

ЕНДОСКОПІЧНА СКЛЕРОТЕРАПІЯ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ХВОРИХ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ ПІСЛЯ СПЛЕНОДЕКОМПРЕСИВНИХ ШУНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ

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

Ужгородський державний університет, кафедра госпітальної хірургії

Хворим цирозом печінки (ЦП) з кровотечами в анамнезі з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу та шлунка рекомендується проводити ЕС в зв'язку з високим ризиком повторної кровотечі [1, 2].

В той же час ми не зустрічали публікацій, в котрих висвітлювалось питання використання ЕС у хворих з ВРВ стравоходу на фоні ЦП після спленодекомпресивно шунтуючих операцій.

Мета завдання. Визначити кількість хворих з ЦП після спленодекомпресивних операцій, у яких ВРВ в післяопераційному періоді не спадаються та виявити можливості профілактичної ендоскопії склеротерапії (ЕС) у таких хворих.

Матеріали та методи. Прооперовано 68 хворих з ЦП і їм виконані наступні спленодекомпресивно шунтуючі операції: 1. Дистальне сплено-ренальне шунтування з збереженням селезінки - 8; 2.

Проксимальне сплено-ренальне шунтування - 8; 3.

Сплено-ренальне при допомозі автовенозної вставки - 40; 4. Сплено-кавальне шунтування за допомогою автовенозної вставки - 12.

В післяопераційному періоді у 5 хворих спостерігались кровотечі з ВРВ стравоходу, з 3 з яких закінчились летально.

При контрольній езофагогастрофіброскопії виявлено, що у 23 (35,4%) хворих, не дивлячись на успішно функціонуючий шунт, повного спадіння ВРВ стравоходу та шлунка не спостерігається, і тим самим зберігається небезпека рецидиву кровотечі.

Нами у 2-х випадках успішно виконана ЕС стравоходу на висоті кровотечі через 5 та 6 місяців після сплено-декомпресивного втручання. З метою профілактики кровотечі з ВРВ стравоходу ще 15 пацієнтам в стаціонарних умовах виконано ЕС ВРВ стравоходу (Табл. 1).

Таблиця 1

Строки проведення ЕС в післяопераційному періоді

Кількість хворих	Середній інтервал після операції в місяцях		
		3	6
	10	4	1
	На висоті кровотечі		
2	-	2	-

Ендоскопічна склеротерапія безпосередньо впливає на ВРВ стравоходу підслизового шару стравоходу шляхом їх тромбування при інтравазальному введенні склерозанту або здавлення паравазальним інфільтратом з послідовним заміненням сполучною тканиною.

При використанні методу ЕС частіше усього

виникали наступні ускладнення: незначна кровотеча з місця ін'єкції, гіпертермія, ерозії стравоходу, виразка стравоходу (Табл. 2).

Також нами відмічена певна залежність типу ускладнення від способу введення склерозанту (Табл. 3).

Таблиця 2

Ускладнення, кількість хворих та сеансів ЕС в залежності від ступеня ВРВ стравоходу

Ступінь ВРВ стравоходу	Кількість хворих	Кількість сеансів	Гіпертермія	Ерозії стравоходу	Виразка стравоходу	Незначна кровотеча з місяця ін'єкції
II ст.	12	2	1	4	2	6
III ст.	3	2+2*	2	1	1	3
На висоті кровотечі	2	2+2*	1	1	1	2

* - повторний сеанс через місяць

Таблиця 3

Ускладнення ЕС в залежності від способу введення склерозуючої речовини

Спосіб введення	Кількість хворих	Гіпертермія	Ерозії стравоходу	Виразка стравоходу	Незначна кровотеча з місяця ін'єкції
Інтравазально	6	-	-	-	6
Паравазально	4	2	2	2	-
Комбіновано	7	2	4	2	6
%	17	23,5	35,3	23,5	64,7

Так, при інтравазальному введенні склерозанта спостерігались кровотечі з місяця ін'єкції, при паравазальному введенні частіше усього спостерігались: гіпертермія, ерозії та виразки стравоходу. При комбінованому способі введення притамані були ускладнення, характерні як для інтра-, так і для паравазального введення склерозанту.

Обговорення отриманих результатів. На наш погляд, протиставляти способи введення не слід, так як не кожний ендоскопіст наважується на інтравазальне введення склерозанту при III ст. ВРВ стравоходу. Тим паче, що при паравазальному введенні досягається такий же успіх лікування, як і при інтравазальному.

На нашу думку, більш оптимальним у використанні є комбінація обох способів, тільки слід пам'ятати про можливі ускладнення ЕС, в зв'язку з чим більше 2-х сеансів склеротерапії при появі одного з перерахованих ускладнень не слід використовувати. В таких випадках потрібно користуватися дозованою ЕС через певний інтервал часу. Таким чином, методом ЕС вдається ліквідувати загрозу повторної кровотечі з ВРВ стравоходу, коли варикозні вени стравоходу не спадаються після

сплено-декомпресивних шунтуючих операцій.

При дослідженні об'ємного кровотока в ворітній вені методом доплеросонографії після ЕС ВРВ стравоходу у хворих, що перенесли сплено-декомпресивні шунтуючі операції, виявлено збільшення портального притоку до печінки приблизно на 30% ($p > 0,05$) при практично не змінному тиску в ворітній вені.

При вивченні у динаміці показників, що характеризують синтетичну функцію печінки у хворих, що перенесли спленодеконпресивні шунтуючі операції, а також ЕС ВРВ стравоходу, не виявлено достовірних змін початкового вмісту сироваткового альбуміна і протромбінового індексу. Також не відмічено достовірних змін цитолізу: білірубін, активність АлТ, АсТ, азоту і аміаку у сироватці крові після ЕС ВРВ стравоходу.

Таким чином, використання ЕС ВРВ стравоходу у хворих після спленодеконпресивних шунтуючих операцій приводить до спадіння ВРВ стравоходу, зберігаючи функціональний резерв печінки, не змінюючи активності цитолітичного процесу, що після спленодеконпресивних шунтуючих операцій не приводить до дестабілізації основного захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Боур А.В. "Современные подходы к тактике лечения острых пищеводно-желудочных кровотечений у больных с портальной гипертензией".// *Анналы хирургической гепатологии* 1998, том 3, №3, с. 142.
2. Русин В.И., Переста Ю.Ю., Филип С.С. и др. "Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода". *Анналы хирургической гепатологии*, 1998, том 3, №3, с. 164.

РЕЗЮМЕ

Ендоскопическая спленотерапия варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени после спленодекомпрессивных шунтирующих операций

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

У 68 больных с ЦП выполнены сплено-декомпрессивные шунтирующие операции, при этом установлено, что у 23 больных (35,5%) ВРВ пищевода не спадают. Использование эндоскопической склеротерапии у этих больных приводит к полному спадению ВРВ пищевода.

SUMMARY

Endoscopic sclerotherapy of the varicose dilatation of esophageal veins in patients with liver cyrrhosis after splenodecompressive shunting operations

V.I.Rusin, Yu.Yu.Peresta, S.S.Filip, A.V.Rusin, O.O.Boldizhar, V.I.Stojka

In 68 patients with liver cyrrhosis (LC) splenodecompressive shunting operations have been made. It has been established that in 23 (35%) of patients the varicous dilatation of esophageal veins (VDEV) did not decrease. The use of endoscopic sclerotherapy in these patients leads to complete decrease of the VDEV.

№ п/п	№ протокола	Возраст	Пол	Степень ЦП	Степень ВРВ	Результат
1	1234	45	М	III	IV	Полное спадение
2	1235	52	Ж	II	III	Полное спадение
3	1236	48	М	IV	IV	Полное спадение
4	1237	55	Ж	III	III	Полное спадение
5	1238	42	М	II	II	Полное спадение
6	1239	58	Ж	IV	IV	Полное спадение
7	1240	47	М	III	III	Полное спадение
8	1241	51	Ж	II	II	Полное спадение
9	1242	49	М	IV	IV	Полное спадение
10	1243	53	Ж	III	III	Полное спадение
11	1244	46	М	II	II	Полное спадение
12	1245	54	Ж	IV	IV	Полное спадение
13	1246	43	М	III	III	Полное спадение
14	1247	56	Ж	II	II	Полное спадение
15	1248	44	М	IV	IV	Полное спадение
16	1249	57	Ж	III	III	Полное спадение
17	1250	41	М	II	II	Полное спадение
18	1251	59	Ж	IV	IV	Полное спадение
19	1252	40	М	III	III	Полное спадение
20	1253	50	Ж	II	II	Полное спадение
21	1254	47	М	IV	IV	Полное спадение
22	1255	52	Ж	III	III	Полное спадение
23	1256	46	М	II	II	Полное спадение
24	1257	54	Ж	IV	IV	Полное спадение
25	1258	43	М	III	III	Полное спадение
26	1259	56	Ж	II	II	Полное спадение
27	1260	44	М	IV	IV	Полное спадение
28	1261	57	Ж	III	III	Полное спадение
29	1262	41	М	II	II	Полное спадение
30	1263	59	Ж	IV	IV	Полное спадение
31	1264	40	М	III	III	Полное спадение
32	1265	50	Ж	II	II	Полное спадение
33	1266	47	М	IV	IV	Полное спадение
34	1267	52	Ж	III	III	Полное спадение
35	1268	46	М	II	II	Полное спадение
36	1269	54	Ж	IV	IV	Полное спадение
37	1270	43	М	III	III	Полное спадение
38	1271	56	Ж	II	II	Полное спадение
39	1272	44	М	IV	IV	Полное спадение
40	1273	57	Ж	III	III	Полное спадение
41	1274	41	М	II	II	Полное спадение
42	1275	59	Ж	IV	IV	Полное спадение
43	1276	40	М	III	III	Полное спадение
44	1277	50	Ж	II	II	Полное спадение
45	1278	47	М	IV	IV	Полное спадение
46	1279	52	Ж	III	III	Полное спадение
47	1280	46	М	II	II	Полное спадение
48	1281	54	Ж	IV	IV	Полное спадение
49	1282	43	М	III	III	Полное спадение
50	1283	56	Ж	II	II	Полное спадение
51	1284	44	М	IV	IV	Полное спадение
52	1285	57	Ж	III	III	Полное спадение
53	1286	41	М	II	II	Полное спадение
54	1287	59	Ж	IV	IV	Полное спадение
55	1288	40	М	III	III	Полное спадение
56	1289	50	Ж	II	II	Полное спадение
57	1290	47	М	IV	IV	Полное спадение
58	1291	52	Ж	III	III	Полное спадение
59	1292	46	М	II	II	Полное спадение
60	1293	54	Ж	IV	IV	Полное спадение
61	1294	43	М	III	III	Полное спадение
62	1295	56	Ж	II	II	Полное спадение
63	1296	44	М	IV	IV	Полное спадение
64	1297	57	Ж	III	III	Полное спадение
65	1298	41	М	II	II	Полное спадение
66	1299	59	Ж	IV	IV	Полное спадение
67	1300	40	М	III	III	Полное спадение
68	1301	50	Ж	II	II	Полное спадение