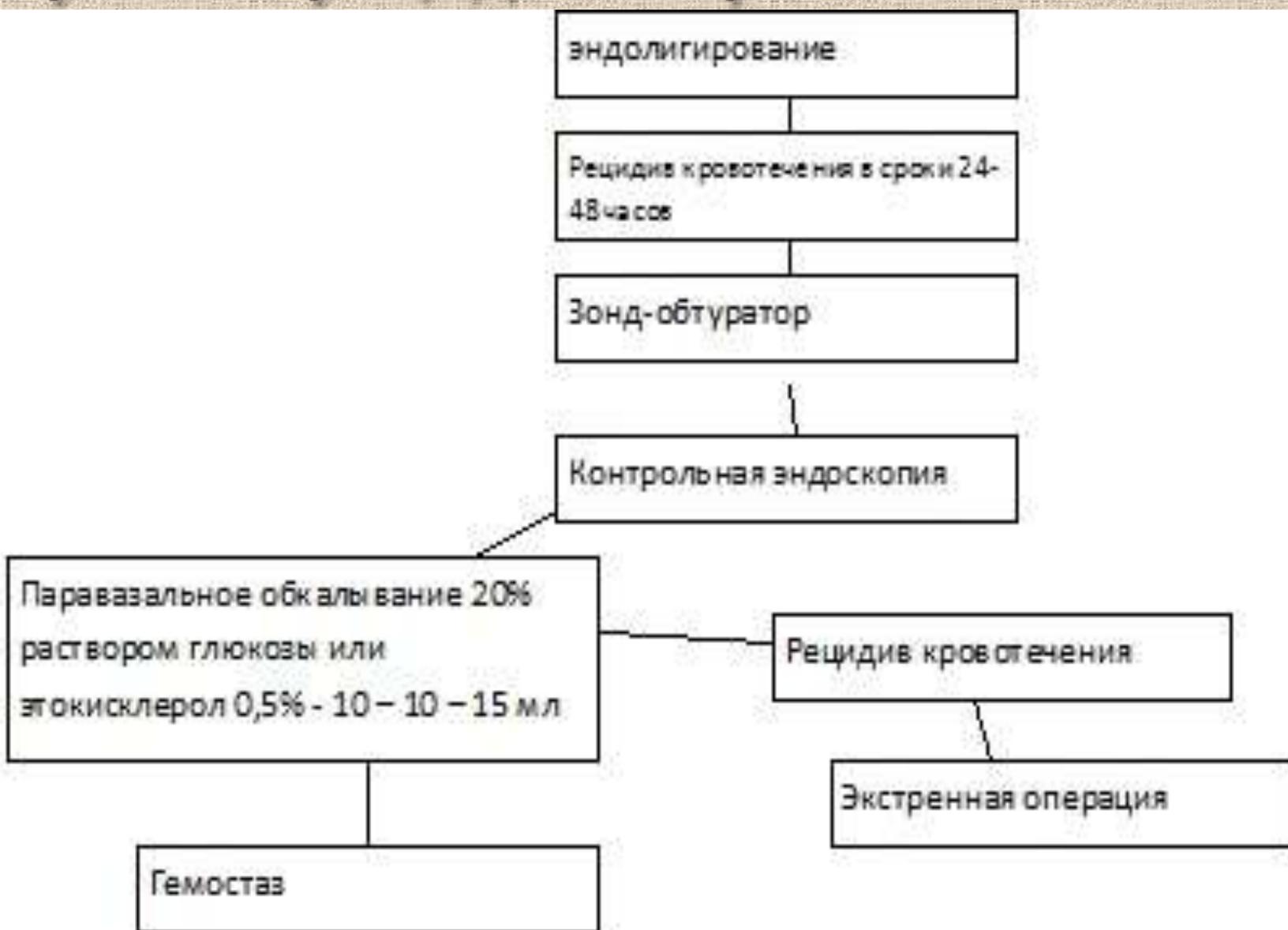
## *Общие*

- ▣ Реакция на латекс;
- ▣ Гипертермия;
- ▣ Аспирация желудочного содержимого.

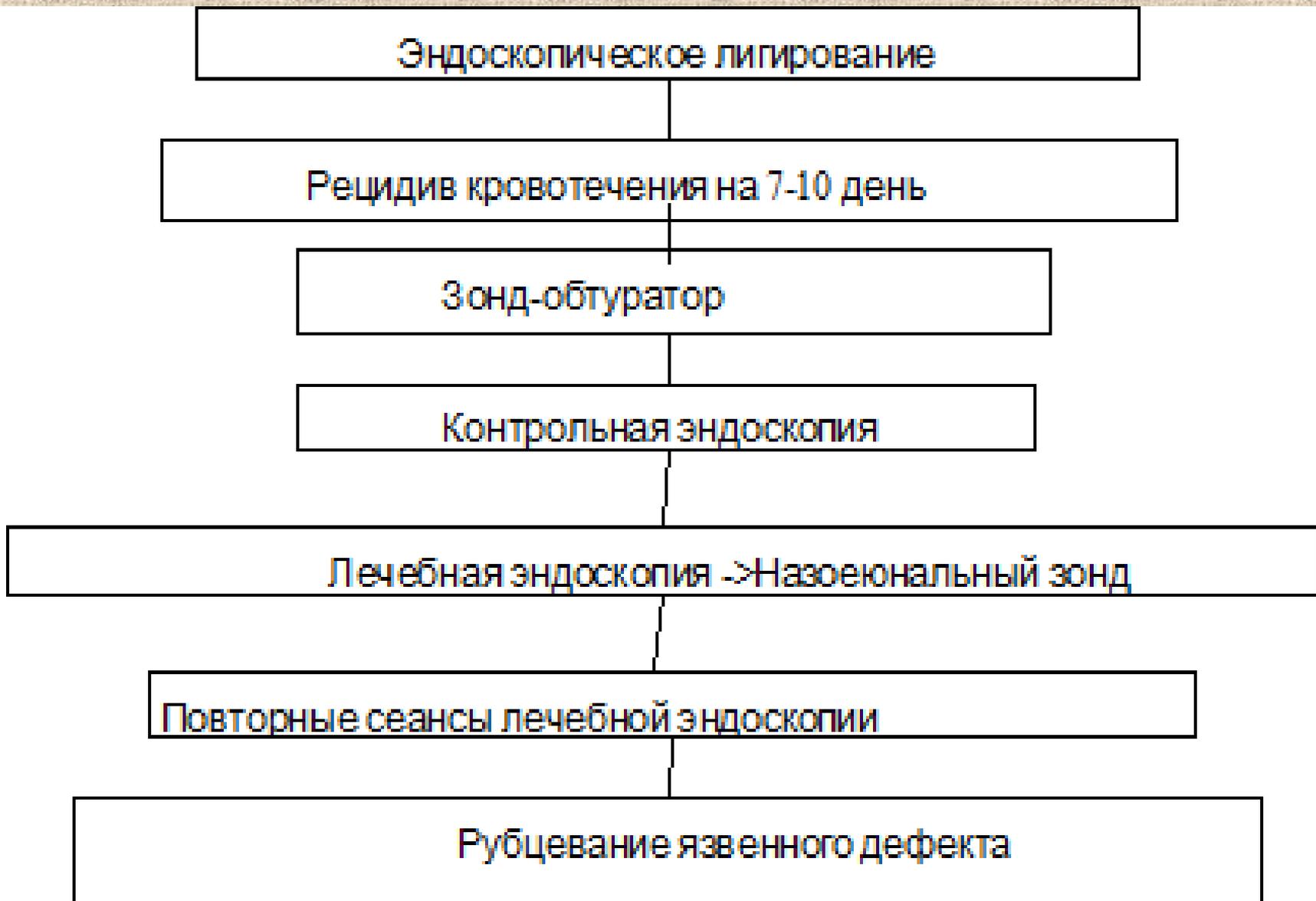
## *Местные*

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

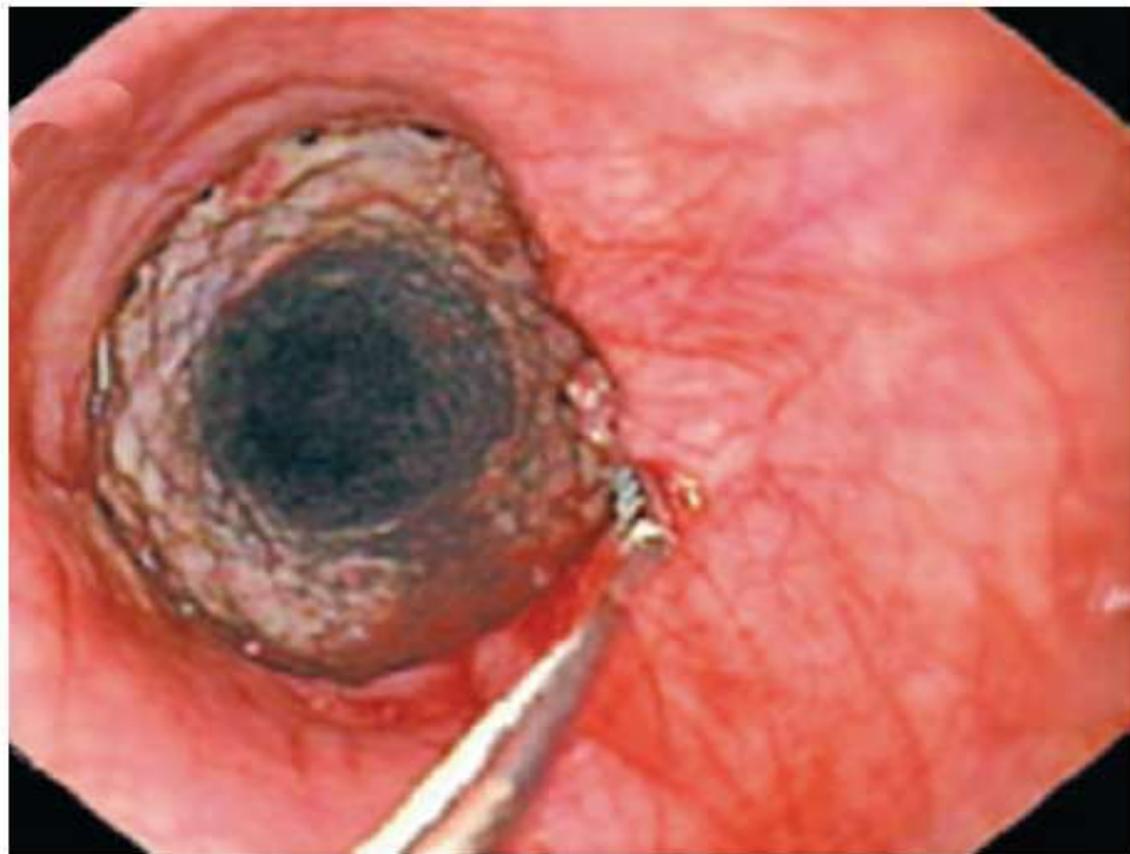
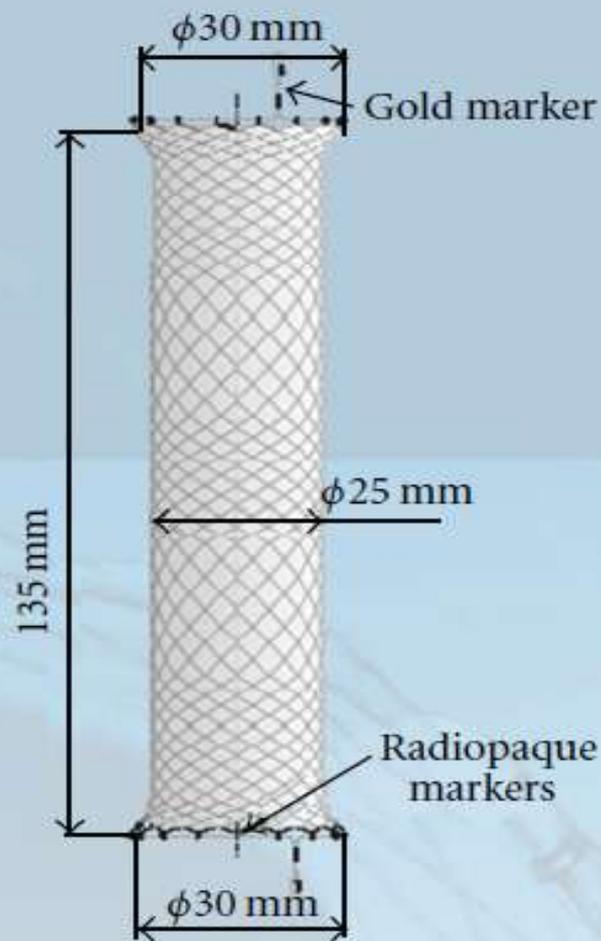
# Алгоритм лечебных мероприятий при ранних рецидивах кровотечения после ЭЛ



# Алгоритм лечебных мероприятий при поздних рецидивах кровотечений после ЭЛ.



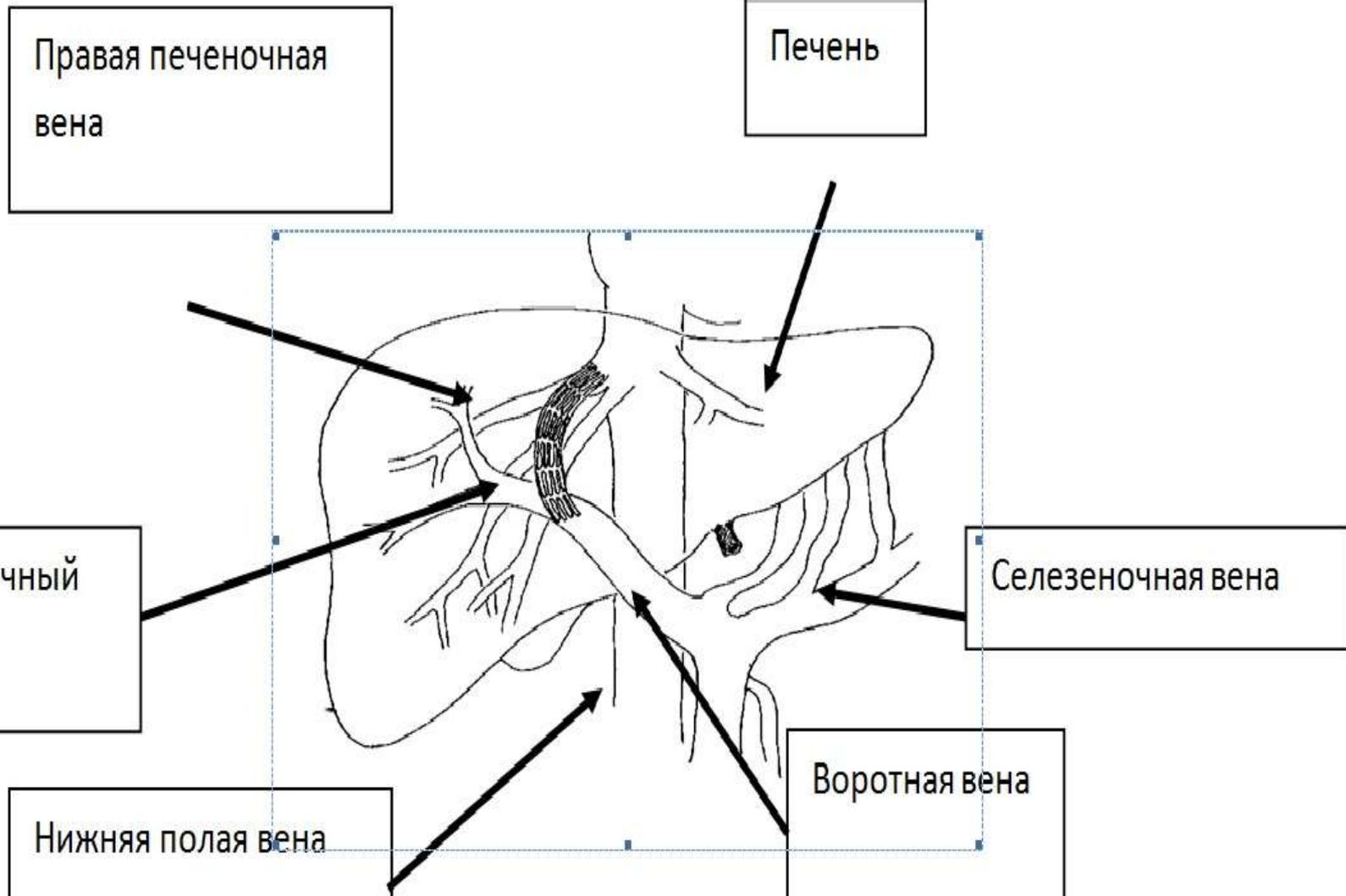
При неэффективности эндоскопического гемостаза и наличия источника кровотечения в пищеводе возможно использование стента Даниша (Danis)



# Эндоваскулярная эмболизация левой желудочной вены и коротких вен желудка.



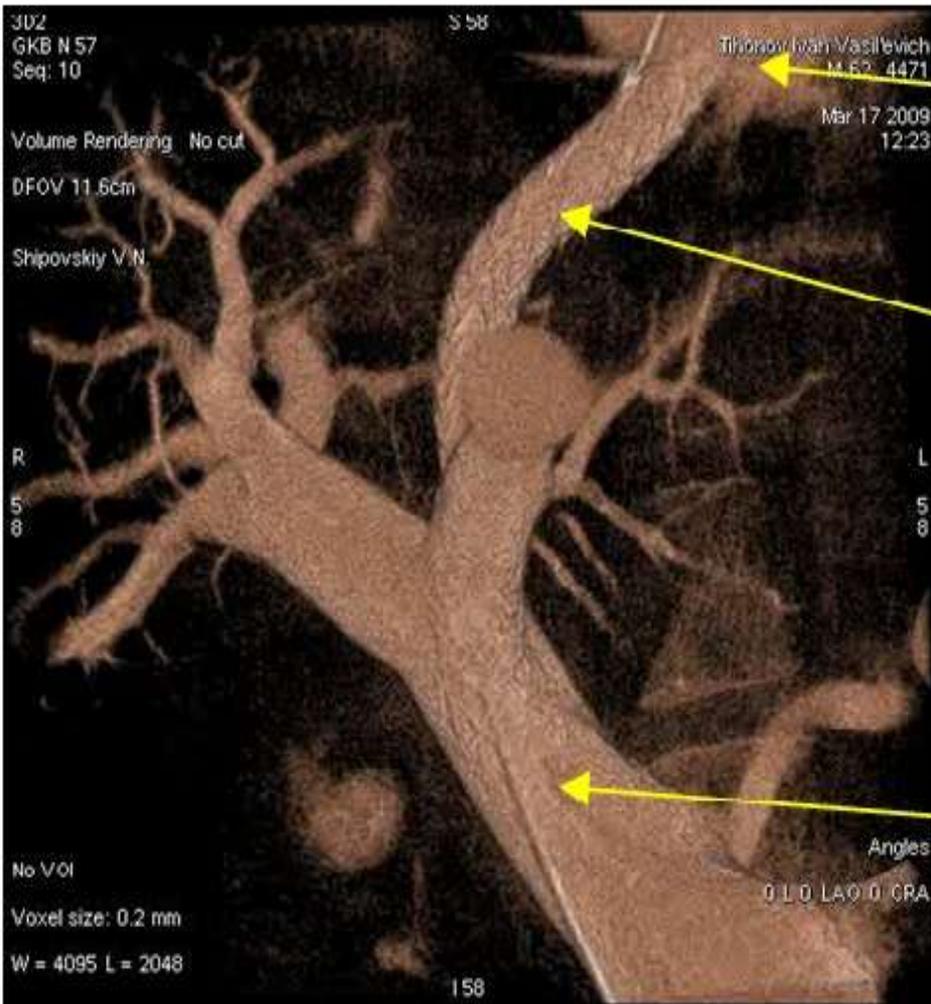
# Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS)



# Противопоказаниями к проведению TIPS являются:

- Показатель MELD > 20 баллов или при проведении TIPS по поводу резистентного к диуретической терапии асцита.
- Количество баллов по шкале Child-Turcotte-Pugh > 11 баллов или общий билирубин более 60 мкмоль/л при проведении TIPS по поводу кровотечений из ВРВП.
- Печеночная энцефалопатия 3-4 степени, некорректируемая медикаментозно.
- Ишемическая болезнь сердца или дилатационная кардиомиопатия ассоциированные с недостаточностью кровообращения выше 1 степени.
- Повреждения, опухоли печени, поликистозная болезнь печени, агональное состояние.

# Функционирующий портосистемный шунт.

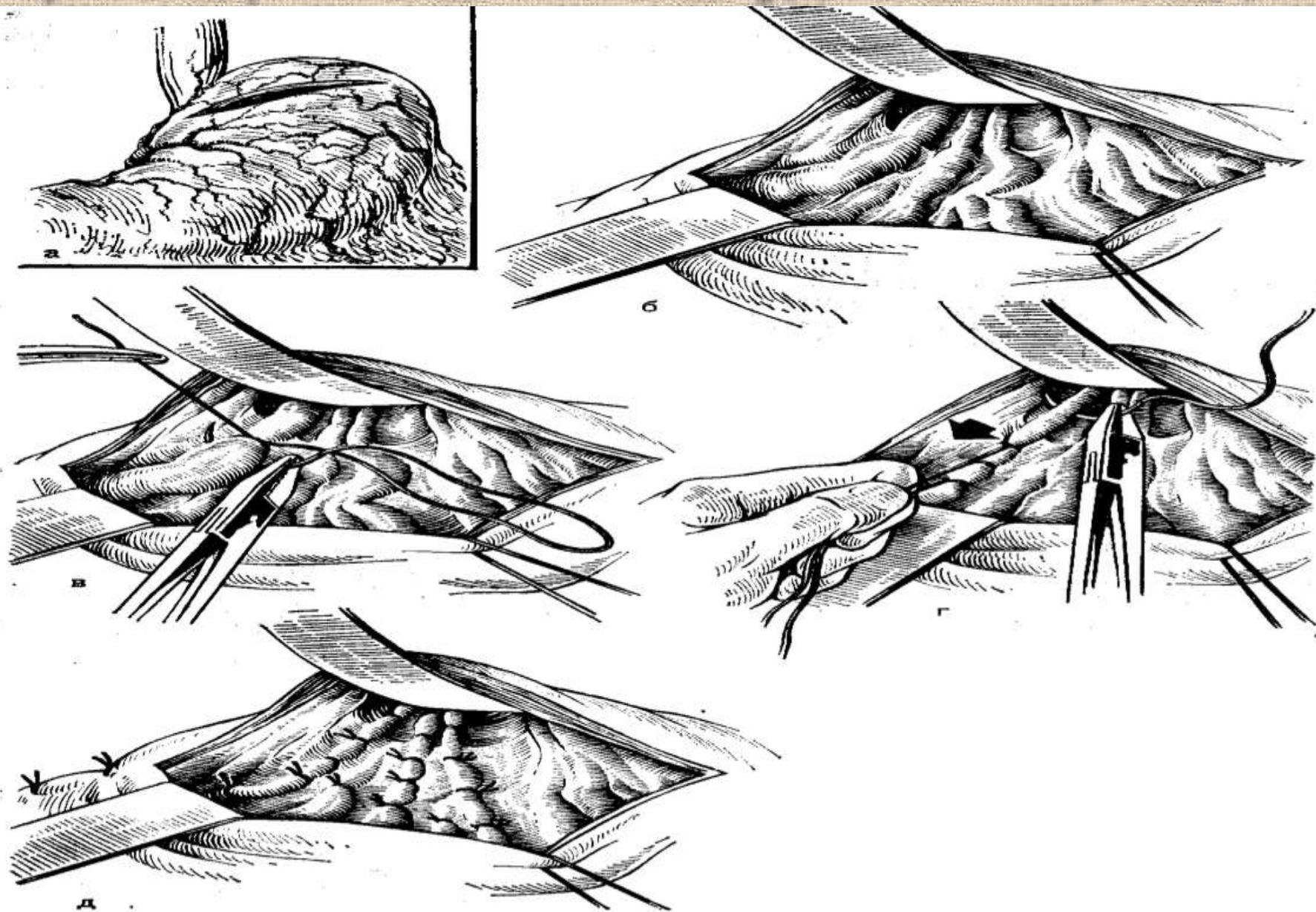


Нижняя полая  
вена

Внутрипеченочный  
стент-графт

Воротная  
вена

# Гастротомия с прошиванием варикозно-расширенных вен желудка и пищевода



**Будьте  
здоровы!!!**