

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Каримов Ш.И., Маткулиев У.И., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С.

ҚИЗИЛҮНГАЧ ВА ОШҚОЗОН ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИДАН ҚОН КЕТИШИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОСКОПИК АРАЛАШУВНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Каримов Ш.И., Маткулиев У.И., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С.

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC PROCEDURES IN PATIENTS WITH BLEEDING VARICES OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH

Karimov Sh.I., Matkuliev U.I., Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Abdullaev Zh.S.

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: порталли гипертензия билан оғриган беморларда қизилўнғач ва ошқозон веналарининг варико́з кенгайишидан қон кетишида эндоскопик аралашувнинг самарадорлигини баҳолаш. **Материал ва усуллар:** илгари ошқозон ёки қизилўнғач ВВК қон кетиши билан оғриган 183 та бемор натижалари таҳлил қилинди. Барча беморларда қон кетиш даражасини аниқлаш учун эндоскопик тадқиқот ўтказилди. 1-гурӯҳдаги 96 та беморда тўлиқ эндоскопик склеротерапия (ЭС) ўтказилди, 2-гурӯҳ 87 беморда қизилўнғач ВВК қон кетиши ни эндоскопик тўхтатиш ўтказилди. **Натижа:** кузатиш даври $18,8 \pm 18,6$ дан $22,2 \pm 26,2$ ойгача давом этди. ЭС дан фарқли ўлароқ ЭЛ да томирларнинг варико́з кенгайиши тўлиқ облитерация қилинди, қон кетиш миқдори камайди. Назоратдаги 1-гурӯҳда 11,4% ва 2-гурӯҳда 3,1% беморларда қизилўнғач ва ошқозон ВВК эндоскопик рецидив пайдо бўлди. ЭЛ дан кейин деярли барча беморларда қуйидаги асоратлар дисфагия, кўкрак оғриши кузатилди, бироқ ЭС дан кейин плеврит, септик синдром, дисфагия, ярадан қон кетиш кабилар кузатилди. **Хулоса:** ЭЛ усули ЭС олдидан анча аниқроқ.

Калит сўзлар: веналарнинг варико́з кенгайиши, эндоскопик лигира, эндоскопик склеротерапия, рецидив қон кетиш.

Objective: To estimate the effectiveness of endoscopic ligation in preventing BPB esophagus and stomach bleeding in patients with portal hypertension. **Material and Methods:** The results of treatment of 183 patients with PH who have previously suffered bleeding episode from BPB esophagus or stomach. All patients underwent endoscopic examination to determine the extent of BPB and bleeding risk assessment. In Group 1 included 96 patients who underwent endoscopic sclerotherapy (ES) polydocanol microfoam in the form of particles, the 2nd group consisted of 87 patients, which was produced endoscopic ligation (EL) BPB esophagus. **Results for:** follow-up of $18,8 \pm 18,6$ to $22,2 \pm 26,2$ months. After the EL, in contrast to the ES, observed complete obliteration of BPB, had fewer relapses of bleeding, decreased mortality. The control endoscopy relapse BPB esophagus and the stomach was detected in 11.4% of patients 1 and 3.1% - 2nd group. After the e-mail in all patients were observed complications such as transient dysphagia, chest pain, but after the ES occurred more often such a threatening complications such as pleural effusion, sepsis syndrome, dysphagia and bleeding from ulcers sclerotic area. **Conclusion:** EL method has obvious advantages over the EC.

Keywords: varicose veins, endoscopic ligation, Endoscopic sclerotherapy, rebleeding.

Цирроз печени (ЦП) и портальная гипертензия (ПГ) – одна из самых серьезных проблем современной хирургической гепатологии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) является наиболее распространенным осложнением цирроза печени и основной причиной летальных исходов [2,6,10-12]. Ежегодно кровотечения из ВРВПЖ возникают у 4-15% больных с ПГ. Фатальный исход при первом эпизоде кровотечения наступает у 17-30% пациентов [5,6]. Более чем 60% лиц, оставшихся в живых после первого эпизода кровотечения, в сроки от 3 до 6 месяцев имеют высокий риск повторного кровотечения, а у остальных он возникает в течение года. В связи с этим все больные, перенесшие первый эпизод кровотечения, должны получать лечение, направленное на профилактику рецидива развития ВРВ [2,7,10].

Сегодня специалистам доступно несколько способов профилактики рецидива кровотечения из ВРВПЖ: фармакотерапия, эндоскопические вмешательства, трансюгулярное внутрипеченочное портосистемное (TIPS) и хирургическое портокавальное шунтирование [1]. Эндоскопические вмешательства, направленные на эрадикацию ВРВПЖ, являются «золотым стандартом» лечения больных. Авторы указывают на эффективность этих методов в остановке кровотечения из ВРВПЖ, что обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода с минимальным развитием послеоперационных осложнений. Однако в отдаленные сроки после эндоскопической скле-

ротерапии рецидивов кровотечения значительно больше, чем после эндоскопического лигирования ВРВПЖ. В этой связи актуальной задачей является оценка эффективности различных методов эндоскопической эрадикации ВРВПЖ. Мы провели сравнительный анализ результатов лечения пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах с ПГ после эндоскопической склеротерапии (ЭС) и лигирования (ЭЛ) ВРВПЖ.

Материал и методы

В 2009-2014 гг. во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии под нашим наблюдением находились 183 больных с кровотечением из ВРВ пищевода, из 138 (75,4%) лиц мужского и 45 (24,6%) – женского пола. Средний возраст пациентов $46,3 \pm 17,2$ года. Кровотечение в анамнезе имели 113 (61,7%) больных. Длительность кровотечения в среднем составляла $11,8 \pm 6,6$ часа. Асцит наблюдался у 48,6% обследованных, у некоторых из них асцит имел резистентный характер. Для оценки тяжести печеночной недостаточности использовалась классификация Child – Pugh. Выраженность и распространенность ВРВПЖ оценивали с помощью классификации N. Soehendra, K. Binmoelle. Эндоскопическое вмешательство производилось с целью остановки и профилактики кровотечения из ВРВ пищевода. Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 96 пациентов, которым была произведена ЭС (паравазальным и



Рис. 5. До выполнения эндоскопического лигирования.



Рис. 6. После двух сеансов эндоскопического лигирования.

В отдаленном периоде уровень выживаемости больных прямо зависит от их принадлежности к функциональному классу по Child – Pugh. Так, к моменту окончания исследования (2 года) выживаемость пациентов функцио-

нального класса Child – Pugh-класс А составила 50,0% в 1-й группе и 88,8% во 2-й, Child – Pugh класс В – соответственно 28,1 и 46,9%, Child – Pugh класс С – 4,7 и 10,3% (рис. 7).

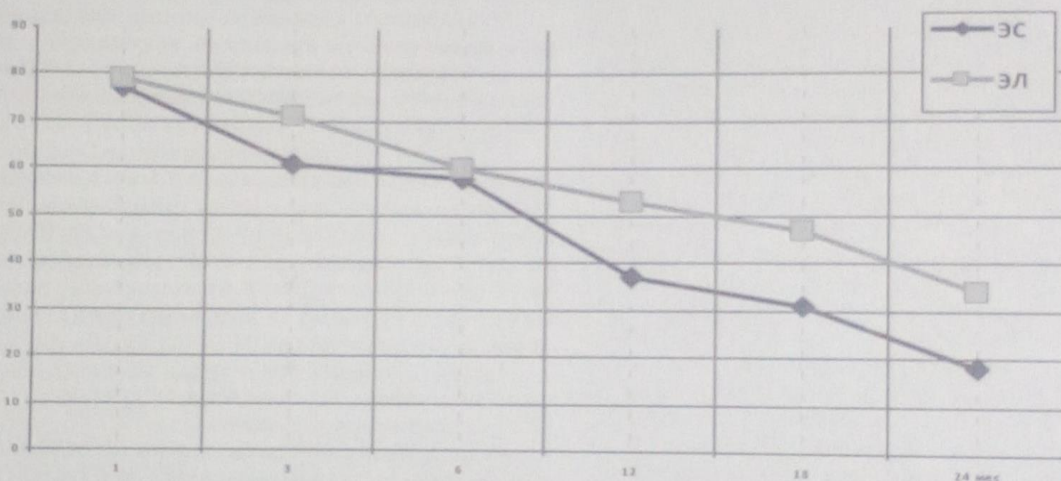


Рис. 7. Выживаемость пациентов в зависимости от характера эндоскопических вмешательств.

Средняя продолжительность жизни больных также прямо зависела от функционального класса по Child – Pugh. Эта тенденция отчетливо прослеживалась в обеих группах независимо от периода наблюдения. Таким образом, функциональный статус на момент начала лечения играет важную роль в прогнозе выживаемости и средней продолжительности жизни больных с ЦП после различных видов вмешательств. Лечение пациентов с кровотечениями портального генеза эффективнее при сохранении функциональной способности печени и раннем лечении.

Обсуждение

Несмотря на то, что в хирургической гепатологии в последние десятилетия были достигнуты большие успехи, кровотечение из ВРВ пищевода остается одним из самых тяжелых осложнений ПГ. Многие специалисты утверждают [1,3,14], что все пациенты, имевшие в анамнезе хотя один эпизод кровотечения из ВРВ, должны подвергаться малоинвазивным методам с целью профилактики рецидива. Многочисленные исследования доказали, что ЭС более эффективна, чем открытые оперативные вмеша-

тельства. На ее выполнение тратится существенно меньше времени, ВРВ разрешается в относительно короткие сроки, меньше риск рецидива кровотечения и развития различных осложнений. В то же время, по мнению многих авторов, после ЭС сохраняется более высокий уровень рецидива ВРВ, потому что невозможно осуществить облитерацию желудочных ВРВ [4,9].

Более оптимальным методом лечения кровотечений из ВРВ пищевода является ЭЛ. Мета-анализ результатов применения ЭЛ и ЭС показал преимущество лигирующих методов лечения в профилактике кровотечений из ВРВ пищевода перед склерозирующим методом [5].

Авторы немногих работ, которые нам удалось найти в литературе, предполагают, что ЭС по своему эффекту не превосходит ЭЛ, кроме того, на сегодняшний день многократно доказано, что ЭЛ при кровотечениях из ВРВ пищевода является более безопасной и экономичной процедурой. По данным Всемирной организации здравоохранения, ЭЛ является «золотым стандартом» профилак-

Таблица 3
Результаты лечения больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка

Клинический критерий	1-я группа	2-я группа
Длительность госпитализации, дни	10,1±2,4	6,2±1,8
Длительность времени операции, мин	30-45	10-15
Количество проводимых в период госпитализации сеансов	2,3±0,4	1,0±0,2

Анализ результатов применения ЭС и ЭЛ у пациентов с кровотечением из ВРВ пищевода выявил значительную эффективность лигирующего метода по сравнению со склеротерапией. Если при ЭС для эрадикации ВРВ пищевода больной подвергался неоднократным эндоскопическим процедурам, то ЭЛ выполнялась за один сеанс с помощью многозарядного лигирующего устройства. Чаще всего во время ЭС мы сталкивались с такой проблемой, как кровотечение из точек инъекции (24 пациента, 25,0%), которое требовало длительного сдавливания дистальным концом эндоскопа места прокола стенки варикозной вены. Ухудшение портальной гастропатии наблюдалось у 8 (9,2%) после ЭЛ и у 23 (23,9%) больных после ЭС ($p < 0,05$).

После ЭС у 1 пациента произошла перфорация пищевода с развитием медиастинита с последующим летальным исходом от септического шока. После ЭЛ летальных исходов не было. В то же время некоторые из осложнений, такие как дисфагия и боль в груди, у больных, подвергнутых ЭЛ, встречались статистически значимо чаще, чем у пациентов после ЭС – соответственно у 81 (93,1%) и 17 (17,7%). Транзиторная бактериемия наблюдалась у 5 (5,2%) больных после ЭС ($p > 0,05$). Глубокие язвы чаще отмечались у пациентов, перенесших ЭС (табл. 4).

Рецидив кровотечения в раннем послеоперационном периоде в 1-й группе имел место у 19 (11,4%) больных. Первым этапом им устанавливали зонд Блейкмора – Сенгстейкена. В последующем повторно проводили ЭС ВРВ пищевода. У 5 больных с рецидивом кровотечения консервативная терапия оказалась не эффективной. Всем им выполнено открытое оперативное вмешательство. Послеоперационная летальность составила 60% (3 больных). Во 2-й группе рецидив кровотечения возник на вторые сутки у 1 (1,1%) пациента. Кровотечения остановлено

установкой зонда-обтуратора. На контрольной эндоскопии выявлено, что причиной кровотечения явилась раннее соскальзывание лигатуры. Больному выполнено повторное лигирование ВРВ несколько ниже ранее лигированного участка. Пациент выписан на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Таблица 4
Результаты лечения у пациентов двух групп, абс. (%)

Осложнение	1-я группа	2-я группа
Глубокие язвы	22 (23)	1 (1,1)
Выпот в плевральную полость	18 (18,7)	1 (1,1)
Перфорации пищевода	1 (1,04)	-
Рубцовые стриктуры	7 (7,3)	-
Транзиторная бактериемия	5 (5,2)	-
Кровотечение из точек инъекции	24 (25,0)	-
Дисфагия (преходящая)	17 (17,7)	81 (93,1)

Таким образом, в 1-й группе летальность составила 9,4% (9 больных). Причиной смерти 1 пациента послужило септическое состояние, которое наблюдалось после перфорации пищевода с развитием медиастинита, 3 больных погибли вследствие профузного рецидивного кровотечения, 5 – вследствие прогрессирования печеночной недостаточности. Во 2-й группе летальных исходов не было.

В отдаленном периоде пациентам после эндоскопических вмешательств проводили контрольное эндоскопическое исследование через 1, 3, 6, 12, 18 и 24 месяца для оценки состояния ВРВПЖ. На контрольное исследование и наблюдение после ЭС явились 77 больных, после ЭЛ – 79.

При этом проанализирована возможность достижения эрадикации вен в различных группах пациентов. В случае применения ЭС при остром кровотечении эрадикации удалось добиться у 26 (33,7%) больных, ВРВ сохранились у 51 (66,3%). При проведении ЭЛ эрадикация достигнута у 52 (65,8%) больных (рис. 3-6), отсутствие эрадикации отмечалось у 27 (34,2%). Общее количество сеансов ЭС в течение 2-х лет составило 409 ($3,8 \pm 1,1$), ЭЛ – 227 ($2,5 \pm 1,3$).

Рецидив кровотечения среди больных, поступивших с кровотечением, наблюдался у 19 (19,8%) после ЭС и у 2 (2,3%) после плановых вмешательств. Высокая эффективность эрадикации ВРВ пищевода после ЭЛ позволила снизить частоту рецидива кровотечения в группе пациентов после плановых вмешательств (39 больных) до 2 (5,4%), когда как после экстренных ЭЛ (40 больных) рецидив наблюдался у (17,5%) 7 пациентов.

Клиническая медицина



Рис. 3. До выполнения эндоскопического лигирования.



Рис. 4. После трех сеансов эндоскопического лигирования.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ...

интравазальным способом) ВРВИ, во 2-ю группу включены 87 больных, у которых выполнялось ЭЛ (табл. 1).

Таблица 1
Распределение пациентов в зависимости класса печеночной недостаточности и степени ВРВПЖ, абс. (%)

Клинический показатель	1-я группа, n=96	2-я группа, n=87
<i>Печеночная недостаточность по Child - Pugh</i>		
Класс А	12 (12,5)	9 (10,3)
Класс В	63 (65,6)	49 (56,3)
Класс С	21 (21,9)	29 (33,3)
<i>Степень ВРВПЖ</i>		
II	25 (25,7)	27 (31,0)
III	62 (64,6)	48 (55,1)
III с переходом в желудок	9 (9,7)	12 (13,9)

Эндоскопические вмешательства выполнялись как в экстренном, так и в плановом порядке. У 79 больных при поступлении для временной остановки кровотечения, а также стабилизации гемодинамических показателей был применен зонд Блекмора - Сенгстейкена. В последующем, после достижения стойкого гемостаза, им выполняли ЭС или ЭЛ (табл. 2).

Таблица 2
Распределение больных с ВРВ пищевода и желудка в зависимости от вида вмешательства, абс. (%)

Вид вмешательства	1-я группа, n=96	2-я группа, n=87
Экстренный эндоскопический гемостаз	27 (28,1)	2 (2,3)
Экстренное отсроченное вмешательство:	36 (37,5)	43 (49,4)
- гемостаз достигнут зондом Блейкмора-Сенгстейкена	25 (26,1)	39 (44,8)
- самостоятельный гемостаз	11 (11,4)	4 (4,6)
Плановое эндоскопическое вмешательство:	33 (34,4)	42 (48,4)
- кровотечение в анамнезе	25 (26)	29 (33,3)
- высокий риск кровотечения	8 (8,4)	13 (15)
Всего	96	87

В исследование не были включены больные с изолированными варикозными венами желудка, сопутствующими онкологическими заболеваниями, выраженной почечной недостаточностью или другими конкурирующими заболеваниями, ранее перенесшие склеротерапию или какие-либо эндоваскулярные вмешательства. Во время обследования пациенты не принимали β-блокаторы.

Методика склеротерапии и лигирования: Процедура выполнялась в кабинете эндоскопии с использованием эндоскопических приборов фирмы Olympus (GIF-10). В качестве склерозирующих агентов использовались следующие препараты: 1-3% раствор полидоканола (этоксксклерол), 1-3% раствор тетрадецилсульфата натрия (тромбовар, фибровейн). За один сеанс эндоскопической склеротерапии вводили до 15-18 мл 1% склерозанта на две или три варикозные вены. Прокол стенки варикозных вен осуществляли выше зубчатой линии. На каждый венозный ствол приходилось от 6 до 10 мл склерозанта. Повторное введение склерозантов в остальные варикозные вены пищевода осуществлялось с интервалом в 3-4 суток.

ЭЛ выполняли натошак с помощью устройства из 6 или 10 колец фирмы Wilson - Cook. Лигирование начинали с области кардиоэзофагеального перехода и продолжали выше в шахматном порядке по спирали. Учитывая, что ЭЛ проводилось с помощью мультилигирующего аппарата, за один сеанс производили «циркулярное» лигирование всех варикозных вен пищевода начиная с уровня пищевода-желудочного перехода (рис. 1, 2).



Рис. 1. Эндоскопическая картина варикозно расширенных вен пищевода III ст. до ЭЛ.

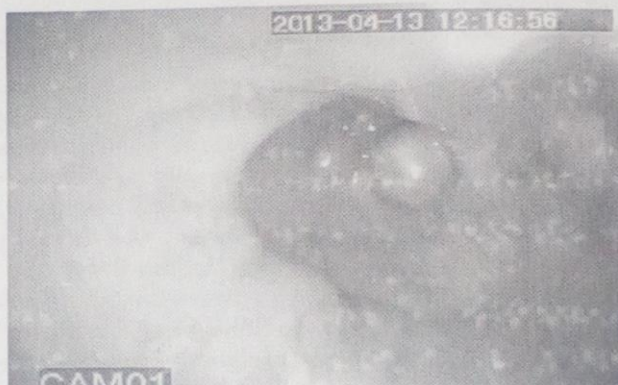


Рис. 2. Эндоскопическая картина пищевода варикозно расширенных вен пищевода до ЭЛ.

После лечения у больных обеих групп каждые первый и третий месяцы проводилось эндоскопическое исследование, которое позволяло обнаружить рецидив ВРВ пищевода, ухудшение течения портальной гастропатии или возникновение ВРВ желудка. При умеренной портальной гастропатии макроскопически слизистая оболочка желудка имела вид мозаики. При тяжелой портальной гипертензивной гастропатии на слизистой выявлялись пятна вишневого и/или черно-коричневого цвета. У пациентов с рецидивным ВРВ пищевода повторные процедуры ЭЛ или ЭС проводили вплоть до разрешения ВРВ пищевода.

Результаты

Для оценки результатов лечения нами были изучены частота осложнений и летальность в раннем послеоперационном периоде, а также рецидив кровотечения в отдаленном периоде после эндоскопических вмешательств. Количество процедур, которое понадобилось для эрадикации ВРВ за период госпитализации, в двух группах больных достоверно различались, составляя $2,3 \pm 0,4$ при ЭС и $1,0 \pm 0,2$ - при ЭЛ. Общее количество сеансов склеротерапии при первичной госпитализации было 217. Следует также отметить, что срок госпитализации больных, у которых проводилась ЭС, был больше, чем у пациентов с ЭЛ (табл. 3).

тики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода, что также подтверждают результаты наших исследований [7,13].

В наших наблюдениях рецидив кровотечения имел место у 19 (11,4%) больных после ЭС и у 1 (1,1%) – после ЭЛ. Портальная гастропатия наблюдалась соответственно у 23 (23,9%) и 8 (9,2%) пациентов. Причина этого заключается в том, что глубокие язвы после склеротерапии возникают в результате развития фиброзной ткани, что и приводит к облитерации перфорированных вен пищевода и, следовательно, увеличению портального давления и перераспределению крови в портальной сосудистой системе [8,13].

Осложнения после ЭЛ варикозных вен редки и симптоматически более «мягкие», чем после ЭС. Загрудинные боли и дисфагия, как правило, имеют преходящий характер. После ЭС наблюдаются многочисленные осложнения, такие как дисфагия, загрудинные боли, лихорадка, малый плевральный выпот, язвы и пищеводные стриктуры. Самые серьезные побочные эффекты склеротерапии – дисфагия, пищеводная стриктура и кровотечение из пищеводных язв, которые встречались более чем в 14% эпизодов повторных кровотечений [4].

Анализ данных литературы показал, что, несмотря на большое количество различных способов профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка, абсолютно эффективного метода, обеспечивающего надежную и окончательную остановку и профилактику кровотечения, способствующего поддержанию и нормализации функции печени, в настоящее время не существует. Многообразие нарушений портального кровообращения, функционального состояния печени, особенности кровотока в гастроэзофагеальной зоне, полиморфизм клинических проявлений определяют необходимость индивидуального подхода к выбору эндоскопического метода лечения и профилактики кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

Выводы

1. При пищеводном кровотечении на фоне портальной гипертензии целесообразно использовать методы гемостаза, обладающие минимальной агрессивностью при достаточно высокой степени клинической эффективности.

2. Эндоскопическое лигирование вен пищевода при портальной гипертензии является высокоэффективным методом гемостаза при минимальной частоте осложнений. Использование данного метода в профилактике пищеводных кровотечений позволяет достичь высокой степени эрадикации ВРВПЖ и значительно снизить риск повторного кровотечения.

Литература

1. Crisan D., Tantau M., Tantau A. Endoscopic management of bleeding gastric varices-an updated overview // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2014. – Vol. 16, №10. – P. 413.
2. El-Karakasy H.M., El-Koofy N., Mohsen N. et al. Extrahepatic portal vein obstruction in Egyptian children // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2015. – Vol. 60, №1. – P. 105-109.
3. Kim S.J., Oh S.H., Jo J.M., Kim K.M. Experiences with endoscopic interventions for variceal bleeding in children with portal hypertension: a single center study // Pediatr. Gastroenterol. Hepatol. Nutr. – 2013. – Vol. 16, №4. – P. 248-253.
4. Kondo T., Maruyama H., Kiyono S. et al. Similarities and differences in the clinical features between cardia varices and esophageal varices // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – Vol. 29, №11. – P. 1911-1918.

5. Li N., Liu Y.D., Yang Y.S. et al. A retrospective analysis of ectopic varices in gastrointestinal tract diagnosed by endoscopy // Zhonghua Nei Ke Za Zhi. – 2013. – Vol. 52, №11. – P. 936-939.

6. Miyaaki H., Ichikawa T., Taura N. et al. Endoscopic management of esophagogastric varices in Japan // Ann. Transl. Med. – 2014. – Vol. 2, №5. – P. 42.

7. Mustafa M.Z., Stanley A. Variceal rebleeding: use of drug therapy and endoscopic band ligation // Expert. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – Vol. 8, №2. – P. 179-183.

8. Myung D.S., Chung C.Y., Park H.C. et al. Cerebral and splenic infarctions after injection of N-butyl-2-cyanoacrylate in esophageal variceal bleeding // Wld J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19 (34). – P. 5759-57562.

9. Romano G., Agrusa A., Amato G. et al. Endoscopic sclerotherapy for hemostasis of acute esophageal variceal bleeding // J. Chir. – 2014. – Vol. 35, №3-4. – P. 61-64.

10. Rnos Castellanos E., Seron P., Gisbert J.P., Bonfill Cosp X. Endoscopic injection of cyanoacrylate glue versus other endoscopic procedures for acute bleeding gastric varices in people with portal hypertension // Cochrane Database Syst. Rev. – 2015. – Vol. 5. – P. 10180.

11. Sarin S.K., Kumar A. Endoscopic treatment of gastric varices // Clin. Liver. Dis. – 2014. – Vol. 18, №4. – P. 809-827.

12. Sato T. Treatment of ectopic varices with portal hypertension // Wld J. Hepatol. – 2015. – Vol. 7, №12. – P. 1601-1605.

13. Tantau M., Crisan D., Popa D. et al. A. Band ligation vs. N-Butyl-2-cyanoacrylate injection in acute gastric variceal bleeding: a prospective follow-up study // Ann. Hepatol. – 2013. – Vol. 13, №1. – P. 75-83.

14. Triantos C., Kalafateli M. Primary prevention of bleeding from esophageal varices in patients with liver cirrhosis // Wld J. Hepatol. 2014. – Vol. 6, №6. – P. 363-369.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Каримов Ш.И., Маткулиев У.И., Хахимов М.Ш., Ашууров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С.

Цель: оценка эффективности эндоскопического лигирования в профилактике кровотечений ВРВ пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией. **Материал и методы:** проанализированы результаты лечения 183 пациентов с ПГ, которые ранее перенесли эпизод кровотечения из ВРВ пищевода или желудка. Всем больным произведено эндоскопическое исследование для определения степени ВРВ и оценки риска кровотечения. В 1-ю группу включены 96 пациентов, которым выполнена эндоскопическая склеротерапия (ЭС) полидоканолом в виде микропенных частиц, во 2-ю группу вошли 87 больных, которым было произведено эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВ пищевода. **Результаты:** период наблюдения составил от 18,8±18,6 до 22,2±26,2 месяца. После ЭЛ, в отличие от ЭС, наблюдалась полная облитерация ВРВ, отмечалось меньшее количество рецидивов кровотечения, снизилась летальность. На контрольной эндоскопии рецидив ВРВ пищевода и желудка выявлен у 11,4% пациентов 1-й и у 3,1% – 2-й группы. После ЭЛ почти у всех больных наблюдались такие осложнения, как преходящая дисфагия, боль в груди, однако после ЭС чаще имели место такие более грозные осложнения, как плеврит, септический синдром, дисфагия и кровотечение из язвы склерозированного участка. **Выводы:** метод ЭЛ имеет очевидные преимущества перед ЭС.

Ключевые слова: варикозное расширение вен, эндоскопическое лигирование, эндоскопическая склеротерапия, рецидив кровотечения.