

КРОВОТЕЧІ З ТРАВНОГО КАНАЛУ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ

Hémorragies digestives des cirroses
P. Calès
La Revue du Praticien, 1997; 47: 497—502

Кровотечі, які виникають внаслідок розриву варикозно розширених вен стравоходу, посідають друге місце серед причин смерті хворих на цироз печінки. Для досягнення гемостазу рекомендують склерозуючу терапію (або накладання лігатури); альтернативою є застосування вазоактивних препаратів (терліпресин або соматостатин), які можна також призначати як доповнення до ендоскопічного лікування. Показом для накладання портоспленальних анастомозів є невдача другої спроби ендоскопічного лікування. Первинна профілактика кровотечі у цієї категорії хворих полягає у призначенні бета-блокаторів (пропранолол або надолол); лікування цими препаратами можна замінювати або доповнювати нітратами. Профілактика рецидиву кровотечі — накладання лігатури або склерозуюча терапія; бета-блокатори у такому випадку можна застосувати як альтернативу або доповнення.

Розрив варикозно розширених вен стравоходу є найчастішою причиною кровотеч з травного каналу при цирозі печінки.

Причини кровотеч при цирозі печінки

Приблизно 70% кровотеч із травного каналу при цирозі печінки є наслідком розриву варикозно розширених вен, насамперед у стравоході та кардіальному відділі шлунка. До 10% кровотеч зумовлені ураженням слизової оболонки дна — так званою портальною гастропатією¹, або варикозним розширенням вен антрального відділу шлунка. Усі ці патологічні зміни є наслідком портальної гіпертензії. У решті 20% випадків кровотеч їх причини — виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, синдром Меллорі-Вейса тощо, не мають специфічного зв'язку з цирозом, проте частота такої патології зростає із прогресуванням цирозу.

Перебіг захворювання

При прогресуванні цирозу у двох третин хворих виникає варикозне розширення вен стравоходу, яке часто ускладнюється їх розривом. Уже на початкових стадіях портальної гіпертензії є ризик виникнення кровотечі, у 2 третин хворих вона виникає протягом року з моменту встановлення діагнозу варикозного розширення вен стравоходу. Ризик загибелі хворого при першій кровотечі сягає приблизно 33%. Вважають, що навіть впровадження таких сучасних методик гемостазу, як склерозуюча терапія, мало вплинуло на летальність. Ризик кровотечі можна передбачити: вона виникає лише за наявності великих варикозних вузлів

¹ За різними даними, ця патологія є причиною до 20% кровотеч у хворих з портальною гіпертензією. Слизова шлунка у цих хворих зазнає патологічних морфологічних та функціональних змін, вона має підвищену чутливість до ушкоджуючих факторів (напр., алкоголю чи аспірину). Судини слизової дилатовані і тонкостінні. При ендоскопії виявляють почервоніння, мозаїчні зміни ("змійна шкіра" або припідняті шлункові поля), червоні плями та ерозії. Ці візуальні зміни доволі різноманітні та непостійні, надійним морфологічним критерієм є дилатація та екстазія судин слизової та підслизового шару. (Прим. ред.).

та так званих “червоних ознак” на їх поверхні (плями і смуги)². Важкість таких кровотеч виправдовує зусилля, скеровані на їх профілактику. Вона включає скринінг варикозного розширення вен — потенційного джерела кровотечі в усіх хворих з підозрою на портальну гіпертензію. При цирозі печінки без варикозного розширення вен ендоскопію з метою виявлення їх можливої появи проводять через 2 роки, а при наявності невеликих вариксів — щороку.

Ризик рецидиву кровотечі після її першого епізоду сягає 66%, а летальність при її виникненні — 30%. Кровотеча внаслідок розриву варикозно розширених вен за частотою посідає друге місце серед причин смерті хворих на цироз печінки. За важкістю вони посідають перше місце серед кровотеч із травного каналу, крім хіба що рідкісних випадків аорто-дигестивних фістул. Враховуючи неминучий ризик рецидиву кровотечі, необхідна так звана вторинна її профілактика (або профілактика рецидиву у всіх хворих, які вже перенесли таку кровотечу).

Патофізіологія

Патофізіологія цього ускладнення мало висвітлена в літературі, хоч відомо, що велику роль у ній відіграє зміна гемодинаміки, оскільки розрив варикозно розширених вен відбувається лише при зростанні градієнту тиску між портальними та печінковими венами понад 12 мм рт. ст. Вирішальну роль у розриві вени відіграє натяг її стінки. За законом Лапласа (натяг = тиск × радіус), ця величина залежить не лише від тиску, але й від розміру вени, що пояснює вищий ризик кровотечі із варикозно розширених вен великого діаметра. Ймовірно, що додаткову роль у розриві вени відіграють розлади гемостазу; недавно отримані дані дають змогу припустити, що прийом аспірину є фактором, який сприяє виникненню кровотечі.

Розрив варикозно розширених вен стравоходу є найчастішою причиною кровотечі при цирозі печінки. При цьому виникає гостра кровотеча, що, як звичайно, є масивною і проявляється гематемезисом (блюванням кров'ю). Цей тип кровотечі не проявляється хронічною анемією.

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Медикаментозне лікування

Препарати, які застосовуються з метою гемостазу
Вазопресин та його похідні. Природний (або екзогенний) людський вазопресин — це гормон із властивостями вазоконстриктора. З лікувальною

² Ендоскопічно виділяють переважно три ступені варикозного розширення вен стравоходу. Перший ступінь — синюваті лінійні вени діаметром до 2–3 мм; другий — вени звивисті, нерівномірного діаметра (“намистоподібні”), утворюють вузлики діаметром понад 3 мм, які випинаються у просвіт стравоходу; третій — чітко видимі вузли, звивисті змієвидні вени, які часто сягають склепіння шлунка і суттєво випинаються у просвіт стравоходу. Інколи виділяють ще й четвертий ступінь венектазії — гроновидні, поліповидні великі конгломерати вузлів, які звужують або закривають просвіт стравоходу. У деяких випадках частина варикса виглядає червоною (звичайний його колір — блідо-синюватий), її характеризують як “червоні ознаки”. Зумовлені вони розширенням капілярів сосочкового шару та венул під впливом портальної гіпертензії. Виділяють 4 їх категорії, важкість яких корелює з ризиком кровотечі:

1. Червоні смуги (“сліди удару батоном”) на поверхні варикса, зумовлені розширенням венул.
2. Вишнево-червоні крапки (< 2 мм).
3. Плями більших розмірів — “кров'яні кісти”.
4. Дифузне почервоніння поверхні варикса.

Крім того, факторами ризику кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу вважають езофагіт, а також локалізацію вузлів у шлунку та в стравоході вище 4 см від кардії. (Прим. ред.).

метою застосовують екзогенний вазопресин тваринного походження або синтетичні препарати. Основним препаратом, що застосовується тепер, є терліпресин (Гліпресин), який вводять внутрішньовенно кожні 4 години разовою дозою 1–2 мг залежно від маси тіла. Основні побічні ефекти — артеріальна гіпертензія, порушення серцевого ритму, серцева недостатність, ішемія (коронарна, мезентеріальна, шкіри). Можливість серцево-судинних ускладнень зумовлює низку відносних протипоказів до застосування препарату: коронарна недостатність або загроза інфаркту міокарда, порушення серцевого ритму, нелікована артеріальна гіпертензія, церебральна або периферична судинна недостатність, астма, дихальна недостатність, хронічна ниркова недостатність, вік понад 70 років. абсолютними протипоказами вважають вагітність (експериментально доведено, що у 20% випадків виникають вади розвитку плоду) та септичний шок.

Соматостатин. При портальній гіпертензії можна застосувати 2 типи речовин: соматостатин (природний поліпептид з 14 амінокислот) або його синтетичний аналог октреотид, що складається з 8 амінокислотних залишків. Ланок, на які діє соматостатин, кілька — пригнічення синтезу гастроінтестинальних гормонів із властивостями вазодилаторів, підвищення тону сфинктера стравоходу. Соматостатин (модустатин, соматостатин UCSB) вводять методом постійної інфузії за допомогою електричного дозатора. Як звичайно, його доза — 250 мкг/год. Октреотид (Сандостатин) можна вводити підшкірно або внутрішньовенно методом постійної інфузії. Внутрішньовенна доза препарату коливається звичайно в межах 25–50 мкг/год, перед цим часом вводять болюсну дозу 25–100 мкг. Після застосування як соматостатину, так і октреотиду протягом короткого періоду (кілька годин або днів) можуть виникати мінімальні побічні явища: нудота, діарея, біль у животі. Протипоказів до застосування цих препаратів немає.

Препарати, що застосовуються для превентивного лікування

Бета-блокатори. Неселективні, або $\beta_{1,2}$ -адреноблокатори мають більший позитивний вплив на гемодинаміку при портальній гіпертензії, ніж кардіоселективні, або β_1 -блокатори. Серед цих препаратів найліпше вивчений пропранолол. Він знижує портальний тиск і зменшує кровонаповнення внутрішніх органів. Для більшості хворих адекватна доза становить 160 мг/добу пропранололу одноразово у формі пролонгованого препарату³, звичайна доза надололу — 80 мг/день.

У хворих з портальною гіпертензією виявлено три основні, відносно специфічні для них, побічні ефекти β -блокаторів. До них належить енцефалопатія, пов'язана з печінковою недостатністю, яку в низці випадків вважають зумовленою пропранололом. Приблизно у 5% хворих із кровотечею з травного каналу на фоні цирозу печінки, які отримували β -блокатори, виникають труднощі у проведенні реанімаційних заходів внаслідок колапсу, зумовленого відсутністю рефлекторної тахікардії. Є дані, що найбільш ефективно блокаду β -рецепторів усуває глюкагон, проте його застосування пов'язане із ризиком зростання портальної гіпертензії. Крім того, при раптовій відміні пропранололу ризик кровотечі із травного каналу суттєво зростає (феномен відміни) внаслідок стимуляції адренергічних рецепторів, що зумовлює необхідність ретельного нагляду. Специфічних для портальної гіпертензії протипоказів до застосування препарату немає, проте клінічний досвід свідчить, що β -блокатори слід застосовувати обережно у хворих з вираженою печінковою недостатністю, особливо якщо систолічний артеріальний тиск нижчий, ніж 100 мм рт. ст. Цукровий діабет, а саме інсулінозалежний (який часто трапляється при цирозі печінки), у цьому контексті не вважається протипоказом до застосування β -блокаторів.

³ Пропранолол у пролонгованій формі в Україні не зареєстровано.

**Практичні рекомендації для призначення
медикаментозної терапії з метою профілактики
розриву варикозно розширених вен стравоходу**

1. Переконайтесь у відсутності протипоказів, особливо латентної кардіоміопатії (перед призначенням β -блокаторів).
2. Контролюйте переносимість препаратів шляхом спостереження за функцією нирок та артеріальним тиском, особливо у хворих класу C за Child-Pugh.
3. Оцініть можливі ефекти лікування, призначеного з іншого приводу:
 - ◆ ефект антагонізму, наприклад, прийом β_1 - β_2 -міметиків хворими на бронхіальну астму. Поєднувати пропранолол та молсидомін не рекомендують.
 - ◆ ефект синергізму, наприклад, прийом β_1 -блокаторів при артеріальній гіпертензії. Слід спростити лікування. Призначаючи спіронолактон при асциті, слід пам'ятати, що цей препарат зменшує портальну гіпертензію (як діуретик).
4. Оптимізувати спостереження за хворими:
 - ◆ поясніть хворому сутність лікування (можна за допомогою схематичних малюнків);
 - ◆ наголосіть на тому, що лікування призначається на невизначений термін, зокрема при застосуванні β -блокаторів не можна робити перерви.

Нітрати. Нітрати спричиняють системну вазодилатацію. Зменшення портального тиску відбувається за рахунок рефлекторної вазоконстрикції у внутрішніх органах. Процес відбувається внаслідок збудження барорецепторів низького тиску, які реагують як на низький артеріальний тиск, так і на секвестрацію крові у емнісних судинах (венах). З оральних форм вазодилаторів при портальній гіпертензії застосовують молсидомін та ізосорбиду 5-мононітрат, які теоретично мають ряд переваг: повна біодоступність із відсутністю метаболізму у печінці та ефекту першого проходження, тривала дія, незмінена фармакокінетика при цирозі печінки та відсутність кумуляції. Дозу препарату поступово підвищують, враховуючи адаптацію пацієнта, проте пам'ятаючи про ризик артеріальної гіпотензії та біль голови, з нею пов'язаний. Ізосорбиду 5-мононітрат призначають по 20—40 мг через кожні 12 годин, молсидомін — по 2—4 мг через кожні 8 годин. Специфічної побічної дії цих препаратів, пов'язаної з цирозом печінки, не виявлено. Основною проблемою є те, що нітрати погіршують функцію нирок, що може призвести до збільшення кількості асцитичної рідини. Тому не слід призначати нітрати при рефрактерному асциті або систолічному артеріальному тиску, нижчому від 100 мм рт. ст.

Прогностичні класифікації цирозу печінки
За Child

	Клас А	Клас В	Клас С
Білірубін (мкмоль/л)	< 41	41–50	> 50
Альбумін (г/л)	> 35	30–35	< 30
Асцит	Відсутній	Легко контролюються	Важко контролюються
Енцефалопатія	Відсутня	Мінімальна	Коматозний стан
Відживлення	Добре	Знижене	Кахексія

За Child у модифікації Pugh

Показник	Бали		
	1	2	3
Білірубін (мкмоль/л)	< 35	35–50	> 50
Альбумін (г/л)	> 35	28–35	< 28
Протромбіновий індекс (%)	> 50	40–50	< 40
Асцит	Відсутній	Помірний	Виразений
Енцефалопатія	Відсутня	Помірна	Коматозний стан

Групи:

5–6 балів — відповідає класу А (компенсації)

7–11 балів — класу В (субкомпенсації)

12 і більше балів — класу С (декомпенсації)

Хірургічне лікування

Є два підходи до хірургічного лікування при варикозно розширених венах стравоходу: зменшення тиску у варикозно розширених венах шляхом формування портосистемних анастомозів або безпосередні прямі маніпуляції на варикозно розширених венах із розділенням сполучення між басейнами ворітної та непарної вен.

Портосистемні анастомози

Їх створення дає змогу ліквідувати варикозне розширення вен непрямим шляхом у результаті зниження тиску у всій портальній системі або її частині. Розрізняють дві категорії портосистемних анастомозів:

Неселективні анастомози. Ці шунти дають змогу розвантажити порталну систему, відводячи кров у нижню порожнисту вену. Неселективні анастомози є 2 типів: 1) тотальні (відведення усієї крові з ворітної вени у нижню порожнисту із вирівнюванням тиску у порталній системі і нижній порожнистій вені) — портокавальні термінолатеральні анастомози; 2) часткові (відведення частини крові з порталної системи у системне венозне русло і зменшення порталного тиску із підтриманням теоретично достатнього кровоплину у печінці) — портокавальні латеролатеральні, мезентерокавальні і спленоренальні анастомози. Проте різниця між цими шунтами часто лише теоретична: у більшості випадків часткові шунти тривалий час функціонують як тотальні. Анастомози, калібр яких достатній для суттєвого зменшення тиску у порталній системі, призводять до суттєвого зменшення печінкового кровоплину. Є дані, що лише портокавальні анастомози із вставкою гортексового протезу каліброваного діаметра функціонують як справжні часткові шунти.

Селективні анастомози. Основними з них є дистальний спленоренальний анастомоз за Уорреном (Warren). Метою цього втручання є розвантаження варикозно розширених вен шляхом спрямування крові з селезінкової вени та коротких шлункових вен замість порталної системи в ліву ниркову вену.

Безпосередні втручання на варикозно розширених венах

Ризик енцефалопатії після створення портокавальних анастомозів спонукає хірургів шукати методів лікування варикозного розширення вен шляхом прямих втручань на стравоході. Нині операції, які застосовуються, можна умовно розділити на 2 типи: езофагальна трансекція та роз'єднання сполучень між басейнами ворітної та непарної вен. Операція на варикозних венах спрямована на ліквідацію безпосередньої причини кровотечі, без впливу на порталний тиск, наслідком якого вони є.

Рентгеноендоваскулярні втручання

Є два нерівноцінні види лікування варикозного розширення вен стравоходу: створення портосистемних анастомозів трансюгулярним шляхом (TIPS — transjugular intrahepatic portosystemic shunt) та емболізація.

TIPS. Операція полягає у створенні печінкового анастомозу певного діаметра⁴ між системними (печінковими) венами та ворітною (права або ліва її гілка) вводячи катетер під рентгенівським контролем черезшкірно, через підключичну вену. Формування такого анастомозу потребує імплантації протезу.

Класичними протипоказами до цієї операції є інфекційні ураження печінки (холангіт, абсцес) та її пухлини (первинні або метастази). З огляду на технічні проблеми сюди ж зараховують полікістоз печінки. Проте якщо давній тотальний тромбоз порталної вени є протипоказом, то свіжий або частковий її тромбоз є показом до TIPS, оскільки прискорення кровоплину сприяє розсмоктуванню тромба. Найважчим раннім ускладненням операції є кровотеча в черевну порожнину. Основні пізні ускладнення — печінкова енцефалопатія (2,2—30% випадків) та обструкція шунта (15—50% випадків).

Емболізація. Емболізацію ізольованих варикозно розширених вен стравоходу тепер проводять рідко, у зв'язку з наявністю досконаліших ендоскопічних методів лікування. Проте ця порівняно нескладна маніпуляція проводиться перед виконанням TIPS, а також в ургентних випадках.

⁴ Оклюзії каналу, створеного в паренхімі печінки між гілкою печінкової та ворітної вен запобігають шляхом введення в нього сітчастої трубки-стента певного калібру. (Прим. ред.).

Ендоскопічні методи лікування

Склерозуюча терапія. При кровотечі, що виникає внаслідок розриву варикозно розширених вен стравоходу, ургентна склерозуюча терапія шляхом локальної ін'єкції склерозуючих речовин проводиться з метою зупинки кровотечі та запобігання її ранньому рецидиву. Повторні сеанси терапії дають змогу досягти склерозування всіх варикозно розширених вен. Введена склерозуюча речовина викликає тромбоз, а в подальшому фіброз варикозно розширеної вени внаслідок запалення. Ін'єкція препарату в порожнину вени спричинює швидкий тромбоз варикозного вузла та перфорантних вен, тоді як паравенозна ін'єкція призводить до запалення та епітеліального фіброзу.

Сеанси склерозуючої терапії з метою склерозу всіх варикозно розширених вен рекомендують проводити з двотижневим інтервалом (потрібно звичайно 3–6 сеансів). Ендоскопічний контроль проводять кожних 3 місяці протягом першого року, двічі на рік на другий рік та надалі раз на рік за відсутності рецидиву варикозу.

До серйозних ускладнень (5–25%) належать перфорація стравоходу (1–4%), що призводить до важкого медіастиніту з летальністю до 50%, та аспіраційна пневмонія. Хоч повідомляють про інфекційні ускладнення, які трапляються з різною частотою, проте профілактичну антибіотикотерапію, як звичайно, не проводять, окрім пацієнтів групи ризику (ураження серцевих клапанів, імунодефіцитні стани). Утворення виразкувань стравоходу вважають неминучим етапом усунення вариксів. Противиразкові засоби (омепразол, сукральфат) не зменшують частоту утворення виразкувань, але прискорюють їх загоєння. Частота стенозу стравоходу, який проявляє себе клінічно і потребує лікування, коливається від 0 до 25%. Іноді виникають інтрамуральні гематоми стравоходу (1–3%).

Накладання еластичних лігатур. Метод полягає в накладанні за допомогою ендоскопічного обладнання еластичної лігатури на варикозний вузол. Перетискання варикозної вени припиняє кровоплин у ній, спричинює стаз та локальний тромбоз. Надалі виникає поверхневий некроз, який не захоплює м'язової стінки стравоходу і призводить до облітерації підслизових вен.

Кількість еластичних лігатур, які накладаються за 1 сеанс, коливається від 4 до 12. Переважно потрібно провести 4 такі процедури. Після накладання лігатур, як і після склерозуючої терапії, рекомендують прийом подрібненої (перемеленої) їжі для зменшення ризику обструкції стравоходу, оскільки перев'язані варикозні вузли можуть випинатися в просвіт стравоходу.

Ускладнення після накладання еластичних лігатур трапляються рідше, ніж після склерозуючої терапії. Спостерігають утворення виразок стравоходу, які іноді супроводжуються кровотечею (5%), швидко загоюються і рідко призводять до стенозу. Трапляються також аспіраційна пневмонія та інфекційні ускладнення (бактеріємія, гарячка тощо).

Ендоскопічна обтурація біологічним клеєм. З цією метою застосовують ціанокрилат ізобутилу (букрилат), який полімеризується і твердне через кілька секунд після контакту з кров'ю. Внаслідок ін'єкції цієї речовини відбувається моментальна обтурація варикозної вени та її усунення за один сеанс. Клей проникає в судинну стінку, спричинюючи її запалення та грубий фіброз. Техніка виконання цієї маніпуляції доволі складна.

Тампонада

Принцип методу полягає, по-перше, у перетисканні кривавлячої варикозно розширеної вени, по-друге — у зменшенні припливу крові до неї.

Є 2 типи засобів для тампонади. Зонд Блекмора характеризується наявністю стравохідного та шлункового балонів, а зонд Лінтона-Накласа не має грушовид-

ного балона для комбінованої гастроезофагальної компресії. Зонд Блекмора доцільніше застосовувати при розриві варикозно розширених вен стравоходу, зонд Накласа — варикозно розширених вен кардії.

Тампонада за допомогою зонда вимагає перебування пацієнта у відділі інтенсивної терапії. Хворі рідко переносять таку процедуру задовільно. Частота ускладнень, найважче з яких — аспірація, коливається у межах 10—30%.

Вибір лікувального підходу

Реанімаційні заходи

Усі кровотечі з травного каналу при цирозі печінки вимагають ургентної госпіталізації хворого. Необхідно розпочати внутрішньовенну інфузію з метою стабілізації гемодинаміки. Слід проводити інфузію макромолекулярних сполук або крові, проте не в надмірній кількості, оскільки гіперволемія сприяє розриву варикозно розширених вен⁵. Ризик гіповолемічного шоку, зумовленого кровотечею, є меншим порівняно з ризиком наростання печінкової недостатності, печінкової енцефалопатії, ниркової недостатності та інфекційних ускладнень.

Профілактика енцефалопатії полягає в низці превентивних заходів, зокрема уникненні застосування седативних препаратів та метоклопраміду. Оральне призначення лактулози є традиційним, проте малоефективним. Проводять профілактичну антибактеріальну терапію, оскільки це суттєво збільшує шанси на виживання хворого. Призначають препарати хінолонового ряду, наприклад, норфлуксацин по 400 мг двічі на день орально щонайменше 5 днів, а якщо є ризик інфікування граммпозитивними паличками, наприклад, аспірація під час ендоскопії, то також вводять амокцилін.

Гемостаз

На трьох великих конференціях проведених у 1989, 1990 і 1995 р., та у недавньому мета-аналізі було підбито підсумки контрольованих рандомізованих досліджень цієї проблеми. Основні напрямки лікування викладено в рішенні французького консенсусу щодо ургентних випадків кровотечі з верхніх відділів травного каналу при портальній гіпертензії. Ендоскопію необхідно проводити у перші години кровотечі. Як первинну лікувальну маніпуляцію, рекомендують склерозуючу терапію або накладання лігатури. Якщо ці процедури ургентно провести неможливо, слід розпочати лікування вазоактивними препаратами, а якщо кровотеча профузна — застосовувати тампонаду стравоходу за допомогою зонда. При ранньому рецидиві, який настає після склерозуючої терапії (або накладання лігатур), рекомендують провести повторно цю ж маніпуляцію або медикаментозне лікування. При неадекватності повторної склерозуючої терапії протягом наступних 6 годин пропонують хірургічне лікування, або, що нині найкраще, TIPS. Дослідження засвідчили, що призначення октреотиду водночас із склерозуючою терапією або накладанням лігатур поліпшує результати.

Склерозуючу терапію або лігування судин рекомендують, загалом, проводити у спеціалізованих центрах. За інших обставин проводять лікування вазоактивними препаратами. Тампонада за допомогою зонда є методом резерву для випадків масивної кровотечі або неефективності медикаментозної терапії. Портосистемні анастомози (TIPS або такі, що створюються хірургічним шляхом) накладають відразу ж після ендоскопічного лікування, якщо воно, проведене вдруге, було невдалим.

⁵ Надмірних гемотрансфузій вважають доцільним уникати також з тих міркувань, що підвищення гематокриту зумовлює збільшення в'язкості крові. Згідно з законом Пуазейля це може супроводжуватися зменшенням об'ємного кровоплину в печінці і призводити до рефлекторного підвищення портального тиску та рецидиву кровотечі. (Прим. ред.).

Гемостатична терапія: практичні рекомендації

1. При поступленні:

- ◆ метод 1-го вибору: склерозуюча терапія (+октреотид \approx 3 дні);
- ◆ метод 2-го вибору: терліпресин або октреотид \approx 3 дні;
- ◆ метод 3-го вибору: тампонада на 24 години.

2. Якщо кровотеча триває 24 години:

- ◆ ендоскопічне лікування (1 або 2 спроби)

3. Якщо кровотеча триває 6 годин після другої спроби ендоскопічного гемостазу:

- ◆ TIPS або формування анастомозу хірургічним шляхом.

Питання, чи поліпшує прогноз рання фармакотерапія, в тому числі розпочата на долікарняному етапі, нині вивчається.

Допервинна профілактика

Її концепція, створена в 1996 р., полягає у профілактиці появи варикозно розширених вен стравоходу або принаймні такого варикозу, який супроводжується високим ризиком кровотечі. Нині опубліковано результати 2 досліджень, які засвідчили, що застосування пропранололу не зменшує частоти появи великих варикозно розширених вен стравоходу та кровотеч у хворих на цироз печінки.

Первинна профілактика

Механічні маніпуляції (ендоскопічні чи хірургічні) нині у первинній профілактиці кровотеч неактуальні. Методом вибору є β -блокатори (пропранолол по 160 мг/день або надолол по 80 мг/день), які у випадках появи серйозних побічних ефектів або за наявності протипоказів можна замінити нітратами. Комбіноване застосування β -блокаторів та нітратів ще потребує детальнішого вивчення. Стратегію первинної профілактики подано на схемі.

Вторинна профілактика

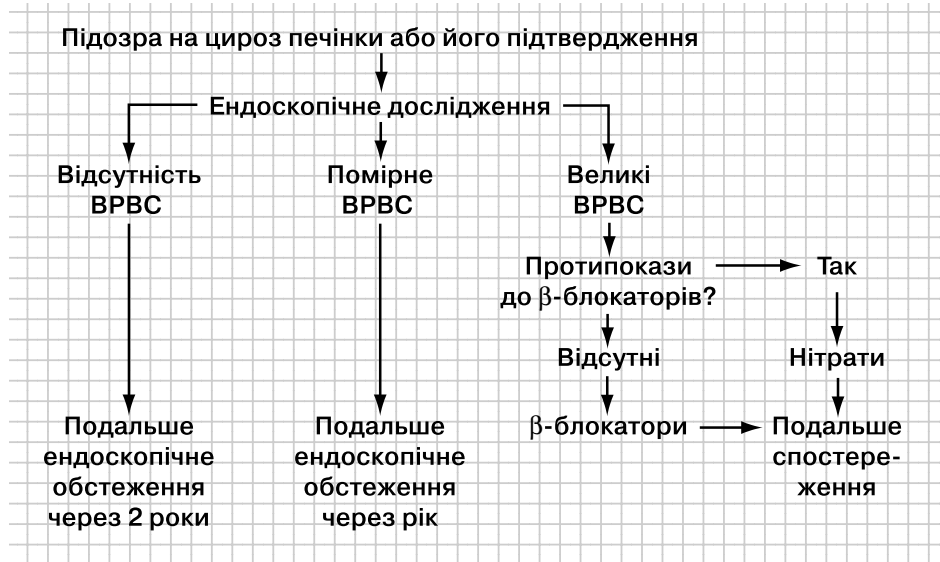
Рекомендації щодо неї розроблено на узгоджувальній конференції Baveno II у 1995 р. У хворих, що перенесли кровотечу із варикозно розширених вен, яка була зупинена медикаментозно, для профілактики рецидиву проводиться склерозуюча терапія з одночасним призначенням β -блокаторів або без них. При неуспішності поєднання цих двох методів пропонують хірургічне формування анастомозу (або TIPS). Слід сказати, що недавні дослідження засвідчили перевагу поєднання β -блокаторів та нітратів із склерозуючою терапією⁶.

Лікування інших кровотеч, зумовлених портальною гіпертензією

Розрив варикозно розширених вен шлунка трапляється рідше, проте кровотечі при цьому важчі, ніж при розриві варикозно розширених вен стравоходу.

⁶ Слід також враховувати, що нерідко на поверхні кривавлячих варикозних вузлів виявляють ерозії, що вірогідно, і були безпосередньою причиною кровотечі. Про роль пептичного фактору в розвитку варикозних кровотеч свідчить і те, що езофагіт є фактором ризику кровотечі. Тому в терапію, спрямовану на профілактику рецидиву варикозної кровотечі, доцільно включати антисекреторні засоби. (Прим. ред.).

Стратегія виявлення варикозно розширених вен стравоходу (ВРВС) та первинна профілактика їх розриву



Оптимальним у цьому випадку є ендоскопічне лікування із введенням у пошкоджену судину біологічного клею (гістоакрил). Ектопічна локалізація варикозно розширених вен (дванадцятипала або пряма кишка та ін.) трапляється надзвичайно рідко і становить значні труднощі для діагностики та лікування. У таких випадках TIPS є оптимальним рішенням.

Портальна гастропатія іноді призводить до хронічної анемії. Єдиним відомим лікуванням такої патології є застосування $\beta_{1,2}$ -блокаторів. При вазектазіях іноді виникає гостра кровотеча, проте частіше це проявляється хронічною анемією. Лікувальні заходи проводять у такій послідовності (кожен подальший при неефективності попереднього): препарати заліза, естрогени (50% розчин етилестрадіолу), лазеротерапія.

Висновки

Не слід однозначно переносити результати контрольованих досліджень на практичну діяльність. Безперечно, є феномен захоплення певними методами лікування, що триває близько 12 років, останній з яких (починаючи з 1980 р.) характеризувався розвитком склерозуючої терапії. Численні дослідження не прояснюють ситуації. Крім того, вибір методу лікування (хірургічного) залежить від можливостей конкретної установи, проте це не означає, що слід зосередити всю увагу лише на одному методі, ігноруючи інші. Нині зростає інтерес до медикаментозної терапії, що зумовлено її простотою, проте її проведення вимагає ретельного спостереження за хворим. І нарешті, при кровотечі у хворого на цирроз печінки (клас B за Child-Pugh) слід подумати про можливість трансплантації печінки.

Переклад *Тараса Качмара*

Nous remercions vivement la rédaction de "LA REVUE DU PRATICIEN"
pour l'autorisation de la réimpression de cet article