
Терапевтическая эндоскопия желудочно- кишечного тракта

Атлас

Редакторы

Х.Дж. Чун

С.-К. Янг

М.-Г. Чой

Перевод с английского под редакцией

проф. С.А. Палевской



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Основные положения

- Наиболее эффективным способом лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода считается лигирование, известное как эндоскопическое лигирование вен (ЭЛВ).
- Эндоскопическая склеротерапия (ЭСТ), осуществляемая путем инъекции склерозанта, — возможный вариант лечения, но она не рекомендуется как средство первичной или вторичной профилактики кровотечения в связи с высоким риском развития осложнений.
- У пациентов с продолжающимся или предполагаемым кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода ЭЛВ оказывается приоритетным методом лечения, предшествующим ЭСТ.
- ЭЛВ эффективно для первичной профилактики, но в большинстве случаев должно быть использовано у пациентов, у которых отмечается непереносимость β -блокаторов или имеются противопоказания к их назначению.
- После эпизода кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода ЭЛВ должно проводиться каждые 2–4 нед до полной эрадикации варикозно расширенных вен.

1.1. Общая информация

Эзофагеальные варикозные вены — это портосистемные коллатерали, которые формируются в условиях портальной гипертензии. Портосистемные коллатерали первично формируются из подслизистого слоя нижней части пищевода; разрыв и кровотечение из варикозно расширенных вен — наиболее частое осложнение цирроза печени и вторая по частоте причина смерти пациентов.

Примерно 30% пациентов с циррозом печени имеют варикозное расширение вен на стадии диагностики цирроза, их число возрастает до 90% в течение 10 лет, и у 30% из них развивается кровотечение. Тем не менее не существует иного метода, позволяющего определить, у какого пациента с циррозом есть варикозно расширенные вены, кроме эндоскопического метода. Именно поэтому пациенты с циррозом класса А по классификации Чайлда–Пью с признаками портальной гипертензии или с циррозом класса В или С должны пройти эндоскопическое исследование [1].

Однажды появившись, варикозно расширенные вены увеличиваются в размере до тех пор, пока не разорвутся и не начнется кровотечение. К факторам, которые ассоциируются с быстрым прогрессированием варикозных узлов от маленьких до больших, относятся декомпенсированный цирроз (класс В или С по классификации Чайлда–Пью), цирроз алкогольной этиологии, повышение давления в печеночных венах и выявление «красных знаков» около варикозных узлов [2].

Смертность от кровотечений из варикозных узлов значительно снизилась с 40% в 1980-х гг. до 6–12% в 2000-х гг. [3]. Это снижение связано с внедрением эффективных лечебных техник, таких как эндоскопическая и фармацевтическая терапия и оперативное лечение — трансъюгулярный внутрипеченочный портосистемный шунт, так же как и развитие общей медикаментозной терапии.

1.2. Показания

- Неотложная эндоскопия показана для всех пациентов с кровотечениями из желудочно-кишечного тракта, и экстренное эндоскопическое лечение должно быть проведено при наличии кровотечения из варикозно расширенных вен.
- После эндоскопического гемостаза по поводу острого кровотечения из варикозно расширенных вен с целью предупреждения повторного кровотечения (вторичная профилактика) должно быть повторено избирательное эндоскопическое лечение до исчезновения варикозных узлов в пищеводе.
- Профилактическое эндоскопическое лечение варикозных узлов, которые никогда ранее не кровоточили (т.е. первичная профилактика), также будет эффективным. Но в большинстве случаев оно может стать резервным лечением у пациентов, у которых отмечается непереносимость или имеются противопоказания к профилактическому лечению β -блокаторами. Тем не менее первичная профилактика может быть проведена, когда риск развития кровотечения очень высок (большие, напряженные варикозные узлы с «красными знаками»).

Что вы должны знать: показания к эндоскопическому лечению варикозно расширенных вен пищевода

- Экстренный эндоскопический гемостаз необходим при выявлении острого кровотечения из варикозно расширенных вен.
- Профилактическое эндоскопическое лечение варикозно расширенных вен возможно, когда риск развития кровотечения очень высок (большие, напряженные варикозные узлы с «красными знаками»).

1.3. Необходимые условия

1.3.1. Эндоскопические признаки и классификация варикозно расширенных вен пищевода

Варикозно расширенные вены пищевода представляют собой длинные стволы расширенных вен, которые обычно появляются в нижней трети пищевода, прямо над пищеводно-желудочным сфинктером. Варикозное расширение вен пищевода классифицируется в соответствии с их размерами (табл. 1.1; рис. 1.1 и 1.2).

Таблица 1.1. Градация размеров варикозно расширенных вен пищевода

Размер узла	Двухразмерная классификация (Американское общество по изучению печени)	Трехразмерная классификация (Итальянский проект по циррозу печени)
Маленький (1-я степень)	<5 мм	Незначительно приподнятые, маленькие, прямые вены
Средний (2-я степень)	—	Увеличенные извитые вены, занимающие менее $\frac{1}{3}$ просвета пищевода

Окончание табл. 1.1

Размер узла	Двухразмерная классификация (Американское общество по изучению печени)	Трёхразмерная классификация (Итальянский проект по циррозу печени)
Большой (3-я степень)	>5 мм	Большие, выбухающие в просвет и занимающие более $\frac{1}{3}$ просвета пищевода

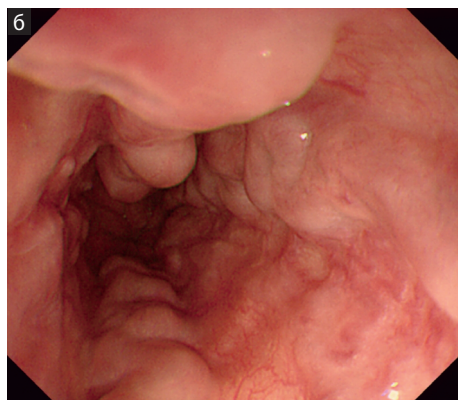


Рис. 1.1. Эндоскопическая классификация варикозно расширенных вен в зависимости от размера: а — варикозно расширенные вены пищевода 1-й степени (*маленькие*); б — варикозно расширенные вены пищевода 2-й степени (*средние*); в — варикозно расширенные вены пищевода 3-й степени (*большие*)

1.3.2. Факторы риска кровотечения из варикозно расширенных вен

Наиболее значимым предрасполагающим фактором возможного кровотечения оказывается размер варикозного узла, который подчиняется закону Лапласа — напряженность стенки узла растет с увеличением его радиуса и трансмурального давления. Средний показатель развития кровотечения из узла более 5 мм в диаметре составляет 30% в течение 2 лет. К остальным предрасполагающим факторам относят тяжесть дисфункции печени, определяемую по классификации Чайлда—Пью и наличие «красных знаков» [4]. «Красные знаки» включают вишневые пятна, красные рубцы и гемоцистные пятна (рис. 1.3).

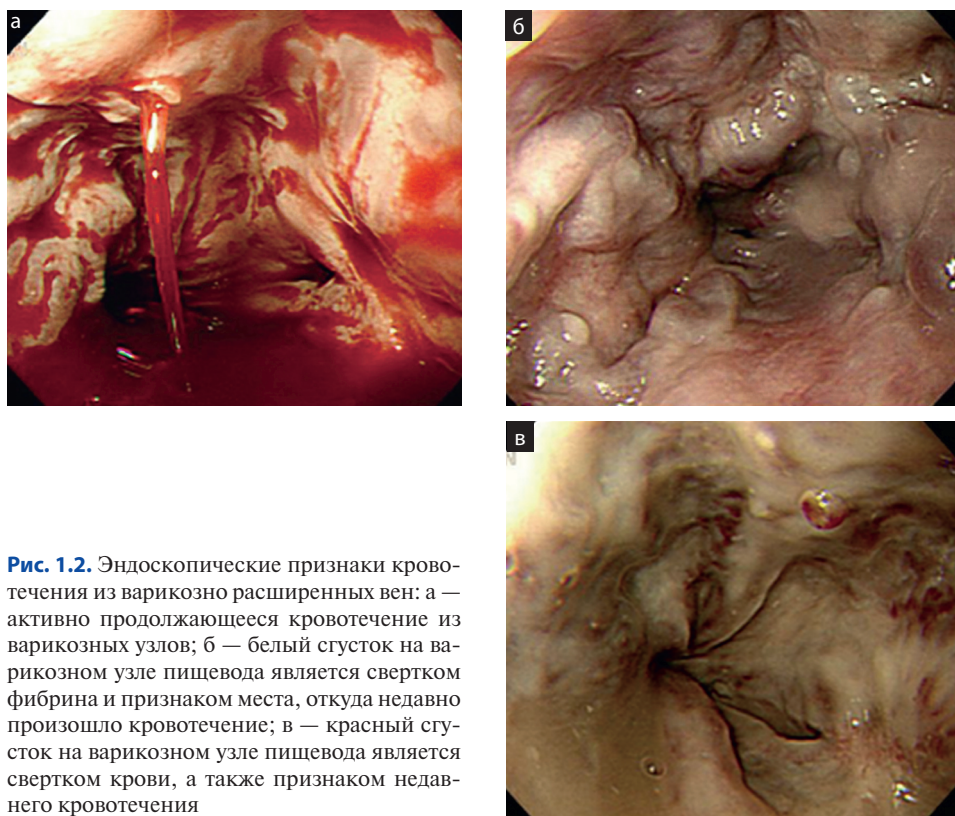


Рис. 1.2. Эндоскопические признаки кровотечения из варикозно расширенных вен: а — активно продолжающееся кровотечение из варикозных узлов; б — белый сгусток на варикозном узле пищевода является свертком фибрина и признаком места, откуда недавно произошло кровотечение; в — красный сгусток на варикозном узле пищевода является свертком крови, а также признаком недавнего кровотечения

1.4. Инструменты

Базовый набор инструментов для гемостаза включает ширококанальный эндоскоп с функцией подачи воды, дополнительный аспиратор и помпу для подачи воды.

Устройство для наложения лигатур на варикозные узлы состоит из прозрачного полого колпачка, адаптера, надевающегося на кончик эндоскопа, предварительно расширенных эластичных лигирующих колец и механизма сбрасывания. Целевой участок ткани аспирируется в прозрачный колпачок съемного адаптера. Триггерный механизм сбрасывает эластичное кольцо, лигирующее ткань.

1.4.1. Оригинальный одноразовый лигатор

Оригинальное (и все еще доступное) лигирующее устройство (лигатор Стигманна—Гоффа) обычно предполагает использование направительной трубки, потому что эндоскоп может быть удален, перезаряжен и снова введен после использования каждого кольца (рис. 1.4, а).

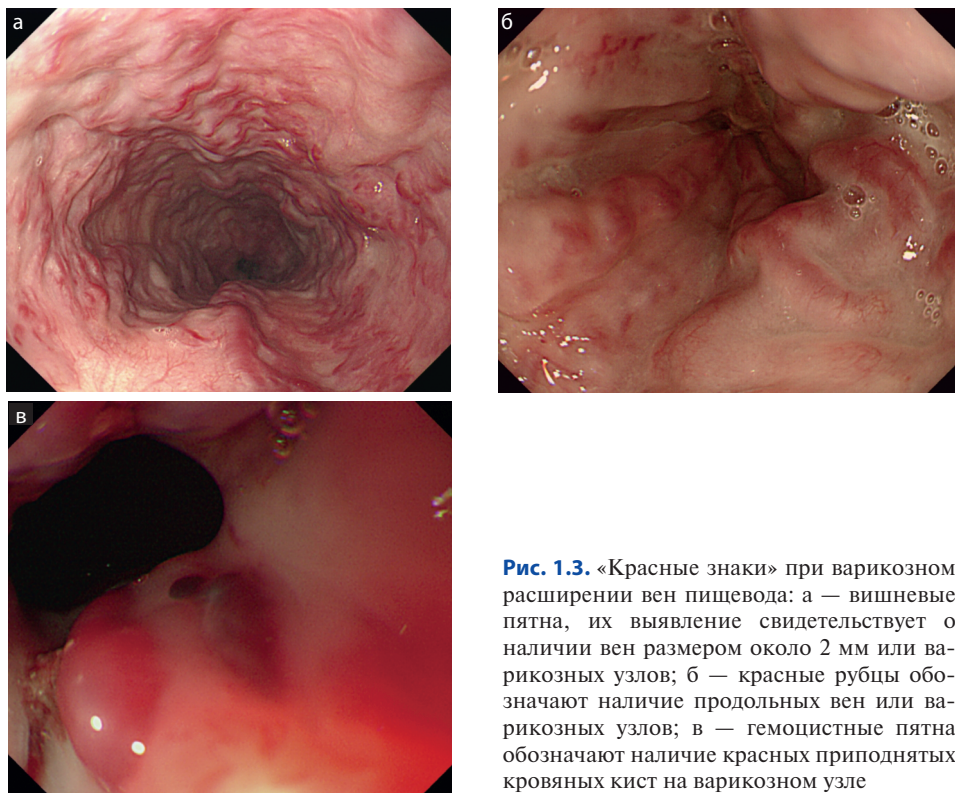


Рис. 1.3. «Красные знаки» при варикозном расширении вен пищевода: а — вишневые пятна, их выявление свидетельствует о наличии вен размером около 2 мм или варикозных узлов; б — красные рубцы обозначают наличие продольных вен или варикозных узлов; в — гемоцистные пятна обозначают наличие красных приподнятых кровяных кист на варикозном узле

1.4.2. Многоразовые лигирующие устройства

Многоразовые устройства для лигирования распространены более широко, чем оригинальные одноразовые лигаторы, так как процедура при их использовании более простая и быстрая. Лигирующие устройства с большим количеством колец пришли на смену устаревшим направлятельным трубкам, так как 4–10 колец могут быть наложены без удаления эндоскопа. Однако устройство с большим количеством колец увеличивает длину неизгибаемого кончика эндоскопа, и завести эндоскоп в пищевод может быть затруднительно у некоторых пациентов. В данной ситуации могут быть полезными направлятельные трубки. Они также позволяют у пациентов с острым кровотечением, даже при использовании лигаторов с большим количеством колец, предупредить развитие аспирационной пневмонии. Сегодня несколько компаний производят лигирующие устройства с большим количеством колец для лечения варикозного расширения вен пищевода (рис. 1.4, б–е).

1.4.3. Игла для склеротерапии

Обычная игла для склеротерапии должна иметь самый малый диаметр для минимизации риска развития кровотечения из места инъекции. Наружный диаметр 0,5 мм достаточен для жидких склерозантов. Длина иглы не превышает 5 мм, и ее скос должен быть коротким.

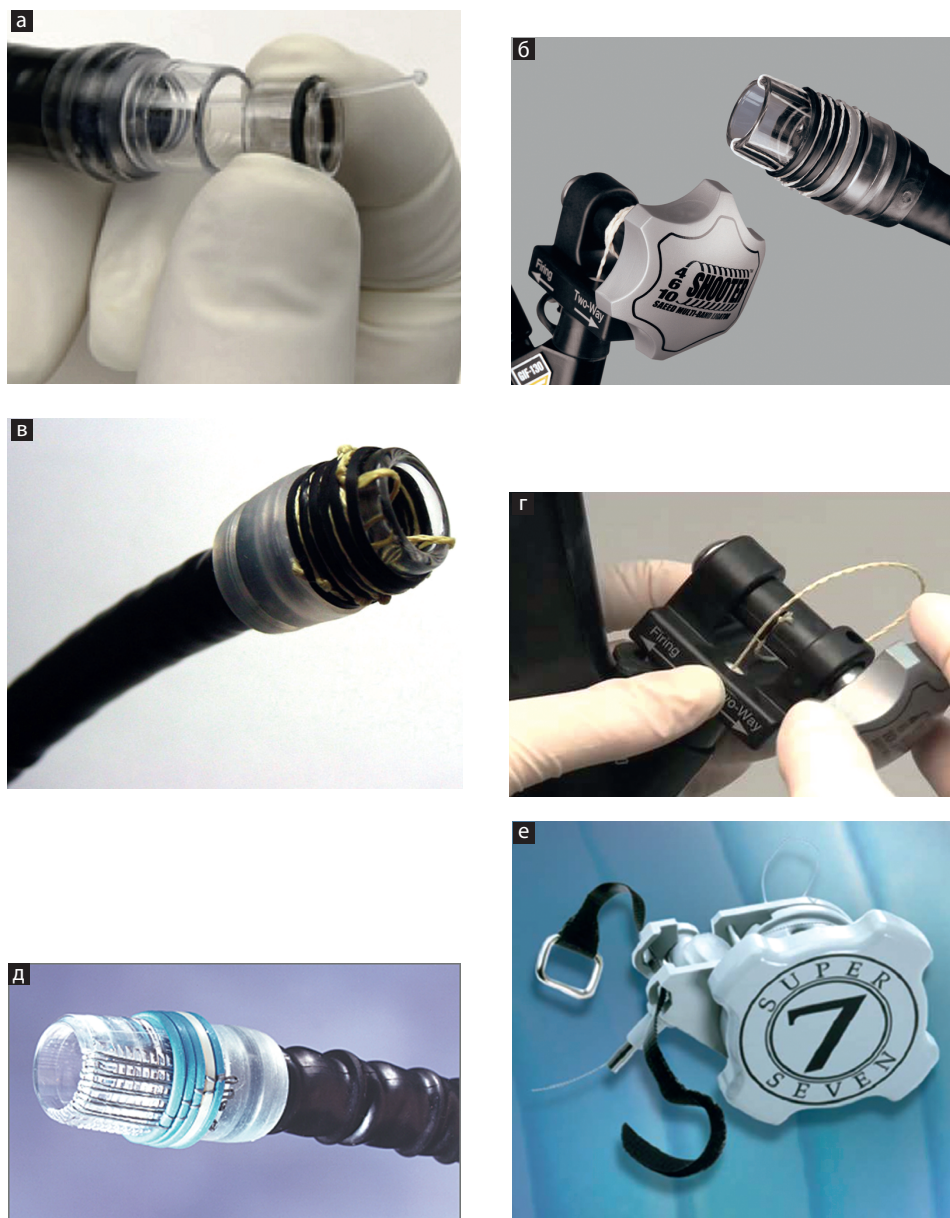


Рис. 1.4. Различные виды комплектов для лигирования. Устройство имеет короткую мягкую часть, которая надевается поверх кончика эндоскопа, и протяженную твердую пластиковую часть, на которую натягиваются резиновые кольца: а — оригинальный одноразовый лигатор (лигатор Стигманна—Гоффа); б—г — 4-, 6- и 10-кольцевые многоразовые лигаторы (Wilson-Cook); д, е — комплект Супер 7 (Boston Scientific)