

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КУРАЦІЇ ГОСТРОЇ КРОВОТЕЧІ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОГО ТРАКТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

Просоленко К.О.¹, Молодан В.І.¹, Супрун С.А.¹, Дубров К.Ю.², Шалімова А.С.³

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків

²ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

³Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Ключові слова: гострі кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, діагностика та лікування, цироз печінки

Гострі верхні шлунково-кишкові кровотечі залишаються одними з найбільш поширених невідкладних станів у практиці гастроентеролога. Ці стани часто зустрічаються та мають особливо негативний прогноз у пацієнтів з цирозом печінки (ЦП). Причини кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у хворих з ЦП можуть бути розділені на дві групи. Перша група включає в себе пошкодження, які асоційовані з портальною гіпертензією (ПГ), а саме гастроезофагеальним варикозом та портальною гіпертензивною гастропатією. Друга група включає в себе ураження, які не пов'язані з ЦП та ПГ (виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, ерозивний гастрит, рефлюкс-езофагіт, синдром Маллорі-Вейсса, пухлини і т.д.) [8].

Варикозно розширені вени (ВРВ) стравоходу виявляються у 30-40% пацієнтів з компенсованим ЦП і у 60% з декомпенсованим ЦП, на момент його діагностики [2, 8]. Частота кровотеч з ВРВ стравоходу у хворих на ЦП становить в середньому 4% в рік. Ризик збільшується до 15% у пацієнтів з венами середніх і великих розмірів [15]. Ризик розвитку повторної кровотечі дуже високий і залежить від тяжкості ЦП: в перший рік рецидив кровотечі

спостерігається у 28% пацієнтів зі функціональним класом А (по Child-Pugh), у 48% - з класом В, у 68% - з класом С [4].

Незважаючи на досягнення останніх десятиліть, кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка супроводжуються смертністю в 10-20% протягом 6 тижнів [3, 6].

Після зупинки гострої кровотечі, якщо не здійснювати необхідних дій, у 60% цих пацієнтів буде повторна кровотеча, зі смертністю близько 33% [2, 8].

Основними причинами стравохідно-шлункових кровотеч при ПГ є [2]:

1. Різке підвищення тиску в портальній системі (підвищення порто-системного градієнта більше 12 мм рт.ст);
2. Порушення згортання крові;
3. Трофічні зміни слизової стравоходу і шлунка внаслідок порушення циркуляції крові та впливу кислотно-пептичного фактору.

Завжди організація та проведення діагностичних та лікувальних процедур у пацієнтів з ЦП та кровотечею з верхніх відділів ШКТ є складним процесом, та у багатьох випадках його реалізація викликає значні труднощі.

Усвідомлення цих труднощів привело до організації низки зустрічей на основі консенсусу. Перша з них була організована Е. Burroughs в Гронінгені, Нідерланди у 1986 році [10]. Після Гронінгена, інші зустрічі проходили в Бавено, Італія, так у 1990 р. створені рекомендації Baveno I. Метою та завданнями цих зустрічей було розробити визначення ключових положень у визначенні ПГ і варикозної кровотечі, переглянути існуючі дані про патогенез, діагностику і методи лікування ПГ, а також пропонувати рекомендації щодо проведення клінічних досліджень і лікування хворих, що засновані на даних доказової медицини. Останній семінар Baveno VI був проведений 10-11 квітня 2015 р у м. Бавено, Італія. Рівень існуючих доказів оцінювали традиційно і рекомендації були ранжовані відповідно до Оксфордської системи [5] (тобто рівень доказовості від 1 = найвищий до 5 = низька, ступінь рекомендації від А (сильний) до D (слабкий)).

Прогностичні критерії виникнення кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка [2, 4]:

- III ступінь ВРВ;
- Локалізація ВРВ;
- Ступінь дилатації стравоходу;
- Напруга ВРВ - спадання вен при інсуфляції повітрям;
- Тяжкість васкулопатії для вен стравоходу і тяжкість гастропатии для ВРВ шлунка;
- портокавальний градієнт > 12 мм рт. ст. ;
- тяжкість функціонального стану печінки (ЦП класу С за Чайлд);
- тромбоз ворітної вени у хворих на ЦП.

Підчас госпіталізації пацієнта з гострою кровотечею, одним з найважливіших кроків є виявлення у пацієнта ЦП. Треба проводити аналіз анамнестичних (в тому числі за допомогою родичів), клінічних даних та результатів лабораторних досліджень (тромбоцитопенія, зміни коагулограми, печінкових тестів) [11].

При проведенні верхньої ендоскопії (наскільки можливо швидко) в першу чергу потрібно безпосередньо діагностувати наявність кровотечі, її джерело, визначитися з наявністю та локалізацією ВРВ та визначити ступінь виразності їх розширення.

За локалізацією виділяють: кровотечу зі стравоходу (обмежений варикоз середньої та нижньої третини стравоходу або тотальний варикоз) та кровотечу зі шлунка.

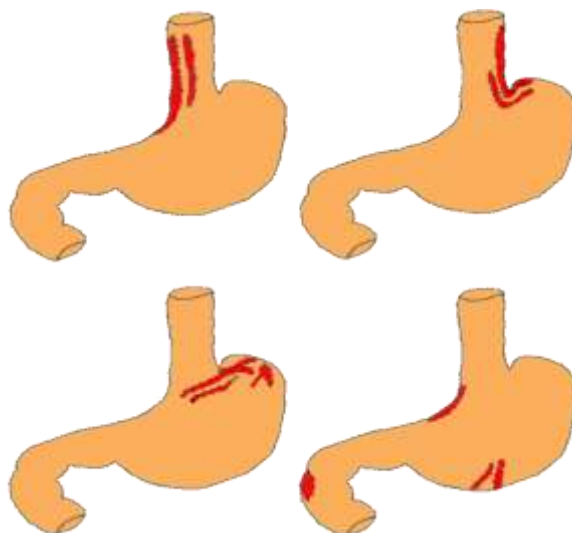


Рис. 1. Класифікація ВРВ шлунка за локалізацією.

При варикозному розширенні ВРВ шлунка виділяють 4 типи вен: I тип - гастроєзофагеальні ВРВ з поширенням на кардіальний і субкардіальний відділи малої кривизни шлунка; II тип - гастроєзофагеальні ВРВ від езофагокардіального переходу по великій кривизні у напрямку до дна шлунка; III тип - ізольовані ВРВ шлунка без ВРВ стравоходу - варикозна трансформація вен фундального відділу шлунка; IV тип - ектопічні вузли тіла, антрального відділу шлунка, дванадцятипалої кишки (рис. 1) [2].

Найбільш широке застосування отримала класифікація варикозних вен за ступенем вираженості [2]:

- I ступінь - діаметр вен 2-3 мм
- II ступінь - діаметр вен 3-5 мм
- III ступінь - діаметр вен > 5 мм

Після встановлення діагнозу лікувальні заходи повинні проводитися якомога швидше.

Основні завдання лікування:

- зупинка кровотечі
- компенсація крововтрати
- лікування коагулопатії
- запобігання рецидивів кровотечі

- запобігання погіршення функції печінки і ускладнень, зумовлених кровотечами (інфекції, печінкова енцефалопатія і т.д.) [1].

Необхідно проводити захист дихальних шляхів, але немає достатньо доказів, щоб рекомендувати профілактичну інкубацію трахеї [24, 27]. Вважається, що інтубація трахеї повинна бути виконана до ендоскопії у хворих з постійним блюванням, гемодинамічною нестабільністю, ажитацією з відсутністю співпраці з лікарем під час дослідження, або показником по шкалі коми Глазго менше 8 [12].

Часто є необхідною трансфузія еритромаси для підтримки Нв 80 г / л (Ib; A). Переливання крові пов'язано зі зменшенням подальшої кровотечі і виникнення повторної кровотечі, зниження частоти ускладнень, а також збільшення виживаності [13]. Ці положення представлені в рекомендаціях консенсусу Baveno VI [10].

Табл. 1. Основні рекомендації щодо курації гострої кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка (рекомендації BavenoVI) [10]

- ЕГДС проводиться відразу ж при надходженні до стаціонару (V; D),
- При відсутності протипоказань (QT пролонгації), перед ендоскопією слід проводити введення еритроміцину (250 мг внутрішньовенно за 30-120 хв до ендоскопії) (Ib, A).

- Поповнення ОЦК, використовуючи обережне введення свіжомороженої плазми (СМП) (1B; A),

- Трансфузія еритромаси для підтримки гемоглобіну 80 г / л (Ib; A),

- Використання антибіотикотерапії для профілактики спонтанного бактеріального перитоніту (Ia; A),

- Профілактика печінкової енцефалопатії (V; D)

- Балонна тампонада повинна використовуватися тільки при масивній кровотечі як тимчасовий захід (IIb; B),

При підозрі на кровотечу з ВРВ повинні бути призначені вазоактивні препарати якомога раніше (1a; A), та їх слід використовувати в поєднанні з ендоскопічною терапією тривало протягом п'яти днів (1a, A).

- Гіпонатріємія була описана у пацієнтів при прийомі терліпресину, особливо у пацієнтів із збереженою функцією печінки, у зв'язку з чим слід контролювати рівень натрію (1b, A).

- Ендоскопічне лігування є рекомендованим методом гемостазу при кровотечі с ВРВ стравоходу, при неможливості можна виконати використовувати ендоскопічну склеротерапію (ЕС) (1b; A),

- При кровотечі з ВРВ шлунка використовується тканиний адгезив (N-butyl-cyanoacrylate) (5; D).

Вазоактивні препарати

Відповідно до механізму зниження портального тиску всі лікарські засоби можна розділити на 2 основні групи:

1. Венозні вазодилататори:

- Нітрати(нітрогліцерин або ізосорбід -5-мононітрат)- периферичний вазодилататор - знижує печінковий венозний градієнт на 40-44%;

- Нітропрусид натрію.

В якості монотерапії нітрати використовуються рідко і зазвичай застосовуються в комбінації з вазопресином і його аналогами.

Дозування: 1% - 1,0 розчину нітрогліцерину на 400 мл розчину Рінгера або фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно (10-12 крапель на хвилину). Включення нітратів у схему лікування можливе лише при стабільній гемодинаміці (рівень систолічного артеріального тиску понад 100 мм рт.ст.) та після корекції гіповолемії [1].

2. Вазоконстриктори:

- Соматостатин (сандостатин, октреотид) - селективна вазоконстрикція внутрішніх органів, пов'язана з придушенням активності ендогенних вазодилататоров (зокрема, глюкагон) і секреції соляної кислоти.

Портальний тиск знижується на 20-25%. Октреотид вводиться спочатку болюсно в дозі 50-100 мкг, потім переходять на тривалу внутрішньовенну інфузію в дозі 25-50 мкг / год протягом 5-7 днів.

- Вазопресин, вапреотид, терліпресин - зменшують артеріальний приплив в портальну систему, знижуючи портальний тиск на 30-40%.

Кокранівський огляд 21 дослідження за участю 2588 пацієнтів з активною варикозною кровотечею не виявив відмінностей в смертності або ризику рецидиву кровотечі при лікуванні соматостатином і його похідними (наприклад, октреотидом) [17]. Нещодавнє дослідження порівняння терліпресину, соматостатину і октреотиду в контролі гострої стравохідної варикозної кровотечі не показали ніякої різниці в гемостатичній ефективності між цими препаратами [28]. Крім того, те ж саме дослідження показало, що рівень смертності суттєво не відрізняється між цими трьома препаратами в умовах комбінованої терапії з ендоскопічним лікуванням. Таким чином, будь-який з цих препаратів може бути використаний в комбінації з ендоскопічною терапією для контролю кровотечі з вен стравоходу.

Застосування зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора

Після встановлення діагнозу «кровотеча з ВРВ стравоходу або шлунка» і вилучення ендоскопа часто використовують зонд-обтуратор Сенгстакена-Блекмора, чим досягається тимчасовий надійний гемостаз (рис. 2).

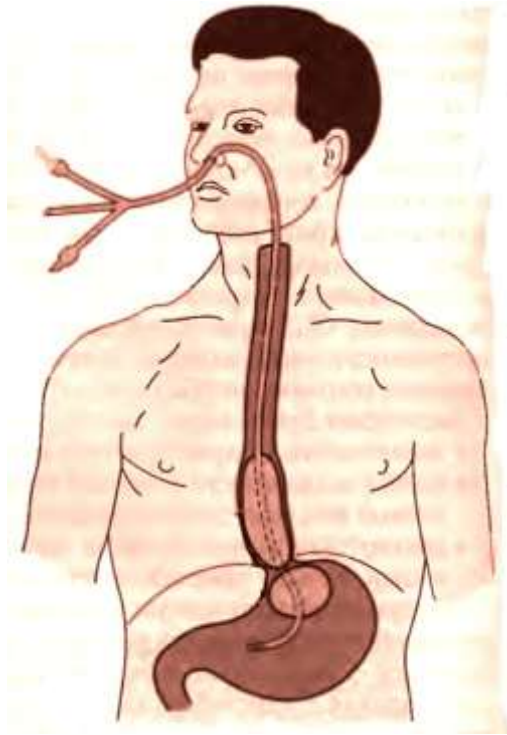


Рис. 2. Схема розташування зонда Сенгстакена - Блекмора.

Зонд-обтуратор вводять через носовий хід, заводячи шлунковий балон глибоко в шлунок, попередньо заміривши, відстань від мочки вуха до епігастрію, що служить орієнтиром правильного розташування зонда-обтуратора в стравоході і шлунку. Потім, за допомогою градуйованого шприца, приєднаного до катетера шлункового балона, в останній вводять повітря в кількості 150 см³ і катетер перекривають затискачем. Зонд підтягують до відчуття пружного опору, чим і досягають здавлення вен в зоні кардії. Після цього зонд фіксують. Стравохідний балон роздувають рідко і тільки в тому випадку, якщо триває відрижка кров'ю, в іншому випадку, досить роздування тільки шлункового балона. Після того, як зонд встановлений, аспірують шлунковий вміст, і промивають шлунок холодною водою.

Контроль за кровотечею здійснюється шляхом динамічного спостереження за шлунковим вмістом, що надходять по зонду після ретельного промивання шлунка. Щоб уникнути пролежнів на слизовій оболонці стравоходу через 4 години стравохідний балон розпускають і, якщо в цей момент в шлунковому вмісті домішки крові не з'являється, то

стравохідну манжетку залишають спущеною. Шлункову манжетку розпускають пізніше, через 1,5-2 години. У хворих із задовільною функцією печінки зонд повинен знаходитися в шлунку ще протягом 12 годин для контролю за шлунковим вмістом, а потім - видалитися. Після видалення зонда-обтуратора необхідно відразу розглянути питання про виконання одного з варіантів ендоскопічного гемостазу. У разі рецидиву кровотечі зонд-обтуратор повинен бути введений знову, балони роздуті, а хворому ЦП (група А і В) запропонована операція або ендоскопічний гемостаз, бо можливості консервативної терапії слід вважати вичерпаними [10].

Зонд встановлюється для того, щоб контролювати кровотечу і в той час як медперсонал готується для проведення ендоскопічного або хірургічного лікування [13]. Балонна тампонада ефективна при кровотечах та забезпечує ефективний контроль приблизно у 80% пацієнтів, але рецидив кровотечі відбувається приблизно в 50% випадків після закінчення процедури.

Ендоскопічне лікування

Для забезпечення ендоскопічного гемостазу при кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунка використовують наступні методи:

- лігування;
- склеротерапія;
- клейові композиції;
- стентування стравоходу.

Ендоскопічне лігування(ЕЛ) ВРВ стравоходу

Для виконання ЕЛ ВРВ стравоходу використовується пристрій Z.A. Saeed з набором з 6 -10 латексних кілець [15].

Крім лікування гострої кровотечі з ВРВ стравоходу показаннями до ЕЛ є:

- профілактика першого епізоду кровотечі (первинна профілактика)

- профілактика рецидиву кровотечі (вторинна профілактика) з ВРВ стравоходу у хворих з ПГ при неможливості хірургічного лікування;
- при наявності ВРВ стравоходу у раніше оперованих хворих або після ендоскопічного склерозування вен кардіального відділу шлунку.

Треба знати про обмеження цієї методики, а саме: неможливість лігування вен фундального відділу шлунка, небезпека ЕЛ при профузній кровотечі, труднощі виконання ЕЛ після ендоскопічного склерозування ВРВ, неможливість ЕЛ вен малого діаметру.

Існує диференційований підхід до лігування ВРВ стравоходу і шлунка.

Ендоскопічне склерозування ВРВ стравоходу

Метод ендоскопічного склерозування (ЕС) вен стравоходу запропонований в 1939 році С.Crafoord та P.Frenckner. Облітерація варикозних вен відбувається після введення в просвіт вени склерозанта через ендоскоп за допомогою довгої голки. Поряд з інтравазальним способом склеротерапії існує метод паравазального ведення склерозанта, який заснований на введенні склерозанта поруч з веною, в результаті чого відбувається здавлення варикозних вузлів, спочатку за рахунок набряку, а потім за рахунок утворення сполучної тканини.

Для інтравазального введення найчастіше використовують тетрадецілсульфат натрію (тромбовар).

У випадках, коли за допомогою склеротерапії не вдається зупинити кровотечу (при ВРВ шлунка) застосовують ціанокрілатні клейові композиції. Використовують два тканинних клею: N-бутил-2-ціанокрілат (гістоакріл) і ізобутіл-2-ціанокрілат (букрілат). При попаданні в кров ціанокрілат швидко полімеризується (20 секунд), викликаючи облітерацію судини, чим досягається гемостаз. Через кілька тижнів після ін'єкції клейова пробка відторгається в просвіт шлунка.

Час проведення ін'єкції обмежена 20 секундами через полімеризацію гістоакріла, що не дозволяє широко застосовувати даний метод для лікування і профілактики кровотеч з ВРВ стравоходу та шлунка [13].

При неефективності ендоскопічного гемостазу і наявності джерела кровотечі в стравоході можливе використання стента Даніша (Danis) [10].

Ендоваскулярні методи лікування кровотеч з ВРВ стравоходу та шлунка включають в себе:

- транспечінкову трансшкірну облітерацію позаорганих вен шлунка;
- транс'югулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування (TIPS).

Ендоваскулярна емболізація ВРВ шлунка застосовується з метою профілактики і лікування кровотечі з ВРВ езофагокардіальної зони. Але вона також ефективна при рецидивах кровотеч з вен шлунка. Здійснити цю маніпуляцію можливо тільки в клініках, що мають рентгенангіографічну апаратуру. Через 6 місяців після першої процедури необхідно повторювати процедуру у зв'язку зі швидкою реканалізацією тромбованих вен і високим ризиком рецидиву кровотечі. Дана методика може бути реалізована тільки у хворих на ЦП і прохідною ворітною веною. Фатальним ускладненням даної методики є тромбоз ворітної вени із неконтрольованою кровотечею із ВРВ стравоходу і шлунка.

TIPS

Великий інтерес клініцистів викликало впровадження в практику TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt), розробленого J. Rosch і співавт. в 1969 році [14].

TIPS є малоінвазивною хірургічною операцією, що проводиться під контролем рентгеноскопії і включає в себе ряд ендоваскулярних процедур в певній послідовності - після пункції яремної вени за допомогою судинних стентів (голометалевих або стент-графтов) формується внутрішньопечінкове сполучення між великими печінковими венами і гілками ворітної вени. В

результаті використання TIPS зберігається гепатопетальний кровотік і здійснюється чітка портальна декомпресія (Рис. 3).



Рис. 3. Функціонуючий порто-системний шунт

Показання до TIPS [19]:

1. Кровотеча з ВРВ стравоходу і шлунка, що триває та яку неможливо зупинити за допомогою медикаментозної терапії або ендоскопічних методів.

2. Повторні кровотечі у пацієнтів, які пройшли ендоскопічне лікування з / або без терапії бета-блокаторами і / або мають протипоказання до ендоскопічного втручання.

Рецидивом слід вважати повторну появу мелени та / або блювання з кров'ю навіть при наявності стабільних гемодинамічних показників і рівня гемоглобіну і гематокриту протягом принаймні 24 годин після першого епізоду гострої кровотечі.

3. Резистентний до діуретичної терапії асцит.

4. Печінковий гідроторакс, резистентний до діуретичної терапії та / або його рецидив після плевральних пункцій.

Протипоказаннями до проведення TIPS є:

1. Показник MELD > 20 балів або при проведенні TIPS з приводу резистентного до діуретичної терапії асциту.

2. Кількість балів за шкалою Child-Turcotte-Pugh > 11 балів або загальний білірубін більше 60 мкмоль / л при проведенні TIPS з приводу кровотеч з ВРВ.

3. Печінкова енцефалопатія 3-4 ступеня, що не піддається медикаментозному лікуванню.

4. Ішемічна хвороба серця або дилатаційна кардіоміопатія, що асоційовані з недостатністю кровообігу вище I ступеня.

5. Пошкодження, пухлини печінки, полікістозна хвороба печінки, агональний стан.

При функціональному класі ЦП «А» і «В» проведення хірургічного втручання вважається можливим, при декомпенсованому ЦП (клас «С») ризик операції гранично високий і при виникненні кровотеч з ВРВ стравоходу та шлунка перевага слід віддавати консервативним або «малоінвазивним» методам лікування.

Комбінована терапія (вазоактивні препарати і ендоскопічна терапія) є більш ефективною, ніж монотерапія, що було показано у декілька рандомізованих контрольованих дослідженнях і мета-аналізах [8, 16, 29].

Алгоритм лікування гострої верхньої кровотечі у пацієнта з ЦП представлений на рис. 4.

Рис.4. [8].

Підходи до курації різних варіантів неварикозної портальної гастропатії

Неварикозні зміни у шлунку у хворих з ПГ включають в себе портальну гіпертонічну гастропатию або portal hypertensive gastropathy (PHG) і шлункову антральну судинну ектазію або gastric antral vascular ectasia (GAVE). Це є два чітко розділених варіанти портальної гастропатії з різною патофізіологією, ендоскопічною картиною і лікуванням [8].

Для PHG характерна мозаїчність слизової оболонки шлунка з / без червоними плямами, які видно досить часто у пацієнтів з ЦП. Ці зміни зазвичай спостерігаються у дні і тілі шлунка. До гістопатологічних особливостей PHG відносять судинну ектазію слизової оболонки і підслизових вен і капілярів [7]. PHG вважається м'якою, коли присутні тільки мозаїчні зміни і важкою, коли є червоні плями або дифузні геморагічні

ураження [7]. Між тим, кровотеча, що пов'язана з PHG може бути гострою або хронічною. Хронічна кровотеча часто призводить до залізодефіцитної анемії та зустрічається набагато частіше, ніж гостра кровотеча [23]. Підходи до лікування вираженої PHG включають в себе: неселективні бета-блокатори, ендоскопічне лікування, каутерізацію [32]. Неселективні бета-блокатори, зменшують ризик виникнення кровотеч у пацієнтів з ЦП, які мають PHG, однак фармакологічна терапія в даний час не рекомендується для первинної профілактики кровотечі у хворих з важкою PHG [7]. Невеликі дослідження показали, що вазоактивні лікарські препарати, такі як октреотид і терліпресин можуть бути корисні для лікування гострої кровотечі [32]. Бета-блокатори рекомендуються для профілактики хронічної крововтрати у пацієнтів, які мали кровотечу при важкій PHG [22]. Ендоскопічна терапія у вигляді каутерізації або склеротерапії може бути ефективною у пацієнтів, що мають гострі кровотечі, викликані PHG і може бути використана при для припинення хронічної кровотечі, спричиненої PHG. TIPS слід розглядати в якості рятівної терапії у пацієнтів з рецидивом кровотечі, незважаючи на фармакологічну і ендоскопічну терапію [20].

У пацієнтів з GAVE, скопичення ектазованих судин можна побачити при ендоскопічному обстеженні у вигляді червоних плям без мозаїчного фону. Як видно із аббревіатури GAVE, як правило, ці зміни знаходяться в антральному відділі шлунка. GAVE також може зустрічатися у хворих без ЦП та ПГ. Лікування хворих з кровотечею, що пов'язана з GAVE істотно відрізняється від кровотечі при PHG, оскільки вона не відповідає на терапію, що направлена на лікування ПГ. Основою терапії GAVE є ендоскопічна абляція уражень [18]. Існують різні ендоскопічні методи лікування GAVE, в тому числі аргон-плазмова коагуляція, кріотерапія та лазерна терапія [25]. Аргон-плазмова коагуляція є досить простою у використанні методикою та ризик перфорації значно нижче, ніж при лазерній терапії [26]. Сеанси повинні повторюватися кожні 2-6 тижнів, у міру необхідності. Коли ендоскопічна терапія зазнала невдачі, проводять хірургічне втручання

(антрумектомія). На відміну від PHG, TIPS не зменшує ризик кровотеч у пацієнтів з GAVE і її проведення пов'язано з підвищеним ризиком печінкової енцефалопатії [20]. Таким чином, TIPS не рекомендується для GAVE.

Антибіотикопрофілактика

Загальновідомо, що пацієнти з ЦП з шлунково-кишковою кровотечею мають високий ризик розвитку бактеріальних інфекцій, які обумовлюють високу смертність у таких пацієнтів [21]. Проте, вірогідність повторної кровотечі і смертність знижується, коли пацієнти отримують профілактичне призначення антибіотиків, які в даний час є частиною стандарту лікування цих хворих [30]. Рекомендований антибіотик норфлуксацин в дозі 400 мг перорально двічі на день [25], або ципрофлоксацин 200 мг внутрішньовенно два рази в день, якщо пероральний шлях не є можливим. У хворих з ЦП класу В або С, цефтриаксон виявився більш ефективним, ніж пероральний норфлуксацин [9].

Медикаментозна (вторинна) профілактика рецидиву кровотечі

Медикаментозна (вторинна) профілактика рецидиву кровотечі повинна починатися якомога швидше, так як перший епізод шлунково-кишкової кровотечі у хворих на ЦП в 60% випадків супроводжується його рецидивом [2, 10].

З цією метою призначаються неселективні бета-адреноблокатори (пропранолол, надолол), які дозволяють знизити ризик рецидиву кровотечі на 30-40%. Препарати призначаються в дозі, яка знижує частоту пульсу в спокої на 25%, або при початково низькому пульсі, до 55 уд в хв.

У даної групи пацієнтів можливе застосування карведилолу, який є неселективним бета-та альфа-адреноблокатором. У клінічних дослідженнях було показано, що призначення карведилолу у хворих на ЦП викликає більш виражене зменшення портального тиску.

Профілактика печінкової енцефалопатії

Останні дослідження показують, що лактулоза та рифаксимін можуть запобігти печінкової енцефалопатії у хворих на ЦП при верхній шлунково-кишковій кровотечі (1b, A) [10].

Таким чином, оптимальна курація гострої верхньої кровотечі при ЦП вимагає дуже ретельного підходу, в тому числі: своєчасної адекватної оцінки стану хворого та проведення реанімаційних заходів, переливання препаратів крові, використання вазоактивних препаратів, ефективної ранньої діагностичної та лікувальної ендоскопії (менш ніж через 12 годин після надходження у стаціонар), введення антибіотиків з профілактичною метою, а також (при можливості) проведення TIPS чи хірургічного втручання у разі неефективності ендоскопічного та малоінвазивного лікування.

На закінчення слід відзначити, що рішення клінічної проблеми верхньої шлунково-кишкової кровотечі у пацієнта з ЦП вимагає злагоджених дій фахівців різних спеціальностей: реаніматологів, гастроентерологів, ендоскопістів та хірургів. Постійне вдосконалення професійних знань і практичних умінь лікарів дозволять досягати гарних клінічних результатів при лікуванні таких пацієнтів.

Список літератури

1. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Киценко Е.А. Портальная гипертензия. Клиническая хирургия: национальное руководство 2008 г, М. – ГЭОТАР-Медиа, с 626-665.
2. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. 2014. електроний ресурс <http://xn----9sdbbejx7bdduahou3a5d.xn--p1ai/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/klinicheskie-rekomendaci-po-lecheniyu-krovotechenii-iz-varikozno-rasshirenyh-ven-pischevoda-i-zheludka.html>

3. Мошарова А.А., Верткин А.Л. – Лечение и профилактика кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. – Неотложная терапия, 1-2, 2012. С. 12-19.
4. Шерлок Ш., Дули Дж. - Заболевания печени и желчных путей. - М.: ГЭОТАР Медицина. – 1999. 864 с.
5. Available from: http://www.cebm.net/downloads/Oxford_EBM_Levels_5.rtf.
6. Bosch J., Abraldes J.G., Berzigotti A., Garcia-Pagan J.C. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding // Semin. Liver. Dis. - 2008. – Vol. 28, 5– P. 3-25
7. Cubillas R., Rockey D. Portal hypertensive gastropathy: a review // Liver Int. - 2010. – Vol. 30: 1094–1102 [[PubMed](#)].
8. Cremers I. and Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis Therap Adv Gastroenterol. - 2014 – Vol. 7(5): 206–216. doi: 10.1177/1756283X14538688
9. Fernandez J., Ruiz del Arbol L., Gomez C. et al. . (2006) Norfloxacin vs ceftriaxone in the prophylaxis of infections in patients with advanced cirrhosis and hemorrhage. *Gastroenterology* – Vol. 131– P. 1049–1056 [[PubMed](#)].
10. de Franchis R. Expanding consensus in portal hypertension. Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension // *J. of Hepatol.* - 2015. - Vol. 63, Issue 3, P. 743–752. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2015.05.022>
11. Garcia-Tsao G., Bosch J. Management of varices and variceal haemorrhage in cirrhosis // *N. Engl. J. Med.* -2010. – Vol. 362. – P. 823–832. [[PubMed](#)]
12. Garcia-Tsao G., Lim J. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the Department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and the National Hepatitis C

- Program // Am. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 104. – P. 1802–1829.
[\[PubMed\]](#)
13. Garcia-Tsao G., Sanyal A., Grace N., Carey W.. and the Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases, the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal haemorrhage in cirrhosis // Hepatol. – 2007. – Vol. 46. – P. 922–938. [\[PubMed\]](#)
 14. Gilles .L., Bouchard L., Lafortune M. et al. The Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt in the Treatment of Portal Hypertension: Current Status. International // J. of Hepatol. - 2012– Vol. 12, 6. – P. 352-358.
 15. Gonzalez A., Augustin S., Perez M. et al. Hemodynamic response-guided therapy for prevention of variceal rebleeding: an uncontrolled pilot study // Hepatol. - 2006. – Vol. 44. – P. 806–812.
 16. Gonzalez R., Zamora J., Gomez-Camarero J. et al. Meta-analysis: Combination endoscopic and drug therapy to prevent variceal rebleeding in cirrhosis // Ann. Intern. Med. 2008– Vol. 149. – P. 109-122
 17. Gøtzsche P., Hróbjartsson A. Somatostatin analogues for acute bleeding oesophageal varices // Cochrane Database Syst. Rev., 2008 (3): CD000193. [\[PubMed\]](#)
 18. Herrera S., Bordas J., Llach J. et al. The beneficial effects of argon plasma coagulation in the management of different types of gastric vascular ectasia lesions in patients admitted for GI hemorrhage // Gastrointest. Endosc. – 2008. – Vol. 68. – P. 440–446. [\[PubMed\]](#)
 19. Hulek P., Kraina A. Current practice of TIPS.// Progresstick Hradek Kralove, Czech republic, 2001.
 20. Kamath P., Lacerda M., Ahlquist D. et al. Gastric mucosal responses to intrahepatic portosystemic shunting in patients with cirrhosis // Gastroenterol. - 2000. – Vol. 118. – P. 905–911 [\[PubMed\]](#)

21. Pauwels A., Mostefa-Kara N., Debenes B. et al. Systemic antibiotic prophylaxis after gastrointestinal haemorrhage in cirrhotic patients with a high risk of infection // *Hepatology*. - 1996. - Vol. 24. - P. 802–806. [[PubMed](#)]
22. Perez-Ayuso R., Piqué J., Bosch J. et al. Propranolol in prevention of recurrent bleeding from severe portal hypertensive gastropathy in cirrhosis // *Lancet*. - 1991. - Vol. 337. - P. 1431–1434. [[PubMed](#)]
23. Primignani M., Carpinelli L., Preatoni P. et al. Natural history of portal hypertensive gastropathy in patients with liver cirrhosis. The New Italian Endoscopic Club for the study and treatment of esophageal varices (NIEC) // *Gastroenterology*. - 2000. - Vol. 119. - P. 181–187. [[PubMed](#)]
24. Rehman A., Iscimen R., Yilmaz M. et al. Prophylactic endotracheal intubation in critically ill patients undergoing endoscopy for upper GI haemorrhage // *Gastrointest. Endosc.* - 2009. - Vol. 69. - P. e55-e59.
25. Rimola A., Garcia-Tsao G., Navasa M. et al. Diagnosis, treatment and prophylaxis of spontaneous bacterial peritonitis: a consensus document // *J. Hepatology*. - 2000. - Vol. 32. - P. 142–153. [[PubMed](#)]
26. Ripoll C., Garcia-Tsao G. The management of portal hypertensive gastropathy and gastric antral vascular ectasia // *Digest. Liver Dis.* - 2011. - Vol. 43. - P. 345–351. [[PubMed](#)]
27. Rudolph S., Landsverk B., Freeman M. Endotracheal intubation for airway protection during endoscopy for severe upper GI haemorrhage // *Gastrointest. Endosc.* - 2003. - Vol. 57. - P. 58–61. [[PubMed](#)]
28. Seo Y., Park S., Kim M. et al. Lack of difference among terlipressin, somatostatin, and octreotide in the control of acute gastroesophageal variceal hemorrhage. *Hepatology*. - 2014. [[PubMed](#)]
29. Shahen N., Stuart E., Schmitz S. et al. Pantoprazole reduces the size of postbanding ulcers after variceal band ligation: a randomized, controlled trial // *Hepatology*. - 2005. - Vol. 41. - P. 588–594. [[PubMed](#)]

30. Soares-Weiser K., Brezis M., Tur-Kaspa R., Leibovici L. Antibiotic prophylaxis for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding (Cochrane Review). Cochrane Database Syst. Rev. -2002. (2): CD002907. [[PubMed](#)]
31. Thuluvath P., Yoo H. Portal hypertensive gastropathy // Am. J. Gastroenterol. – 2002. - Vol. 97. – P. 2973–2978. [[PubMed](#)]
32. Zhou Y., Qiao L., Wu J. et al. Comparison of the efficacy of octreotide, vasopressin, and omeprazole in the control of acute bleeding in patients with portal hypertensive gastropathy: a controlled study // J. Gastroenterol. Hepatol. - 2002. – Vol. 17. – P. 973–979. [[PubMed](#)]

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КУРАЦІЇ ГОСТРОЇ КРОВОТЕЧІ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОГО ТРАКТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

К.О. Просоленко, В.І. Молодан, С.А. Супрун, К.Ю. Дубров, А.С. Шалімова

В статті представлені сучасні підходи до курації пацієнтів з гострими верхніми кровотечами при цирозі печінки. Оптимальна курація гострої верхньої кровотечі при ЦП вимагає дуже ретельного підходу, а саме: своєчасної адекватної оцінки стану хворого та проведення реанімаційних заходів, переливання препаратів крові, використання вазоактивних препаратів, ефективної ранньої діагностичної та лікувальної ендоскопії (менш ніж через 12 годин після надходження у стаціонар), введення антибіотиків з профілактичною метою, а також (при можливості) проведення TIPS чи хірургічного втручання у разі неефективності ендоскопічного та малоінвазивного лікування.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КУРАЦИИ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

К.А. Просоленко, В.И. Молодан, С.А. Супрун, К.Ю. Дубров, А.С. Шалимова

В статье представлены современные подходы к курации пациентов с острыми верхними кровотечениями при циррозе печени. Оптимальная курация острого верхнего кровотечения при ЦП требует очень тщательного подхода, а именно: своевременной адекватной оценки состояния больного и проведения реанимационных мероприятий, переливание препаратов крови, использование вазоактивных препаратов, эффективной ранней диагностической и лечебной эндоскопии (менее чем через 12 часов после поступления в стационар), введение антибиотиков с профилактической целью, а также (по возможности) проведения TIPS или хирургического вмешательства в случае неэффективности эндоскопического и малоинвазивного лечения.

MODERN APPROACHES TO SUPERVISION ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

K.A. Prosolenko, V.I. Molodan, S.A. Suprun, K.Y. Dubrov, A.S. Shalymova

In article modern approaches for supervision acute upper GI bleedings in patients with liver cirrhosis were shown. Optymal supervision in this cases consist of: timely adequate assessment of the patient's condition and resuscitation, transfusion of blood products, the use of vasoactive drugs, effective early diagnostic and therapeutic endoscopy (less than 12 hours after admission), the introduction of prophylactic antibiotics, as well as (if possible) of TIPS or surgical intervention in case of failure of endoscopic and minimally invasive treatment.