

# Эндоскопическая диагностика и лечение кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: Руководство Европейского общества эндоскопии желудочно-кишечного тракта (ESGE), 2022



**П**ортальная гипертензия, вызванная повышенным синусоидальным (при, например, прогрессирующих хронических заболеваниях печени – ХЗП: всех случаях цирроза печени, острым алкогольным гепатите, тяжелом вирусном гепатите), пре-синусоидальным (например, при тромбозе ветвей портальной вены) или постсинусоидальным (например, при алкогольном центролобулярном гиалиновом склерозе) давлением, может привести к серьезным осложнениям, включая кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (КВРВП), которое требует неотложной медицинской помощи. Настоящее Руководство Европейского общества эндоскопии желудочно-кишечного тракта – ЖКТ (European Society of Gastrointestinal Endoscopy, ESGE) рассматривает принципы проведения эндоскопических исследований для диагностики и лечения КВРВП и желудка.

## Краткое изложение рекомендаций

Эндоскопический скрининг для выявления варикозно расширенных вен пищевода и желудка и первичная профилактика КВРВП

- У пациентов с компенсированным ХЗП, показателем жесткости печени  $<20$  кПа и количеством тромбоцитов  $\geq 150 \times 10^9/\text{л}$  не следует проводить скрининговое эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ, поскольку считается, что у этих пациентов высока вероятность наличия варикозного расширения вен пищевода.
- Пациенты с декомпенсированным ХЗП при жесткости печени, измеренной с помощью транзиторной эластографии,  $\geq 20$  кПа или количестве тромбоцитов  $\leq 150 \times 10^9/\text{л}$ , должны пройти обследование с помощью эндоскопии верхних отделов ЖКТ для выявления варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода высокого риска (для диагностики ВРВ пищевода среднего или большого размера или небольших ВРВ пищевода с красным знаком Уэйла).
- Пациенты с компенсированным ХЗП, но при жесткости печени, измеренной с помощью транзиторной эластографии,  $\geq 20$  кПа или количестве тромбоцитов  $\leq 150 \times 10^9/\text{л}$ , которые не получают терапию неселективными  $\beta$ -блокаторами, должны пройти обследование с помощью эндоскопии верхних отделов

ЖКТ для выявления ВРВ пищевода высокого риска (для диагностики ВРВ пищевода среднего или большого размера или небольших ВРВ пищевода с красным знаком Уэйла).

- Наличие варикозного расширения вен пищевода должно быть зафиксировано в истории болезни пациента в соответствии с критериями Baveno как небольшое, среднее или большое варикозное расширение вен, с наличием или без красных знаков Уэйла.
- Капсульная эндоскопия не рекомендована для скрининга варикозного расширения вен пищевода.
- Пациенты с компенсированным ХЗП [вирусной, алкогольной и неалкогольной этиологии без сопутствующего ожирения (индекс массы тела <30 кг/м<sup>2</sup>)] и клинически значимой портальной гипертензией (печеночный венозный градиент давления >10 мм рт. ст. и/или жесткость печени по данным транзитной эластографии >25 кПа) должны получать, если нет противопоказаний, терапию неселективными β-блокаторами (предпочтительно карведилол) для предотвращения развития кровотечения из ВРВ.
- У тех пациентов, которые не могут получать терапию неселективными β-блокаторами, рационально проводить профилактическое эндоскопическое лечение с помощью скрининговой эндоскопии верхних отделов ЖКТ. При отсутствии варикозного расширения вен контрольная эндоскопия должна проводиться каждые 2 года, если имеется активное заболевание печени, или каждые 3 года, если основное заболевание печени находится в стадии ремиссии.

## Лечение острой КВРВП до проведения эндоскопии

- Рекомендована экстренная оценка гемодинамического статуса у пациентов с подозрением на острую КВРВП.
- В условиях гемодинамической нестабильности необходимо быстро, но осторожно восполнить внутрисосудистый объем с первоначальным использованием кристаллоидных жидкостей для восстановления перфузии тканей, избегая при этом чрезмерного расширения внутрисосудистого объема.
- Не рекомендовано переливание свежзамороженной плазмы или использование рекомбинантного фактора VIIa в рамках первоначального лечения КВРВП.
- Рекомендована эндотрахеальная интубация перед эндоскопией верхних отделов ЖКТ у пациентов с подозрением на кровотечение из ВРВ и продолжающимися кровотечением, энцефалопатией и/или чрезвычайно возбужденных и неспособных контролировать дыхательные пути для защиты от потенциальной аспирации содержимого желудка.
- В случае проведения профилактической эндотрахеальной интубации экстубация должна быть произведена как можно скорее.
- Не рекомендовано рутинное переливание тромбоцитов. Если кровотечение из ВРВ не контролируется, решение о переливании тромбоцитов должно приниматься в каждом конкретном случае.
- Гемодинамически стабильным пациентам с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ и без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе стоит придерживаться ограничительной стратегии переливания эритроцитов при значении гемоглобина ≤70 г/л. Желательно достигнуть целевого уровня гемоглобина 70–90 г/л после переливания.
- Пациенты с ХЗП с подозрением на острое кровотечение из ВРВ должны быть стратифицированы по шкале Чайлда–Пью и

шкале MELD, а также в зависимости от активного или неактивного кровотечения во время эндоскопии верхних отделов ЖКТ.

### ESGE рекомендует следующие определения стратификации риска:

- пациенты с диагнозом Чайлда–Пью А или Чайлда–Пью В без активного кровотечения при эндоскопии верхних отделов ЖКТ или MELD<11 баллов имеют низкий риск неблагоприятного исхода
- пациенты с диагнозом Чайлда–Пью В с активным кровотечением при эндоскопии верхних отделов ЖКТ, несмотря на введение вазоактивных препаратов, подвержены высокому риску неблагоприятного исхода
- пациенты с MELD≥19 баллов считаются подверженными высокому риску неблагоприятного исхода

- После успешного эндоскопического гемостаза введение вазоактивных препаратов может быть прекращено через 24–48 ч у отдельных пациентов.
- Рекомендована антибиотикопрофилактика с использованием цефтриаксона 1 г/сут на срок до 7 дней для всех пациентов с ХЗП и острым кровотечением из ВРВ.
- Стоит временно отказаться от назначения антитромбоцитарных препаратов у пациентов с острым варикозным кровотечением.
- Возобновление приема антитромбоцитарных препаратов должно определяться на основе соотношения риска повторного кровотечения у пациента и риска тромбоза.
- Стоит временно отказаться от назначения антикоагулянтов у пациентов с подозрением на острое кровотечение из ВРВ и использовать соответствующие реверсивные средства у пациентов с нестабильностью гемодинамики.
- Возобновление приема антикоагулянтов должно базироваться на оценке риска повторного кровотечения и тромбоза.
- При отсутствии противопоказаний можно вводить внутривенно эритромицин в дозе 250 мг за 30–120 мин до эндоскопии верхних отделов ЖКТ пациентам с подозрением на острое кровотечение из ВРВ.

## Эндоскопическое лечение КВРВП

- У пациентов с подозрением на кровотечение из ВРВ эндоскопическое обследование нужно проводить в течение 12 ч с момента поступления пациента, при условии, что пациент гемодинамически стабилен.
- Рекомендовано использование баллонной тампонады для лечения острого КВРВП.
- Не рекомендовано использовать кровоостанавливающие спреи/порошки для окончательного эндоскопического лечения острого КВРВП или желудка. Кровоостанавливающие спреи/порошки могут рассматриваться как этап терапии в том случае, когда стандартное эндоскопическое лечение неэффективно или недоступно.
- Пациентам с высоким риском рецидива КВРВП после успешного эндоскопического гемостаза (C≤13 по шкале Чайлда–Пью или B>7 по шкале Чайлда–Пью с активным кровотечением во время эндоскопии, несмотря на вазоактивные препараты, или печеночный венозный градиент давления >20 мм рт. ст.) необходимо проводить превентивные меры в течение 72 ч (предпочтительно в течение 24 ч) перед манипуляцией.
- Саморасширяющиеся металлические стенты (при наличии) предпочтительнее баллонной тампонады при постоянном

КВРВП, несмотря на вазоактивную фармакологическую и эндоскопическую терапию гемостаза.

→ При рецидиве кровотечения в первые 5 дней после проведения эндоскопического гемостаза можно повторить манипуляцию.

→ Можно провести эндоскопическую инъекцию цианоакрилата при остром желудочном (кардиофундальном) кровотечении из ВРВ.

### **Ведение КВРВП после эндоскопии**

→ Пациентам, перенесшим балонную тампонаду по поводу острого кровотечения, целесообразно провести повторную процедуру в интервале от 1 до 4 нед для устранения варикозного расширения вен пищевода (вторичная профилактика).

→ Рекомендовано использовать неселективные β-блокаторы (пропранолол или карведилол) в сочетании с эндоскопической терапией для вторичной профилактики КВРВП у пациентов с ХЗП.

→ Не рекомендовано использовать ингибиторы протонной помпы в постэндоскопическом лечении острого кровотечения из ВРВ и, если прием ингибиторов протонной помпы начат до эндоскопии, его следует прекратить.

→ Необходимо быстро удалить кровь из ЖКТ, предпочтительно с использованием лактулозы, для профилактики или лечения печеночной энцефалопатии у пациентов с циррозом печени и острым кровотечением из ВРВ.

**Подготовлено по материалу:** Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC et al. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2022; 54 (11): 1094–120. DOI: 10.1055/a-1939-4887. Epub 2022 Sep 29; PMID: 36174643.