

ՎԱՐԻԿՈՋ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Ամփոփում

Ներածություն.

Ուղեցույցի նպատակն է արդի ապացուցողական տեղեկատվության ներքո վերանայել կերակրկափողային և ստամոքսային վարիկոզ լայնացած երակներից (ՎԼԵ) արյունահոսությունների էնդոսկոպիկ վարման սկզբունքները և բարելավել այս ախտաբանություններով մեծահասակ պացիենտների բուժման ելքերը:

Մեթոդներ.

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է «Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա»-ի անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Ամերիկայի ստամոքսաղիքային էնդոսկոպիայի միության 2014 թ. «Էնդոսկոպիայի դերը վարիկոզ արյունահոսության վարման մեջ» (The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage): Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE): Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել «Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա»-ի կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է վիրաբույժների, գաստրոէնտերոլոգների, ինտենսիվ թերապևտների, բժիշկ-էնդոսկոպիստների, ճառագայթաբանների ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

Արդյունքներ.

Սույն ուղեցույցում մասնավորապես լուսաբանվել են հետևյալ հիմնահարցերը՝ էնդոսկոպիկ մշտադիտարկման ենթակա պացիենտների խմբերը, վարիկոզ լայնացումների դեղաբանական կանխարգելման, լիզավորման ցուցումների, հետմիջամտական շրջանի է էնդոսկոպիկ

մշտադիտարկման և էնդոսկոպիկ բուժման ձախողման դեպքերի վարման տարբերկանների վերաբերյալ: Ընդհանուր առմամբ ձևակերպվել է 21 խորհուրդ, որոնցից 5՝ բարձր որակի:

Եզրակացություն.

Կերակարափողի և ստամոքսի վարիկոզ արյունահոսությունները հնարավոր է արդյունավետ կանխարգելել և բուժել հիմնվելով արդի ապացուցողական տեղեկատվության վրա: Պահպանողական հետմիջամտական շանտակական վերահսկողությունը ունի կարևոր նշանակություն բուժման երկարաժամկետ ելքերի բարելավման հարցում:

Բանալի բառեր

Ապացուցողական բժշկություն, ուղեցույցներ, ցուցումների ուսումնասիրման, սպեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ, խոցային արյունահոսություն, թաքնված արյունահոսություն, էնդոսկոպիկ ախտորոշում, էնդոսկոպիկ թերապիա:

Պատասխանատու համակարգող

Վարդանյան Ա.Ս., բ.գ.թ., դոցենտ (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)

Աշխատանքային խմբի անդամներ

- Մանուկյան Կ.Դ. Արմենիա բժշկական կենտրոնի Ախտորոշիչ բաժանմունքի բժիշկ էնդոսկոպիստ
- Կանայան Ռ.Հ., բ.գ.թ. «Էրեբունի» ԲԿ-ի էնդոսկոպիկ ծառայության ղեկավար
- Մինասյան Հ.Լ., բ.գ.թ., դոցենտ (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)
- Ասատրյան Ա. Ռ., բ.գ.թ., դոցենտ (Վիրաբուժության թիվ 3 ամբիոն, «Էրեբունի» ԲԿ)

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին:

Շնորհակալական խոսք

Պատասխանատու համակարգողը իր երախտագիտությունն է հայտնում սույն ուղեցույցի մշակման աշխատանքներին իրենց աջակցությունը, խորհուրդը և մասնագիտական գիտելիքները տրամադրած գործընկերներին, հատկապես՝ պրոֆ. Սարուխանյան Հ.Վ.-ին և թարգմանչական աշխատանքների պատասխանատու ԵՊԲՀ-ի անէսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի II-րդ ուսումնական տարվա կլինիկական օրդինատոր՝ ՄՄՍեյրանյանին:

Ուղեցույցը չի կարող փոխարինել բժշկի որոշումներ ընդունելու հմտություններին անհատ պացիենտի վարման դեպքում և տվյալ կլինիկական իրավիճակի պայմաններում:

Բովանդակություն

Նախաբան

Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Կերակրափողի ՎԼԵ

- Մշտադիտարկում
- Էնդոսկոպիա և սկզբնական պրոֆիլակտիկա
- Էնդոսկոպիկ բուժումները սուր կերակրափողային վարիկոզ արյունահոսությունների ժամանակ
- Յենդոսկոպիայից առաջ առաջնային վարումը և բուժումը
- ՎԼԵ Էնդոսկոպիկ լիգացիան
- Էնդոսկոպիկ սկլեռոթերապիա
- Բուժման ձախողումների վարումը

Սնամոքսի ՎԼԵ

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Գրականության ցանկ

Հավելված 1. Ցուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (GRADE)

Հավելված 2. Ուղեցույցի առանցքային խորհուրդների ամփոփում

Հապավումներ

ՎԼԵ՝ վարիկոզ լայնացած երակներ

ՊԲՎՓ՝ պատահակն բաշխմամբ վերահսկավող փորձարկումներ

EST (Endoscopic sclerotherapy)՝ էնդոսկոպիկ սկլեռոթերապիա

EGD (Esophagogastroduodenoscopy)՝ էզոֆագոգաստրոդուոդենոսկոպիա

EVL (Endoscopic variceal ligation)՝ Վարիկոզ լայնացած երակների էնդոսկոպիկ կապում

GVO (Gastric Variceal Obturation)՝ ստամոքսի վարիկոզ կլայնացած երակների օբտուրացիայի

PPI (Proton pump inhibitors)՝ պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներ

TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunting)՝ միջլծերակային ներլյարդային պորտալ համակարգային շունտավորում

1. Նախաբան

Վարիկոզ արյունահոսությունը պորտալ հիպերտենզիայի տարածված և լուրջ բարդություն է: Մահացությունը ցիռոզով պացիենտների շրջանում արյունահոսությունից

հետո նախկինում հաղորդվում է մոտ 50% , իսկ հաջորդական արյունահոսությունների ժամանակ՝ 30% [1]: Չնայած ավելի նոր տվյալները ցույց են տալիս մահացության նվազում՝ կապված վազոակտիվ դեղերի, էնդոսկոպիկ միջամտությունների և անտիբիոտիկներով պրոֆիլակտիկայի շնորհիվ, կերակրափողի վարիկոզի հետ ասոցացված մահացությունը 6 շաբաթվա ընթացքում հասնում է մինչև 20%-ի [2-5]: Վարիկոզ լայնացած երակներից (ՎԼԵ) արյունահոսությամբ պացիենտների օպտիմալ մենեջմենթը պահանջում է մոլտիդիսցիպլինար մոտեցում թիմի կողմից, որում ընդգրկված են գաստրոէնտերոլոգներ, ինտերվենցիոն ռադիոլոգներ և վիրաբույժներ: Այս ուղեցույցի նպատակն է ապահովել արդի ապացուցողական տեղեկատվություն էնդոսկոպիայի պրակտիկ օգտագործման մարտավարության վերաբերյալ՝ կերակրափողային և ստամոքսային ՎԼԵի սկրինինգների մեջ, ինչպես նաև վարիկոզ արյունահոսությունների կանխարգելման և վարիկոզ արյունահոսությամբ պացիենտների վարման վերաբերյալ [6]:

2. Տեղեկատվության որոնման և գնահատման մեթոդաբանություն

Սույն Ուղեցույցը մշակվել է "Վիրաբույժների հայկական ասոցիացիա"-ի անդամների կողմից: Փաստաթղթի հիմքն է հանդիսացել Ամերիկայի ստամոքսաղիքային էնդոսկոպիայի միության 2014 թ. "էնդոսկոպիայի դերը վարիկոզ արյունահոսության վարման մեջ" (The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage) կլինիկական ուղեցույցը [7]: Տեղեկատվության հավաքագրման մարտավարությունը ընդգրկել է բանալի բառերի օգնությամբ իրականացվող բազմաբնագավառ որոնում MEDLINE, PubMed, Cochrane library, National Guideline Clearinghouse և UpToDate շտեմարաններում: Որոնման ժամանակային շրջանակն է՝ 2010 - 2017թթ.: Փաստաթղթերի նկատմամբ կիրառվել են հետևյալ տեսակավորման ցուցանիշները՝ ապացուցողական բնույթ (համակարգված ամփոփ տեսություն, պատահական բաշխմամբ վերահսկվող փորձարկում, ցանկացած խորհուրդի վերաբերյալ հստակ հղումների առկայություն, ապացույցների ուժի և որակի գնահատականներ և այլ), ազգային կամ համաշխարհային ամփոփումների կարգավիճակ, անգլերեն լեզու: Տեղեկատվության որակը գնահատելիս և ցուցումների ուժը որոշելիս սկզբնաղբյուր հանդիսացող փաստաթղթում հիմք է ընդունվել Ցուցումների ուսումնասիրման,

ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգը (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – GRADE): Համաձայան այս համակարգի ապացույցների մակարդակը կարող է լինել **“բարձր”** ինչը ենթադրում է, որ հետագա հետազոտությունները քիչ հավանական է, որ կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ, **“միջին”** հետագա հետազոտությունները հավանական է, որ կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ և **“ցածր”** հետագա հետազոտությունները ամենայան հավանականությամբ զգալի կփոփոխեն հեղինակների վստահությունը ստացված արդյունքների վերաբերյալ: Խորհուրդները գնահատվել են իբրև **“ուժեղ”** երբ տվյալ միջամտության բարենպաստ ազդեցությունները հստակ գերակշռում են անցանակալի հետևանքներին: Տեքստում նմանատիպ խորհուրդները սկսվում են «Մենք խորհուրդ ենք տալիս» արտահայտությամբ: **“Թույլ” խորհուրդները** երբ տվյալ միջամտության բարենպաստ և անբարենպաստ ազդեցություններ հավասարակշռության վերաբերյալ վստահությունը հստակ չէ սկսվում են «Մենք առաջարկում ենք» արտահայտությամբ (մանրամասները տես՝ Հավելված 1.):

Տեղայնացման/ադապտացիայի աշխատանքները կատարվել են ADAPTE մեթոդաբանության հիման վրա: Պատասխանատու համակարգողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարագրել են իրենց շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ տեղեկատվությունը: Ուղեցույցի բոլոր դրույթները քննարկվել և հավանության են արժանացել Անեսթեզիոլոգների և ինտենսիվ թերապևտների հայակական միության անդամների կողմից (արձանագրությունը կցվում է): Ուղեցույցը նախատեսված է անեսթեզիոլոգների, ինտենսիվ թերապևտների, վիրաբույժների, բժիշկ էնդոսկոպիստների, ինչպես նաև առողջապահության կազմակերպիչների համար: Փաստաթուղթը ենթակա է պարբերական թարմացումների և/կամ խմբագրման յուրաքանչյուր 5 տարին մեկ կամ ավելի հաճախակի՝ կախված տվյալ ոլորտում նոր գիտագործնական տեղեկատվության ի հայտ գալուց:

3. Կերակրափողի ՎԼԵ

3.1 Մշտադիտարկում

Գոյություն ունի արդյունավետ պրակտիկ բուժում կերակրափողային վարիկոզով պացիենտների համար՝ վարիկոզ արյունահոսությունից խուսափելու նպատակով [8]: Չկա ոչ մի հուսալի մեթոդ՝ բացառությամբ էնդոսկոպիայի, կանխագուշակելու, որ ցիռոզով պացիենտի մոտ կլինի վարիկոզ արյունահոսություն [9]: AASLD(American Association for the Study of Liver Disease) և Baveno V consensus ուղեցույցները առաջարկում են, որ բոլոր հիվանդները, ում մոտ ախտորոշվել է ցիռոզ, պետք է անցնեն էնդոսկոպիկ սկրինինգ՝ կերակրափողային և ստամոքսային վարիկոզի հայտնաբերման համար [10,11]: Եթե կերակրափողային ՎԼԵՐ իդենտիֆիկացվում են էնդոսկոպիկ հետազոտության միջոցով, նրանք պետք է գնահատվեն մեծ (>5մմ) կամ փոքր, ինչպես նաև կարմիր սպիերը կամ բծերը պետք է նշվեն, որովհետև այս գտածոները իդենտիֆիկացվել են որպես ապագա արյունահոսությունների ռիսկի գործոններ [1, 12]: Օպտիմալ հսկողության ինտերվալները կերակրափողային ՎԼԵՐ համար դեռ չեն որոշվել:

Կոմպենսացված ցիռոզով պացիենտների համար, որոնց մոտ առաջնային էնդոսկոպիկ հետազոտությամբ վարիկոզ չի հայտնաբերվել, կրկնակի էնդոսկոպիան առաջարկվել է 2-3 տարի անց, մինչդեռ՝ փոքր վարիկոզով հիվանդները պետք է հետազոտվեն 1-2 տարին մեկ [1, 13]: Կերակրափողային վարիկոզը կարող է ավելի արագ զարգանալ ալկոհոլամոլության հետևանքով զարգացած ցիռոզով պացիենտների մոտ, ինչպես նաև փոքր վարիկոզով պացիենտների՝ որոնց մոտ առկա են արյունահոսության ռիսկի գործոնները՝ էնդոսկոպիկ քննությամբ: Պացիենտների այս խումբը պետք է ամեն տարի անցնի էնդոսկոպիկ հեմոստազ, անգամ եթե սկզբնական սկրինինգով չկան կամ առկա են փոքր ՎԼԵ [1,12,13]:

3.2 Էնդոսկոպիա և սկզբնական պրոֆիլակտիկա

Էնդոսկոպիան առանցքային դեր ունի ցիռոզով պացիենտների մենեջմենթում, որովհետև այն իդենտիֆիկացնում է պացիենտներին, ովքեր օգուտ կունենան առաջնային պրոֆիլակտիկայից՝ կանխելու առաջնային վարիկոզ արյունահոսությունը և օգնում է ուղղորդել հատուկ /սպեցիֆիկ/ բուժումները: Ոչ սելեկտիվ բետա-բլոկերները /պրոպրանոլոլ, նադոլոլ/ ցույց են տվել դրական էֆեկտ վարիկոզ արյունահոսության առաջին դրվագի կանխման կամ հետաձգման հարցում այն պացիենտների մոտ, ովքեր

ունեն մեծ ՎԼԵ կամ փոքր ՎԼԵ՝ արյունահոսության բարձր ռիսկով կամ բարձր աստիճանի լյարդային անբավարարությամբ (Չայլդ-Պյուի B կամ C դաս) [14-18]: ՎԼԵի էնդոսկոպիկ կապումը (Endoscopic variceal ligation-EVL) բարձր արդյունավետություն ունի կերակրափողային ՎԼԵի էռադիկացիայի դեպքում և ցույց է տվել նույն էֆեկտիվությունը ինչ և բետա-բլոկերները առաջին արյունահոսության կանխման հարցում՝ 3 մեծ ՊԲՎՓ-րի արդյունքում [19-21]: Ամերիկյան հետազոտություններից մեկը ցույց է տվել, որ ցիռոզով և կերակրափողային վարիկոզի արյունահոսության բարձր ռիսկով պացիենտներից պրոպրանոլոլով բուժում ստացածները ունեցել են նշանակալի բարձր ռիսկ առաջնային վարիկոզ արյունահոսության (12.9% vs 0%, P Z .04) և ընդհանուր մահացության (12.9% vs 0%, P Z .04), քան այն հիվանդները, ովքեր անցել են պրոֆիլակտիկ EVL [22]: Ինչևէ, այս հետազոտությունը ենթարկվել է քննադատման և վաղաժամ դադարեցման, քանի որ միջանկյալ վերլուծությունները ցույց են տվել նշանակալի քանակով սխալների պրոպրանոլոլով բուժվողների խմբում՝ ի համեմատ EVL խմբի, որը սահմանափակեց հետևումը հաջորդիվ միջինին 18 ամսվա ընթացքում [23] :

8 ՊԲՎՓ-րի մետա անմփոփումը, որտեղ ընդգրկված էին 96 պացիենտ, ցույց տվեց, որ EVL, ի համեմատ բետա-պաշարիչով բուժման, նվազեցնում է առաջին վարիկոզ արյունահոսության քանակը, սակայն չի ազդում մահացության վրա [24]: Այս մետաանալիզում սուր բարդություններն ավելի հաճախ էին պրոպրանոլոլի, քան՝ EVL-ի խմբում, ընդ որում՝ մահվան 2 դեպք է գրանցվել EVL-ի խմբում՝ խոցի էնդոսկոպիկ կարման ընթացքում:

Կորբեյնի վերջին համակարգված վերանայումը, որն ընդգրկել է 19 ՊԲՎՓ, ցույց է տվել, որ կերակրափողի վարիկոզի ժամանակ EVL-ով առաջնային կանխարգելումը ոչ սելեկտիվ բետա-պաշարիչների հետ համեմատած նվազեցնում է վարիկոզ արյունահոսության հավանականությունը՝ չազդելով մահացության վրա [25]: Չնայած այս մետաանալիզների արդյունքների, ըստ մասնագետների կոնսենսուսի՝ բուժման երկու մոդելներն էլ նույն էֆեկտիվությունն ունեն [10, 11]: Շատ դեպքերում խորհուրդ է տրվում պրոֆիլակտիկ EVL-ը պահել այն պացիենտների համար, ովքեր ունեն անտանելիություն կամ հակացուցումներ բետա-բլոկատորների հանդեպ կամ այն պացիենտների՝ ովքեր ունեն մեծ վարկոզներ՝ արյունահոսության բարձր ռիսկով կամ ըստ Չայլդ-Պյուի B կամ C դասի ցիռոզ [10, 11]:

Ի հավելում եթե առաջնային պրոֆիլակտիկա է կատարվել EVL-ով, ապա խորհուրդ է տրվում չօգտագործել բետա-բլոկատորներ, որովհետև դրանք չեն բերում արյունահոսության հետագա զարգացման նվազման, մինչդեռ՝ ասոցացված են բազմակի կողմնակի էֆեկտների հետ:

Ներկա ուղեցույցները խորհուրդ են տալիս այն պացիենտներին, ովքեր անցնում են EVL-ով առաջնային պրոֆիլակտիկա, կրկնել էնդոսկոպիկ հետազոտությունները յուրաքանչյուր 1-2 շաբաթը մեկ՝ մինչ վարիկոզի լրիվ փակման հաստատումը [10]:

Ինչևէ, առաջնային EVL պրոֆիլակտիկան գնահատող հետազոտությունները կրկնակի EVL-ը կատարել են տարբեր ինտերվալներում՝ 1-8 շաբաթ միջակայքում [19-22, 26-28]: 63 ցիռոզով պացիենտների ՊԲՎՓ, որը ընդգրկում էր առաջնային և երկրորդային պրոֆիլակտիկաները և համեմատում էր ամիսը մեկ և երկու շաբաթը մեկ անգամ EVL-ի կիրառման արդյունավետությունը, ցույց է տվել, որ 2 ամիսը մեկ 3 անգամյա հաճախումը ունի ավելի բարձր էռադիակցիայի ցուցանիշ, ցածր կրկնվելիության ցուցանիշ և ավելի ցածր հավելյալ բուժման ցուցանիշ քան երկու շաբաթը մեկ երեք անգամյա հաճախումը էնդոսկոպիայի [29]: Այսպիսով EVL-ի կրկնությունը առաջնային պրոֆիլակտիկայի նպատակով կարելի է անվտանգ իրականացնել 1-8 շաբաթյա ինտերվալներով մինչև վարիկոզի էռադիակցիային հասնելը: Սկրինինգային էզոֆագոգաստրոդուդենոսկոպիան (EGD) պետք է իրականացնել էռադիակցիայից 1-3 ամիս անց և ամեն 6-12 ամիսը մեկ գնահատելու վարիկոզի կրկնությունը [10, 26]: Եթե հետազոտության ընթացքում նկատվի վարիկոզի կրկնություն պետք է ձեռնարկվեն էռադիակցիայի նոր փորձեր:

EVL-ի պոտենցիալ բարդություն է լիզացիայով առաջացված խոցը, որը ըստ հաղորդման պատահում է 0.5-3% դեպքերում և դա հիմնական անհանգստության պատճառն է EVL-ով պրոֆիլակտիկ բուժման ժամանակ [30, 31]: EVL-ի հետազոտությունները առաջնային պրոֆիլակտիկայի ժամանակ փոփոխականորեն օգտագործվել են պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներ (PPI) EVL-ից հետո և PPI-ները կարող են համարվել հավելյալ բուժում [22, 32]:

3.3 Էնդոսկոպիկ բուժումները սուր կերակրափողային վարիկոզ արյունահոսությունների ժամանակ

3.3.1 Էնդոսկոպիյից առաջ առաջնային վարումը և բուժումը.

Սուր կերակրափողային արյունահոսություններով պացիենտները պետք է կայունացվեն ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում էնդոսկոպիկ միջամտությունից առաջ: Պետք է իրականացնել համապատասխան երակային կաթետերիզացիա և շրջանառող արյան ծավալի վերականգնում մինչև հեմոդինամիկ կայունության և հեմոգլոբինի թիրախային ցուցանշին (7-8 գ/դլ) հասնելը: Շրջանառող արյան ծավալի ագռեսիվ վերականգնումից, արյան պատրաստուկների և կրիստալոիդների միջոցով, պետք է խուսափել քանի որ այն կարող է բերել պորտալ երակում ճնշման ավելի բարձացման և կրկնակի արյունահոսության և մահացության ռիսկի բարձացման [33-35]: Նշանակալի կոագուլոպաթիա կամ թրոմբոցիտոպենիա ունեցող պացիենտներին պետք է փոխներարկել թարմ սառեցված պլազմա կամ /և թրոմբոցիտների զանգված: Ի հավելում, ցիտոզոլ պացիենտներին պետք է պրոֆիլակտիկ տրվեն հակաբիոտիկներ (per os կամ ներերակային ֆտորքվինոլոններ կամ ներերակային ցեֆտրիաքսոն) վերին գաստրոինտեստինալ արյունահոսությունների ժամանակ 7 օր շարունակ, նվազեցնելով բակտերիալ ինֆեկցիաների ռիսկը և բարձրացնելով ապրելիությունը [36, 37]: Վարիկոզ արյունահոսության կասկածի դեպքում պետք է անմիջապես սկսել վազոպրեսիվ պրեպարատներով բուժումը (օկտրետոիդ, սոմատոստատին, տեղիպրեսին կամ վազոպրեսին): ԱՄՆ-ում ամենահաճախ կիրառվող պրեպարատն օկտրետոիդն է, որի խորհուրդ տրվող դոզան է 50 մգ ն/ե, որին հաջորդում է 50 մգ/ժ շարունակական ինֆուզիան: Եթե էնդոսկոպիկ հետազոտության ժամանակ հաստատվել է վարիկոզ արյունահոսությունը, ապա դեղորայքային բուժումը պետք է շարունակել էնդոսկոպիայից հետո 3-5 օր շարունակ [10, 11, 38]: Էնդոսկոպիան պետք է անհապաղ անցկացվի այն պացիենտների մոտ ում մոտ կա վարիկոզ արյունահոսության կասկած (ընդունումից հետո 12 ժամվա ընթացքում) և պետք է լուրջ ենթադրել հիվանդի ինտուբացիան էնդոսկոպիայից առաջ, արյունով ասպիրացիայի բարձր ռիսկի պատճառով:

3.3.2 ՎԼԵ Էնդոսկոպիկ լիզացիան.

ՎԼԵ Էնդոսկոպիկ լիզացիան ընտրության միջոց է և վարկոզ արյունահոսության դադարեցման և երկրորդային պրոֆիլակտիկայի համար: 6 ռանդոմիզացված ընթացիկ

փորձարկումների տվյալները, որոնք ուղղակիորեն համեմատում են EVL-ն և էնդոսկոպիկ սկլեռոթերապիայի (EST) հետ, հաղորդում են, որ EVL-ը ավելի արդյունավետ է ՎԼԵի էռոզիկացիայի ժամանակ, ավելի արագ է և մինչև ժամանակ ավելի քիչ են կրկնակի արյունահոսությունները և բարդությունները [39-43]: Փորձարկումներից երկուսը ցույց են տվել ապրելիության բարձրացում EVL-ով բուժված պացիենտների մոտ [43, 44]: Մետանալիզը նույնպես հաստատեց EVL-ի առաջնահերթությունը բոլոր հիմնական արդյունքներում ի համեմատ EST-ի (կրկնակի արյունահոսություն, տեղային բարդություններ, որոնք ընդգրկում են խոցերի և նեղացումների առաջացումները, վարիոզի փակման ժամանակը և ապրելիությունը) [30]: EVL բուժման հետ միաժամանակ պետք է ենթադրվի նաև β բլոկեռների կիրառումը, քանի որ հաղորվել է կրկնակի արյունահոսությունների տոկոսի նվազում 38-ից մինչև 14 [45]: Կերակրափողային վարկոզի արյունահոսության սուր էպիզոդի բուժումից հետո, էնդոսկոպիաները պետք է կրկնվեն մինչև էռոզիկացիայի հասնելը, ինչը որպես կանոն պահանջում է 2-4 սեանս [46]: Օպտիմալ ինտեռվալ EVL-ով երկրորդային կանխարգելման համար չի որոշվել և EVL գնահատման հետազոտություններում տրված է 2-8 շաբաթյա միջակայքը: Համաձայնեցված ուղեցույցերում խորհուրդ է տրվում կրկնել էնդոսկոպիան EVL-ով ամեն 1-2 շաբաթ մինչև որ կոդիտի վարիկոզի լրիվ օբլիտերացիա [10]: Ինչևէ, EVL-ը որպես պրոֆիլակտիկայի երկրորդային միջոց գնահատող հետազոտությունները օգտագործել են 10-12 օրյա և 3-4 շաբաթյա ինտեռվալները [29, 45, 47]: Հետահայաց, դեպք-կառավարվող հետազոտությունը համեմատել է EVL-ով երկրորդային պրոֆիլակտիկա անցնող կրկնակի արյունահոսությամբ պացիենտներին չարյունահոսողների հետ [48]: Ընդհանուր միջին ինտեռվալը EVL-ի սեսիանների մեջ 3 շաբաթ էր, նշանակալիերեն կարճ միջին ինտեռվալով կրկնակի արյունահոսողների խմբում մետ (2 շաբաթ) քան չարյունահոսողների (5 շաբաթ): Ըստ տարիքի, սեռի և Չայլդ-Պյուի կլասիֆիկացիայի դասակարգումից հետո, վերակապման 3 շաբաթյա կամ ավելի երկար ինտեռվալը ասոցացված էր ավելի բարձր չարյունահոսելու հավանականության հետ: Ապագա փորձարկումներ են անհրաժեշտ այս հարցը պարզաբանելու համար: Տվյալների բացակայության պայմաններում, խելամիտ է ենթադրել EVL-ով երկրորդային պրոֆիլակտիկա 1-8 շաբաթյա ինտեռվալը: EVL-ով բուժված պացիենտների մոտ կարող

է կրկնվել կերակրափողային վարիկոզը [39], այսպիսով էնդոսկոպիկ հետազոտություն պետք է անցկացնել ամեն 3-6 ամիսը մեկ և կրկնված ՎԼԵՆ պետք է բուժվեն EVL-ով: Հետլիզացիոն, EVL-ով դրդված խոցային արյունահոսությունը, բարձր է(14%) սուր արյունահոսության էպիզոդով պացիենտների մոտ, որոնք անցել են EVL-ով բուժում [39, 49-51]: Մեկ պլացերո վերահսկվող ՊԲՎՓ 44 ցիռոզով պացիենտների ընդգրկմամբ, որոնք անցնում էին EVL-ով երկրորդային պրոֆիլակտիկա, ցույց է տվել, որ պանտոպոնազոլը (40mg IV post-EVL, հետո 40 mg per os 9 օր շարունակ) նվազեցնում է հետկապային խոցի չափսը, բայց ոչ քանակը [52]: Հաղորդված 4 լուրջ բարդություններից 3-ը հետկապային խոցային արյունահոսություններն էին և բոլորը առաջացել էին կառավարվող խմբում, չնայած այս տվյալը ստատիստիկ նշանակության չհասավ: Երկրորդ ռանդոմիզացված կառավարվող փորձարկումը համեմատել է 5 օրյա IV PPI (պանտեպոնազոլ 40 mg կամ օմեպոնազոլ 40mg) և IV վազոկոնստրիկտորնորի (սոմատոստատին 250mg կամ տեռլիպոեսին 1mg/6h) հետ EVL-ային շրջանում 118 սուր վարիկոզ արյունահոսությամբ ցիռոզով պացիենտների մոտ [53]: Կերակրափողային խոցերը նկատվել են վազոկոնստրիկտորներ օգտագործող խմբի 86%-ի և PPI օգտագործող խմբի 64%-ի մոտ: Մեծ խոցերը (>1.5սմ) ավելի հաճախ նկատվել են վազոկոնստրիկտորների խմբում (29% vs 5%), 1 հիվանդով խոցային արյունահոսությամբ վազոկոնստրիկտորների խմբում և ոչ մի PPI խմբում: Չնայած պոստէկտիվ, ռանդոմիզացված, կառավարվող փորձարկման տվյալների բացակայության արյունահոսության ռիսկի նվազման վերաբերյալ, PPI բուժումը կարելի է ենթադրել հետկապային հավելյալ բուժում:

3.3.3 Էնդոսկոպիկ սկլեռոթերապիա

Էնդոսկոպիկ սկլեռոթերապիան հաջողությամբ կառավարում է կերակրափողային վարիկոզ արյունահոսությունը 90%-ից ավել պացիենտների մոտ և հաստատվել է որպես դրական միջոց կրկնակի վարիկոզ արյունահոսությունների հաճախության և սրության նվազման մեջ [54, 55]: EST-ին կարելի է օգտագործել այն պացիենտների մոտ ում մոտ EVL-ն նեխնիկապես դժվար է իրականացնել [11]: Ստամոքսային ՎԼԵՆ, որոնք հանդիսանքում են կերակրափողային ՎԼԵՆի շարունակություն կարող ենբուժման

ենթարկվել EST-ի միջոցով կերակրափոփոխումը ստամոքսային միացումից ներքև, մինչդեռ առանձին ստամոքսային ՎԼԵՆ տվյալ արդյունավետ են ենթարկվում EST-իով բուժմանը: Սկլեռոթերապիան հնարավոր է իրականացնել սկլեռոզացնող պրեպարատի ուղղակի ներանոթային ներարկումով կամ վարիկոզ լայնացած երակի հարանոթային ներարկումով: Որոշ սկլեռոզացնող պրեպարատներ (Na տետրադեցիլ սուլֆատ, Na մոռհուատ, էթանոլամին օլեատ, պոլիդոկանոլ և էթանոլ) օգտագործվել են տարբեր կոնցենտրացիաներով, ծառայելով և բուժման ինտենսիվներով; Ավելի հաճախակի բուժումները նպաստում են վարիկոզի ավելի արագ օբլիտերացիային, սակայն կապված են լորձաթաղանթի խոցային վնասման ավելի մեծ հաճախականության հետ [56, 58]: EST-ի բարդությունների մեջ են մտնում ջերմություն, հետկրծոսկրային ցավ/դիսկոմֆորտ, դիսֆագիա, ներարկումից դրդված արյունահոսություն, կերակրափոփոխային տեղացումներ, մեդիաստինիտ, պլևոալ արտաքիրտ, բրոնխոկերակրափոփոխային խուլակներ, սուր ռեպիռատոր դիստրես համախտանիշ և ինֆեկցիաներ [59, 60]: EST-ով դրդված նեղացումները սովորաբար արձագանքում են դիլատացիային [59-62]:

3.3.4 Բուժման ձախողումների վարումը

Այն պացիենտների ում մոտ նախնական էնդոսկոպիկ բուժումը սու կերակրափոփոխային վարիկոզ արյունահոսության ժամանակ ձախողվել է, պետք է իրականացնել բալոնային տամպոնադա արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման նպատակով մինչև վերջնական բուժման իրականացումը: Բալոնային տամպոնադան չպետք է պահել 24 ժամից ավել: Բալոնային տամպոնադայից հետո պետք է կրկնել էնդոսկոպիան կամ պետք է իրականացնել միջլծերակային ներյարդային պորտալիամակարգային շունտավորում (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt-TIPS): Անհաջող էնդոսկոպիկ բուժման կամ չնայած կոմբինացված դեղորայքային բուժմանը կրկնվող արյունահոսությունների դեպքում պետք է իրականացնել TIPS [63, 64]: Դեպքերի հաշվետվությունները հաղորդում են կերակրափոփոխային վարիկոզ արյունահոսությունների ժամանակ ինքնուրույն ընդլայնվող մետաղական ստենտերի արդյունավետ կիրառման

վերաբերյալ, ինչևէ ոչ մի ՊԲՎՓ չի համեմատել այս միջոցը բալունային տամպոնադայի հետ [65, 66]: Համաձայն 2015թ՝ հրապարակած Baveno VI կոնսենսուսային հյատարարագրի մետաղական ստենտի օգտագործումը կարող է առավել ապահով լինել քան բալունային տամպոնադան, որը ի դեպ հնարավոր է կատարել Հայաստանում ներկայումս ի տարբերություն TIPS ի [67]:

4. Ստամոքսի ՎԼԵ

Ստամոքսի ՎԼԵ ամենատարածված շարունակությունն է կերակրափողային վարիկոզ լայնացած երակների և տարածվում է կերակրափողստամոքսային միացումից 2-5 սմ ներքև ստամոքսի փոքր կորության երկայնքով: Իզոլացված ստամոքսային ՎԼԵ-րը ամենահաճախը տեղակայվում են ստամոքսի հատակում (առաջին տիպի ստամոքսայի վարիկոզ) և հանդիպում է ցիռոզով և պորտալ հիպերտենզիայով պացիենտների մոտ, ինչպես նաև փայծախային կամ պորտալ երակների թրոմբոզով պացիենտների մոտ: Ստամոքսի ՎԼԵ-ից արյունահոսությունները բավականին հաճախ են և կարող են հանդես գալ մեծ քանակությամբ արյունային փսխումներով:

Տվյալները ստամոքսի ՎԼԵ ժամանակ էնդոսկոպիկ բուժման մասին ավելի սահմանափակ են քան էզիֆագալ ՎԼԵ-րի: Բուժման տարբերակները, որոնք հետազոտվել են փորձարկումների ընթացքում, ներառում են ցիանոակոբիլատի վրա հիմնված հյուսվածքակաչուն նյութերի ներարկումը, ֆիբրինային սոսինձ, ալկոհոլ, սկլեռոզացնող պրեպարատներ և լիգացիոն հանգույցի կիրառումը [68-73]: Այս հեռանկարային հետազոտության տվյալները հաջողության տարբեր ցուցանիշներ են ունեցել և չվերահսկվող են եղել, որը դժվարացնում էր վերջնական եզրակացության գալը նրանց էֆեկտիվության վերաբերյալ կամ մեկը մյուսի նկատմամբ գերազանցության: Ստամոքսի վարիկոզի օբտուռացիան ցիանոակոբիլատի պրեպարատներով կամ ֆիբրինային սոսինձով թվում են ամենաէֆեկտիվ էնդոսկոպիկ միջամտությունները առաջնային հեմոստազի և կրկնակի արյունահոսության դադարեցման տպատակով ի համեմատ EVL-ի կամ EST-ի [70, 71]: Մեկ ՊԲՎՓ, որը համեմատում էր N-բուֆիլ-2 ցիանոակոբիլատի ներարկումը EVL-ի հետ ստամոքսի վարիկոզի սուր արյունահոսությամբ

պացիենտների մոտ ցույց է տվել արյունահոսության կարգավորման և կրկնակի արյունահոսության նվազման նույն ցուցանիշները ինչ որ ցիանոակոնիլատ օգտագործող պացիենտների մոտ [74]: Սահմանափակ տվյալները ստամոքսի վարիկոզ կլայնացած երակների օբտուրացիայի (GVO) TIPS-ի հետ համեմատող ցույց են տվել մահացության տարբերության բացակայություն [75, 76], ինչն է մեկ հետազոտություն ցույց է տվել, որ ստամոքսի վարիկոզի կրկնակի արյունահոսության ցուցանիշը ավելի բարձր է GVO անցած պացիենտների մոտ ի համեմատ TIPS-ի (38% vs 11%) [75]: Մեկ ուրիշ կոհորտային հետահայց ցույց է տվել արյունահոսության կրկնման միանման ցուցանիշներ, նշանակալիորեն քիչ GVO անցած պացիենտների երկարաժամկետ մահացությամբ ի համեմատ TIPS-ի (1,6% vs 41%) ինչը առաջնահերթ կապված է TIPS-ից հետո զարգացող էնցեֆալոպաթիայի հետ: Հիմնվելով այս տվյալների վրա ընթացիկ առաջարկողը լինում է սուր ստամոքսային վարիկոզ արյունահոսությունների ժամանակ իրականացնել էնդոսկոպիկ GVO կենտրոններում, որոնք ունեն փորձ այս պրոցեդուրայի հետ: Հկառակ դեպքում կարելի է փորձել EVL: Եթե ստամոքսի վարիկոզ արյունահոսությունը հնարավոր չէ վերահսկել էնդոսկոպիկ և դեղորայքային բուժմամբ, ապա պետք է իրականացնել TIPS կամ բալոն-փակված ռետռոգոադ տոնանսվենոզ օբլիտերացիա: Բալոն-փակված ռետռոգոադ տոնանսվենոզ օբլիտերացիան միջամտություն է, որը կատարվում է ինտենսիվացիոն ռադիոլոգների կողմից, որի ժամանակ կաթետր ֆեմորալ երակով, ստորին սիներակով ապա դեպի ձախ երիկամային երակով ստամոքսի վարիկոզ է մուտք գործում արտահոսող ուղիով, ապա վարիկոզը փակվում թ բալոն-ծայրատ կաթետերով, որին հաջորդում է օղերի և սկլեռոզացնող պրեպարատների առաքումը վարիկոզի մեջ ինչը բերում է նրա փակմանը և օբլիտերացիային [77]: Ցիանոակոնիլատի վրա հիմնված պրեպարատները հասանելի են ԱՄՆ-ում սակայն հաստատված չեն ԱՄՆ-ի սննդի և դեղորայքի վերահսկման կենտրոնի կողմից, որպես ստամոքսի վարիկոզի բուժման միջոց: Ցիանոակոնիլատի պրեպարատների ներարկումը ասոցացված է թրոմբոէմբոլիկ բարդությունների և բակտերեմիայի հետ և պետք է կատարվի պրոֆիլակտիկ անտիբիոտիկոթերապիա [78]:

Ներդրման հնարավորություններ և աուդիտի ցուցանիշներ

Հայաստանի բժշկական ծառայություններ մատուցող հաստատություններում սույն ուղեցույցի ներդրումը պետք է կրի համակարգված և ամփոփ բնույթ: Ցանկացած օղակի թերագնահատումը կամ ծածկույթից դուրս մնալը՝ լինի դա էնդոսկոպիկ ախտորոշման ծառայություն, վիրաբուժական բաժանմունք, ընդունարան թե ԻԹԲ, վտանգում է ամբողջ գործընթացը և բուժման վերջնական ելքերը: Բոլոր ներգրավված օղակների համար հարկավոր է մշակել համապատասխան գործելակարգեր, որոնք կլինեն համահունչ ինչպես արդի ուղեցույցային խորհուրդներին, այնպես էլ տեղային կադրային և տեխնիկական հնարավորություններին: Վարիկոզ լայնացած երակներից արյունահոսությունով պացիենտների պատշաճ բուժման համար անհրաժեշտ գրեթե բոլոր դեղորայքը և/կամ սարքավորումները հասանելի են ՀՀ բուժհաստատություններում: Մինևույն ժամանակ, աշխատանքային խմբի անդամների կարծիքով, այս ուղեցույցի ներդրման հնարավոր խոչընդոտներից են.






- **Առաջնային և հիվանդանոցային օղակների մասնագետների (ընդհանուր պարկտիկայի բժիշկների, գաստրոէնտերոլոգների և վիրաբույժների) թերի համագործակցությունը**
- **Որոշ դեղորայքի և ծախսվող նյութերի բացակայությունը կամ բարձր արժեքները**
Առաջարկվող աուդիտի ցուցանիշներն են՝
- **ՎԼԵ դրվագների տարեկան քանակը յուրաքանչյուր ցիռոզով պացիենտի մոտ**
- **Պացիենտների քանակը ում շրջանում անցկացվել է պատշաճ հետմիջամտական էնդոսկոպիկ մշտադիտարկում**


Գրականության ցանկ

1. North Italian Endoscopic Club for the Study and Treatment of Esophageal Varices. Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. A prospective multicenter study. *N Engl J Med* 1988;319:983-9.
2. Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L, et al. Improved survival after variceal bleeding in patients with cirrhosis over the past two decades. *Hepatology* 2004;40:652-9.
3. Christensen E, Fauerholdt L, Schlichting P, et al. Aspects of the natural history of gastrointestinal bleeding in cirrhosis and the effect of prednisone. *Gastroenterology* 1981;81:944-52.
4. D'Amico G, De FR. Upper digestive bleeding in cirrhosis. Post-therapeutic outcome and prognostic indicators. *Hepatology* 2003;38:599-612.
5. El-Serag HB, Everhart JE. Improved survival after variceal hemorrhage over an 11-year period in the Department of Veterans Affairs. *Am J Gastroenterol* 2000;95:3566-33.
6. Qureshi W, Adler DG, Davila R, et al. ASGE Guideline: the role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage, updated July 2005. *Gastrointest Endosc* 2005;62:651-5.
7. Hwang, Joo Ha et al. The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage *Gastrointestinal Endoscopy* , Volume 80 , Issue 2 , 221 - 22
8. D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. Pharmacological treatment of portal hypertension: an evidence-based approach. *Semin Liver Dis* 1999;19:475-505.
9. Riggio O, Angeloni S, Nicolini G, et al. Endoscopic screening for esophageal



- varices in cirrhotic patients. *Hepatology* 2002;35:501-2.
10. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, et al. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. *Hepatology* 2007;46:922-38.
 11. de Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2010;53:762-8.
 12. Merli M, Nicolini G, Angeloni S, et al. Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients. *J Hepatol* 2003;38: 266-72.
 13. de Franchis R. Updating consensus in portal hypertension: report of the Baveno III Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension. *J Hepatol* 2000;33:846-52.
 14. Bernard B, Lebrec D, Mathurin P, et al. Beta-adrenergic antagonists in the prevention of gastrointestinal rebleeding in patients with cirrhosis: a meta-analysis. *Hepatology* 1997;25:63-70.
 15. Merkel C, Marin R, Angeli P, et al. A placebo-controlled clinical trial of nadolol in the prophylaxis of growth of small esophageal varices in cirrhosis. *Gastroenterology* 2004;127:476-84.
 16. Pascal JP, Cales P. Propranolol in the prevention of first upper gastro-intestinal tract hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. *N Engl J Med* 1987;317:856-61.
 17. Sanyal AJ. Hepatic venous pressure gradient: to measure or not to measure, that is the question. *Hepatology* 2000;32:1175-6.
 18. 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.




19. Lay CS, Tsai YT, Lee FY, et al. Endoscopic variceal ligation versus pro- pranolol in prophylaxis of first variceal bleeding in patients with cirrhosis. J Gastroenterol Hepatol 2006;21:413-9. 
20. Lo GH, Chen WC, Chen MH, et al. Endoscopic ligation vs. nadolol in the prevention of first variceal bleeding in patients with cirrhosis. Gastrointest Endosc 2004;59:333-8. 
21. Schepke M, Kleber G, Nurnberg D, et al. Ligation versus propranolol for the primary prophylaxis of variceal bleeding in cirrhosis. Hepatology 2004;40:65-72. 
22. Jutabha R, Jensen DM, Martin P, et al. Randomized study comparing band- ing and propranolol to prevent initial variceal hemorrhage in cirrhotics with high-risk esophageal varices. Gastroenterology 2005;128:870-81. 
23. Boyer TD. Primary prophylaxis for variceal bleeding: are we there yet? Gastroenterology 2005;128:1120-2. 
24. Khuroo MS, Khuroo NS, Farahat KL, et al. Meta-analysis: endoscopic variceal ligation for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding. Aliment Pharmacol Ther 2005;21:347-61.
25. Gluud LL, Krag A. Banding ligation versus beta-blockers for primary prevention in oesophageal varices in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD004544.
26. Sarin SK, Wadhawan M, Agarwal SR, et al. Endoscopic variceal ligation plus propranolol versus endoscopic variceal ligation alone in primary prophylaxis of variceal bleeding. Am J Gastroenterol 2005;100:797-804.

27. Villanueva C, Minana J, Ortiz J, et al. Endoscopic ligation compared with combined treatment with nadolol and isosorbide mononitrate to prevent recurrent variceal bleeding. *N Engl J Med* 2001;345:647-55.
28. Wang HM, Lo GH, Chen WC, et al. Comparison of endoscopic variceal ligation and nadolol plus isosorbide-5-mononitrate in the prevention of first variceal bleeding in cirrhotic patients. *J Chin Med Assoc* 2006;69:453-60.
29. Yoshida H, Mamada Y, Tanai N, et al. A randomized control trial of bi-monthly versus bi-weekly endoscopic variceal ligation of esophageal varices. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2005-9.
30. Laine L, Cook D. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding. A meta-analysis. *Ann Intern Med* 1995;123:280-7.
31. Petrasch F, Grothaus J, Mossner J, et al. Differences in bleeding behavior after endoscopic band ligation: a retrospective analysis. *BMC Gastroenterol* 2010;10:5.
32. Tripathi D, Ferguson JW, Kochar N, et al. Randomized controlled trial of carvedilol versus variceal band ligation for the prevention of the first variceal bleed. *Hepatology* 2009;50:825-33.
33. Castaneda B, Morales J, Lionetti R, et al. Effects of blood volume restitution following a portal hypertensive-related bleeding in anesthetized cirrhotic rats. *Hepatology* 2001;33:821-5.
34. Kravetz D, Sikuler E, Groszmann RJ. Splanchnic and systemic hemodynamics in portal hypertensive rats during hemorrhage and blood volume restitution. *Gastroenterology* 1986;90:1232-40. 
35. Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2013;368:11-21.
36. Bernard B, Grange JD, Khac EN, et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of

- bacterial infections in cirrhotic patients with gastroin-^L_{SEP}testinal bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 1999;29:1655-61.
37. Soares-Weiser K, Brezis M, Tur-Kaspa R, et al. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database* ^L_{SEP}Syst Rev 2002;CD002907.
38. Banares R, Albillos A, Rincon D, et al. Endoscopic treatment versus ^L_{SEP}endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal ^L_{SEP}bleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 2002;35:609-15.
39. Baroncini D, Milandri GL, Borioni D, et al. A prospective randomized trial of sclerotherapy versus ligation in the elective treatment of ^L_{SEP}bleeding esophageal varices. *Endoscopy* 1997;29:235-40.
40. Gimson AE, Ramage JK, Panos MZ, et al. Randomised trial of variceal banding ligation versus injection sclerotherapy for bleeding oesopha-^L_{SEP}geal varices. *Lancet* 1993;342:391-4.
41. Hou MC, Lin HC, Kuo BI, et al. Comparison of endoscopic variceal in-^L_{SEP}jection sclerotherapy and ligation for the treatment of esophageal variceal hemorrhage: a prospective randomized trial. *Hepatology* 1995;21:1517-22.^L_{SEP}
42. Laine L, el-Newihi HM, Migikovsky B, et al. Endoscopic ligation compared with sclerotherapy for the treatment of bleeding esopha-geal varices. *Ann Intern Med* 1993;119:1-7.
43. Lo GH, Lai KH, Cheng JS, et al. A prospective, randomized trial of sclerotherapy versus ligation in the management of bleeding esopha-geal varices. *Hepatology* 1995;22:466-71.

44. Stiegmann GV, Goff JS, Michaletz-Onody PA, et al. Endoscopic sclera-therapy as compared with endoscopic ligation for bleeding esopha-geal varices. *N Engl J Med* 1992;326:1527-32.
45. de la Pena J, Brullet E, Sanchez-Hernandez E, et al. Variceal ligation plus nadolol compared with ligation for prophylaxis of variceal rebleeding: a multicenter trial. *Hepatology* 2005;41:572-8.
46. Saeed ZA, Stiegmann GV, Ramirez FC, et al. Endoscopic variceal ligation is superior to combined ligation and sclerotherapy for esopha-geal varices: a multicenter prospective randomized trial. *Hepatology* 1997;25:71-4.
47. Kumar A, Jha SK, Sharma P, et al. Addition of propranolol and isosorbide mononitrate to endoscopic variceal ligation does not reduce variceal rebleeding incidence. *Gastroenterology* 2009;137:892-901, 901.
48. Harewood GC, Baron TH, Song LM. Factors predicting success of endoscopic variceal ligation for secondary prophylaxis of esophageal variceal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:237-41.
49. Avgerinos A, Armonis A, Manolakopoulos S, et al. Endoscopic sclerotherapy versus variceal ligation in the long-term management of patients with cirrhosis after variceal bleeding. A prospective randomized study. *J Hepatol* 1997;26:1034-41.
50. de la Pena J, Rivero M, Sanchez E, et al. Variceal ligation compared with endoscopic sclerotherapy for variceal hemorrhage: prospective randomized trial. *Gastrointest Endosc* 1999;49:417-23. 
51. Hou MC, Lin HC, Kuo BI, et al. The rebleeding course and long-term outcome of esophageal variceal hemorrhage after ligation: comparison with sclerotherapy. *Scand J Gastroenterol* 1999;34:1071-6. 
52. Shaheen NJ, Stuart E, Schmitz SM, et al. Pantoprazole reduces the size of

postbanding ulcers after variceal band ligation: a randomized, controlled trial. *Hepatology* 2005;41:588-94.

53. Lo GH, Perng DS, Chang CY, et al. Controlled trial of ligation plus vasoconstrictor versus proton pump inhibitor in the control of acute esophageal variceal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol* 2013;28:684-9.
54. Karsan HA, Morton SC, Shekelle PG, et al. Combination endoscopic band ligation and sclerotherapy compared with endoscopic band ligation alone for the secondary prophylaxis of esophageal variceal hemorrhage: a meta-analysis. *Dig Dis Sci* 2005;50:399-406. 
55. Paquet KJ, Feussner H. Endoscopic sclerosis and esophageal balloon tamponade in acute hemorrhage from esophagogastric varices: a prospective controlled randomized trial. *Hepatology* 1985;5:580-3.
56. Higashi H, Kitano S, Hashizume M, et al. A prospective randomized trial of schedules for sclerosing esophageal varices. 1-versus 2-week intervals. *Hepatogastroenterology* 1989;36:337-40.
57. Sarin SK, Sachdev G, Nanda R, et al. Comparison of the two time schedules for endoscopic sclerotherapy: a prospective randomised controlled study. *Gut* 1986;27:710-3. 
58. Westaby D, Melia WM, Macdougall BR, et al. Injection sclerotherapy for oesophageal varices: a prospective randomised trial of different treatment schedules. *Gut* 1984;25:129-32. 
59. Edling JE, Bacon BR. Pleuropulmonary complications of endoscopic variceal sclerotherapy. *Chest* 1991;99:1252-7.
60. Truesdale RA Jr, Wong RK. Complications of esophageal variceal sclerotherapy.

Gastroenterol Clin North Am 1991;20:859-70.

61. Kochhar R, Goenka MK, Mehta SK. Esophageal strictures following endoscopic variceal sclerotherapy. Antecedents, clinical profile, and management. *Dig Dis Sci* 1992;37:347-52.
62. Nozoe T, Matsumata T, Sugimachi K. Dysphagia after prophylactic endoscopic injection sclerotherapy for oesophageal varices: not fatal but a distressing complication. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15: 320-3.
63. McCormick PA, Dick R, Panagou EB, et al. Emergency transjugular intrahepatic portosystemic stent shunting as salvage treatment for uncontrolled variceal bleeding. *Br J Surg* 1994;81:1324-7.
64. Sanyal AJ, Freedman AM, Luketic VA, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunts for patients with active variceal hemorrhage unresponsive to sclerotherapy. *Gastroenterology* 1996;111: 138-46.
65. Dechene A, El Fouly AH, Bechmann LP, et al. Acute management of refractory variceal bleeding in liver cirrhosis by self-expanding metal stents. *Digestion* 2012;85:185-91.
66. Hubmann R, Bodlaj G, Czompo M, et al. The use of self-expanding metal stents to treat acute esophageal variceal bleeding. *Endoscopy* 2006;38:896-901.
67. Roberto de Franchis on behalf of the Baveno VI Faculty†Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension *Journal of Hepatology*, September 2015 Volume 63, Issue 3, Pages 743–752
68. Evrard S, Dumonceau JM, Delhaye M, et al. Endoscopic histoacryl obliteration vs. propranolol in the prevention of esophagogastric variceal rebleeding: a randomized trial. *Endoscopy* 2003;35:729-35.

69. Lo GH, Lai KH, Cheng JS, et al. Prevalence of paraesophageal varices and gastric varices in patients achieving variceal obliteration by banding ligation and by injection sclerotherapy. *Gastrointest Endosc* 1999;49:428-36.
70. Lo GH, Lai KH, Cheng JS, et al. A prospective, randomized trial of butyl cyanoacrylate injection versus band ligation in the management of bleeding gastric varices. *Hepatology* 2001;33:1060-4.
71. Sarin SK, Jain AK, Jain M, et al. A randomized controlled trial of cyanoacrylate versus alcohol injection in patients with isolated fundic varices. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1010-5.
72. Thakeb F, Salama Z, Salama H, et al. The value of combined use of N-butyl-2-cyanoacrylate and ethanolamine oleate in the management of bleeding esophagogastric varices. *Endoscopy* 1995;27:358-64.
73. Rengstorff DS, Binmoeller KF. A pilot study of 2-octyl cyanoacrylate injection for treatment of gastric fundal varices in humans. *Gastrointest Endosc* 2004;59:553-8.
74. Tan PC, Hou MC, Lin HC, et al. A randomized trial of endoscopic treatment of acute gastric variceal hemorrhage: N-butyl-2-cyanoacrylate injection versus band ligation. *Hepatology* 2006;43:690-7.
75. Lo GH, Liang HL, Chen WC, et al. A prospective, randomized controlled trial of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus cyanoacrylate injection in the prevention of gastric variceal rebleeding. *Endoscopy* 2007;39:679-85.
76. Procaccini NJ, Al-Osaimi AM, Northup P, et al. Endoscopic cyanoacrylate versus transjugular intrahepatic portosystemic shunt for gastric variceal bleeding: a single-center U.S. analysis. *Gastrointest Endosc* 2009;70:881-7.
77. Caldwell S. Gastric varices: is there a role for endoscopic cyanoacrylates, or are we entering the BRTO era? *Am J Gastroenterol* 2012; 107:1784-90.

78. Chen WC, Hou MC, Lin HC, et al. Bacteremia after endoscopic injection of N-butyl-2-cyanoacrylate for gastric variceal bleeding. Gastro-intest Endosc 2001;54:214-8.

Հավելված 1.

Ֆուցումների ուսումնասիրման, ստեղծման և գնահատման դասակարգման համակարգ (GRADE)

Ապացույցների որակ	Նկարագիր	Նշան
Բարձր	Հետագա ուսումնասիրությունները քիչ հավանական է, որ կփոխեն մեր համոզվածությունը արդյունքների վերաբերյալ	⊕⊕⊕⊕
Միջին	Հետագա ուսումնասիրությունները հավանական է, որ էականորեն կփոխեն մեր համոզվածությունը արդյունքների վերաբերյալ	⊕⊕⊕○
Ցածր	Հետագա ուսումնասիրությունները մեծ հավանականությամբ էականորեն կփոխեն մեր համոզվածությունը արդյունքների վերաբերյալ	⊕⊕○○
Շատ ցածր	Վերջնական արդյունքի ցանկացած կանխատեսում անհնար է	⊕○○○

Հավելված 2.

Ուղեցույցի առանցքային խորհուրդների ամփոփում

Կերակրափողի ՎԼԵ

- Մենք խորհուրդ ենք տալիս բոլոր լյարդի ցիռոզ ախտորոշումով պացիենտներին անցնել սկրինինգային էնդոսկոպիա ստամոքսային և կերակրափողային ՎԼԵ գնահատման համար ⊕⊕⊕⊕
- Կոմպենսացված ցիռոզով պացիենտներին որոնց շրջանում սկրինինգը չի հայտնաբերել ՎԼԵ խորհուրդ է տրվում անցնել կրկնակի սկրինինգ 2-3 տարի անց, մինչդեռ փոքր ՎԼԵի դեպքում 1-2 տարի անց ⊕⊕⊕⊕
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս տարին մեկ անգամ անցնել վերին էնդոսկոպիկ զննում այն պացիենտներին, որոնց շրջանում ցիռոզը առաջացել է ալկոհոլամոլության կամ դեկոմպենսացված լյարդային հիվանդությունների հոտևանքով և որոնց մոտ սկրինինգային ԷԳԴ-ով ՎԼԵ չեն հայտնաբերվել ⊕⊕⊕⊕
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս տարին մեկ անգամ վերին էնդոսկոպիա այն պացիենտներին որոնց մոտ սկրինինգային ԷԳԴ-ով հայտնաբերվել են փոքր ՎԼԵ, որոնք ուղեկցվում են բարձր ռիսկի ստիգմատաներով ⊕⊕⊕⊕

EVL-ով առաջնային կանխարգելում

- Մենք խորհուրդ ենք տալիս EVL մեծ կերակրափողային ՎԼԵ-ի դեպքում երբ պացիենտը ունի անտոլեռանտություն կամ հակացուցումներ ոչ սելեկտիվ բետա-պաշարիչների նկատմամբ ⊕⊕⊕○
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս ոչ սելեկտիվ b-բլոկեռներ կամ EVL այն պացիենտներին որոնք ունեն մեծ կերակրափողային ՎԼԵ և բարձր ռիսկի ստիգմատաներ կամ ըստ Չայլդ-Պյուի B կամ C դասի ցիռոզ ⊕⊕⊕○
- Մենք առաջարկում ենք կատարել EVL 1-8 շաբաթյա միջակայքերով մինչև ՎԼԵ լրիվ էռադիակցիային հասնելը ⊕⊕○○
- Մենք առաջարկում ենք կատարել վերահսկողական EGD կերակրափողային ՎԼԵ էռադիակցիայից 1-3 ամիս անց և ամեն 6-12 ամիսը մեկ հայտնաբերելու ռեցիդիվը: Եթե վերահսկողական զննման ժամանակ հայտնաբերվում է ռեցիդիվ ՎԼԵ, պետք է կատարել էռադիակցիայի հավելյալ փորձեր ⊕⊕○○

Էնդոսկոպիկ բուժման խորհուրդներ սուր կերակրափողային վարիկոզ արյունահոսությունների բուժման համար

- Մենք խորհուրդ ենք տալիս 7 օրյա անտիբիոտիկոթերապիա ցիռոզով պացիենտներին որոնց 1մոտ առկա է վարիկոզ արյունահոսություն ⊕⊕⊕⊕
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս սկսել ֆարմակոթերապիան օկտոեոտիդով վարիկոզ - արյունահոսության կասկածի դեպքում և օկտոեոտիդի օգտագործումը էնդոսկոպիայից հետո 3-5 օր շարունակ հաստատված է ⊕⊕⊕⊕
- Մենք առաջարկում ենք կատարել անհապաղ էնդոսկոպիա (ընդունումից հետո 12 ժամվա ընթացքում) սուր վարիկոզ արյունահոսությամբ պացիենտներին ⊕⊕⊕○
- Մենք առաջարկում ենք կատարել ինտուբացիա պրոցեդուրայի ընթացքում ասպիրացիայից խուսափելու նպատակով, հատկապես էնցեֆալոպատիայով պացիենտների մոտ ⊕○○○
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս EVL սուր վարիկոզ արյունահոսությամբ պացիենտներին կամ վարիկոզի և վերջերս արյունահոսական ստիգմատաների առկայության դեպքում ⊕⊕⊕○

- Մենք խորհուրդ ենք տալիս պահել EST այն պացիենտների համար ում մոտ տեխնիկապես դժվար է EVL-ի իրականացումը ⊕⊕⊕○
- Մենք առաջարկում ենք արյունահոսության առաջնային էնդոսկոպիկ դադարեցման անարդյունավետության դեպքում կատարել բալոնային տամպոնադա արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման նպատակով մինչև վերջնական թերապիայի իրականացումը ⊕○○○
- Մենք խորհուրդ ենք կատարել TIPS այն պացիենտներին ում մոտ կոմբինացված էնդոսկոպիկ և ֆարմակոլոգիական թերապիան օգուտ չի տվել ⊕⊕⊕○
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս արյունահոսության սուր փուլի բուժումից հետո կրկնել EVL-ով էնդոսկոպիաները մինչև վարիկոզի էռադիկացիային հասնելը ⊕⊕⊕○
- Մենք առաջարկում ենք կրկնել EVL 1-8 շաբաթյա ինտենսիվներով երկրորդային պրոֆլակտիկայի նպատակով ⊕⊕○○
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս իրականացնել վերահսկողական էնդոսկոպիաները 3-6 ամիսը մեկ և ռեցիդիվ ՎԼԵՆ բուժել EVL-ով ⊕⊕⊕○

Խորհուրդներ ստամոքսի վարիկոզ արյունահոսությունների էնդոսկոպիկ բուժման

վերաբերյալ:

- Մենք առաջարկում ենք ցիանոակռիլատով GVO սուր ստամոքսային վարիկոզ արյունահոսություններ բուժման նպատակով, կոնտրոններում որտեղ ծանոթ են այս տեխնիկայի հետ: Հակառակ դեպքում կարելի է փորձել EVL ⊕⊕○○
- Մենք խորհուրդ ենք տալիս էնդոսկոպիկ և դեղորայքային բուժման անարդյունավետության դեպքում կիրառել այլ միջամտություններ ⊕⊕⊕○