

13. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И/ИЛИ ЖЕЛУДКА

Кровотечение из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и/или желудка – критическое состояние, которое возникает при разрыве измененной стенки вен пищевода и/или желудка вследствие повышения давления в системе воротной вены и развития синдрома портальной гипертензии (ПГ).

Клинически значимая ПГ, возникающая при печеночном венозном градиенте давления более 10 мм рт. ст., ассоциируется с развитием осложнений в виде расширения диаметра ствола воротной (более 14 мм) и селезеночной (более 8 мм) вен, варикозной трансформации вен пищевода и желудка, формирования эктопических варикозных вен кишечника, спленомегалии с явлениями гиперспленизма, развития асцитического синдрома.

Код по МКБ-10: I85.0.

Классификация

По локализации:

1. Изолированное варикозное расширение вен пищевода:
 - ограниченное ВРВ средней и нижней трети пищевода;
 - тотальное ВРВ пищевода.
2. Варикозное расширение вен желудка (Классификация Sarin, QR-код 1):



SARIN

3. По выраженности расширения вен (Классификация Шерцингера А.Г., QR-код 2).



Классификация А.Г. Шерцингера

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную или в хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови, группа крови и Rh-фактор, биохимический анализ крови (альбумин, общий билирубин, креатинин, мочевины, глюкозу), коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген); ЭКГ, ЭГДС.

Дополнительные исследования: общий анализ мочи, биохимический анализ крови (фракции билирубина, холестерин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, ЛДГ), тромбоэластограмма, коагулограмма (АЧТВ, фибриноген), КЩС, HBsAg, RW, ВИЧ, АФП, ПЦР к гепатиту В и С; рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости и гепатопанкреатобилиарной зоны, МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, Эхо-КТ, компьютерная томография легких, эластометрия печени, КТ легких.

По результатам обследования необходимо стратифицировать пациентов по следующим классификациям: шок-индекс Альговера (QR-код 3), тяжесть цирроза печени по Child-Pugh (QR-код 4)



Индекс Альговера



Child-Pugh

Лечебная тактика

Консервативное лечение:

Стратегия трансфузионной терапии должна определяться индивидуально: необходимо рассмотреть трансфузию эритроцитарной массы при уровне гемоглобина менее 70 г/л, тромбоконцентра-та – количество тромбоцитов менее 50×10^9 , свежзамороженной плазмы при МНО более 1,5.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Препараты, снижающие давление в системе воротной вены, должны быть назначены в максимально переносимой дозе после стабилизации артериального давления, обычно с 5 суток после кровотечения (пропранолол 20 мг × 4 раза в день или карведилол до 25 мг/сут).

Для профилактики печеночной энцефалопатии целесообразно раннее назначение перорального питания.

Вазоактивные препараты могут быть назначены на срок от 2–5 суток (терлипрессин 1 мг каждые 4 часа или соматостатин 50–100 мкг болюсно, далее инфузионно 25–50 мкг/час).

Хирургическое лечение:

Тактика хирургического лечения определяется результатами эндоскопического исследования. У больных с органной дисфункцией и/или клинической картиной продолжающегося кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта ЭГДС выполняется в максимально короткие сроки от момента поступления в стационар в условиях реанимационного отделения, противошоковой палаты или операционной под наркозом. У больных без органной дисфункции и без клиники продолжающегося кровотечения сроки выполнения ЭГДС не должны превышать 12 часов от момента поступления в стационар.

При диагностике состоявшегося кровотечения из ВРВ пищевода и/или желудка больному назначается консервативная терапия, по необходимости производится стабилизация состояния, после чего, для вторичной профилактики рецидива кровотечения, целесообразно рассмотрение вопроса об эндоскопическом лигировании. Показанием к эндоскопическому лигированию является наличие ВРВ пищевода и/или желудка GOV1 II-III степени. Противопоказанием – наличие варикозных узлов в желудке (кроме GOV1) и ДПК (QR-код 5). При наличии показаний и невозможности проведения эндоскопического лигирования целесообразно рассмотреть вопрос о переводе больного в стационар, где данный вид вмешательства выполняется.



Методика эндоскопического лигирования

При диагностике продолжающегося кровотечения из ВРВ пищевода и/или кардиального и субкардиального отделов малой кривизны желудка оптимальным объемом вмешательства является выполнение эндоскопического лигирования вен (см. выше *противопоказания*) (QR-код 5).

При невозможности эндоскопического лигирования временный гемостаз обеспечивается установкой хирургом зонда-обтуратора Блэкмора на фоне проведения консервативной терапии (QR-код 6).



Методика установки зонда Блэкмора

Через 4 часа с момента установки зонда-обтуратора пищеводный баллон распускают. При отсутствии рецидива кровотечения пищеводный баллон оставляют спущенным. Желудочный баллон распускают спустя 6 часов от момента установки зонда. При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения после распускания желудочного баллона, зонд остается для контроля за рецидивом на 12–24 часа. Далее выполняется контрольное эндоскопическое исследование с оценкой возможности (см. выше *противопоказания*) и необходимости выполнения эндоскопического лигирования (см. выше *показания*) (QR-код 5). При невозможности провести эндоскопическое лигирование целесообразно рассмотреть вопрос о переводе больного в стационар, где данный вид вмешательства выполняется.

При появлении в зонде свежей крови после распускания желудочной или пищеводной манжеток клиническая картина

должна расцениваться как рецидив кровотечения, манжетки повторно раздуваются на 4–6 часов на фоне проведения консервативной терапии.

При повторном рецидиве после распускания желудочной или пищеводной манжеток временный гемостаз вновь обеспечивается зондом Блэкмора и принимается решение об экстренном оперативном вмешательстве: операция М.Д. Пациоры (QR-код 7) или трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS) (QR-код 8).



Методика М.Д. Пациоры



TIPS

Анестезиологическое пособие при хирургическом лечении определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

В случае раннего рецидива кровотечения после эндоскопического лигирования временный гемостаз осуществляется зондом Блэкмора (QR-код 6), с повторным эндоскопическим исследованием. Возможно проведение повторного эндоскопического лигирования (QR-код 5). При его невозможности или следующем рецидиве выставляются показания к экстренному оперативному вмешательству (QR-код 7, QR-код 8).

При диагностике продолжающегося кровотечения из ВРВ желудка, кроме GOV1, вне зависимости от гемодинамического статуса больного, показано экстренное хирургическое вмешательство (QR-код 7).

Лечение пациентов с состоявшимся кровотечением из ВРВ пищевода и/или желудка по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их

состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде назначается респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям выполняется лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

В дальнейшем на стационарном или амбулаторном этапе проводится дообследование, в объем которого в обязательном порядке включается МСКТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием. На основании дообследования больной может быть направлен в специализированный центр, где принимается решение об объеме хирургической коррекции портальной гипертензии для вторичной профилактики рецидива кровотечения.