

ORIJINAL MƏQALƏ

AÇIQ GİRİŞ (OPEN ACCESS)

QIDA BORUSU VƏ MƏDƏNİN VARİKOZ VENALARININ ENDOSKOPIK MÜALİCƏSİNDƏ BİZİM TƏCRÜBƏMİZ¹Rzayev T.M., ¹Xıdırova N.M.**Xülasə**

Varikoz qanaxmalar üst gastrointestinal qanaxmaların 10%-i təşkil edir. Varikoz qanaxmaların müalicəsi müəkkəbdir, bəzi hallarda təkrar qanaxmalarla müşahidə olunur, hətta letallıqla nəticələnir. Terapevtik (endoskopik) müdaxilə olunmadıqda ilk 6 həftə ərzində təkrar qanaxma(lar) baş verir. Mədə varikozları (MV) ezofageal varikozlarla (EV) müqayisədə daha az (20%) rast gəlinir. Portal hipertenziyalı (PH) xəstələrin 4-65%-də MVu diaqnozu qoyulduqdan 2 il ərzində qanaxma baş verir. MV diaqnozu daha ciddidir, intensiv qanaxma və ağırlaşma riskinə malikdir. Ona görə də MV-dan qanaxmanın optimal müalicəsi prosesi daim araşdırılır.

Son illərin ədəbiyyatlarında Qastroezofageal varikozlar (QEV) zamanı EV-lərdə band liqasiyası, MV optimal Obliterasiyaedici dərman maddələrinin (toxuma yapışdırıcıları) - N-butil-sianoakrilatın (Glubran-2) endoskopik tətbiqi azinvasiv və optimal müalicə üsulu hesab edilir.

QEV mənşəli qanaxmalar zamanı endoskopik taktikanın seçilməsi, qanaxmanın lokalizasiyandan asılı olaraq ilk növbədə hansı varikoza və nə zaman müdaxilə olunması məsələlərinin öyrənilməsindən ibarətdir.

QEV-dan üst gastrointestinal qanaxma ilə 116 xəstədə band liqasiyası və Glubran-2 inyeksiyası ilə endoskopik müalicəsi aparılmışdır. Xəstələr 3 qrupa ayrılmışdır: I qrup - qanaxan EV və qanaxma riskli MV- 55; II qrup - qanaxma riskli EV və qanaxan MV – 24; III qrup- qanaxma riskli EV və MV - 37 xəstə. Bu xəstələrdə təkrar qanaxma(lar), ağırlaşma(lar) və optimal sklerozlaşma müddəti öyrənilmişdir.

Qruplarda orta yaş 59.8 ± 9.6 , K/Q nisbəti 70/46, orta müşahidə müddəti 409.6 ± 202.3 gün təşkil etmişdir. I qrupda EV-in liqasiyasından sonra qanaxma riskli MV xəstələrdə qanaxma daha çox rast gəlməmişdir – 14-33.3%. Bu xəstələrdə EV bağlandıqdan sonra portal təzyiq artaraq MV cırılması və təkrar qanaxma(lar)ya səbəb olmuşdur. I qrupda 7 xəstədə 1 həftə ərzində MV-dan qanaxmaya görə MV obliterasiya edilmişdir, 2 xəstədə qanaxmaya endoskopik nəzarət mümkün olmadığı üçün TİPS-ə göndərilmişdir. II qrupun 14 xəstəsində MV-in obliterasiyası və EV-in band liqasiyası eynimomentli icra edilmişdir.

Yekun:

1. Qidaborusu və mədə varikozları tibbdə geniş yayılmış problem olub, üst gastrointestinal qanaxmalarda ölümün əsas səbəblərindən biri hesab edilir.
2. Qanaxma zamanı lokalizasiyasından asılı olmayaraq ilk növbədə mənbəyə endoskopik müdaxilə olunmalıdır.
3. Qidaborusu varikozlarında band liqasiyası, Mədə varikozlarında isə toxuma yapışdırıcısı ilə obliterasiya ən optimal üsul hesab olunur.
4. Qanayan mədə varikozları ilə yanaşı EV-da da qanaxma riski varsa, eyni momentdə onlara da müdaxilə olunması tövsiyyə edilir.
5. EV- dan qanaxmalar zamanı MV-na müdaxilə edilmir, çünki bu zaman bağlanan EV-dan təkrari qanaxma riski artmış olur.

Açar sözlər: portal hipertenziya; ezofageal varikozlar; mədə varikozları; sianoakrilat; band liqasiyası

GİRİŞ

Varikoz qanaxmalar yuxarı gastrointestinal qanaxmaların 10%-i təşkil edir. Sirrozu xəstələr arasında portal hipertenziyada

varikozlardan qanaxmaya zamanı ölüm 10-30%-ə çatır [1, 6, 7]. Mədə varikozları (MV) ezofageal varikozlarla (EV) müqayisədə daha az rast gəlir. PH xəstələrin 20%-dən



çoxunda müəyyən edilir [1, 13, 16]. MV olan xəstələrin 25%-i qanaxma ilə ağırlaşır. Belə ki, MV-dan qanaxma hadisələri az rast gəlinərsə də qanaxma daha intensiv olur və letallıq səviyyəsi xeyli yüksəkdir. MV-dan qanaxmaların optimal müalicəsinə farmakoloji maddələrlə müalicə, azinvaziv endoskopik və radioloji müdaxilələr aiddir [15, 22].

Qanaxan varikozların endoskopik müalicə üsullarına:

1. band liqasiyası – EV-dan qanaxma zamanı standart müalicə seçimidir, MV-dan qanaxmaya nəzarət üçün isə məhdud istifadə olunur. Bir neçə xəstə təqdimatlarının nəticələrinə görə band liqasiyası İzolə mədə varikozlarından (İMV) qanaxmalar zamanı təhlükəsiz və effektiv müalicə metodudur [5, 10, 12, 19]. MV-dan qanaxma zamanı band liqasiyası skleroterapiya mümkün olmadıqda alternativ metod kimi istifadə edilə bilər.

QEV-I (qastroezofageal varikozlar) qanaxmalarında isə ilk olaraq endoskopik band liqasiyası (qida borusu varikozlarının bağlanması) edilməlidir [1, 4, 19].

2. MV-nın obliterasiyası - N-butil-2-syanoacrilat (Histoacryl) və ya izobutil-2-cyanoacrylate (bucrylate) tipli sklerozlaşdırıcı dərman maddələrinin varikoz venaların mənfəzinə injeksiyası yolu ilə yeridilir. İlk dəfə Soehendra et al. 2008-ci ildə MV-ın müalicəsində

endoskopik toxuma yapışdırıcıları istifadə etdiklərini göstərmişlər [2, 5, 8, 20]. Həmin vaxtdan cyanoacrylat kəskin MV qanaxmalarının dayandırılması üsulu kimi tədricən geniş yayılmağa başlamışdır. Cyanoacrilat ilə ilkin hemostaz ən az 90%, təkrar qanaxma 22-37%-dir [22]. Yüksək hərarət, qarın ağrıları və ümumi rahatsızlıq mədə varikozlarının obliterasiyası (MVO) ilə əlaqəli ümumi fəsadlardır. Sistemik tromboemboliya daha təhlükəli ağırlaşmadır. Sonucu serebral, pulmonar, portal ven və splenik infarkt kimi təsadüf edir [8, 16, 24].

MATERIAL VƏ METODLAR

2014-2025-cu illər arasında Azərbaycan Tibb Universitetinin Terapevtik və Cərrahi klinikalarına varikoz mənşəli qanaxma ilə 520 xəstə daxil olmuşdur. QEV olan 116 xəstənin endoskopik müalicəsinin nəticələri araşdırılmışdır. Təcili endoskopiya edilmiş (ilk 12 saat) və endoskopik müalicə metodları kimi ezofagus varikozlarının bağlanması (EVB) və MVO yerinə yetirilmişdir. Endoskopiyaadan sonra Sarin təsnifatına görə xəstələr qruplara ayrılmışdır. Sarin təsnifatına uyğun olaraq QEV-I və QEV-II varikozlardan qanaxmanın birincili və ikincili profilaktikası və müalicəsində endoskopik taktika dəyərləndirilmişdir. Xəstələrin ümumi xarakteristikası haqqında məlumat cədvəl 1-də göstərilir.

Mədə varikozlarının klassifikasiyası və dərəcəsi Sarin və Haşizum təsnifatlarında təsvir edilmişdir. Qida borusu varikozlarında isə daha çox Westaby və Yapon klassifikasiyasından istifadə edilir [14;21]

Sarin təsnifatı:

- QEV-I- kiçik əyriliyə qədər davam edən qida borusu varikozları

Yazışma üçün əlaqə:

¹Rzayev T.M., ¹Xıdırova N.M.

1. Azərbaycan Tibb Universiteti, I cərrahi xəstəliklər kafedrası

E-mail: tarverdi1@gmail.com

- QEV-II- qida borusu və fundal varikozlar böyük əyrilik boyu davam edir
- İQV-I- kardiyada fundal varikozların varlığı
- İQV-II- ektopik mədə və duodenal varikozlar

Haşizum təsnifatı:

Forması: Turtuoz (qıvrımvari) (F1), Nodulyar (F2), Şişəbənzər (F3)

Lokalizasiyası: ön, arxa divarda, kiçik, böyük əyrilik və fundal hissədə

Rəng: qırmızı, ağ və nazik divarlı varikozlarda qırmızı rəng ləkəsi

Westaby (Qida borusu varikozlarının) təsnifatı:

I. dərəcə - Varikoz mukoza altından qabarıq, lakin hava verdikdə itir

II. dərəcə - Varikoz mənfəzin 50%-dan az hissəsini tutur

III. dərəcə - Varikoz mənfəzin 50%-dan çox hissəsini tutur və bir-birinə birləşmiş şəkildə görünür

QEV (qastroezofageal varikozlar) zamanı qanaxma aşağıdakı meyarlarla qiymətləndirildi:

1. Klinik qanaxma əlamətləri (hematomezis, melena, qəhvə xıltı qusma və ya hematoxeziya).

2. Endoskopik görüntüdə - şırıncı və ya sızıntı şəklində qanaxma, qan laxtası, ağ ləkə işarələri və ya varikozlar üzərində eroziyalar.



Şəkil 1. QB varikozları (III dərəcə)

3. Üzərində qırmızı rəngli işarələr (red spot) olan F3 varikozlar qanaxma mənbəyinə şübhə yaradır

Varikozlardan qanaxma riski bu əlamətlərlə - qırmızı ləkə, ağ ləkə, varikoz üzərində eroziya, tumurcuq və s. əsasən qiymətləndirilir.

Varikozların müalicəsi üçün Pentax (EPK 5000) video gastroskopundan, QB (Qida borusu) varikozlarının endoskopik bağlanması (band liqasiya) üçün **Speedband Superview Super 7™ Multiple Band Ligatorundan** və fundal varikozların sklerozlaşdırılması üçün isə **N-butyl-2-syanoacrilat (Histoacryl) və ya izobutil-2- cyanoacrylate (bucrylate)** bioloji yapışdırıcıdan istifadə edilmişdir.

Diagnostik endoskopiya əvvəl vazodilatör dərmanlarla müalicə (terlipressin və ya somatostatin analogları) başlanılır. Bütün xəstələrdə antibiotik profilaktikası (Cephalexin 1g / gün və ya Norfloxacin 400 mg / gün i.v.) aparılır.

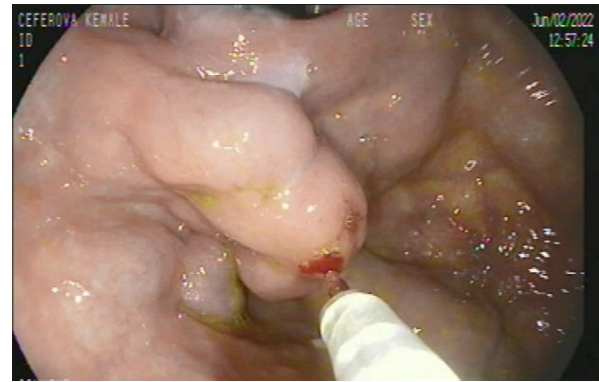
Xəstələr 3 qrupa bölünüb: I qrup - qanayan EV və qanaxma riski olan MV- 55 xəstə; II qrup - qanaxma riskli EV və qanayan MV olan – 24 xəstə; III qrup - qanaxma riskli EV və MV olan - 37 xəstə. EV band liqasiya olunmuş (şəkil 1 və şəkil 2) və mədə varikozları toxuma yapışdırıcıları ilə obliterasiya edilmişdir (şəkil 3 və şəkil 4).



Şəkil 2. Endoskopik band liqasiyası olunmuş QB varikozları.



Şəkil 3. Qanaxma olan fundal varikoz



Şəkil 4. Fundal varikozun mənəfinə sklerozlaşdırıcı maddənin yeridilməsi

Cədvəl 1. Xəstələrin ümumi xarakteristikası

Göstəricilər	I qrup (n-55)	II qrup (n-24)	III qrup (n-37)		p
Yaş (illər)	58.65± 8.32	62.3±11.2	56±9.7		0.41
Cins (K/Q)	34/21	15/9	21/16		0.86
Child təsnifatı(A, B, C)	32/13/10	14/6/4	20/11/6		0.25
MV tipi					
QEV I n (%)	42 (76.3)	19 (79.1)	29 (79.4)		0.87
QEV II (n%)	13 (23.6)	5 (20.8)	8 (21.6)		-
Etiologiya (viral/alkohol/digər)	31/15/9	13/9/2	22/9/6		0.43
Hemoglobin (q/dl)	9.8±2.2	10.1±1.8	9.1±1.5		0.14
Portal vena trombozu n (%)	10 (18,2)	5 (20,8)	8 (21,8)		0.62
Müşahidə müddəti (günlər)	402.5±215.2	407.3±220.2	419±210.1		0.77

Prosedura retrofleksiya vəziyyətində Pentax EPK-i7010 endoskopu ilə icra edildi. Obliterasiya məqsədi ilə N-butil-sianoakrilat - Glubran-2 (GEM S.r.l.,İtaliya) istifadə edildi. Aktiv qanaxması və ya qanaxma əlaməti olan varikozun mənəfinə 0.5 ml Glubran-2, ardınca isə steril su inyeksiya edildi. İnyeksiya üçün 23 - ölçülü birdəfəlik iynə (EİS 01943.Top Co.) istifadə edilir. İnyeksiyadan sonra iynə endoskopla birgə çıxarılır və alətə zərər yetirməməsi üçün iynənin ucu kəsilir və xaric edilir. Ezofaqal varikozların liqasiyası zamanı isə hər seansda 6 band (Boston) atılır. Əvvəlcə qanayan və qanaxma əlamətləri olan damar bağlanılır, daha sonra isə böyük varikozlara band atıldı. Yuxarıdakıları

nəzərə alaraq biz xəstələrimizdə (QEV-I və QEV-II) hər iki metodu kombine olaraq və tək-tək istifadə etmişik, prosedura zamanı heç bir texniki çətinliyə rast gəlməmişik (1 halda səhv olaraq proserdurdan sonra skleroterapiya iynəsi endoskopun mənəfindən çıxarılmış və biopsiya kanalı toxuma yapışdırıcısı ilə tıxanmışdır). İlk müdaxilədən 3-4 həftə sonra xəstələr təkrar endoskopiya edilir. Bu zaman göstərişə görə EV və ya MV müvafiq müdaxilə aparılır. Əgər müdaxilə olunmazsa bu xəstələr qrafiklə daimi müşahidəyə alınır. Müdaxilədən sonra təkrar qanaxma olarsa endoskopik müdaxilə olunur. Hb 9 g/dl, hematokrit 21%-dən az olarsa, hemotransfuziya, xəstələrin

hər birinə qanaxmanın II-li profilaktikası üçün müvafiq sxemlə qeyri-selektiv b-blokatorlar (propranolol) təyin edilir.

NƏTİCƏ

Bu tədqiqat zamanı I qrup xəstələrdə EV qanaxması olan və MV F3 olan 55 xəstədə əvvəl EV band liqasiya edilmiş sonra isə (3-4 həftə) MV obliterasiya olunmuşdur. 6 xəstədə 1 həftə ərzində MV-dan qanaxma olduğu üçün MV obliterasiya edilmişdir, 2 xəstədə qanaxmaya nəzarət etmək mümkün olmadığı üçün TİPS-ə göndərilmişdir.

II qrupda 24 xəstədə qanayan MV və üzərində qanaxma əlamətləri (qırmızı ləkə, ağ ləkə, varikoz üzərində eroziya, tumurcuq) olan III dərəcə EV qeyd edilmişdir. 14 xəstədə MV obliterasiyası və EV band liqasiyası eyni momentli icra edilmişdir. Qalan 10 xəstədə əvvəlcə MV obliterasiya edilmiş, sonrakı 3-4 həftə ərzində EV-ların endoskopik bağlanması yerinə yetirilmişdir.

III qrupda 34 xəstədə endoskopik müayinə zamanı qanaxma dayanmış və bu zaman qanaxmanın yerini tam dəqiqləşdirmək mümkün olmamışdır. Hər iki (qida borusu və mədədə) varikozlar üzərində qanaxma əlamətləri olmuşdur. Bu qrupda olan xəstələrdə öncə mədə varikozları obliterasiya edildikdən sonra eyni seansda EV-da elastik həlqələrlə bağlanmışdır. Bu qrupda endoskopik müalicə profilaktik məqsədlə yerinə yetirilmişdir.

Qruplarda endoskopik müalicənin nəticələri haqqında məlumat cədvəl 2-də əksini tapmışdır.

Təkrar qanaxma ən çox II qrupda - 33.3% rast gəlinmişdir. Digər qruplarda başqa göstəricilər arasında əhəmiyyətli statistik fərq qeyd edilməmişdir.

Bütün qruplar yaş, cins, PH-nın etiologiyası arasında fərq olmamışdır. Qruplarda varikozların ölçüsü və qanaxma əlamətləri endoskopik olaraq dəyərləndirilmişdir.

Cədvəl 2. Qruplarda endoskopik müalicənin nəticələri

Göstəricilər	I qrup (n=55)	II qrup (n=24)	III qrup (n=37)	P
Kəskin qanaxmaya nəzarət n (%)	51 (92.7)	23 (95.8)	31 (83.8)	0.42
Təkrari qanaxma n (%)	6 (11.9)	8 (33.3)	5 (13.5)	0.03
Varikozların aradan qalxması (eradikasiyası) n (%)	49 (88.1)	17 (70.8)	30 (81.1)	0.35
Eradikasiya müddəti (günlər)	80.4±15.3	90.5±22.4	85.3±18.2	0.21
Təkrar əmələgəlmə n (%)	21 (38.2)	6 (25.5)	9 (24.3)	0.32

Stasionarda xəstələrdə müşahidə olunan ağırlaşmalar cədvəl 3-də göstərilmişdir.

Cədvəl 3. Xəstələrdə rast gəlinən ağırlaşmalar haqqında məlumat

Ağırlaşmalar	I qrup (n=42)	II qrup (n=18)	III qrup (n=23)
Plevrit	5	2	1
Post liqasiyon xoralaşma	6	3	5
Spontan bakterial peritonit	4	-	2
Pnevmoniya	3	1	1

Assit	12	6	8
Ensefalopatiya	7	2	3

MÜZAKİRƏ

Araşdırmamızın məqsədi qida borusu və mədədə eyni anda varikoz genişlənmiş venalara rast gəlinirsə hansı taktika seçilməli və ilkin olaraq hansı nahiyyədəki varikoz vena sklerozlaşdırılmalıdır. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən EV-da varikoz venaların bağlanması, mədə varikozlarında isə venaların toxuma yapışdırıcıları ilə skleroterapiyası araşdırılmış və ilkin seçim (optimal) olaraq qəbul edilmişdir [5, 13]. Bu metodlar və onların ağırlaşmaları ayrı – ayrılıqda kifayət qədər araşdırılmışdır. Lakin birlikdə rast gəlinirsə, hansı taktikanın seçilməsi konkret olaraq göstərilməmiş və bu mövzu haqqında ədəbiyyatda çox az məlumat vardır.

Mədə varikozlarından qanaxma ciddi olub, ağırlaşma və letallıq riski çox yüksəkdir. Bəzi müəlliflərin isə ezofageal varikozları bağladıqdan və ya obliterasiya etdikdən sonra mədədə varikoz venaların yaranması və ya mövcud venaların (I-II dərəcə) böyüyərək qanaxma mənbəyi olması haqqında məlumatları vardır [8]. 10% xəstədə EV bağlandıqdan sonra MV meydana gəlmişdir [6]. Bizim şəxsi təcrübəmizdə də eyni situasiyaya rast gəlinmişdir. Qanayan EV band liqasiyasından sonra mədənin endoskopik müayinəsi və hər hansı bir müdaxilə təkrari qanaxma riskini artırır [18, 23]. Beynəlxalq protokollara əsasən təkrari müayinəni 3-4 həftədən sonra aparırıq.

Bəzi müəlliflər QEV olan xəstələrdə EV band liqasiyasından sonra ilk dövrlərdə mədə varikozlarından qanaxmanın meydana çıxması haqqında məlumat verir [9, 10]. Bu isə növbəti endoskopik

müdaxiləni çətinləşdirir. Ona görə də qanaxma riskli QEV-da öncə mədə varikozlarının obliterasiyası, sonra isə EV-in bağlanması tövsiyyə olunur [5, 11]. Mədə varikozlarının obliterasiyasından sonra EV qanaxma riski varsa, profilaktik olaraq eyni anda endoskopik band liqasiyası məqsədə uyğundur.

Mədə varikozlarının endoskopik müalicəsi çətin və riskli bir invaziv metoddur. Belə ki, skleroterapiya prosedurası zamanı texniki çətinliklərlə yanaşı, proseduradan sonra mədə xorası, perforasiya və təkrar qanaxma (37-53%) kimi çox ciddi ağırlaşmalara rast gəlinir. Müəlliflər göstərir ki, MV-da sianoakril ilə davamlı hemostaz ~ 90% təşkil edir, təkrar qanaxma riski isə 22-37%-dir. Band liqasiyası mədə varikozlarında texniki çox çətin, retrofleksiya vəziyyətində fundal varikozların bağlanması demək olar ki, mümkün deyil [3, 5, 12]. Ancaq QEV-I varikozlarda bəzi hallarda kardiya bağlanması mümkün ola bilər. Əgər varikoz venanın üzəri xoralayıbsa, band liqasiyası zamanı onun kardiya bağlanması çox riskli olub, cırılması zamanı profuz qanaxma qeyd edilir.

Ezofageal varikozların profilaktika və müalicəsində ilk sırada band liqasiyası durur. Təkrar qanaxmaların profilaktikasında çox effektiv üsuldur. Belə ki, bəzi müəlliflər qanaxmalar zamanı hemostazın 83-100% olduğunu qeyd edir [17, 23]. Bir neçə qrup müəlliflər isə band liqasiyası ilə skleroterapiyanı kombinasiya etməyi təklif edir (1-9 seans liqasiya + 1% polidocanol inyeksiyası). Lakin prosedür mürəkkəb olub, ağırlaşma riski yüksək və aparılma müddəti uzundur [20, 24].

MV-dan qanaxmaların profilaktikası üçün təkbaşına b-blokatorların istifadəsi əhəmiyyətli deyil. Lakin MVO-sı ilə b-blokatorların birgə istifadəsi daha yaxşı nəticələr əldə etməyə yardımçı olur.

YEKUN

1. Qidaborusu və mədə varikozları tibbdə geniş yayılmış problem olub, üst gastrointestinal qanaxmalarda ölümün əsas səbəblərindən biri hesab edilir.
2. Qanaxma zamanı lokalizasiyasından asılı olmayaraq ilk növbədə mənbəyə endoskopik müdaxilə olunmalıdır.
3. Qidaborusu varikozlarında band liqasiyası, Mədə varikozlarında isə toxuma yapıqıcı ilə obliterasiya ən optimal üsul hesab olunur.
4. Qanayan mədə varikozları ilə yanaşı EV-da da qanaxma riski varsa, eyni momentdə onlara da müdaxilə olunması tövsiyyə edilir.
5. EV-dan qanaxmalar zamanı MV-na müdaxilə edilmir, çünki bu zaman bağlanan EV-dan təkrari qanaxma riski artmış olur.

ƏDƏBİYYAT

1. Ali SM, Wu S, Xu H, Liu H, Hao J, Qin C. A Prospective Study of Endoscopic Injection Sclerotherapy and Endoscopic Variceal Ligation in the Treatment of Esophageal Varices //J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2017 Apr;27(4):333-1. doi: 10.1089/lap.2016.0436. Epub 2016 Oct 24. PMID:28221819
2. Ang TL, Seewald S, Soehendra N. Endotherapy of Gastric Fundal Varices: Intravariceal Injection of N-Butyl-2-Cyanoacrylate. Hamburg. Germany 2013 Elsevier GmbH. [https://doi.org/10.1016/S2212-0971\(13\)70064-5](https://doi.org/10.1016/S2212-0971(13)70064-5)
3. Ashwani Kapoor, Narayan Dharel, Arun J. Sanyal. Endoscopic diagnosis and

therapy in gastroesophageal variceal bleeding //Gastrointest Endosc Clin N Am. 2015 July; 25(3): 491-07. doi:10.1016/j.giec.2015.03.004

4. Bonilha DQ, Lenz L, Correia LM, Rodrigues RA, de Paulo GA, Ferrari AP, Della Libera E. Propranolol associated with endoscopic band ligation reduces recurrence of esophageal varices for primary prophylaxis of variceal bleeding: a randomized-controlled trial //Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015 Jan;27(1):84-0. doi: 10.1097/MEG.000000000000227. PMID:25397691
5. Chen J, Zeng XQ, Ma LL, Li B, Tseng YJ, Lian JJ, Gao H, Wang J, Luo TC, Chen SY, Chen PW, Wang HM . Randomized controlled trial of scleroligation versus band ligation for eradication of gastroesophageal varices //Gastrointest Endosc. 2018 Mar; 87(3):904. doi: 10.1016/j.gie.2017.11.006.
6. Cyriac Abby Philips, Amrish Sahney. Oesophageal and gastric varices: historical aspects, classification and grading: everything in one place //Gastroenterology Report. 4(3). 2016. 186-5. doi: 10.1093/gastro/gow018
7. Dai C, Liu WX, Jiang M, Sun MJ. Endoscopic variceal ligation compared with endoscopic injection sclerotherapy for treatment of esophageal variceal hemorrhage: a meta-analysis //World J Gastroenterol. 2015 Feb 28;21(8):2534-1. doi: 10.3748/wjg.v21.i8.2534.
8. De Franchis, R.; Bosch, J.; Garcia-Tsao, G.; Reiberger, T.; Ripoll, C.; Baveno VII Faculty. Baveno VII—Renewing consensus in portal

- hypertension. J. Hepatol. 2022, 76, 959–974.
9. Diehl F, Balderramo D. 1-week versus 2-week interval for endoscopic eradication of esophageal varices //Dig Liver Dis. 2017 Feb; 49(2):230-1. doi: 10.1016/j.dld.2016.12.017. Epub 2016 Dec 21. No abstract available. PMID:28065525
 10. Fry LC, Neumann H, Olano C, et al. Efficacy, complications and clinical outcomes of endoscopic sclerotherapy with N-butyl-2-cyanoacrylate for bleeding gastric varices //Dig Dis 2008;26:300-3.
 11. Guadalupe Garcia-Tsao, Juan G. Abraldes, Annalisa Berzigotti, Jaime Bosch. Portal Hypertensive Bleeding in Cirrhosis: Risk Stratification, Diagnosis, and Management: 2016 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases
 12. Guadalupe Garcia-Tsao,1 Arun J. Sanyal,2 Norman D. Grace,3 William Carey. Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis //Hepatology. Vol. 46. No 3. 2007
 13. Hiroshi Yoshida, Yasuhiro Mamada, Nobuhiko Tanai, Takashi Tajiri. New methods for the management of esophageal varices //World J Gastroenterol 2007 March 21; 13(11): 1641-5
 14. Laine L. Is there a role for combined sclerotherapy and ligation in the endoscopic treatment of gastroesophageal varices? //Gastrointest Endosc. 2017 Aug; 86(2):316-8. doi: 10.1016/j.gie.2017.02.005.
 15. Lo GH. Do we need vasoconstrictors up to 5 days after successful hemostasis by ligation of bleeding varices? //Hepatology. 2017 Sep;66(3):1009. doi: 10.1002/hep.29322. Epub 2017 Jul 31. No abstract available. PMID:28635105
 16. Loren Laine, MD. Is there a role for combined sclerotherapy and ligation in the endoscopic treatment of gastroesophageal varices? //Gastrointestinal Endoscopy. Volume 86. No 2: 2017. Issue 2, -P. 316-8
 17. Mansour L, El-Kalla F, El-Bassat H, Abd-Elsalam S, El-Bedewy M, Kobtan A, Badawi R Elhendawy M. Randomized controlled trial of scleroligation versus band ligation alone for eradication of gastroesophageal varices. Gastrointest Endosc. 2017 Aug; 86(2):307-5. doi: 10.1016/j.gie.2016.12.026. Epub 2017 Jan 9. PMID:28082116
 18. Marcel Tantau, Dana Crisan, Daniel Popa, Stefan Vesa, Alina Tantau. Band ligation vs. N-Butyl-2-cyanoacrylate injection in acute gastric variceal bleeding: a prospective follow-up study //Annals of hepatology January-February. Vol. 13 No 1, 2014: 75-3
 19. Mishra SR, Sharma BC, Kumar A, Sarin SK. Primary prophylaxis of gastric variceal bleeding comparing cyanoacrylate injection and beta-blockers: a randomized controlled trial //J Hepatol. 2011 Jun;54(6):1161-7. doi: 10.1016/j.jhep.2010.09.031. Epub 2010 Nov 5
 20. Qiao W, Ren Y, Bai Y, Liu S, Zhang Q, Zhi F. Cyanoacrylate Injection Versus Band Ligation in the Endoscopic Management of Acute Gastric Variceal Bleeding: Meta-Analysis of Randomized, Controlled Studies Based on the PRISMA Statement //Medicine (Baltimore). 2015 Oct; 94(41):e1725. doi: 10.1097/MD.0000000000001725. PMID:26469912
 21. Ríos Castellanos E, Seron P, Gisbert JP, Bonfill Cosp X. Endoscopic injection

- of cyanoacrylate glue versus other endoscopic procedures for acute bleeding gastric varices in people with portal hypertension (Review) //Cochrane Database of Systematic Reviews 2015. Issue 5. Art. No: CD010180. doi: 10.1002/14651858.CD010180.pub2.
22. Sarin SK, Kumar A. Gastric varices: profile, classification, and management //Am J Gastroenterol. 1989;84(10): 1244-9
23. Singal AK, Jampana SC, Singal V, Kuo YF. Hepatocellular carcinoma predicts in-hospital mortality from acute variceal hemorrhage among patients with cirrhosis //J Clin Gastroenterol. 2012; 46:613-9
24. Sugimoto N, Watanabe K, Watanabe K, Ogata S, Shimoda R, Sakata H, Eguchi Y, Mizuta T, Tsunada S, Iwakiri R, Nojiri J, Mizuguchi M, Kudo S, Miyazaki K, Fujimoto K. Endoscopic hemostasis for bleeding gastric varices treated by combination of variceal ligation and sclerotherapy with N-butyl-2-cyanoacrylate //J Gastroenterol. 2007 Jul;42(7):528-2. Epub 2007 Jul 25. PMID:17653647

OUR EXPERIENCE IN ENDOSCOPIC TREATMENT OF ESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICOSE VEINS

Rzayev T.M., Khidirova N.M.

Azerbaijan Medical University, 1st Surgical disease Department, Baku, Azerbaijan

Abstract

Variceal bleeding accounts for 10% of all bleeding from the upper gastrointestinal tract. Treatment of variceal bleeding is difficult, in some cases there is a recurrence of bleeding, up to lethal outcome. In the absence of therapeutic (endoscopic) intervention, recurrence of bleeding(s) occurs within the first 6 weeks. Gastric varices (GV) are less common (20%) than esophageal varices (EV). Bleeding occurs in 4-65% of patients with portal hypertension (PH) within 2 years of diagnosis. The diagnosis of EV is more serious, with a risk of intense bleeding and complications. Therefore, the optimal treatment process for GV bleeding is constantly being improved. In recent years, the literature recommends band ligation for esophageal varices in gastro-esophageal bleeding (GEB), and in GV, endoscopic application of optimal obliterating agents (tissue adhesives) - N-butyl cyanoacrylate (Glubran-2) is considered as a minimal-invasive and optimal method of treatment.

The choice of endoscopic tactics in bleeding of varicose genesis is to study which varicose veins and when to intervene first, depending on the localization of bleeding.

Endoscopic treatment with band ligation and Glubran-2 injection was performed in 116 patients with bleeding from the upper gastrointestinal tract. Patients were divided into 3 groups: Group I - bleeding from the EV and risk of bleeding from the GV - 55; Group II - EV with risk of bleeding and bleeding from the GV - 24; Group III - EV and GV with risk of bleeding - 37 patients. Recurrence(s) of bleeding, complications and optimal timing of sclerosing were studied in these patients.

The mean age in the groups was 59.8 ± 9.6 , the M:W ratio was 70:46, and the mean follow-up period was 409.6 ± 202.3 days. In group I, bleeding was more common in patients with GV at risk of bleeding after EV ligation, 14-33.3%. In these patients, portal pressure increased after EV ligation, and due to hypertension, rupture occurred and recurrent GV bleeding(s) occurred. In group I, the GV was obliterated within 1 week due to GV bleeding in 7 patients, and in 2 patients endoscopic control of bleeding was not possible and they were referred for TIPS. In 14 patients in group II, GV obliteration and EV band ligation were performed simultaneously. In 10 patients, GV obliteration was performed first, followed by EV band ligation over the next 3-4 weeks. In group III, GV obliteration was performed first, and the EV were ligated with elastic rings in the same session. Complications such as pleurisy, post ligation ulceration, spontaneous bacterial peritonitis, pneumonia, ascites and encephalopathy were observed in all groups.

Conclusion:

1. Esophageal and gastric varices are a common problem in medicine and are considered one of the major causes of death in upper gastrointestinal bleeding.
2. Regardless of the localization of bleeding, endoscopic intervention should be performed primarily at the site of bleeding.
3. Band ligation is considered the best method for esophageal varices and tissue glue obliteration for gastric varices.
4. If there is a risk of bleeding from esophageal and gastric varices, it is recommended to perform the intervention at the same time.
5. When bleeding from the esophageal veins, gastric vein ligation is not performed, because at this time the risk of recurrent bleeding from the ligated esophageal veins increases.

Keywords: portal hypertension; esophageal varices; gastric varices; cyanoacrylate; ligation

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Рзаев Т.М., Хыдырова Н.М.

Азербайджанский медицинский университет, кафедра хирургических болезней 1, Баку, Азербайджан

Резюме.

Варикозное кровотечение составляет 10% от всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Лечение варикозного кровотечения затруднительно, в некоторых случаях наблюдается рецидив кровотечения, вплоть до летального исхода. При отсутствии терапевтического (эндоскопического) вмешательства рецидив кровотечения(ий) возникает(ют) в течение первых 6 недель. Варикозное расширение вен желудка (ВЖ) встречается реже (20%), чем варикозное расширение вен пищевода (ВП). Кровотечение возникает у 4-65% пациентов с портальной гипертензией (ПГ) в течение 2 лет после постановки

диагноза. Диагноз ВЖ более серьезен, имеет риск интенсивного кровотечения и осложнений. Поэтому оптимальный процесс лечения кровотечения из ВЖ постоянно совершенствуется. В последние годы в литературе при гастро-эзофагеальных кровотечениях (ГЭК) рекомендуется банд-лигация при варикозном расширении вен пищевода, а при ВЖ эндоскопическое применение оптимальных облитерирующих препаратов (тканевых клеев) - N-бутилцианоакрилата (Глубрана-2) рассматривается как малоинвазивный и оптимальный метод лечения.

Выбор эндоскопической тактики при кровотечениях варикозного генеза заключается в изучении того, какие вены варикозно расширены и когда следует проводить вмешательства в первую очередь, в зависимости от локализации кровотечения.

Эндоскопическое лечение с банд-лигированием и введением Глубрана-2 было проведено 116 пациентам с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Пациенты были разделены на 3 группы: I группа – кровотечение из ВП и риском кровотечения из ВЖ – 55; II группа – ВП с риском кровотечения и кровотечение из ВЖ – 24; III группа – ВП и ВЖ с риском кровотечения – 37 пациентов. У этих пациентов изучались рецидивы кровотечения, осложнения и оптимальные сроки склерозирования.

Средний возраст в группах составил $59,8 \pm 9,6$, соотношение М:Ж было 70:46, а средний период наблюдения составил $409,6 \pm 202,3$ дня. В группе I кровотечение чаще встречалось у пациентов с ВЖ, имеющих риск кровотечения после перевязки ВП - 14-33,3%. У этих пациентов портальное давление увеличивалось после перевязки ВП, и вследствие гипертензии происходил разрыв и возникало повторные кровотечения из ВЖ. В группе I ВЖ была облитерация в течение 1 недели из-за кровотечения из ВЖ у 7 пациентов, а у 2 пациентов эндоскопический контроль кровотечения оказался невозможным, и они были направлены на TIPS. У 14 пациентов в группе II облитерация ВЖ и банд-лигация ВП выполнялись одномоментно. У 10 пациентов сначала выполнялась облитерация ВЖ, а в течение следующих 3-4 недель – банд-лигация ВП. В группе III сначала выполнялась облитерация ВЖ, а ВП лигировались эластичными кольцами в тот же сеанс. Во всех группах наблюдались такие осложнения, как плеврит, язва после лигирования, спонтанный бактериальный перитонит, пневмония, асцит и энцефалопатия.

Заключение:

1. Варикозное расширение вен пищевода и желудка является распространенной проблемой в медицине и считается одной из основных причин смерти при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
2. Независимо от локализации кровотечения, эндоскопическое вмешательство следует выполнять в первую очередь в места кровотечения.
3. Банд-лигация считается наиболее оптимальным методом при варикозном расширении вен пищевода, а облитерация тканевым клеем – при варикозном расширении вен желудка.
4. При наличии риска кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка рекомендуется проводить вмешательство одномоментно.

5. При кровотечении из вен пищевода не проводится лигация желудочных вен, поскольку в это время возрастает риск рецидива кровотечения из лигированных вен пищевода.

Ключевые слова: портальная гипертензия; варикозное расширение вен пищевода; варикозное расширение вен желудка; цианоакрилат; лигирование