

УДК 616.36-009-075

К.Є. РУМЯНЦЕВ¹, М. Х-Б. ТАТАРШАОВ², С.Д. ШАПОВАЛ³, І.І. КОПОЛОВЕЦЬ¹, В.І. РУСИН¹¹ Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород; ² Карачаєво-Черкеська республіканська клінічна лікарня, Черкеськ, Карачаєво-Черкеська республіка, Російська Федерація; ³ Запорізька медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії з курсом гнійно-септичної хірургії, Запоріжжя

НАЙБЛИЖЧІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ А-КЛАСОМ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Проаналізовано результати лікування 39 пацієнтів із кровотечами з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу на ґрунті цирозу печінки. Усіх пацієнтів належали до А-класу цирозу за критеріями Child-Turcotte-Pugh. З метою первинної зупинки кровотечі використовували ендоскопічну склеротерапію 70% розчином етилового спирту. З метою вторинної профілактики застосували пероральний прийом анаприліну.

Встановлено, що ендоскопічна склеротерапія є ефективним методом гемостазу при кровотечах із ВРВ стравоходу у пацієнтів із А-класом цирозу печінки, яка зумовлює гемостаз у 100% випадків із летальністю 2,3%. Застосування перорального прийому анаприліну, як засобу вторинної профілактики кровотечі із ВРВ зумовлює статистично достовірне зменшення кількості рецидивів у строк спостереження від 6 доби до 1 року. Кількість рецидивів зменшується у 1,97 – 2,54 рази. Летальність, пов'язана із рецидивом кровотечі, у групі пацієнтів, які застосовували вторинну профілактику, була достовірно меншою у 1,94 рази, порівняно із пацієнтами без вторинної профілактики.

Ключові слова: цироз печінки, портальна гіпертензія, кровотеча, варикозні вени стравоходу, ендоскопічна склеротерапія.

Вступ. Від 40 до 50% смертей від цирозу печінки зумовлені кровотечами із варикозно розширених вен стравоходу. Частота виявлення ВРВ стравоходу у хворих на цироз печінки (ЦП) коливається від 25 % до 80 %, що становить в середньому 60% [1, 6]. Збільшення розмірів вариків відбувається у 10-20% хворих протягом року з моменту першого виявлення [10, 12]. Факторами ризику першої кровотечі є розмір ВРВ, червоні плями на їх поверхні („cherry-red spots”) та ступінь декомпенсації печінкових функцій [5, 6]. Актуальність проблеми лікування кровотеч із ВРВ стравоходу і шлунка зумовлена тим, що летальність при них сягає 30% і вище при першій кровотечі, зростаючи до 80% при повторних [1, 2]. Підхід до лікування таких пацієнтів є складним і повинен базуватися на єдиному розумінні механізмів, що ведуть до формування портальної гіпертензії та розвитку кровотеч [3, 4, 5]. У більшості клінік світу порожнинні оперативні втручання (деваскуляризація, трансекція, прошивання) не використовуються взагалі, оскільки альтернативою їм стало транс'югулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування із зупинкою кровотечі також у 87% випадків [5, 7].

Отже, на сучасному етапі основним підходом до розв'язання проблеми є вирішення питань первинної і вторинної профілактики кровотечі, оскільки це дешевше і ефективніше. Якщо 15 років тому більшість статей з проблем кровотеч із ВРВ були присвячені операціям деваскуляризації і портосистемного шунтування, 10 років тому – ендоскопічній склеротерапії і ендоскопічному лігуванню, то тепер про операції майже не згадують – головною темою є амбулаторне лікування іпрофілактика (outpatient management) [1, 3, 5, 9].

Мета дослідження. Ґрунтуючись на оцінці безпосередніх і віддалених результатів лікування пацієнтів із кровотечами з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу на фоні цирозу печінки, визначити оптимальні методи зупинки кровотечі та профілактики її рецидиву у пацієнтів із компенсованим цирозом.

Матеріали та методи. В роботі вивчено і проаналізовано результати комплексного обстеження та лікування 39 хворих на цироз печінки, ускладнений кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу, які перебували на лікуванні в реанімаційному та хірургічному відділеннях Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А.Новака (ЗОКЛ) з січня 2004 року по грудень 2010 року.

До дослідження включали пацієнтів, що послідовно госпіталізувалися із кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу, яка розвинулась на ґрунті внутрішньопечінкової портальної гіпертензії, зумовленої цирозом печінки. У дослідження не включали пацієнтів із іншим джерелом кровотечі (ВРВ шлунка, портальна гіпертензійна гастропатія, ін.).

Наявність цирозу печінки підтверджували клінічними, лабораторними та ультрасонографічними критеріями. Етіологічний чинник цирозу печінки не встановлювали, оскільки прогноз виживання пацієнтів, у яких відбулась кровотеча з ВРВ стравоходу або шлунка, згідно наявних даних проспективних рандомізованих досліджень, зумовлюється саме кровотечею, і не корелює із етіологією виникнення цирозу [3].

За статтю і віком пацієнти розподілились таким чином (табл. 1)

Розподіл хворих за віком і статтю всередині груп

Вік	Стать		Всього
	чоловіки	жінки	
18-29	4	2	6 (15,4%)
30-39	7	1	8 (20,5%)
40-49	9	2	11 (28,2%)
50-59	6	4	10 (25,6%)
60-69	2	1	3 (7,7%)
70 і більше	1	–	1 (2,6%)
Всього	29	10	39 (100%)

Згідно із прогностичними критеріями перебігу цирозу печінки Child-Turcotte-Pugh усіх пацієнтів віднесено до А-класу цирозу печінки.

Лікування кровотеч із ВРВ стравоходу та вторинну профілактику здійснювали із урахуванням доступності засобів лікування в умовах хірургічних стаціонарів України. З метою зупинки кровотечі застосовували ендоскопічну склеротерапію (ЕС). Як склерозант використовували 70% розчин етилового спирту.

Втручання виконували без попередньої підготовки пацієнта, відразу після госпіталізації у відділення інтенсивної терапії, попередньо шлунок не промивали. Усі втручання здійснювали у палаті інтенсивної терапії на фоні консервативного лікування, яке проводили одночасно. Застосовували премедикацію – в/м вводили 1 мл 2% р-ну промедолу, 0,5 мл 0,1% р-ну атропіну сульфату та 1 мл 1% р-ну дімедролу. Використовували інтравазальний спосіб введення склерозанту. Першу ін'єкцію здійснювали безпосередньо у місце кровотечі, що зупиняло кровотечу, або значно зменшувало її інтенсивність. У випадку поганої візуалізації в умовах кровотечі першу ін'єкцію могли здійснювати і паравазально. У випадку наявності згустку в ділянці дефекту вени першу ін'єкцію здійснювали за можливості у вену нижче згустка, при низькому його розташуванні – паравазально. Також інтравазально вводили по 2 мл одномоментно в кожную варикозно розширену вену в ділянці гастроєзофагеального переходу. Потім таку ж кількість склерозанту вводили інтравазально в кожную вену на 5 см цефалічніше. Загальна кількість препарату не перевищувала 20 мл за сеанс.

З метою зупинки кровотечі використовували п/шкірні ін'єкції октрестатину у початковій дозі 200 мкг, потім по 100 мкг кожні 8 годин. Також використовували замісну терапію розчинами колоїдів і кристалолідів, свіжозаморожену плазму та за показаннями – еритромасу. Як гемостатики застосовували вікасол, етамзілат та амінокапронову кислоту. Внутрішньовенно вводили інгібітори протонної помпи.

Результати досліджень та їх обговорення. У групі з 39 пацієнтів за допомогою комплексу

консервативної терапії та ендоскопічної склеротерапії ВРВ стравоходу зупинити кровотечу вдалось у всіх 39 осіб.

Із ускладнень ЕС ми спостерігали: виразки стравоходу – у 11 (28,2%) пацієнтів, ерозії стравоходу – у 17 (43,6%) пацієнтів. Інших ускладнень, описаних у спеціальній літературі (гіпертермія, перфорація стравоходу, пневмонія, плеврит, медіастиніт) у пацієнтів не відмічали.

Рецидив кровотечі у перші 5 діб, що згідно положень консенсусу Baveno V є ознакою невдачі первинної зупинки кровотечі, відбувся у 9 (23,1%) пацієнтів. До них була повторно застосована ендоскопічна склеротерапія ВРВ стравоходу на фоні комплексу консервативного лікування, яке не припиняли протягом 5 діб. Кровотечу зупинено у 8 пацієнтів, 1 пацієнт помер.

Летальність у перші 5 діб склала 2,6%. Смерть настала внаслідок швидкого прогресування печінкової недостатності на фоні важкої кровотрати протягом доби, але не від кровотечі, що продовжувалась.

Через 5 діб введення вазоактивних препаратів припиняли. Пацієнти починали вживати гепатопротектори, полівітамінні препарати, препарати фолевої кислоти та заліза. З метою вторинної профілактики призначали анаприлін перорально. Дозу препарату підбирали індивідуально, починаючи з 10 мг зранку на один прийом, щодоби збільшуючи дозу на 5 мг з поступовим переходом на двократний прийом. Дозу збільшували до настання одного з контрольних пунктів:

- зменшення ЧСС у спокої до 55/хв;
- виникнення побічних ефектів.

При досягненні одного з ефектів дозу зменшували на 5 мг і призначали препарат протягом тижня з вимірюванням ЧСС через тиждень. За умови досягнення ЧСС у спокої 55/хв, таку дозу анаприліну призначали постійно, поділивши її на два прийоми з метою вторинної профілактики.

У термін від 6 доби до 6 тижнів вторинну профілактику застосовували 23 (60,5%) пацієнти з 38, не застосовували з різних причин (побічні ефекти, відсутність комплаєнсу) – відповідно 15

(39,5%). Усі 8 пацієнтів після рецидиву кровотечі в перші 5 діб увійшли до групи пацієнтів, які отримували профілактику.

З 23 пацієнтів, які отримували вторинну профілактику, рецидив кровотечі у строк до 6 тижнів відбувся у 7, що склало 30.43%.

Зупинку кровотечі була досягнута шляхом застосування комплексу консервативної терапії та ендоскопічної склеротерапії.

Померли 2 хворих: один – від прогресування печінкової недостатності, інший – від тромбоемболії легеневої артерії. Летальність у групі пацієнтів, які застосовували вторинну профілактику склала 8.7%, обрахована на кількість пацієнтів із рецидивом кровотечі, які застосовували вторинну профілактику – 28.6%.

З 8 пацієнтів після рецидиву у перші 5 діб, рецидив кровотечі з ВРВ у термін від 6 до 16 діб відбувся тільки у 3 (37.5%), що могло опосередковано свідчити про ефективність профілактики.

З 15 пацієнтів, які не отримували вторинну профілактику, рецидив кровотечі відбувся у 9 (60%). Гемостаз досягнуто шляхом застосування комплексної консервативної терапії та ендоскопічної склеротерапії. Померли 5 пацієнтів від прогресування печінкової або поліорганної недостатності, жоден з них не помер на висоті кровотечі. Летальність у групі пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику, відповідно, склала 30%, обчислена на кількість пацієнтів із рецидивом у цій групі – 55.6%.

Загальна кількість рецидивів кровотечі з ВРВ стравоходу у групі із 38 пацієнтів у строк до 6 тижнів склала 42.1% (16). Загальна летальність у групі протягом терміну спостереження від 6 діб до 6 тижнів склала 18.4% (7), летальність у групі пацієнтів із рецидивом кровотечі – 43.75% (7).

На початок строку спостереження від 6 тижнів до 1 року з поля зору були втрачені 2 пацієнти, відповідно протягом цього терміну обстежено і проліковано 29 хворих. Із 29 пацієнтів 8(27.6%) продовжували отримувати фармакологічну вторинну профілактику. Протягом року спостереження рецидив кровотечі відбувся у 2 (25%) з них. Кровотечу зупинили застосуванням комплексу консервативних заходів. Не помер жоден хворий.

Трьом пацієнтам була виконана ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії, 4 – ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії та ендovasкулярна емболізація лівої шлункової артерії. До кінця терміну спостереження у 1 рік не помер жоден із цих пацієнтів, рецидивів кровотечі протягом цього часу у них також не спостерігали.

Із 14 (48.3%) пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику, і яким не виконували інші втручання, рецидив кровотечі відбувся у 9 (64.3%). Померли 3 пацієнти. Летальність у групі пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику

протягом інтервалу спостереження від 6 тижнів до 1 року склала 21.4% (3), обчислена серед пацієнтів із рецидивом кровотечі – 30% (3).

Загальна кількість рецидивів кровотечі у групі з 29 пацієнтів у строк спостереження від 6 тижнів до 1 року склала 37.9% (11), загальна летальність – 10.3% (3), обрахована серед пацієнтів із рецидивом кровотечі – 27.3% (3).

У строк спостереження від 1 до 3 років вдалося простежити результати лікування у 21 пацієнта, оскільки на початок строку 5 пацієнтів було втрачено з поля зору.

Продовжували застосовувати вторинну профілактику 7 (33.3%) пацієнтів. У 1 (14.3%) з них спостерігали рецидив кровотечі. Не помер жоден пацієнт.

Пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику, було 7 (33.3%). Кровотеча з ВРВ відбулась у 3 (42.9%) з них, 2 пацієнти померли на фоні прогресування печінкової недостатності, жоден не помер на висоті кровотечі. Летальність у групі пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику склала 28.6% (2), обрахована у групі із рецидивом –

У 7 пацієнтів після ендovasкулярної емболізації селезінкової артерії та ендovasкулярної емболізації селезінкової артерії із лівою шлунковою артерією рецидивів кровотеч не спостерігали. Один пацієнт після ЕСА помер від прогресування печінкової недостатності.

Загальна кількість рецидивів кровотеч із ВРВ стравоходу серед 21 пацієнта у строк спостереження від 1 до 3 років склала 19% (4). Загальна летальність у групі з 21 пацієнта склала 14.3% (3), обрахована на кількість пацієнтів із рецидивами кровотечі – 50% (2).

У строк понад 3 роки від 3 до 5 років обстежено 16 пацієнтів, до початку спостереження з поля зору втрачено 2 пацієнти. Із 6 (37.5%) пацієнтів, які застосовували вторинну фармакологічну профілактику, рецидив кровотечі відбувся 3 (50%), померли всі 3 пацієнти на висоті кровотечі. Слід зауважити, що протягом часу природнього перебігу хвороби у строк до 5 років спостерігали прогресування ознак портальної гіпертензії і печінкової недостатності із зміщенням пацієнтів із класу «А» за прогностичною шкалою Child-Turcotte-Pugh до «В» і «С» класів. Всі померлі пацієнти на момент смерті мали С-клас цирозу печінки. Летальність у групі пацієнтів, які застосовували вторинну профілактику, склала 50% (3), обрахована на кількість хворих із рецидивом кровотечі – 100% (3).

Із 6 (37.5%) пацієнтів після ендovasкулярних методів профілактики рецидиву кровотечі померло 2 (33.3%) пацієнти також на фоні переходу в гірший прогностичний клас цирозу печінки за класифікацією Child-Turcotte-Pugh. З 4 (25%) пацієнтів, які не використовували вторинну профілактику, померли 3 (75%)

пацієнтів від прогресування печінкової недостатності. Летальність у групі пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику, склала 75% (3).

Загальна кількість рецидивів у групі з 16 пацієнтів у строк спостереження від 3 до 5 років

склала 18.8% (3). Загальна летальність у групі у цей строк склала 50% (8), летальність серед пацієнтів із рецидивом кровотечі – 100% (3).

Проведений аналіз відносної кількості рецидивів кровотечі відповідно кожного періоду спостереження (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка відносних показників рецидивування кровотечі з ВРВ стравоходу за строками спостереження

Строк спостереження	Вторинна профілактика			Без профілактики			Всього в групі		
	n	рецидив	%	n	рецидив	%	n	рецидив	%
6 днів – 6 тижнів	23	7	30,4	15	9	60	38	16	42,1
6 тижнів – 1 рік	8	2	25	14	9	64,3	29	11	37,9
1-3 роки	7	1	14,3	7	3	42,9	21	4	19
3-5 років	6	3	50	4	–	–	16	3	18,8

За відносною кількістю рецидивів кровотечі серед пацієнтів із А-класом згідно прогностичних критеріїв спостерігаємо чітку тенденцію до їх зменшення протягом періоду спостереження із максимальною кількістю останніх у строк спостереження від 6 доби до 6 тижнів.

Тенденція до зниження кількості рецидивів кровотеч з часом спостереження помітна також у

групі пацієнтів, які отримували вторинну профілактику у вигляді перорального прийому неселективного β-адреноблокатору, в той же час у пацієнтів без вторинної профілактики кількість рецидивів зменшувалась повільніше із «парадоксальним» збільшенням у термін від 6 тижнів до 1 року (рис. 1).

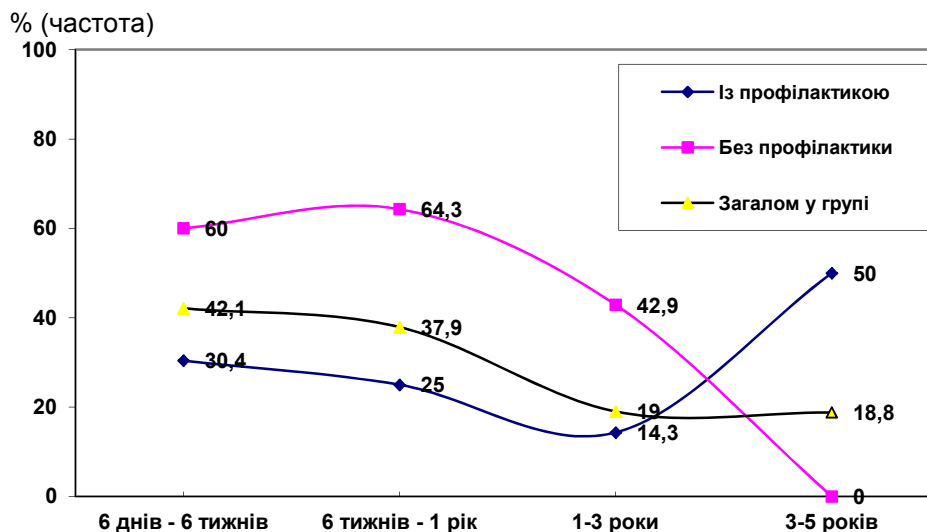


Рис. 1 Зміни частоти рецидивів кровотечі у групі пацієнтів залежно від застосування вторинної профілактики та строку спостереження

При оцінці кривих помітною є значно вища кількість рецидивів кровотечі у групі пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику, цей показник вищий не тільки на відміну від такого у пацієнтів, які вживали профілактику, а й від такого у групі взагалі, причому різниця є вищою у понад 2 рази.

Кількість рецидивів також зростала із часом спостереження до кінця періоду у один рік, після чого поступово плавно зменшувалася.

Крім того, спостерігали парадоксальну тенденцію – кількість рецидивів кровотеч у пацієнтів, які не вживали профілактику, починаючи з терміну 3

роки, плавно знижувалась і до кінця терміну спостереження ставала меншою, ніж узагалі по групі.

В той же час кількість рецидивів у пацієнтів, які застосовували вторинну профілактику, у цей же термін починала зростати, до кінця спостереження стаючи більшою не тільки за таку у групі, а й навіть за кількість рецидивів у пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику.

Для виявлення впливу рецидиву кровотечі на летальність у групі та у підгрупах ми провели порівняння смертності у групі залежно від застосування вторинної профілактики та строку спостереження (табл. 3)

Летальність у групах пацієнтів залежно від застосування вторинної профілактики та строку спостереження

Строк спостереження	Вторинна профілактика					Без профілактики					Всього в групі				
	n	рецидив	померли	летальність, %		n	рецидив	померли	летальність, %		n	рецидив	померли	летальність, %	
				загальна	на рецидив				загальна	на рецидив				загальна	на рецидив
бднів – 6 тижнів	23	7	2	8.7	28.6	15	9	5	30	55.6	38	16	7	18.4	43.75
6 тижнів – 1 рік	8	2	–	–	–	14	9	3	21.4	30	29	11	3	10.3	27.3
1-3 роки	7	1	–	–	–	7	3	2	28.6	66.7	21	4	3	14.3	50
3-5 років	6	3	3	50	100	4	–	3	75	–	16	3	8	50	100

З метою оцінки саме впливу рецидиву кровотечі ми провели порівняння летальності у відносних показниках залежно від рецидиву кровотечі. Обраховували співвідношення померлих до пацієнтів із

рецидивом кровотечі у підгрупі, якщо пацієнти помирали не від рецидиву кровотечі – їх не враховували (рис. 2).

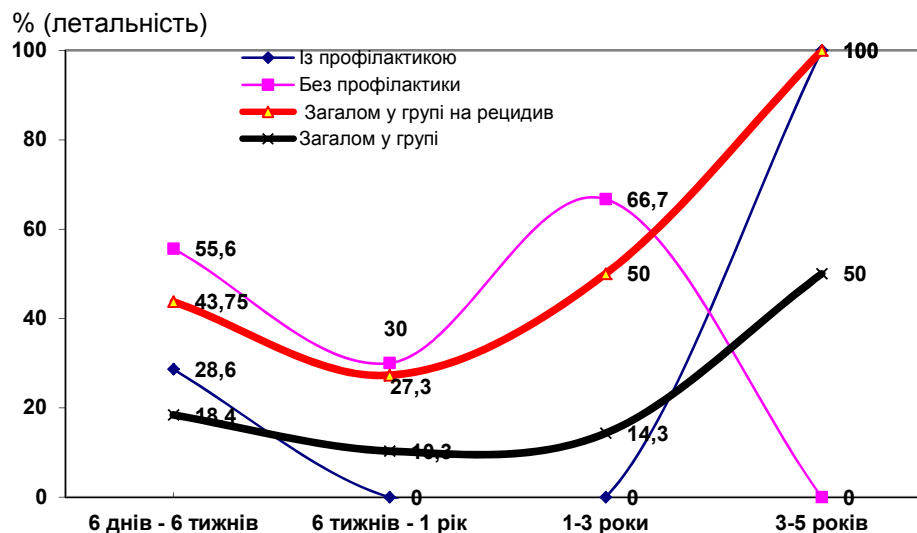


Рис. 2 Показники летальності пацієнтів при рецидивах кровотечі по строках спостереження у підгрупах із застосуванням і без застосування вторинної профілактики (товстими лініями виділено летальність у А-групі взагалі та летальність від рецидиву у А-групі взагалі)

При аналізі виявлено, що летальність у пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику, була істотно більшою приблизно втричі протягом різних періодів спостереження. Крім того, у строк спостереження від 6 тижнів до трьох років летальних випадків при рецидиву кровотечі у пацієнтів, які застосовували вторинну профілактику, не спостерігали, але тільки до закінчення строку у три роки. Після цього летальність при рецидивах кровотечі починала «парадоксально» збільшуватись у підгрупі пацієнтів із застосуванням вторинної профілактики, перевищуючи таку у підгрупі пацієнтів без профілактики.

Динаміку летальності у підгрупах пацієнтів без прив'язки до рецидиву кровотечі обчислювали

через співвідношення померлих незалежно від причини до кількості пацієнтів у підгрупі або у групі загалом (рис. 3).

При аналізі цих відносних величин встановлено, що у пацієнтів, які не застосовували вторинну профілактику, загальна летальність була значно вищою, порівняно із такою у групі, де вторинну профілактику застосовували. Показовим є також те, що у період від 6 тижнів після кровотечі до 3 років, ми не спостерігали летальних випадків у пацієнтів із профілактикою взагалі, незважаючи на наявність у них рецидивів кровотечі із ВРВ. Тенденція до збільшення летальності із строком спостереження зберігалась в обох підгрупах, причому

«перехрестів» кривих, з парадоксальним погіршенням показників у пацієнтів із вторинною профілактикою, як на попередніх діаграмах, ми не спостерігали.

При порівнянні відносних показників рецидиву кровотечі, летальності взагалі і летальності від рецидиву кровотечі спостерігали співпадіння і взаємопідтвердження певних виявлених тенденцій.

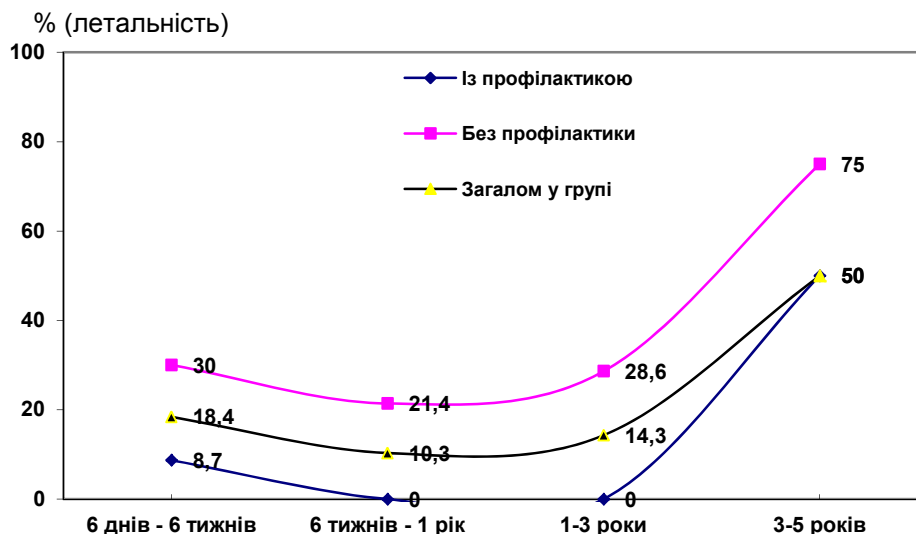


Рис. 3. Летальність пацієнтів з урахуванням застосування вторинної профілактики і строку спостереження

«Парадоксальне» погіршення показників кількості рецидивів кровотеч у пацієнтів, які застосували вторинну профілактику, виходячи з аналізу графіків, можна пояснити швидшим зменшенням кількості пацієнтів у підгрупі без застосування вторинної профілактики внаслідок смерті на фоні рецидиву кровотечі або без рецидиву – від природного перебігу циротичного процесу, відповідна відносна кількість пацієнтів із рецидивом також значно зменшувалась навіть відносно підгрупи із вторинною профілактикою, оскільки у відносно швидше «вимираючій» групі не було пацієнтів для виникнення у них рецидивів.

Це підтверджує і аналіз кривих летальності при рецидиві кровотечі – летальність після 3 років у пацієнтів із профілактикою вища, тому що там більше хворих, які залишились живими при прогресуванні цирозу печінки з часом, відповідно звідси – більше рецидивів і більша летальність, адже у групі без вторинної профілактики виникати рецидивам кровотечі було майже ні укого, у зв'язку із зменшенням їх чисельності – вимирання від прогресування цирозу без кровотечі.

З такого твердження можна зробити висновок про те, що рецидив кровотечі є не єдиним фактором, який зумовлює більше виживання пацієнтів із вторинною профілактикою порівняно із пацієнтами без профілактики.

Про це ж свідчить аналізі діаграми рисунку 3, де загальна летальність у групах без урахування факту рецидиву кровотечі відповідала очікуваній і була більшою у пацієнтів без профілактики навіть після трьох років (відсутність перехресту, зумовленого більшою кількістю рецидивів, із підгрупою профілактики), отже у підгрупі із вторинною про-

філактикою пацієнти без рецидиву кровотечі вмирили від прогресування основного захворювання істотно менше порівняно із підгрупою без профілактики що при цій загальній (на підгрупу і на групу) оцінці і дозволило зберегти позитивну динаміку без виникнення ножиць. Тобто пацієнти, які застосували вторинну профілактику, вмирили істотно менше від прогресування цирозу печінки (отже це прогресування було повільнішим), у пізні строки спостереження їх залишилось більше і рецидиви кровотеч з летальними наслідками статистично у них виявляли частіше, але навіть не зважаючи на це загальна летальність у цій підгрупі виявилася нижчою, ніж у підгрупі без профілактики.

Відповідно у підгрупі без вторинної профілактики у пацієнтів цироз печінки прогресував швидше, їх кількість зменшувалась також швидше, отже рецидиви кровотеч із летальними випадками виникали статистично порівняно рідше.

Висновки. Ендоскопічна склеротерапія із застосуванням 70% розчину етилового спирту є ефективним засобом первинної зупинки кровотечі із ВРВ стравоходу у пацієнтів із А-класом цирозу печінки за критеріями Child-Turcotte-Pugh, який зупиняє кровотечу у 100% пацієнтів із летальністю 2,3%.

Застосування перорального прийому анаприліну, як засобу вторинної профілактики кровотечі із ВРВ зумовлює статистично достовірне зменшення кількості рецидивів у строк спостереження від 6 доби до 1 року. Кількість рецидивів зменшується у 1,97 – 2,54 рази, тобто більше ніж удвічі.

Летальність, пов'язана із рецидивом кровотечі, у групі пацієнтів, які застосували вторинну профілактику, була достовірно меншою у 1,94 рази, порівняно із пацієнтами без вторинної профілактики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Декомпенсований цироз печінки / [Русин В.І., Сипливий В.О., Русин А.В. та ін.]. — Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2006. — 232 с.
2. Портальная гипертензия и её осложнения / [Бойко В.В., Никишаев В.И., Русин В.И. и др.]; под общ. ред. В.В. Бойка. — Харьков: ФОП Мартиняк, 2008. — 335 с.
3. Abraczinskas D.R. Propranolol for the prevention of first esophageal variceal hemorrhage: a lifetime commitment? / Abraczinskas D.R., Ookubo R., Grace N.D. // *Hepatology*. — 2001. — Vol. 34, № 6. — P. 1096—1102.
4. deFranchis R. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / de Franchis R. // *J Hepatol*. — 2010. — Vol. 6. — P. 1010—1016.
5. Garcia—Tsao G. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis / Garcia—Tsao G., Sanyal A.J., Grace N.D., Carey W. // *Hepatology*. — 2007. — Vol. 46, № 3. — P. 922—938.
6. Krige J.E. The evolving role of endoscopic treatment for bleeding esophageal varices / Krige J.E., Shaw J.M., Bornman P.C. // *World J Surg*. — 2005. — № 29. — P. 966—973.
7. Russo M.W. Endoscopic treatment of patients with portal hypertension / Russo M.W., Brown R.S. // *Gastrointest Endosc Clin N Am*. — 2001. — Vol. 11, № 1. — P. 1—14.
8. Samonakis D.N. Management of portal hypertension / Samonakis D.N., Triantos C.K., Thalheimer U. // *Postgrad Med J*. — 2004. — Vol. 80, № 949. — P. 634—641.
9. Sanyal A.J. Portal hypertension and its complications / Sanyal A.J., Bosch J., Blei A., Arroyo V. // *Gastroenterology*. — 2008. — Vol. 134, № 6. — P. 1715—1728.
10. Sass D.A. Portal hypertension and variceal hemorrhage / Sass D.A., Chopra K.B. // *Med Clin North Am*. — 2009. — Vol. 93, № 4. — P. 837—853.
11. Yan B.M. Emergency management of bleeding esophageal varices: drugs, bands or sleep? / Yan B.M., Lee S.S. // *Can J Gastroenterol*. — 2006. — Vol. 20, № 3. — P. 165—170.
12. Yoshida H. New methods for the management of gastric varices / Yoshida H. // *World J Gastroenterol*. — 2006. — Vol. 12, № 37. — P. 5926—5931.

K.YE. RUMJANCEV¹, M. KH-B. TATARSHAOV², S.D. SHAPOVAL³, I.I. KOPOLOVEC¹, V.I. RUSIN¹

¹ *Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Surgery, Uzhhorod*; ² *Karachaevo-Cherkes Republican Clinical Hospital, Cherkessk, Karachaevo-Cherkes Republic, Russian Federation*; ³ *Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Surgery with Pyoseptic Surgery Course, Zaporizhzhya*

IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS OF TREATMENT OF BLEEDING FROM OESOPHAGEAL VARICES IN PATIENTS WITH A-CLASS LIVER CIRRHOSIS

The results of treatment of 39 patients with variceal bleeding because of liver cirrhosis are analysed. All the patients belonged to A-class of cirrhosis according to the Child – Turcotte – Pugh criteria. The endoscopic sclerotherapy with 70% ethylic spirit was applied for the primary stop of bleeding. With the aim of secondary prophylaxis authors applied the peroral intake of anaprilin.

It was established that an endoscopic sclerotherapy is an effective method of primal hemostasis at bleeding from oesophageal varices in patients with A-class of liver cirrhosis, which predetermines hemostasis at 100% of cases with lethality of 2,3%. Application of peroral intake of anaprilin, as the mean of secondary prophylaxis of bleeding from varices diminishes the amount of relapses statistically reliably in the term of supervision from 6 days to 1 year. The amount of relapses diminishes 1.97 – 2.54 times. Lethality, related to the relapse of bleeding, in the group of patients which applied a secondary prophylaxis was for certain less 1.94 times, by comparison to patients without a secondary prophylaxis.

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, variceal bleeding, endoscopic sclerotherapy

Стаття надійшла до редакції: 6.06.2011 р.