

М. В. Трофімов<sup>1</sup>,  
В. Г. Корпусенко<sup>2</sup>,  
С. О. Мунтян<sup>1</sup>,  
Г. Е. Кузнєцов<sup>2</sup>,  
В. В. Громов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська  
медична академія МОЗ  
України»

<sup>2</sup>Дніпровська клінічна лікарня  
швидкої медичної допомоги  
ДМР

© Колектив авторів

## КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ І ПЕРЕБІГУ КРОВОТЕЧ ІЗ ВАРИКОЗНО- РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

**Резюме.** Мета дослідження — виявлення основних етіологічних чинників призвели до розвитку портальної гіпертензії — провідної причини виникнення варикозного кровотечі, аналіз клінічних аспектів перебігу та методів лікування кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу (ВРВ).

**Матеріали та методи.** Нами зібрані, оброблені й проаналізовані результати лікування 95 пацієнтів з кровотечами з варикозно-розширених вен стравоходу, госпіталізовані в КЗ «Дніпровська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» ДМР за 2017 рік. Лідируючим фактором встановлений цироз печінки — 92 випадки (96,8 %). При цьому в 42 випадках (44,2 %) цироз печінки розвинувся на фоні хронічного вірусного гепатиту С. Також проведена оцінка ендоскопічної картини і ступеня крововтрати у пацієнтів даної категорії.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що найбільш часто виявлялися ВРВ II-III ст. — у 42 (44,2 %), III ст. — у 27 (28,4 %), при цьому у 52 (54,7 %) пацієнтів виявлено розширення венозних стовбурів у всіх відділах стравоходу, у 29 (30,5 %) — в середньо-нижніх відділах. Аналіз супутньої патології допоміг встановити на тлі яких захворювань найчастіше розвивається портальна гіпертензія: вірусний гепатит С виявлено в 46 випадках (48,4 %), ІХС (дифузний кардіосклероз) — в 29 (30,5 %), ІХС (атеросклеротичний кардіосклероз) — в 15 (15,8 %), гіпертонічна хвороба II ст. — в 26 (27,4 %), цукровий діабет — у 10 (10,6 %). Усі пацієнти отримували консервативну терапію, яка поєднувалася з механічними методами гемостазу (зонд Сенгстакена — Блейкмора) — в 24 випадках (25,3 %), ендоскопічним гемостазом (лігування латексними кільцями) — в 3 випадках (3,2 %), парціальною емболізацією селезінкової артерії — в 3 випадках (3,2 %), прошиванням вен — в 1 (1,1 %). У 70 випадках (73,7 %) відзначений успішний результат, 25 випадків (26,3 %) закінчилися летально.

**Висновки.** Основною причиною виникнення кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу є цироз печінки, що розвинувся на фоні вірусного гепатиту С. Не дивлячись на широке застосування методик місцевого ендоскопічного гемостазу рецидив кровотечі виникає в 9,5 % випадків. Рівень летальності при кровотечах з варикозних розширених вен стравоходу становить 26,3 %, що відповідає середньосвітовій тенденції.

**Ключові слова:** варикозно-розширені вени стравоходу, кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, портальна гіпертензія.

### Вступ

Кровотеча з варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу — найбільш небезпечне ускладнення синдрому портальної гіпертензії, який розвивається внаслідок патологічного збільшення градієнта тиску в ворітній вені. Варикозні кровотечі складають 10–30 % всіх випадків крововтрати з верхніх відділів шлун-

ково-кишкового тракту [1, 2]. Виходячи із сучасних статистичних даних в 25–84 % випадків перший епізод кровотечі з ВРВ завершується смертю пацієнта [3, 4], а середній термін життя тих, хто вижив, рідко перевищує 22–24 місяці.

За даними World Gastroenterology Organisation, в більшості випадків портальна гіпертензія розвивається на тлі прогресуючого цирозу печін-



ки [1]. У більш рідкісних випадках причиною утворення ВРВ стають надпечінкові та підпечінкові порушення кровообігу що призводять до підвищення тиску в воротній вені: вроджені аномалії розвитку *v portae* і її гілок (аплазії, гіпоплазії), тромбози і флебіти воротної вени при гнійно-септичних захворюваннях, здавлення її пухлинами черевної порожнини, тромботична оклюзія нижньої порожньої вени на рівні або проксимальніше впадання в неї печінкових вен.

### Мета дослідження

Визначити причини виникнення та особливості перебігу синдрому портальної гіпертензії, що ускладнений кровотоком з ВРВ у пацієнтів різних вікових груп.

### Матеріали та методи досліджень

Проаналізувавши випадки кровотеч з ВРВ у пацієнтів, госпіталізованих в КНП «Дніпровська КЛШМД» ДМР» встановили, що за 2017 рік перебувало на лікуванні 95 осіб (рис. 1), з них чоловіків — 64 (67,4 %), жінок — 31 (32,6 %). За віком, з урахуванням сучасної класифікації ВООЗ, пацієнтів розділили на 4 групи: молоді — 5 (5,3 %), зрілі — 60 (63,1 %), літні — 21 (22,1 %), старечого віку — 9 (9,5 %) (рис. 1).

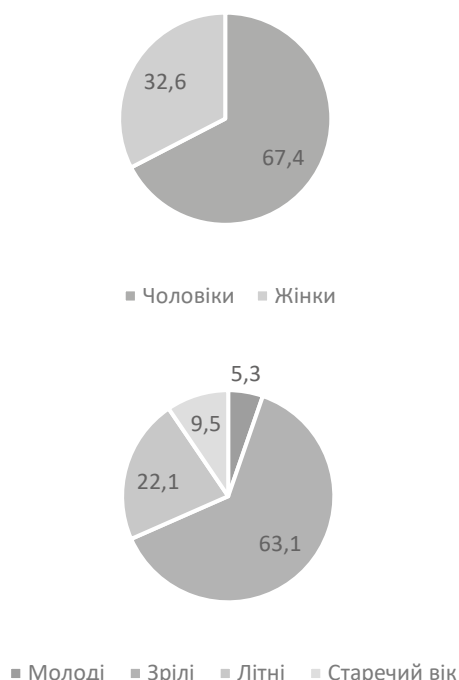


Рис. 1. Структура пацієнтів, госпіталізованих в КНП «Дніпровська КЛШМД» ДМР» у 2017 р. з приводу кровотечі з ВРВ стравоходу

Обробка проведена з використанням статистичних програм і методів: загальноклінічних — езофагогастроуденоскопія (ЕГДС) з визначенням локалізації, ступеня вираженості ВРВ і стану місцевого гемостазу; методи ста-

тистичної обробки даних і їх аналізу — критерію достовірності (p) Стьюдента з використанням програмного забезпечення Microsoft Access 2019, Microsoft Excel 2019.

### Результати досліджень та їх обговорення

Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих за 2017 р. Встановлено, що з 95 пацієнтів етіологічними факторами портальної гіпертензії, які привели до кровотечі з ВРВ, були: с-м портальної гіпертензії — 1 (1,1 %), рак печінки — 2 (2,1 %), цироз печінки — 92 випадки (96,8 %). При цьому в 42 випадках (44,2 %) цироз печінки розвинувся на фоні хронічного вірусного гепатиту С, в 1 випадку (1,1 %) — на тлі хронічного вірусного гепатиту В.

Строки звернення за медичною допомогою від появи перших симптомів кровотечі мають значний розкид і складають від 1 години до 14 діб (рис. 2). Однак найбільшу кількість пацієнтів 30 (31,6 %) було госпіталізовано протягом 6 годин від початку кровотечі. У проміжку від 6 до 12 годин звернулися 15 осіб (15,8 %), від 12 годин до 1 доби — 24 (25,3 %), від 1 до 2 діб — 16 (16,8 %), в строк понад 2 діб — 10 (10,5 %).

На момент госпіталізації активну кровотечу виявлено в 18 випадках (18,9 %), кровотечу, що зупинилася — у 77 випадках (81,1 %) (рис. 3).

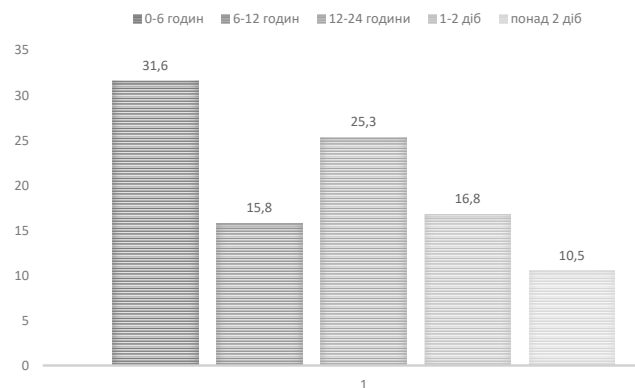


Рис. 2. Строки звернення пацієнтів з кровотоком з ВРВ за медичною допомогою

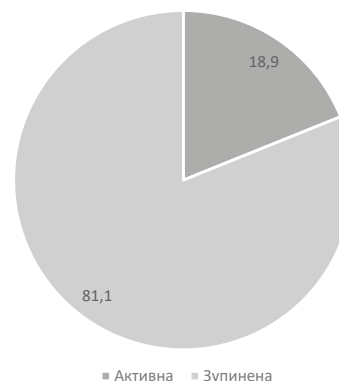


Рис. 3. Структура пацієнтів з ВРВ у залежності від активності кровотечі

Проведено оцінку крововтрати за класифікацією американської колегії хірургів (за P. L. Marino 1998 р.) [5]. У 22 пацієнтів (23,1 %) було діагностовано малий ступінь крововтрати (I клас). Середній ступінь (II клас) виявлено у 32 випадках (33,7 %). Великий (III клас) і масивний (IV клас) ступені крововтрати виявлені у 19 (20 %) і 22 (23,2 %) хворих відповідно (рис. 4).

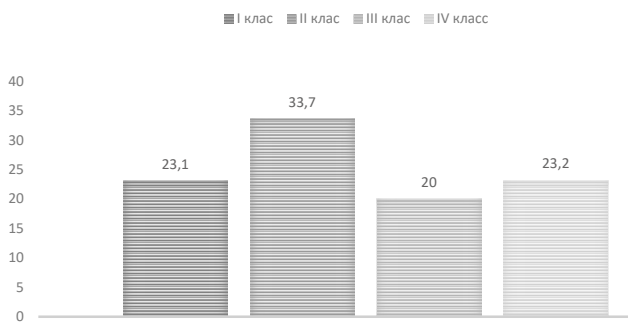


Рис. 4. Розподіл пацієнтів з ВРВ в залежності від ступеня крововтрати

Усім хворим на момент госпіталізації до клініки була виконана діагностична ЕГДС, в ході якої було встановлено діагноз, а також локалізацію поширеності флебектазій (рис. 5). Ендоскопічну картину оцінювали за класифікацією N. Soehendra, K. Binmoeller [6]. Варикозно-розширені вени I–II ст. виявлені у 1 хворого (1,1 %), II ст. — у 25 (26,3 %), II–III ст. — у 42 (44,2 %), III ст. — у 27 (28,4 %). У 52 (54,7 %) пацієнтів виявлено розширення венозних стовбурів у всіх відділах стравоходу, у 29 (30,5 %) — у середньо-нижніх відділах, у 4 (4,2 %) — у нижній третині. У 2 випадках (2,1 %) виявлено поєднане ураження всіх відділів стравоходу з кардіальним відділом шлунку. Розширення вен в середньо-нижньому відділі стравоходу і шлунку виявлено у 3 пацієнтів (3,2 %), у нижній третині стравоходу і шлунку у 4 (4,2 %). Ізольоване розташування варикозних розширених вен в дні шлунку виявлено у 1 хворого (1,1 %).

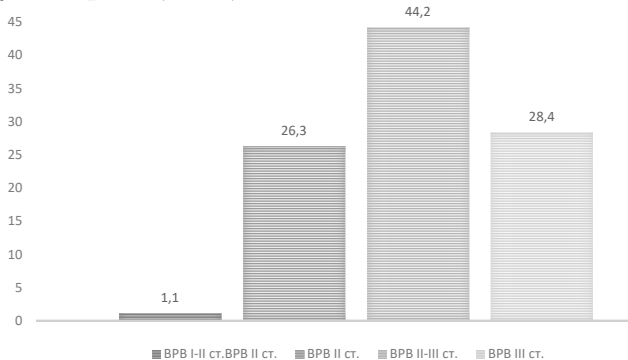


Рис. 5. Ендоскопічна картина у пацієнтів з кровотечею із ВРВ

Проведений аналіз супутньої патології виявив, що найбільш часто кровотеча із варикозно-розширених вен стравоходу виникала на тлі ураження печінки вірусом гепатиту С — 46 випадків (48,4 %). Різноманітні захворювання серцево-судинної системи були виявлені у 79 хворих (83,1 %). Серед них ішемічна хвороба серця (дифузний кардіосклероз) був виявлений у 29 хворих (30,5 %), ІХС (атеросклеротичний кардіосклероз) — у 15 (15,8 %), гіпертонічна хвороба II ст. — у 26 (27,4 %); серцева недостатність I ст. встановлена у 1 випадку (1,1 %), II ст. — у 8 (8,4 %). Цукровий діабет як супутня патологія мав місце в 10 випадках (10,6 %): I тип — 1 (1,1 %), II тип - 8 (8,4 %), стероїдний — 1 (1,1 %). У 3 пацієнтів (3,2 %) виявлено ВІЛ-інфекцію, дисциркуляторну енцефалопатію — у 1 (1,1 %), ревматизм — у 1 (1,1 %). У 11 випадках (11,6 %) супутньої патології не виявлено (рис. 6).

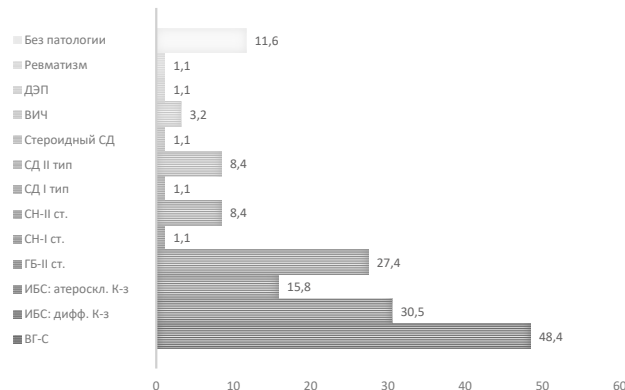


Рис. 6. Супутня патологія пацієнтів з ВРВ

Усім госпіталізованим хворим було проведено лікування в умовах хірургічного стаціонару (рис. 7). Виключно консервативну терапію отримували 65 хворих (68,4 %). Комбінований гемостаз (поєднання консервативної терапії з іншими методами) застосовувався в 30 випадках (31,6 %): механічний методи гемостазу (зонд Сенгстакена — Блейкмора) були застосовані в 24 випадках (25,3 %), ендоскопічний гемостаз (лігування латексними кільцями) — в 3 випадках (3,2 %), парціальна емболізація селезінкової артерії — в 3 випадках (3,2 %), прошивання вен — в 1 (1,1 %).

У результаті проведеного лікування 70 хворих (73,7 %) виписано з поліпшенням, 25 епізодів (26,3 %) закінчилися летально (рис. 8). Рецидиви кровотеч з ВРВ були виявлені в 9 випадках, що склало 9,5 %.

### Висновки

1. Основною причиною виникнення кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу

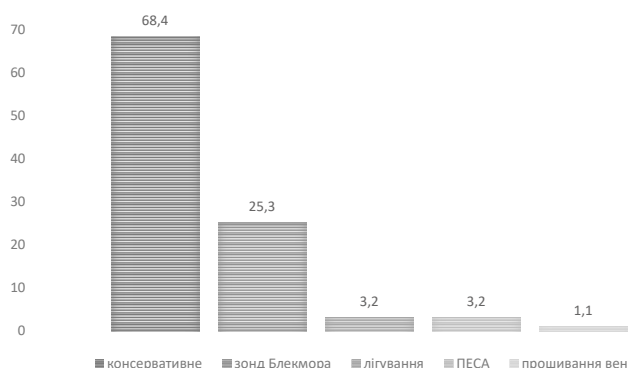


Рис. 7. Проведена терапія пацієнтам з кровотокою з ВРВ

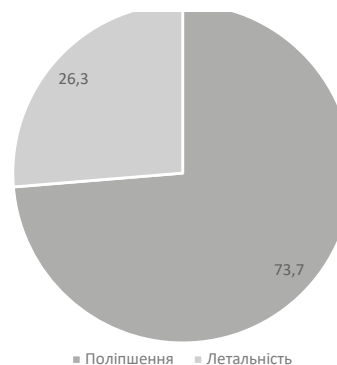


Рис. 8. Результати лікування пацієнтів з кровотокою з ВРВ

є цироз печінки, який розвинувся на фоні вірусного гепатиту С (48,4 % випадків).

2. Незважаючи на широке застосування методик місцевого ендоскопічного гемостазу рецидив кровотоці виникає в 9,5 % випадків.

3. Нами встановлено, що рівень летальності при кровотоках з варикозних розширених вен

стравоходу становить 26,3 %, що відповідає середньосвітовий тенденції.

4. Отримані дані змушують нас вдосконалити існуючі методики лікування даної патології та профілактики виникнення рецидиву кровотоці з ВРВ.

#### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol.* 2005;43:167-76.
2. Merli M, Nicolini G, Angeloni S., Rinaldi V., De Santis A., Merkel C., et al. Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients. *J Hepatol.* 2003; 38: 266-72.
3. Бойко ВВ, Нікішаєв ВІ, Русін ВІ, та ін. Портальна гіпертензія та її ускладнення: Монографія. ФОП Мартиняк, 2008.
4. Samonakis DN, Triantos CK, Thalheimer U. Management of portal hypertension. *Postgrad Med J.* 2004; 949: 634-41.
5. Marino PL. The ICU Book. Hemodynamic monitoring. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia 2007.
6. Philips CA, Sahney A. Oesophageal and gastric varices: historical aspects, classification and grading: everything in one place. *Gastroenterology.* 2016; 3(8):186-95.

#### REFERENCES

1. de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J. Hepatol.* 2005; 43: 167–176
2. Merli M, Nicolini G, Angeloni S, Rinaldi V, De Santis A, Merkel C, et al. Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients. *J. Hepatol.* 2003; 38: 266-72.
3. Boyko VV, Nikishayev VI, Rusin VI, et al. Portal'na hipertenzija ta yiyi uskladnennya: Monohrafiya. FOP Martynyak, 2008. [In Ukr.]
4. Samonakis DN, Triantos CK, Thalheimer U. Management of portal hypertension. *Postgrad Med J.*2004;949:634-41.
5. Marino PL. The ICU Book. Hemodynamic monitoring. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia, 2007.
6. Philips CA, Sahney A. Oesophageal and gastric varices: historical aspects, classification and grading: everything in one place, *Gastroenterology* 2016;3(8):186-95.

КЛИНИКО-  
СТАТИСТИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И  
ТЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ  
ИЗ ВАРИКОЗНО-  
РАСШИРЕННЫХ  
ВЕН ПИЩЕВОДА  
У ПАЦИЕНТОВ  
С ПОРТАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Н. В. Трофимов,  
В. Г. Корпусенко,  
С. А. Мунтян,  
Г. Э. Кузнецов,  
В. В. Громов*

**Резюме.** Цель исследования — выявление основных этиологических факторов, приведших к развитию портальной гипертензии — ведущей причины возникновения варикозного кровотечения, анализ клинических аспектов течения и методов лечения кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВ).

**Материалы и методы.** Нами собраны, обработаны и проанализированы результаты лечения 95 пациентов с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода, госпитализированных в КУ «Днепровская клиническая больница скорой медицинской помощи» ДГС» за 2017 год. Ведущим фактором установлен цирроз печени — 92 случая (96,8 %). При этом в 42 случаях (44,2 %) цирроз печени развился на фоне хронического вирусного гепатита С. Также проведена оценка эндоскопической картины и степени кровопотери у пациентов данной категории.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что наиболее часто выявлялись ВРВ II-III ст. — у 42 (44,2 %), III ст. — у 27 (28,4 %), при этом у 52 (54,7 %) пациентов обнаружено расширение венозных стволов во всех отделах пищевода, у 29 (30,5 %) — в средне-нижних отделах. Анализ сопутствующей патологии помог установить заболевания, на фоне которых чаще всего развивается портальная гипертензия: вирусный гепатит С выявлен в 46 случаях (48,4 %), ИБС (диффузный кардиосклероз) — в 29 (30,5 %), ИБС (атеросклеротический кардиосклероз) — в 15 (15,8 %), гипертоническая болезнь II ст. — в 26 (27,4 %), сахарный диабет — в 10 (10,6 %). Все пациенты получали консервативную терапию, которая сочеталась с механическими методами гемостаза (зонд Сенгстакена — Блейкмора) в 24 случаях (25,3 %), эндоскопическим гемостазом (лигирование латексными кольцами) — в 3 случаях (3,2 %), парциальной эмболизацией селезеночной артерии — в 3 случаях (3,2 %), прошиванием вен — в 1 (1,1 %). В 70 случаях (73,7 %) отмечен благоприятный исход, 25 случаев (26,3 %) закончились летально.

**Выводы.** Основной причиной возникновения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода является цирроз печени, развившийся на фоне вирусного гепатита С. Несмотря на широкое применение методик местного эндоскопического гемостаза рецидив кровотечения возникает в 9,5 % случаев. Уровень летальности при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода составляет 26,3 %, что соответствует среднемировой тенденции.

**Ключевые слова:** варикозно-расширенные вены пищевода, кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, портальная гипертензия.



CLINICAL AND  
STATISTICAL ASPECTS  
OF THE DEVELOPMENT  
AND COURSE OF  
BLEEDING FROM  
VARICOSE VEINS OF  
THE ESOPHAGUS IN  
PATIENTS WITH PORTAL  
HYPERTENSION

*M. V. Trofimov, V. G.  
Korpusenko, S. O. Muntyan, G.  
E. Kuznetsov, V. V. Gromov*

**Summary.** *The aim* of the study was to identify the main etiological factors that led to the development of portal hypertension — the leading cause of varicose bleeding, to analyze the clinical aspects of the course and methods of treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus (EVV).

*Materials and methods.* We collected, processed and analyzed the results of treatment of 95 patients with bleeding from varicose veins of the esophagus hospitalized in the Dnipro Clinical Emergency Hospital, DGS “for 2017. The leading factor was established liver cirrhosis — 92 cases (96.8 %). Moreover, in 42 cases (44.2 %), cirrhosis of the liver developed against the background of chronic viral hepatitis C. The endoscopic picture of this category of patients and the degree of blood loss were also assessed.

*Results and its discussion.* It was found that the most frequently detected VRV II–III st. — in 42 (44.2 %), III st. — in 27 (28.4 %), while 52 (54.7 %) patients showed dilatation of the venous trunks in all parts of the esophagus, in 29 (30.5 %) — in the mid-lower parts. Analysis of concomitant pathology helped to establish against the background of which diseases portal hypertension most often develops: viral hepatitis C was detected in 46 cases (48.4 %), coronary artery disease (diffuse cardiosclerosis) — in 29 (30.5 %), ischemic heart disease (atherosclerotic cardiosclerosis) — in 15 (15.8 %), hypertension II Art. — 26 (27.4 %), diabetes mellitus — 10 (10.6 %). All patients received conservative therapy, which was combined with mechanical methods of hemostasis (Sengstaken — Blakemore probe) in 24 cases (25.3 %), endoscopic hemostasis (ligation with latex rings) — in 3 cases (3.2 %), partial embolization of the splenic artery — in 3 cases (3.2 %), suturing of veins — in 1 (1.1 %). In 70 cases (73.7 %) a favorable outcome was noted, 25 cases (26.3 %) were fatal.

*Conclusions.* The main cause of bleeding from varicose veins of the esophagus is liver cirrhosis developed against the background of viral hepatitis C. Despite the widespread use of local endoscopic hemostasis techniques, recurrent bleeding occurs in 9.5 % of cases. The mortality rate for bleeding from varicose veins of the esophagus is 26.3 %, which corresponds to the world average trend.

**Key words:** *varicose veins of the esophagus, bleeding from the upper gastrointestinal tract, portal hypertension.*