

## ЕНДОСКОПІЧНА СКЛЕРОТЕРАПІЯ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧ З ВРВ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ ДЕКОМПЕНСОВАНИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

Русин В.І., Переста Ю.Ю., Філіп С.С., Русин А.В., Болдижар О.О., Стойка В.І.

Ужгородський державний університет

Розвиток ускладнень портальної гіпертензії частіше свідчить про перехід захворювання у стадію декомпенсації, для якої характерно поєднання варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу з епізодами кровотеч або без них, спленомегалія, портосистемна енцефалопатія, жовтяниця, асцит (Буланов К.М., 1997).

Враховуючи, що більше 70% пацієнтів гинуть безпосередньо від ускладнень у вигляді стравохідно-шлункових кровотеч, хірургами продовжуються пошуки оптимальних методів лікування, зупинки та профілактики кровотеч з ВРВ стравоходу (Калита Н.Я. і соавт. 1995).

У 50 хворих (37 чоловіків та 13 жінок) у віці від 17 до 62 років (в середньому 37,6 років) з ЦП в стадії декомпенсації на висоті кровотечі з ВРВ стравоходу нами використана методика ендоскопічної склеротерапії (ЕС) як основний метод хірургічної зупинки кровотечі.

Печінкова недостатність В ступеню спостерігалась у 35 хворих, С ступеню - у 15 пацієнтів відповідно класифікації Чайдла.

У всіх хворих виявлені ВРВ стравоходу III ст. за класифікацією Шернінгера А.Г. Кровотеча в анамнезі спостерігалась у 12 (24%), резистентний асцит у 6 (12%), стабільний асцит у 15 (30%), вторинний

гіперспленізм різного ступеню вираженості у 40 (82%). Клінічні ознаки портосистемної енцефалопатії визначити через важкість стану пацієнтів не вдалося.

Кровотеча I ст. спостерігалась у 18 (36%), II ст. - у 29 (58%), III ст. - у 3 (6%).

ЕС ВРВ стравоходу здійснювали при допомозі гнучкого ендоскопу Reutax EG - 2430, та ін'єктора (NM-1K), (FUJINON S2218CD).

При гострій кровотечі вводили: 5-15, максимального 25 мл 0,5% розчину полідоконалу, або 5-15 мл 3% розчину тромбовару, до зупинки кровотечі, паравазально, від кута шлунка 1 на 7-10 см вище стравохідно-шлункового переходу по 1 мл на ін'єкцію. Верхня частина тулубу хворого піднімається на 45° без передньої промедикації, тільки з анестезією гортані. Завдяки такому розташуванню хворого та постійного промивання та відсмоктування (в зв'язку з продовжуючою кровотечею) вдається утримувати стравохід пустим. Якщо не вдається визначити точну локалізацію джерела кровотечі, що частіше всього спостерігається то конують 20-30 паравазальних ін'єкцій в нижній третині стравоходу починаючи від кардії.

У період ЕС поряд з активно проводимою інфузійною та гемостатичною терапією призначали ан-

тацидні препарати, Н-блокатори, гемотрансфузійну терапію, обзидан на весь період стаціонарного лікування по 1,25 мл/кг добу як засіб, знижуючий портосистемний тиск (Русин В.І. 1995).

У групі 18 хворих з 1 ст. кровотечі після одномоментної ЕС ВРВ стравоходу кровотеча зупинена у всіх пацієнтів.

У групі 29 хворих з II ст. кровотечі ЕС ВРВ стравоходу призвела до зупинки кровотечі у 21 пацієнта. У 4-х хворих спостерігався рецидив кровотечі, яка після триразових сеансів ЕС ВРВ стравоходу та тампонадою зондом Блекмора між сеансами в одному випадку, у 3-х хворих зупинена. Один з цих пацієнтів помер від продовжуючої кровотечі з ВРВ стравоходу. Трьом хворим у зв'язку з загрожуючою для життя рецидивною кровотечею виконана операція - перев'язка лівої шлункової та коронарної вени з перев'язкою селезінкової артерії. Двоє з цих хворих померли від явищ наростаючої печінково-ниркової недостатності в ранньому післяопераційному періоді. Двом хворим у зв'язку з продовжуючою кровотечею загрожуючою життю пацієнта після ЕС ВРВ стравоходу успішно виконана операція Hassab-Paquet- деваскуляризація абдомінальної частини стравоходу та езофагального отвору діафрагми з перев'язкою лівої шлункової артерії та вени, коронарної вени шлунка, селективної ваготомії пілоропластикою.

У групі 3-х хворих з III ст. кровотечі ЕС привела до зупинки кровотечі у всіх хворих, але 2 хворих померли від наростаючої печінкової недостатності у печінковій комі через 5 та 7 днів відповідно, від поступлення в стаціонар.

Здійснення ЕС ВРВ стравоходу у хворих ЦП в стадії декомпенсації на фоні гострої кровотечі, у 84% випадків сприяє зупинці кровотечі. ЕС ВРВ стравоходу на сьогоднішній день виправдала себе і повинна бути завжди в розпорядженні клініцистів, які займаються лікуванням ПГ. ЕС ВРВ стравоходу зараз виконується гнучким ендоскопом, а кращий спосіб введення склерозанту при кровотечах паравазальний. Для досвідчених ендоскопістів, ЕС з приводу гострої кровотечі з ВРВ стравоходу являється методом вибору. Якщо ці умови відсутні, то лікування потрібно починати введенням зонду Блекмора та медикаментозної корекції портального тиску, щоб зупинити профузну кровотечу, ЕС в такому випадку проводять після вибирання зонда обтуратора, через 6-12 годин.

При виникненні ранніх або пізніх рецидивних кровотечах ЕС можна повторити знову. У разі неуспішної ЕС і при загрожуючих життю пацієнта кровотечах, можлива перев'язка лівої шлункової та коронарної вени шлунка, з перев'язкою селезінкової артерії. Хоча кращі результати отримані при операції деваскуляризації по (Hassab-Paquet)

## ЛІТЕРАТУРА

1. Буланов К.М. Эндоскопические вмешательства на варикозно-расширенных венах пищевода у больных с декомпенсированным циррозом печени // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-1997.- I, № 2.- С.35-39.
2. Калита Н.Я., Буланов К.М., Бурый А.Н., Егорова О.Н. Результаты эндоскопической склеротерапии варикозно-расширенных вен пищевода у больных с декомпенсированным циррозом печени// "Клиническая хирургия".-1995.-№ 3.-С. 9-11.
3. Русин В.І., Переста Ю.Ю. Вплив обзидану на центральну та ворітно-печінкову гемодинаміку у хворих з циррозом печінки // "Клінічна хірургія".-1995.№ I.- С.7-8.

## РЕЗЮМЕ

### Эндоскопическая склеротерапия острых кровотечений из ВРВ пищевода у больных декомпенсированным циррозом печени

**Русин В.И., Переста Ю.Ю., Филип С.С., Русин А.В., Болдижар А.А., Стойка В.И.**

Проанализированы результаты эндоскопической склеротерапии варикозно расширенных вен у 50 пациентов с циррозом печени на уровне кровотеченияю. Выполнение эндоскопической склеротерапии варикозно расширенных вен у пациентов с варикозно расширенными венами в стадии декомпенсации в 84% обеспечивало остановку острого кровотечения, она является методом выбора для опытного эндоскописта. Лучшим способом введения склерозанта является паравазальный.

## SUMMARY

### Endoscopic sclerotherapy of acute bleeding from the esophageal venices in patients with decompensated liver cirrhosis

**V.I. Rusin, Yu.Yu. Peresta, S.S. Filip, A.V. Rusin, A.A. Boldizhar, V.I. Stoika**

The results of the endoscopic sclerotherapy (ES) of EPV in 50 patients with the liver cirrhosis (LC) on the level of bleeding have been analysed. The performance of the ES EPV in LC patients in a stage of decompensation in 84% of cases promoted control of the acute bleeding and it is a method of choice for the skilled endoscopists. The best way of the introduction of a sclerosant is a paravasal one.

Кровотек	Без кровотечі	1 кровотеча	2 та більше кровотечі
Воротна вена	n=12	n=46	n=10
Воротна вена	870,2±91,2	730,0±97,6	690,0±83,2