

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Ю.В.Грубник, О.М.Загороднюк,
В.Ю.Грубник, В.А.Фоменко*

Одесский национальный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница,
Одесский центр желудочно-кишечных кровотечений
на базе городской клинической больницы № 11
Одесса, Украина

В статье проанализирован опыт и отдаленные результаты различных методик профилактического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у 532 пациентов. Мы разделили пациентов на три группы в соответствии с методами лечения и профилактики: эндоскопического гемостаза и консервативной терапии, рентгенэндоваскулярных операций и лапароскопических операций на пищеводе и желудке. Нами проанализированы результаты как солитарного, так и комбинированного применения этих методик.

Ключевые слова: портальная гипертензия, варикозные вены, пищевод, цирроз, лапароскопия, портоазигальное разобщение, эндоваскулярная эмболизация.

Введение

Проблема лечения осложнений портальной гипертензии остается одной из самых актуальных в современной хирургии, что связано как с тяжестью самой патологии, так и с неуклонным ростом заболеваемости циррозом печени вирусной этиологии, являющегося основной (до 96%) причиной развития портальной гипертензии [6,

8, 10, 11]. В хирургической практике наиболее встречаемым осложнением портальной гипертензии, вызванной циррозом печени, является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, которое характеризуется высокой летальностью и рецидивирующим течением. В лечении кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода в последнее время ведущее место занимают эндоскопические методы, однако, несмотря на высокую эффективность, при отсутствии коррекции портальной гипертензии у значительного количества больных возникают рецидивы кровотечений. Для коррекции гемодинамики портального бассейна все больше применяются эндоваскулярные операции, в частности эмболизация селезеночной артерии. Стандартные методики эмболизации селезеночной артерии хотя и обладают достаточно высокой эффективностью, могут приводить к серьезным осложнениям. Кроме того, по клиническим наблюдениям, в 60-85% случаев [1, 2, 4, 10, 11, 12] в период от 1 года до 3 лет (в зависимости от выраженности цирроза печени) наступает рецидив гиперспленизма, связанный с развитием коллатеральных путей кровотока в селезенке, в основном за счет увеличения кровотока по системе коротких артерий желудка. В таких случаях приходится выполнять повторную эмболизацию артерий, питающих селезенку, что, в свою очередь, связано с высокими техническими трудностями и характеризуется низкой клинической эффективностью.

Целью данной работы было изучить эффективность усовершенствованных малоинвазивных методик при лечении больных с портальной гипертензией, осложненной пищеводно-желудочными кровотечениями.

Материалы и методы исследования

С 2007 по 2012 г. под нашим наблюдением находилось 532 больных с циррозом печени, осложненным портальной гипертензией и кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Причиной цирроза у 170 пациентов был перенесенный вирусный гепатит В и С, у 82 пациентов — злоупотребление алкоголем, у 28 пациентов цирроз был вызван другими причинами. Возраст пациентов колебался от 26 до 79 лет. Женщин было 89 (32%), мужчин — 191 (68%).

Степень тяжести цирротического процесса оценивали по классификации Child-Pugh [13]. Больных со стадией цирроза Child-Pugh А было 40 больных, Child-Pugh В — 140 больных, Child-Pugh С — 100

больных. Кровотечение тяжелой степени были в 76 случаях, среднего — в 141 случая, легкого — у 63 больных.

Все больные, которые поступали в клиники, госпитализировались в реанимационное отделение, где стабилизировалось их состояние. После стабилизации состояния больных им проводилось эндоскопическое исследование с последующим эндоскопическим гемостазом.

Для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода нами использовалось их эндоскопическое лигирование, склерозирование и пломбирование. Склерозирование выполняли как иглами фирмы «Olympus», так и иглами собственной конструкции. Как склерозант использовали тромбовар, 1% этоксисклерол. Введение препарата выполняли как интравазально, так и паравазально. Эндоскопическое лигирование выполняли по методике Stiegmann-Goff с помощью лигаторов фирмы «Olympus» HX21L1 и «Cook», а также модифицированного нами лигатора. Пломбирования выполняли, применяя двухпросветную иглу-инжектор. Использовали фибриновый клей «Immuno» (Австрия), а также приготовленный по методике, разработанной в нашей клинике.

Из 196 больных, которым проводился эндоскопический гемостаз, 128 больным выполнено эндоскопическое склерозирование, 48 больным — эндоскопическое лигирование и 20 больным — эндоскопическое пломбирование.

На протяжении 2003 по 2009 г. на базе Одесской областной клинической больницы в лечении 137 пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией нами была использована операция эмболизации селезеночной артерии в различных вариантах редукции кровотока [3]. По степени компенсации цирроза пациенты делились следующим образом: стадия А по Child-Pugh была у 32 пациентов, стадия В и С — у 79 и 36 больных соответственно. Асцит различной степени выраженности был диагностирован у 19 пациентов со стадией В (24,1%) и у 28 больных со стадией С (77,8%).

Всем пациентам была выполнена эмболизация селезеночной артерии в плановом порядке.

Из 137 пациентов эмболизация методом «острой» окклюзии была выполнена у 5 пациентов, из них у трех стадия цирроза расценена как В, а у двух — как С. Остальным исследуемым эмболизация выполнялась методом «хронической» эмболизации с усилением эмболизирующего эффекта по разработанной нами методике.

Все пациенты достаточно хорошо перенесли эмболизацию. Из местных осложнений мы наблюдали лишь небольшие подкожные гематомы в области пункции бедренной артерии у 32 больных.

У 5 пациентов, которым эмболизация была выполнена по типу острой окклюзии, наблюдался выраженный болевой синдром, требовавший неоднократного применения наркотических анальгетиков. В периферической крови у них развивалась картина полицитемии, характерная для спленэктомии: резкий подъем уровня тромбоцитов (до $300 \cdot 10^9$) с последующим изменением показателей свертываемости, эритремия до $14 \cdot 10^{12}$, гиперкоагуляция. В связи с резким изменением портальной гемодинамики у 3 из 5 (2 со стадией С и со стадией В) больных развилось повторное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка в первые сутки или на следующий день после вмешательства. Во всех трех случаях кровотечение было остановлено повторным эндоскопическим лигированием и консервативной терапией. В течение двух недель после вмешательства больные лихорадили от $37,5^{\circ}\text{C}$ до 39°C . Спустя три года после лечения трое больных со стадией В живы, субъективно отмечают некоторое улучшение, показатели периферической крови умеренно понижены, динамика развития цирроза печени замедлилась. По данным контрольного УЗ исследования, размеры селезенки уменьшились на треть от исходных, при ЭФГС и рентгенконтрастном исследовании пищевода у пациентов сохраняется варикозное расширение вен пищевода II степени. Оба больных со стадией С умерли на протяжении 6 и 9 месяцев после операции из-за прогрессирующей печеночной недостаточности. Примечательно, что у обоих этих пациентов с декомпенсированным циррозом при изотопном сканировании не было выявлено уменьшения размеров печени и значительного снижения накопления печенью изотопа. Асцит у этих пациентов был выражен на момент операции умеренно и составлял от 1 до 1,5 литра.

В группе из 132 больных, которым эмболизация селезеночной артерии выполнялась методом «хронической окклюзии», послеоперационный период протекал значительно спокойнее. Однако, у первых 14 пациентов, которым не производилась окклюзия левой желудочной артерии, отмечалось увеличение варикозно расширенных вен пищевода со II до III степени. Возникновение этого осложнения мы связываем с возникновением препятствия кровотоку по селезеночной артерии и компенсаторным повышением объемного крово-

тока в бассейне левой желудочной артерии. У всех этих пациентов было выполнено повторное профилактическое эндоскопическое склерозирование вен пищевода. В дальнейшем, по мере регрессирования явлений гиперспленизма, варикоз уменьшался до I-II степени. У остальных 118 пациентов, которым эмболизация селезеночной артерии дополнялась окклюзией левой желудочной артерии, послеоперационный период протекал гладко, без осложнений.

При использовании «хронической» эмболизации болевой синдром у всех исследуемых был выражен умеренно, лишь в 5 случаях потребовалось однократное применение наркотических анальгетиков. В течение недели после вмешательства у всех пациентов сохранялась лихорадка от 37,2°C до 38,4°C, затем температура тела стабилизировалась на нормальных значениях. Показатели периферической крови в раннем послеоперационном периоде изменились незначительно, полицитемии не отмечалось. Однако уже в течение месяца со времени эмболизации показатели крови значительно улучшались, достигая субнормальных величин

У 42 больных с целью профилактики рецидивов кровотечений нами впервые были предложены и проводились лапароскопические операции, которые заключаются в деваскуляризации проксимального отдела желудка и абдоминальной части пищевода.

Все пациенты, которым мы выполняли данную операцию, находились на компенсированной и субкомпенсированной стадии цирроза печени. Так, из 42 пациентов у 34 был цирроз класса Child-Pugh A и 8 больных — Child-Pugh B.

Лапароскопическая операция была разработана в клинике и использовалась с 2004 г. Точки введения троакаров были аналогичны стандартным точкам при лапароскопической фундопликации.

Выполнялось вскрытие брюшины над пищеводом, мобилизация абдоминального отдела пищевода. С помощью многофункционального высокочастотного коагулятора «Maximum» фирмы «KLS Martin» (Германия) с функцией «заваривания» сосудов производили коагуляцию и пересечение всех коротких сосудов желудка, идущих от большой кривизны до селезенки. Затем производили обязательное клипирование левой желудочной артерии и вены.

Видимые расширенные вены кардиоэзофагеального перехода прошивались и лигировались. При наличии грыж пищеводного отверстия диафрагмы у 11 пациентов производили крурорафию и фундопликацию по Ниссену. У 27 пациентов при наличии кальку-

лезного холецистита устанавливали дополнительный троакар в правом подреберье и выполняли холецистэктомию.

После отработки методики сама операция занимала от 30 до 50 мин., а в случае выполнения симультантных операций — от 70 до 120 мин. Серьезных осложнений не было. У одного пациента было краевое ранение селезенки, сопровождающееся кровотечением — кровотечение было остановлено сочетанием коагуляции и локального применения пластинки «Тахокомб». Повышение температуры тела до 38,5–38,5°C наблюдалось у 6 больных, что было связано нами с реакцией на ишемизацию тканей селезенки. Нормализация температуры наступила самостоятельно на 4–7 сутки. У 3 больных было отмечено ухудшение показателей печеночных проб, что было обусловлено печеночной недостаточностью. Этим больным была назначена гепатотропная терапия, интенсивная инфузионная симптоматическая терапия, после чего их состояние значительно улучшилось. Через 2–3 мес. проводилось комплексное обследование больных, включавшее в себя рентгеноконтрастное исследование желудка, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДФС, общий анализ крови, контроль печеночных проб. По данным фиброскопии, у всех больных значительно уменьшились либо исчезли варикозные венозные узлы пищевода и желудка.

Нами наблюдались такие ранние послеоперационные осложнения: в 3 случаях нагноения троакарных проколов; в 1 случае поддиафрагмальный абсцесс, который нуждался в последующей пункции, дренировании и санации под УЗ-контролем; в 1 случае — пневмония. После выполнения лапароскопической деваскуляризации летальности не было.

У 16 больных, у которых имелись варикозно расширенные вены в области фундального отдела желудка, мы выполняли разработанную нами оригинальную методику лапароскопической операции.

Для выполнения лапароскопической операции мы использовали 4–5 троакаров. Проводили обширную деваскуляризацию большой кривизны желудка. Для коагуляции сосудов между большой кривизной желудка и селезенкой использовалась современная биполярная коагуляция с эффектом биологической сварки тканей. Применялся современный коагулятор фирмы «KLS Martin». Производили диссекцию абдоминального отдела пищевода с тщательной коагуляцией эзофагеальных сосудов. В дополнение выделялась и клипировались левая желудочная артерия и вена. После мобилиза-

ции большой кривизны желудка проводили резекцию фундального отдела, используя современные сшивающие аппараты «EndoGIA-60» фирм «Ethicon» и «Covidient». Для контроля полноты удаления ВРВ дна желудка использовали интраоперационную фиброгастроскопию. Линия инструментального шва дополнительно ушивалась эндоскопическим швом с использованием нити пролен-3х0.

В левое поддиафрагмальное пространство устанавливали дренаж на 24 ч для контроля кровотечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Разные методики локального эндоскопического гемостаза нами были применены в 196 случаев. Эффективно остановить кровотечение нам удалось у 159 (81%) больных. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза наблюдалась у 37 (19%) больных. Нами отслежены результаты в течение 3 лет у 143 больных, которым проводился только эндоскопический гемостаз и консервативная терапия. Спустя 6-36 месяцев рецидивы кровотечений наблюдались у 63 (44%) больных, 21 (33%) из которых умерли от кровотечений и прогрессирования печеночной недостаточности. У 86 (60%) из обследованных пациентов при плановом контрольном ежегодном эндоскопическом обследовании были повторно выявлены варикозные узлы пищевода, которые были лигированы.

В течение 3 лет нами прослежены судьбы 26 из 42 больных, которым после эндоскопического гемостаза выполнялись лапароскопические операции. Через 6 месяцев с момента операции у всех обследованных пациентов узлы уменьшились на 1 уровень. Спустя 18-36 месяцев у 3 больных появился единичные варикозные узлы в пищеводе, которые удалось лигировать эндоскопически. Рецидивов кровотечения не было. В этой группе через 1,5 года после операции умер 1 больной от печеночной недостаточности.

После выполнения рентгенэндоваскулярной эмболизации наилучшие результаты получены у больных со стадиями А и В. Через 6 месяцев у всех этих пациентов, перенесших эмболизацию селезеночной артерии по методике «хронической эмболизации», показатели крови устанавливались в пределах нормы либо на субнормальном уровне. У всех больных при ФЭГС и рентгенконтрастном исследовании пищевода отмечается снижение степени варикозного расширения вен как минимум на один уровень. На всем протяжении периода наблюдения ни у кого из больных не было случаев рецидивных

кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардии. При контрольном УЗ исследовании отмечено уменьшение размеров селезенки у 94 больных на треть, а у 5 — на половину от исходных. В 43 случаях отмечена стабилизация цирротического процесса с отсутствием асцита, присутствовавшего до эмболизации.

Отдельного рассмотрения требуют результаты, полученные в группе больных с декомпенсированным циррозом печени со стадией С по Чайльд-Пью. Из 36 больных, у которых операция выполнялась по методике «хронической эмболизации» в настоящее время (от 3 до 5 лет с момента операции) живы 18 человек. В сроки от полугода до года с операции умерло 7 пациентов. Из этих 7 пациентов у 6 при проведении изотопного сканирования отмечалось выраженное снижение накопления изотопа печенью с уменьшением объема самой печени. В сроки от года до трех умерли 7 больных. У трех из них тоже отмечалось выраженное снижение накопления изотопа печенью с уменьшением объема самой печени. Причиной смерти всех умерших являлось прогрессирование печеночной недостаточности. При проведении изотопного сканирования остальным больным в сроки от года после операции у всех отмечалось значительное увеличение интенсивности накопления изотопа печенью. У всех этих пациентов сохраняется умеренный асцит от 500 мл до 2 литров, чувствительный к применению диуретиков, и варикозное расширение вен пищевода II-III ст. Среди этих пациентов ни у кого не было случаев рецидивных кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

Рецидив гиперспленизма в сроки от 3 до 5 лет мы наблюдали у 4 больных. При выполнении целиакографии было выявлено, что рецидив наступил за счет увеличения кровотока в мелких ветках начального отдела селезеночной артерии и чревного ствола. Случаев реканализации собственной селезеночной артерии не было. В одном случае, когда питание селезенки осуществлялось за счет одной развитой коллатерали, удалось выполнить повторную эмболизацию. Трех больным, у которых питание селезенки осуществлялось множеством развитых коллатералей, была выполнена лапароскопическая спленэктомия.

Радикальное лечение цирроза печени возможно только путем трансплантации печени. По объективным причинам широкого распространения на территории Украины и стран СНГ эта операция не получила. Основная проблема — отсутствие базы доноров и четкой нормативно-правовой базы донорства, так как родственная трансплантация воз-

можно далеко не всегда. Но даже в развитых странах мира, где операции трансплантации печени выполняются в относительно больших количествах, существует проблема коррекции портальной гипертензии при ожидании подходящего донора печени [6, 11]. Складывается ситуация, когда больные циррозом печени в подавляющем большинстве, даже находясь в очереди на проведение трансплантации печени, могут погибнуть от прогрессирующей печеночной недостаточности и осложнений портальной гипертензии, не дождавшись радикальной операции [12]. Таким образом, проблема адекватной коррекции портальной гипертензии является актуальной проблемой как для хирургов-трансплантологов, так и хирургов, вынужденных заниматься лечением осложнений портальной гипертензии.

Отдельной группой эндоваскулярных операций является селективная эмболизация артериальных ветвей чревного ствола, в частности эмболизация собственной печеночной и селезеночной артерий. Эмболизация собственной печеночной артерии не получила широкого распространения, несмотря на снижение давления в портальной системе, прежде всего вследствие уменьшения репаративных способностей печени из-за редукции артериального кровотока. Операция эмболизации селезеночной артерии практически не имеет противопоказаний и применима на любой стадии цирроза печени и развития портальной гипертензии. Плюсы этой операции заключаются в коррекции явлений гиперспленического синдрома и снижении давления в портальной системе от 30 до 100 мм рт.ст. [5], без развития печеночной энцефалопатии, и достаточно длительном эффекте. Так, наш опыт лечения 137 пациентов свидетельствует о высокой эффективности данных операций, особенно выраженной у пациентов с компенсированным или субкомпенсированным циррозом печени. Однако даже у пациентов с декомпенсированным циррозом, стадией С по Чайльд-Пью, которые фактически обречены на медленную и мучительную гибель от прогрессирующего цирроза, в 50% случаев нам удалось добиться стабилизации процесса и улучшения состояния на срок более 3 лет. Внимания заслуживает и отсутствие у оперированных пациентов рецидивов кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела пищевода на протяжении не менее 3 лет. Коррекция явлений гиперспленизма и нормализация картины крови также ведут к улучшению состояния пациентов, повышению чувствительности печени к медикаментозной терапии.

Операции, преследующие своей целью портоазиатское сообщение, введены в хирургическую практику довольно давно. Основными их преимуществами являются поддержание постоянной портальной перфузии печени, отсутствие усугубления портосистемной энцефалопатии и изменение исходной анатомии портального бассейна. В настоящее время предложено множество видов таких операций и их модификаций. Наиболее известны: портоазиатская дисконекция по Tanner, гастроэзофагеальная деконгестия со спленэктомией по Hassab, эзофагеальная деваскуляризация с селективной проксимальной ваготомией и фундопликацией по Raquet, трансторакальное прошивание вариксов по Voerema-Crile и по Nissen-Rapant, трансторакальная субмукозная транссекция пищевода по Walker-Stelzner. А также обширная деваскуляризация дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка в сочетании с транссекцией пищевода, ваготомией, пилоропластикой и спленэктомией Sugiura-Futagawa [1, 6, 11]. Однако относительно высокая травматичность данных вмешательств на фоне печеночной недостаточности, тромбоцитопении во многом нивелирует их преимущества. Исходя из этого, нам представляется весьма рациональным оправданным вариант совмещения методов деваскуляризации абдоминальной части пищевода и проксимальной части желудка с использованием малотравматичных операционных доступов.

Так, наш опыт применения лапароскопических деваскуляризирующих операций показал весьма неплохие как ближайшие послеоперационные, так и отдаленные результаты. В течение 3 лет нами прослежены судьбы 26 больных, которым выполнялись лапароскопические операции. В этой группе через 1,5 года после операции умер 1 больной от печеночной недостаточности. Рецидивов кровотечения не было.

Однако справедливости ради следует отметить, что эти операции выполнялись нами у пациентов с компенсированной или субкомпенсированной функцией печени. Так, из 42 пациентов у 34 был цирроз класса Child-Pugh A и 8 больных — Child-Pugh B.

Выводы

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что эндоскопический локальный гемостаз является эффективным методом, что позволяет остановить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода у больных циррозом печени и снизить летальность почти в 2 раза.

Рентгенэндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии, а также лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода позволяет значительно снизить частоту рецидивов кровотечений и летальность в отдаленном периоде. Наилучшие результаты применения данных методик наблюдаются лишь в группах пациентов с компенсированной и субкомпенсированной функцией печени. Применение различных методов консервативного и хирургического лечения пациентов с декомпенсированной функцией печени (цирроз класса Child-Pugh C) не дает обнадеживающих результатов, снижает летальность и улучшает продолжительность и качество жизни пациента лишь незначительно.

Исходя из этого, следует отметить, что данные методики еще требуют дополнительной отработки техники исполнения, а также выработки четких показаний к их применению.

Литература

1. Кровотечения портального генеза / А.Е.Борисов, М.И.Кузьмин-Крутецкий, В.А.Кашенко [и др.]. — СПб.: НИИ СПбГУ ООП, 2001. — С. 26-38.
2. Буланов К.И. Декомпенсированный цирроз печени / К.И.Буланов, С.Н.Чуклин. — Львов: СТИП, 1999. — С. 7-10.
3. Эндоваскулярные операции в комплексном лечении больных желчно-каменной болезнью с сопутствующим циррозом печени / В.В.Грубник, А.Л.Ковальчук, О.Н.Загороднюк, В.Ю.Грубник // Украинский журнал хирургии. — 2009. — №5. — С. 58-60.
4. Дроздовая А.С. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: обзор / А.С.Дроздовая // Международные медицинские обзоры. — 1994. — №5. — С. 326-329.
5. Никишин Л.Ф. Клинические лекции по рентгеноэндоваскулярной хирургии / Л.Ф.Никишин, М.П.Полик. — Львов: Кобзар, 1996. — С. 186.
6. Декомпенсированный цирроз печени / В.І.Русин, В.О.Сипливиий, А.В.Русин [ітi ін.]. — Ужгород: ВЕТА-Закарпаття», 2006. — С. 148.
7. Рабкин И.Х. Рентгеноэндоваскулярная хирургия / И.Х.Рабкин, А.Л.Матевосов, Л.Н.Готман. — М.: Медицина, 1987. — С. 416.
8. Abraldes J.G. The management of portal hypertension / J.G.Abraldes, V.Angermayr, J.Bosch // Clin. Liver Dis. — 2005. — Vol. 9. — P. 685-713
9. Endoscopic sclerotherapy versus variceal ligation in the long-term management of patients with cirrhosis after variceal bleeding: A prospective randomized study / A.Avgerinos, A.Armonis, S.Manolakopoulos [et al.] // J. Hepatol. — 1997. — №26. — P. 1034-1041.

10. The American college of gastroenterology bleeding registry: preliminary findings / D.A.Peura, F.L.Lanza, C.J.Gostout [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 1997. — Vol. 92. — P. 924-928.
11. Portal hypertension: pathobiology, evaluation, and treatment / edited by Arun J. Sanyal and Vijay H. Shah Totowa. — New Jersey: Humana Press, 2005. — P. 167-285.
12. Rockey D.C. Gastrointestinal bleeding / D.C.Rockey // Gastroenterol. Clin. North. Am. — 2005. — Vol. 34. — P. 581-588.
13. «Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices» / R.N.Pugh, I.M.Murray-Lyon, J.L.Dawson [et al.] // The British journal of surgery. — 1973. — Vol. 60 (8). — P. 646-649.

Ю.В.Грубнік, О.М.Загороднюк, В.Ю.Грубнік, В.А.Фоменко.
Малоінвазивні методи в комплексному лікуванні хворих із цирозом печінки, ускладненим кровотечею. Одеса, Україна.

Ключові слова: портальна гіпертензія, варикозні вени, стравохід, цироз, лапароскопія, деваскуляризуючі операції, ендоскулярна емболізація.

У статті ми проаналізували наш досвід та віддалені результати різних методів профілактичного лікування кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка у 532 пацієнтів. Ми розподілили цих пацієнтів на три групи відносно методів лікування і профілактики: ендоскопічного гемостазу і консервативної терапії, рентгенендоваскулярних операцій та лапароскопічних операцій на стравоході й шлунку. Нами проаналізовані результати як солітарного, так і комбінованого використання цих методів.

Yu. V. Grubnik, O. N. Zagorodniuk, V. Yu. Grubnik, V. A. Fomenko.
Miniinvasive treatment of patients with liver cirrhosis and variceal bleeding. Odessa, Ukraine.

Key words: portal hypertension, cirrhosis, variceal bleeding, laparoscopic devascularization, endovascular embolization.

In article we analyzed our long-term results of different methods of prophylaxis and treatment of 532 patients with gastroesophageal variceal bleeding. We divided all patients into 3 groups due to the method of treatment and prophylaxis: endoscopic haemostasis and medical therapy, endovascular embolization of splenic and left gastric artery and our suggestion — laparoscopic devascularizative operation. The effectiveness of different methods of treatment was analyzed.