

РАННИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ И ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Шестак И.С.¹, Короткевич А.Г.^{1,2}, Маринич Я.Я.³

¹ ГБУЗ КО НГКБ № 29

² Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей — филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

³ ГБУЗ КО НГКБ № 22

EARLY ENDOSCOPY HEMOSTASIS AND REBLEEDING RATE AT VARICEAL BLEEDING

Shestak I.S.¹, Korotkevich A.G.^{1,2}, Marinich Ya. Ya.³

¹ Municipal Hospital № .29

² Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians — Branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

³ Municipal Hospital № .22

Шестак Инна Сергеевна

Shestak Inna S.

issdoc@mail.ru

Шестак И.С. — врач-эндоскопист

Короткевич А.Г. — д.м.н., профессор кафедры хирургии, урологии и эндоскопии, заведующий отделением эндоскопии

Маринич Я.Я. — к.м.н., заведующая отделением эндоскопии

Shestak Inna — endoscopist

Korotkevich Alexey — MD, Chair of surgery, urology and endoscopy, professor, Head of Endoscopy Department

Marinich Yana — Head of Endoscopy Department, Ph.D.

Резюме

Цель исследования. Оценить влияние раннего эндоскопического гемостаза на частоту рецидивов при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 113 историй болезни пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Результаты и выводы. Наибольшая частота рецидивов возникла среди пациентов, у которых признаков кровотечения при первичной ЭГДС обнаружено не было (75 %). Не получено статистически значимых различий в частоте рецидивов в зависимости от того, выполнялся эндоскопический гемостаз при поступлении или нет (24,5 % против 26,7 %). При сравнении частоты рецидивов в зависимости от сочетания факторов активности кровотечения при поступлении и факта проведения эндоскопического гемостаза, выявлены достоверные различия, указывающие на более высокую частоту рецидивов в случае, если ранний эндоскопический гемостаз не проводился.

Ключевые слова: варикозное расширение вен пищевода и желудка, кровотечение, портальная гипертензия, рецидив, ранний эндоскопический гемостаз

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 145 (9): 78–81

Summary

Aim of study. To assess the influence of the early endoscopy hemostasis for rebleeding rate in variceal bleeding.

Methods. Retrospective analysis of 113 medical cards of patients with variceal bleeding.

Results and conclusions. The most rebleeding rate had been revealed in patients who had not any signs of bleeding on primary endoscopy (75 %). We had not got statistically significant differences in rebleeding rate between groups of patients who had undergone the early endoscopy hemostasis and who had not (24,5 % vs 26,7 %). We compared the rebleeding rate depending on combination of the bleeding activity on primary endoscopy and the fact of performing the early endoscopy hemostasis and revealed certain differences which are indicating to higher rebleeding rate if the early endoscopy hemostasis had not performed.

Key words: esophageal and gastric varices, bleeding, portal hypertension, rebleeding, early endoscopy hemostasis

Experimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2017; 145 (9): 78–81

Введение

Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка – наиболее грозное осложнение заболеваний, сопровождающихся синдромом портальной гипертензии. На сегодняшний день разработаны международные и национальные рекомендации по профилактике и лечению варикозных кровотечений [1,2], однако, несмотря на имеющийся арсенал методик, медикаментозных, эндоскопических, эндоваскулярных, хирургических, летальность в течение шести недель после первого эпизода кровотечения за рубежом достигает 30 %, а в России превышает 50 %, при этом в большинстве случаев смерть наступает при рецидивирующих кровотечениях [3]. Эндоскопические

методики являются ведущими в диагностике и лечении варикозных кровотечений. Лигирование варикозно расширенных вен латексными кольцами, склеротерапия и другие виды эндоскопического гемостаза безопасны, доступны и эффективны, однако до конца не решен вопрос о сроках проведения первичной эндоскопии, до сих пор остается актуальной проблема прогноза и стратификации риска для выбора лечебной тактики при варикозных кровотечениях [1].

Цель исследования: оценить влияние раннего эндоскопического гемостаза на частоту рецидивов при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материал и методы исследования

Проведен сплошной ретроспективный анализ 113 историй болезни пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, проходивших лечение в ГКБ № 29 и ГКБ № 22 г. Новокузнецка в 2011–2015 гг. Пациенты с варикозно расширенными венами пищевода и кровотечениями из другого источника в исследование не включались. Женщин 44 (39 %), мужчин 69 (61 %). Средний возраст $50,6 \pm 1,1$ лет. Первичная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполнена 104 пациентам (92 %) в течение $1,7 \pm 0,3$ ч от момента поступления, при ее проведении оценивали степень расширения варикозных вен, их размеры и протяженность, наличие стигмат кровотечения, его активность. Применяли видеогастроскопы

Olympus, Karl Storz и Fujinon с инструментальным каналом 2,8 мм. В качестве эндоскопического гемостаза использовали паравазальное введение 5 % раствора аминокaproновой кислоты, 1 % раствора перекиси водорода, спирто-новокаиновой смеси, 3 % раствора этоксисклерола, интравазальное введение микропены этоксисклерола, а также клипирование в одном случае. Зонд Блэкмора в качестве первичного гемостаза не использовали. Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи программы IBM SPSS Statistics Version 19 с использованием критерия χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты исследования

Активное кровотечение при поступлении выявлено у 42 пациентов (40,4 %), состоявшееся – у 58 (55,8 %), у 4 пациентов (3,8 %) признаков кровотечения обнаружено не было. Эндоскопический гемостаз выполнялся 40 пациентам с активным кровотечением (95,2 %) и 13 пациентам с признаками состоявшегося кровотечения (22,4 %). Рецидив кровотечения зафиксирован у 29 пациентов (25,7 %), в том числе у 7 пациентов (6,2 %) дважды. Смерть наступила в 62 случаях (54,9 %). Наибольшая частота рецидивов возникла среди пациентов, у которых признаков кровотечения при первичной ЭГДС обнаружено не было (75 %): достоверно чаще, чем среди пациентов с выявленным активным

(28,6 %) и состоявшимся (22,4 %) кровотечением ($\chi^2=13,6$ $p=0,009$). При сравнении частоты рецидивов в группах пациентов, которым первичный эндоскопический гемостаз проводился, и тем, кому не проводился, статистически значимых различий не получено: 24,5 % против 26,7 % соответственно ($\chi^2=1,05$, $p=0,593$). При сравнении частоты рецидивов в зависимости от сочетания факторов активности кровотечения при поступлении и факта проведения эндоскопического гемостаза, выявлены достоверные различия, указывающие на более высокую частоту рецидивов в случае, если первичный эндоскопический гемостаз не проводился (таб. 1)

	Активное кровотечение	Состоявшееся кровотечение	Нет признаков кровотечения
Первичный эндогемостаз не проводился	50 %	24,5 %	75 %
Первичный эндогемостаз проводился	27,5 %	15,4 %	0 %
χ^2	11,1724	22,92246	-
p	< 0,00083	< 0,000002	-

Таблица 1.
Частота рецидивов в зависимости от сочетания факторов активности кровотечения при поступлении и факта первичного эндоскопического гемостаза.

Рисунок 1.
Частота рецидивов в зависимости от активности кровотечения при поступлении.

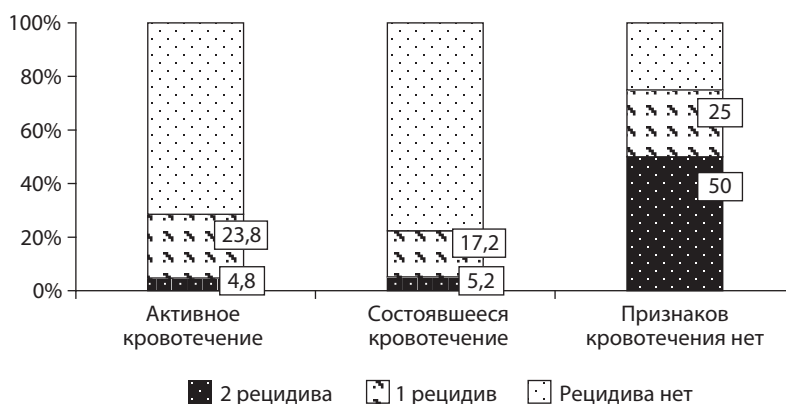
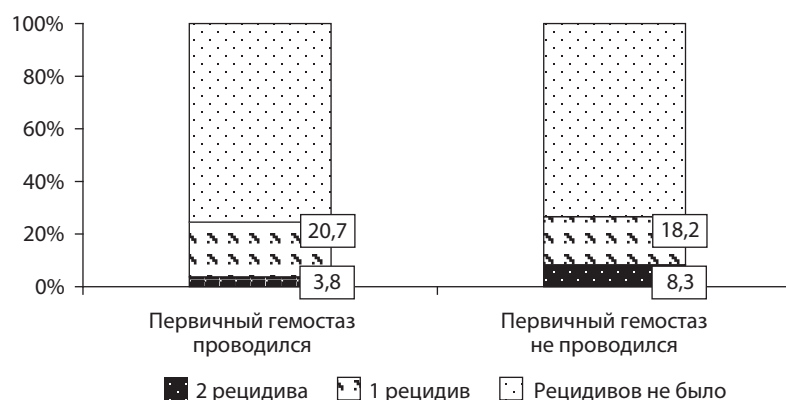


Рисунок 2.
Частота рецидивов в зависимости от факта проведения первичного гемостаза



Обсуждение полученных результатов

На сегодняшний день вопрос определения наиболее оптимальных сроков проведения первичного эндоскопического исследования при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка до конца не решен. В соответствии с международными рекомендациями Baveno VI ЭГДС должна быть проведена в течение 12 часов от момента поступления пациента в стационар [1]. В литературе крайне мало исследований, посвященных изучению эффективности диагностической и лечебной ЭГДС, проводящейся в более ранние сроки. Однако, в работе стационаров, участвующих в нашем исследовании, при подозрении на варикозное кровотечение принято максимально возможно раннее проведение ЭГДС и эндоскопического гемостаза (по полученным данным в среднем в течение $1,7 \pm 0,3$ ч от момента поступления). Таким образом, любой эндоскопический гемостаз, проведенный при поступлении в изучаемой когорте пациентов, расценивался нами как ранний.

Частота рецидивов варикозных кровотечений, выявленная в ходе нашего исследования, соотносится с литературными данными [4–6], при этом наибольшая частота рецидивов возникла среди пациентов, у которых признаков кровотечения

при первичной ЭГДС обнаружено не было (75%). Косвенно это может указывать на связь частоты рецидивов с фактом проведения первичного эндоскопического гемостаза, так как последний не был выполнен ни одному пациенту при отсутствии признаков кровотечения. Однако при анализе этой связи, возможно в силу ограничения по малому количеству наблюдений, не получено статистически значимых различий в частоте рецидивов в зависимости от того, выполнялся эндоскопический гемостаз при поступлении или нет (24,5% против 26,7%, $p > 0,05$). В то же время при сравнении частоты рецидивов в зависимости от сочетания факторов активности кровотечения при поступлении и факта проведения эндоскопического гемостаза, выявлены достоверные различия, указывающие на более высокую частоту рецидивов в случае, если первичный эндоскопический гемостаз не проводился. Таким образом, частота рецидивов варикозных кровотечений связана с фактом проведения первичного эндоскопического гемостаза, из чего следует, что всем пациентам с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при поступлении необходимо выполнять эндоскопический гемостаз независимо от активности кровотечения.

Выводы

1. Частота рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка достоверно выше в случае, если ранний эндоскопический гемостаз не проводился.
2. Наибольшая частота рецидивов (75 %) выявлена среди пациентов без признаков кровотечения при поступлении.

Литература

1. *Roberto de Franchis*. Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *Journal of Hepatology*. 2015. Vol. 63; P. 743–752.
2. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Сборник методических материалов «Школы хирургии РОХ». Желудочно-кишечные кровотечения. 2015; С. 8–38.
3. *Винокуров М. М., Яковлева З. А., Булдакова Л. В., Тимофеева М. С.* Варикозное расширение вен пищевода и желудка при портальной гипертензии. Эндоскопические методы остановки и профилактики кровотечений. *Фундаментальные исследования*. 2013; № 7–2. С. 281–285.
4. *Гарелик П. В., Могилевец Э. В., Батвинков Н. И.* Профилактика ранних рецидивов кровотечений при использовании зонда Сенгстакена-Блэкмора у пациентов с портальной гипертензией. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2012; № 3. С. 11–15.
5. *Щеголев А. А., Аль Сабунчи О. А., Павлычев А. В.* Оптимизация методов профилактики рецидивов кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени. *Лечебное дело*. 2013; № 3. С. 44–46.
6. *Тришин В. М., Филин А. В., Мяскина Л. М., Филин А. А.* Организация динамического наблюдения и лечения больных с синдромом портальной гипертензии в условиях многопрофильного стационара. *Клиническая эндоскопия*. 2015; № 2. С. 6–12.