

Зареєстровані нами зміни НДС у вищеописаних імітаційних моделях доводять необхідність додержання мінімальної конусності при препаруванні зубів у хворих на генералізований пародонтит, зокрема при виготовленні конструкцій, які шинують, що дозволить збільшити функціональну ефективність та достатню витривалість до оклюзійного навантаження виготовлених конструкцій.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-260-9-15>

**EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC «MICROFOAM»
SCLEROTHERAPY IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC LIVER
CIRRHOSIS COMPLICATED BY ACUTE VARICESAL
ESOPHAGEAL BLEEDING**

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОЇ «МІКРОПІННОЇ»
СКЛЕРОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ
АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗУ, УСКЛАДНЕНИМ ГОСТРОЮ
ВАРИКОЗНОЮ СТРАВХІДНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ**

Yaroshenko K. O.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department
of Surgery No. 1 and Urology,
Dnipro State Medical University
Dnipro, Ukraine*

Ярошенко К. О.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургії № 1
та урології,
Дніпровський державний медичний
університет
м. Дніпро, Україна*

Вступ. Алкогольна хвороба печінки є провідним фактором виникнення гострої варикозної кровотечі в Україні у пацієнтів з синдромом портальної гіпертензії (СПГ). Вага алкогольного цирозу у пацієнтів з СПГ сягає 65-78%. Проблема лікування цих пацієнтів становить досить актуальну і понині не вирішену проблему невідкладної абдомінальної хірургії, а показники летальності залишаються на досить високому рівні: летальність при першому епізоді кровотечі сягає 25-84%, при третьому 85-97% [1, с. 11-17].

Лікування варикозних кровотеч ускладнюється їх частим профузним характером, короткочасним строком для проведення лікувальних заходів і наявністю важкої фонової патології у даної групи пацієнтів.

Існують різні методики малоінвазивних втручань при варикозній кровотечі: в 30-х років минулого сторіччя первинно застосована ін'єкційна склеротерапія (1937 р.), потім були запропоновані різні методики ендоскопічних втручань від удосконалення склеротерапії до ендоскопічного лігування та застосування нитінолового стенту Danis, а також впроваджувались етіологічні і патогенетичні схеми консервативного лікування [2, с. 2-8]. Але високі показники летальності та незадовільна якість життя цих пацієнтів потребує подальшого вивчення та вдосконалення існуючих методів лікування.

В нашій практиці у даної групи пацієнтів з метою ендоскопічного гемостазу ми застосовуємо методику інтравазальної ендоскопічної «мікропіної» склеротерапії, яка ефективна як для активної кровотечі, так і в післягеморагічному періоді, а також її можливо застосовувати у пацієнтів з I та II типом варикозно змінених вен за класифікацією Sarin (1992 р.). В якості склерозуючого агенту застосовували 3% розчин полідоканолу. Суть полягає у наступному і відповідає в повному обсязі методиці Tessari (2000 р.). Приготування розчину у відповідності з авторською методикою: в 2-х мл шприц набирають 0,5 мл 3% полідоканолу, який через перехідник перекачуємо у 5 мл шприц, потім, поперемінним енергійним тиском поршнів шприців протягом 15-30 секунд переганяємо склерозуючий препарат з одного шприца в інший. В результаті, в 5 мл шприці утворювалося до 5 мл стійкої дрібнодисперсної піни, яку і вводили в просвіт варикозної вени протягом 1-3 хвилин. За одну процедуру склерозування ми вводили від 2 до 6 мл склерозанту. В одну і ту ж вену ін'єкції могли виконуватися неодноразово. В ході одного сеансу при активній кровотечі можливо склерозування джерела кровотечі (1-2 вени), а при повторному втручанні через 2 доби всіх варикозно змінених венозних стовбурів. Після проведення сеансу склеротерапії пацієнтам, у яких мало місце надходження крові з місць ін'єкцій, в разі неможливості зупинення цієї кровотечі додатковим введенням склерозанту, вводили зонд Sengstaken-Blakemore терміном до 24 годин з переривчастою декомпресією стравохідного балону [3].

Протягом 2019-2020 років дана методика проведена у 35 пацієнтів з гострою кровотечею з варикозних вен стравоходу, шлунку на тлі алкогольного цирозу печінки, розподіл за гендерною структурою:

чоловіків – 28 (80%), жінок – 7 (20%). Вік пацієнтів коливався в межах 45-74 років (тобто середній та похилий).

Ефективність методики ендоскопічного гемостазу оцінювали за наступними показниками: досягнення кінцевого гемостазу (відсутність рецидиву кровотечі протягом стаціонарного лікування та 30 діб після виписки); наявність місцевих та загальних ускладнень; летальність.

Загальна летальність склала 17% (6 пацієнтів). Стійкий гемостаз без виникнення ранніх рецидивних кровотеч (протягом 72 годин після склерозування) досягнутий у 25 пацієнтів (71,4%) пацієнтів.

У пацієнтів спостерігались наступні ускладнення (контрольна езофагогастродуоденоскопія проводилась через 2-5 діб): виникнення виразки в місці ін'єкції з рецидивом кровотечі у 1 (2,9%) пацієнта; виникнення виразок без рецидиву кровотечі у 5 (14,3%). Практично у всіх пацієнтів після проведеної методики 31 пацієнт (88,6%) були явища дисфагії на першу та другу добу після ендоскопічного втручання, які купировались інгібіторами протонної помпи.

До загальних ускладнень відносили явища поліорганної недостатності, яка виникла у 3 (8,6%) пацієнтів посилилась печінково-ниркова недостатність. Гострих тромбоемболічних ускладнень в групах спостереження не відмічено.

З 35 пацієнтів після ЕПС померли 6 (17%) осіб. 2 пацієнта страждали на цироз печінки в стадії субкомпенсації, 4 – в стадії декомпенсації. З 3 померлих хворих у 5 смерть наступила від поліорганної недостатності, причиною якої було важке ураження печінки, анемія і гіпоксія. 1 пацієнт з субкомпенсованим цирозом печінки помер від крововтрати в результаті рецидиву кровотечі після ендоскопічного склерозування в перші 24 години після процедури.

Аналіз результатів даної категорії пацієнтів дозволив зробити висновки і сформулювати алгоритм дій при первинній гострій варикозній кровотечі, прогнозувати розвиток ускладнень після різних ендоскопічних втручань та проводити профілактику можливих ускладнень.

Так у пацієнтів з гострою кровотечею із варикозно розширених вен тип GOV I (гастроєзофагеальні вени з поширенням на кардіальний відділ малої кривини шлунка) та GOV II (від езофагокардіального переходу по великій кривині у напрямку до дна шлунку) під час активної кровотечі більш ефективною методикою ендоскопічного гемостазу слід вважати ендоскопічну склеротерапію за методикою Tessari (2000 р.) з розчином 3% полідоканолу. В ході одного сеансу при активній кровотечі можливо склерозування джерела кровотечі (1-2 вени), а при повторному

втручанні через 2 доби всіх варикозно змінених венозних стовбурів. В одну і ту ж вену ін'єкції можна виконувати неодноразово. Після виконання сеансу ЕПС пацієнтам, у яких є надходження крові з місць ін'єкцій, вводиться зонд Sengstaken-Blakemore терміном до 24 годин з переривчастою декомпресією стравохідного баллону [4].

З метою профілактики виникнення виразок після ендоскопічних методик всім пацієнтам призначається антисекреторна терапія (інгібітори протонної помпи, H2-блокатори).

Наявність супутньої патології, високі показники ризику несприятливих результатів лікування та летальності (за відомими шкалами Child-Turcotte-Pugh, MELD) є прогностично несприятливими для проведення ендоскопічного гемостазу, та вказують на можливість виникнення місцевих та загальних ускладнень, тому до або під час проведення необхідна корекція стану пацієнта, профілактичне застосування комплексної інтенсивної терапії [5].

Література:

1. Sato M, Tateishi R, Yasunaga H, Horiguchi H, Yoshida H. et al. Variceal hemorrhage: Analysis of 9987 cases from a Japanese nationwide database. *Hepatol Res.* 2015 Mar;45(3):288-93. doi: 10.1111/hepr.12357. Epub 2014 Jun 9. PMID: 24827451.
2. Japanese Research society for Portal Hypertension. The general rules for recording endoscopic findings of esophageal varices—Revised edition. *Acta Hepatol. Jpn.* 33, 271–281 (1991).
3. Garcia-Tsao, G., Abraldes, J. G., Berzigotti, A. & Bosch, J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. *Hepatology* 65, 310–335 (2017).
4. Kamath, P. S., Kim, W. R., Advanced Liver Disease Study Group. The model for end-stage liver disease (MELD). *Hepatology* 45, p. 797–805 (2007).
5. Gralnek IM, Camus Duboc M, Garcia-Pagan JC, Fuccio L, Karstensen JG, Hucl T, Jovanovic I, Awadie H, Hernandez-Gea V, Tantau M, Ebigbo A, Ibrahim M, Vlachogiannakos J, Burgmans MC, Rosasco R, Triantafyllou K. Endoscopic diagnosis and management of esophagogastric variceal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2022 Sep 29. doi: 10.1055/a-1939-4887. Epub ahead of print. PMID: 36174643.