

© ^{1,2}Бойко В.В., ^{1,2}Грома В.Г., ^{1,2}Лыхман В.Н., ¹Мирошниченко Д.А.

УДК 616–005.1–08–072.1:616.149–008.341.1

^{1,2}Бойко В.В., ^{1,2}Грома В.Г., ^{1,2}Лыхман В.Н., ¹Мирошниченко Д.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

№Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 1

(г. Харьков)

ІГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т.Зайцева НАМНУ» (г. Харьков)

md_miroshnichenko_dima@mail.ru

Связь работы с научными планами, программами, темами. Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований ХНМУ и является фрагментом научно-исследовательской работы «Улучшение результатов лечения и профилактики осложнений заболеваний и травм органов грудной клетки и брюшной полости у больных с высоким операционным риском», № гос. регистрации 0113U002537.

Вступление. Лечение больных портальной гипертензией (ПГ) является одной из самых сложных проблем современной гепатологии. Наиболее тяжелым и труднопрогнозируемым осложнением заболевания является кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка [3,4], летальность которого составляет 35 – 70% [6], рецидив возникает у 50 – 90% больных [10].

Хирургические вмешательства сопряжены с высоким риском развития печеночной недостаточности и летального исхода [1]. При этом одним из важнейших направлений в лечении данной категории больных является эндоскопические методы гемостаза, носившие ранее в основном диагностический или вспомогательный характер, в данный момент рассматриваются в ряде ситуаций как альтернатива хирургическому пособию [2].

Существуют три вида эндоскопического лечения: склеротерапия (СТ), облитерация ВРВ клеевыми композициями и эндоскопическое лигирование (ЭЛ). Из инъекционных методов наиболее изученным является использование склерозантов [2,8].

По мнению A.S. Wright и L.F.Rikkers (2005) остается методом «первой линии» в лечении кровотечений из ВРВ как пищевода, так и желудка [11].

Меньшей частотой осложнений (0 – 8%) характеризуется ЭЛ, применение которого в настоящее время, по некоторым данным, более предпочтительно при кровотечениях из ВРВ пищевода [5], но прежде всего данный метод применяют с целью профилактики кровотечений [7].

Несмотря на высокую эффективность СТ ВРВ при продолжающемся кровотечении (до 85%), отмечается высокая частота повторных геморрагии (до 53%). Летальность при этом колеблется от 15 до 63% [9].

S.A.Zargar et al. (2005) так же отметили значительно меньшее количество сеансов, необходимых для эрадикации ВРВ и меньшее количество осложнений после ЭЛ [12].

Цель исследования – оценка эффективности и изучения возможностей эндоскопических методов гемостаза в лечении и профилактике кровотечений из ВРВ пищевода и желудка.

Объект и методы исследования. Нами проанализированы результаты применения эндоскопической СТ и ЭЛ у 65 больных ПГ осложненной кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. Мужчин было 35 (53,8%), женщин – 30 (46,2%). Средний возраст обследованных больных составил 44,3±14,6 лет. Большинство пациентов составили лица трудоспособного возраста (до 60 лет) – 51 (78,5%) больных, что свидетельствует о социальной значимости рассматриваемой проблемы.

Эндоскопическое исследование проводили фибродуоденоскопом фирмы «Olympus» различных модификаций – GIF Q, GIF XQ, GIF DO2. Дуоденоскопия проводилась при помощи дуоденоскопа JFB3 и JFB4.

При оценке интенсивности продолжающегося кровотечения различали:

- а) массивное струйное кровотечение;
- б) умеренное кровотечение, при котором изливающаяся кровь из венозного сосуда быстро заливала источник геморрагии после ее смывания и непрерывно стекала по стенке органа широкой струей;
- в) слабое, когда отмечалось слабое подтекание крови из источника, который мог быть прикрыт сгустком (Кузьмин-Крутецкий М.И., Цурупа С.Д., 1998).

При эндоскопической диагностике варикозного расширения вен пищевода и кардии желудка использовали классификацию А.Г. Шерцингера (1986), в соответствии с которой выделяли три степени их патологических изменений: I степень – диаметр вен 2–3 мм; II степень – диаметр вен 3–5 мм; III степень – диаметр вен более 5 мм.

Также определяли локализацию и форму ВРВ: I степень – флебэктазии нижней трети пищевода переходящие на эзофагокардиальную розетку и имеющие прямую или извилистую форму; II степень – ВРВ нижней и средней трети пищевода, и кардиального

Таблица
Распределение больных по выполненным эндоскопическим вмешательствам

	Эндоскопическое склерозирование			Эндоскопическое лигирование
	Интравазальное	Паравазальное	Комбинированное	
Остановившееся кровотечение	18 (27,7%)	12 (18,5%)	5 (7,7%)	2(3,1%)
Продолжающееся кровотечение	6 (9,2%)	5(7,7%)	10 (15,4%)	7 (10,8%)

отдела желудка, имеющие извилистую форму; III степень - флeбэктазии пищевода, распространяющиеся на кардиальный отдел и дно желудка и имеющие узловато-гроздевидную форму.

Лечебные эндоскопические вмешательства в экстренных условиях проводили спустя 6-12 часов от момента начала медикаментозной терапии и тампонадой баллоном Блэкмора-Сенагстена для достижения «временного гемостаза», что позволяет стабилизировать общее состояние больного, минимизировать число осложнений, а также выполнить эндоскопические вмешательства эффективнее.

Распределение больных по группам выполненных эндоскопических вмешательств представлено в **таблице**.

При интравазальной склеротерапии введение склерозанта проводили непосредственно в просвет вены. При этом гемостаз обеспечивался за счет сокращения сосуда, что приводило к уменьшению его напряжения, сдавлению сосуда вследствие возникающего паравазального компонента, отека и утолщения стенки вены. Также, склерозант оказывает возникновение асептического воспаления на интима сосуда, его слипание и прерывание кровотока по вене. Вследствие СТ развивается флебит вены с вовлечением стенки сосуда и окружающей паравазальной ткани. Использовали 1-5 мл р-ра склерозанта (инъекции в ВРВ в объеме 0,5-1,0 мл 70% раствора этанола, 3% раствора тромбовара или 2 мл 0,5% раствора этоксисклерола на одну инъекцию), на 3-4 см дистальнее разрыва вены, или на расстоянии 1-1,5 см выше пищеводно-желудочного перехода в неартеризированных венах. На 5 день повторяли, при этом охватывал участки, которые оказались вне зоны действия 1-го сеанса СТ. 3-й сеанс СТ проводили на 30 дней оценивая эффективность проводимого лечения, динамику уменьшения степени ВРВ и снятие угрозы кровотечения. 4-ый сеанс СТ проводили через 3 месяца.

Паравазальная склеротерапия выполняется под местной анестезией 1% раствора лидокаина с предварительной премедикацией 1мл 2% раствора промедола, 2мл реланиума. Предварительно слизистая оболочка пищевода и желудка орошается 96% спиртом в количестве 10-12 мл. СТ начинается от области эзофагокардиального перехода и продолжается в проксимальном направлении. Из склерозирующих

агентов, использовали этоксисклерол (20 мг полидоканола в 1мл этилового спирта) производства Германии, но чаще применяли в 0,5% концентрации. При каждой инъекции вводили не более 3-4 мл склерозанта. Обычно от 15 до 20 вколов. За один сеанс расходовали до 24-36 мл склерозанта. Вводимый по инъектору склерозант создает по обеим сторонам варикозной вены плотный отек, сдавливающий сосуд.

Комбинированная СТ осуществлялась путем введения склерозанта интра- и паравазально за одну процедуру. Метод осуществлялся введением паравазально на уровне разрыва, а затем интравазально на 1,5-2 см дистальнее. При этом за счет паравазального введения достигалась компрессия вены и создавались условия для более длительного нахождения склерозанта в вене. Повторные сеансы СТ проводили через 2-5 дней всего 3-8 сеансов. На последующих сеансах СТ введение препарата проводили проксимальнее предыдущего места введения с пункцией вены на расстоянии 2-3 см друг от друга (в среднем до 13 мл склерозанта внутривенно и до 37 мл паравазально).

Лечение продолжается до получения эффекта эрадикации, либо до достижения положительного результата. Для этого требуется в среднем 4-5 сеансов СТ в год. Динамический контроль осуществляется в последующем один раз в 6 месяцев. В случае необходимости лечение повторяется.

При продолжающемся кровотечении проводили верификацию кровоточащей вены. В зависимости от локализации источника, введение склерозанта осуществляется по обе стороны кровоточащей вены. Для достижения эффекта необходимое количество склерозанта превышало 10-15 мл. Данное обстоятельство требует выполнения контрольной эндоскопии через 3-4 дня после проведения эндоскопического гемостаза. При отсутствии осложнений больные подвергались контрольной эзофагогастродуоденоскопии и в случае необходимости повторному склерозированию через 3, 6, 12, 24, 36 месяцев.

ЭЛ ВРВ, в условиях остановившегося кровотечения, выполнялась наложением лигатурных петель последовательно на каждый варикозный узел в проксимальном направлении, начиная с кардии. Выбранный варикозный узел отсосом засасывается в цилиндр, не менее чем на половину высоты потом сбрасывали кольцо. За сеанс, в зависимости от выраженности ВРВ, накладывается от 6 до 10 лигатур. При продолжающемся кровотечении, первую лигатуру накладывали на источник кровотечения, что в ряде случаев делала невозможным обработать нижележащие вены и приводила к увеличению общего количества сеансов, необходимых для эрадикации ВРВ пищевода. В среднем число сеансов варьировало от 4 до 6, с интервалом 5-7 дней.

Результаты исследований и их обсуждение. Источником кровотечения у 58 (89,2%) больных послужили ВРВ пищевода и зоны кардиоэзофагеального перехода, а у 7 (10,8%) кардиального отдела желудка.

У больных при эндоскопии выявлено следующее расширение ВРВ: I степень у 3 (4,6%) больных, II степень у 26 (40%) и III степень у 36 (55,4%). Отмечена закономерность, что чем больше размеры вен, тем больше вероятность развития кровотечения.

ЭС ВРВ пищевода и желудка в условиях продолжающегося кровотечения выполнено у 21 (32,3%) больного. У 25 (38,5%) больных проведена СТ в условиях остановившегося кровотечения, так как во время диагностической ФЭГДС, из-за технических трудностей (невозможно было верифицировать источник кровотечения), у 2 (3,1%) больных был поставлен зонд – обтуратор. А также, у 6 (9,2%) больных, профузное кровотечение из ВРВ не позволило провести адекватную СТ. Таким образом, выполнимость метода склеротерапии в экстренной ситуации составила 87,7%. В группе с продолжающимся кровотечением отмечен стойкий гемостатический эффект у 19 (29,2%) больных, таким образом эффективность метода составила 96,9%.

В послеоперационном периоде у 5 (7,7%) больных возник рецидив кровотечения: в раннем (на 1-2 сутки) - у 2 (3,1%) больных и в позднем (на 5-7 сутки) - у 3 (4,6%) по причине развития постсклеротических язв. Несмотря на достигнутый гемостаз, 2 (3,1%) больных умерло при нарастании явлений печеночной недостаточности. Таким образом, в группе больных, которым вмешательство выполнялось при продолжающемся кровотечении, летальность составила 9,5%, а общая летальность составила 3,1%. Рецидив кровотечений составил: в группе - 23,8%.

Из группы больных, которым ЭС выполнена после остановившегося кровотечения, СТ выполнялось в отсроченном порядке после осуществления предварительного гемостаза зондом-обтуратором. Рецидивы кровотечения отмечены у 4 (6,2%) больных, из них с летальным исходом у 1 (1,5%) больного с циррозом печени. Остальным 3 (4,6%) больным с поздними рецидивами кровотечения проводили повторные сеансы СТ до достижения стойкого гемостаза. Гемостатический эффект ЭС в этой группе составил 81%. Отмечено ещё 2 летальных исхода на 4-5 сутки: 1 (1,5%) больной умер от рецидива кровотечения, и 1 (1,5%) при нарастании явлений печеночной недостаточности. Рецидивы кровотечений составил 16%. Летальность в этой группе составила 8%, общая 3,1%.

Таким образом, в группах больных, которым проведена СТ: стойкий гемостатический эффект, составил 86,2%; рецидив кровотечений с благоприятным исходом 9,2%; общая летальность - 6,1%.

В группах больных, которым выполнено ЭЛ, поступивших в экстренном порядке, топическая визуализация источника кровотечения и выполнение гемостаза при продолжающемся кровотечении оказались возможными у 7 (10,8%) больных. Выполнимость ЭЛ при продолжающемся кровотечении из ВРВ составила 77,8%. Непосредственного гемостаза удалось достичь во всех наблюдениях. Однако стойкий гемостатический эффект в ближайшем периоде сохранялся в этой группе больных только в 85,7% случаев. Рецидив кровотечения отмечен у 1 (11,1%) больного на 3-4 сутки. Среди 2 (22,2%) больных, которым ЭЛ выполнялось в отсроченном порядке (после

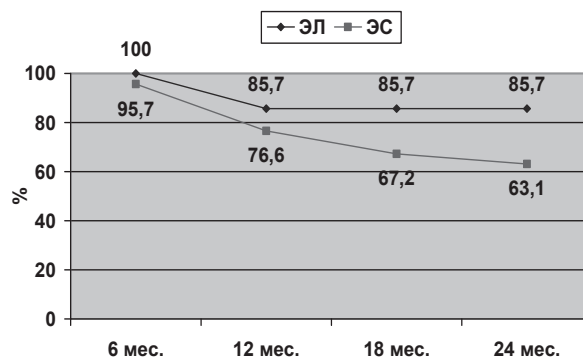


Рис. 1. Выживаемость больных после ЭЛ и ЭС ВРВ пищевода в отдаленном периоде.

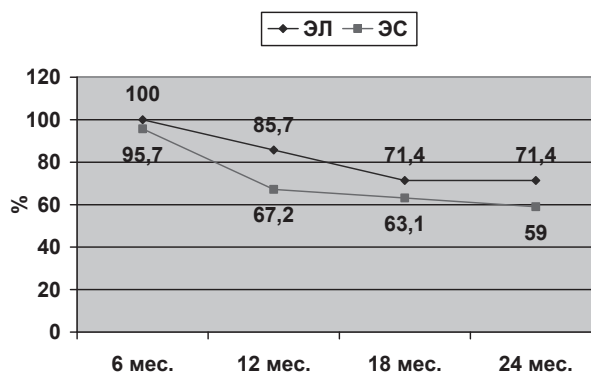


Рис. 2. Гемостатический эффект после ЭЛ и ЭС ВРВ в отдаленном периоде.

предварительного гемостаза зондом-обтуратором и медикаментозной терапии), гемостатический эффект ЭЛ в ближайшем периоде составил 100%, без рецидива кровотечения. Таким образом при применении ЭЛ для лечения кровотечений из ВРВ непосредственный гемостатический эффект составил 100%, стойкий гемостаз в ближайшем периоде - 82,4% без летальных случаев.

Несмотря на то, что ЭС ВРВ является паллиативной операцией, данный метод относительно прост и общедоступен, практически не имеет противопоказаний. Улучшить результаты применения ЭС у экстренных больных можно, выполняя вмешательство в отсроченном порядке после стабилизации состояния больного. Однако метод ЭЛ показал свою эффективность относительно ЭС.

Для оценки эффективности методов в отдаленном периоде, мы предпочли возможным объединить больных с продолжающимся и остановившимся кровотечениями и проанализировать показатели выживаемости, частоты рецидивов кровотечения в зависимости от характера вмешательства отдельно в группах ЭС и ЭЛ.

Отдаленные результаты прослежены у 7 (10,8%) больных после ЭЛ и у 49 (75,4) больных после ЭС ВРВ в сроки до 24 месяцев по выживаемости (**рис. 1**), и гемостатическому эффекту (**рис. 2**).

При анализе отдаленных результатов применения ЭС и ЭЛ в лечении кровотечений из ВРВ пищевода и желудка показал, что ЭЛ имеет лучшие результаты

по всем показателям. Но следует отметить, что его применение при продолжающемся кровотечении невелика и уступает СТ, а также ограничениями метода являются маленький размер вен, недостаточный для аспирации с последующим лигированием ВРВ, и небольшой опыт специалиста.

Выводы. Таким образом, в основе успешного лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка при синдроме ПГ является дифференцированный подход в выборе того или иного метода эндоскопического гемостаза. При выборе метода лечения следует принимать во внимание локализацию, степень расширения ВРВ, а также тяжесть основного заболевания.

Эндоскопические методы гемостаза и профилактики осложнений являются эффективными и должны

оставаться на «первой линии» в программе лечения у данной категории больных.

Самым оптимальным является достижение временного гемостаза на фоне проведения медикаментозной терапии, баллонной тампонады и коррекции функций гомеостаза, с последующим выбором метода и окончательного эндоскопического гемостаза в отсроченном периоде.

При анализе результатов применения ЭС и ЭЛ в лечении кровотечений из ВРВ пищевода и желудка, что ЭЛ имеет лучшие результаты при продолжающемся кровотечении по сравнению с ЭС.

Перспективность исследования – совершенствование профилактических методов эндоскопического гемостаза.

Литература

1. Абдурахманов Б.А. Эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечении портального генеза у больных циррозом печени / Б.А. Абдурахманов, Ш.Х. Ганцев, О.К. Кулакеев // Анн. хир. гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 3. – С.65-71.
2. Ангелич Г.А. Диагностика и хирургическое лечение осложненной цирроза печени : автореф. дис. на соискание научной степени доктора мед. наук : спец. 14.01.17 «Хирургия» / Г.А. Ангелич. – Кишинев, 2008. – 20 с.
3. Ерамещанцев А.К. Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А.К. Ерамещанцев // Анн. хир. гепатологии. – 2007. – Т. 12, № 2. – С.8-15.
4. Жерлов Г.К. Совершенствование оценки риска кровотечения из варикозно- расширенных вен пищевода / Г.К. Жерлов, Н.С. Рудая, А.П. Кошевой [и др.] // Анн. хир. гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 77.
5. Жигалова С.Б. Эндоскопические технологии в лечении и профилактике кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией : автореф. дис. на соискание научной степени доктора мед. наук : спец. 14.01.17 «Хирургия» / С.Б. Жигалова. – Москва, 2011. – 50 с.
6. Современные принципы лечения больных с портальной гипертензией и кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка : тез. докл. на XVII междунар. конгр. хирургов гепатологов России и стран СНГ. [«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»], (Уфа, Россия., 15 – 17 сентября 2010 г.) / Мин. здр. и соц. разв. РФ., РАМН [и др.] – У. : МЗСР РФ. 2010. – С. 302.
7. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / R. De Franchis // Journal of Hepatology. – 2010. - № 53. - P. 762-768.
8. Park W.G. Injection Therapies for variceal bleeding disorders of the GI tract / W.G. Park, R.W. Yeh, G. Tnadofilopoulos // Gastrointestinal endoscopy. - 2008. – Vol. 67, № 2. – P. 313-321.
9. Triantos C.K. Prevention of the development of varices and first portal hypertensive bleeding episode / C.K. Triantos, A.K. Burroughs // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 21, № 1. - P. 31-42.
10. Santambrogio R. Natural history of a randomized trial comparing distal spleno – renal shunt with endoscopic sclerotherapy in the prevention of variceal rebleeding: a lesson from the past / R. Santambrogio, E. Opocher, M. Costa [et al.] // Wld. J. Gastroenterology. – 2006. – Vol. 12, № 39. – P. 6331-6338.
11. Wright A.S., Current management of portal hypertension / A.S. Wright, L.F. Rikkers // J. Gastrointest. Surg. - 2005. - Vol. 9, № 7. – P. 992-1005.
12. Zargar S.A. Endoscopic ligation vs. sclerotherapy in adults with extrahepatic portal venous obstruction: a prospective randomized study / S.A. Zargar, G. Javid, B.A. Khan [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2005. – Vol. 61. – P. 58-66.

УДК 616–005.1–08–072.1:616.149–008.341.1

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ГЕМОСТАЗУ ПРИ КРОВОТЕЧАХ З ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН У ХВОРИХ НА ПОРТАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Бойко В.В., Грома В.Г., Лихман В.М., Мирошніченко Д.О.

Резюме. Були проаналізовані результати лікування у 65 хворих на портальну гіпертензію, яка ускладнена кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку за допомогою ендоскопічних методів гемостаза: лікування і склерозування. У групі хворих, яким проводилася склеротерапія, гемостатичний ефект склав 86,2%; нелетальних рецидивів кровотеч - 9,2%; загальна летальність - 6,1%. При застосуванні ендоскопічного лікування безпосередній гемостатичний ефект склав 100%, стійкий гемостаз в найближчому періоді - 82,4% без летальних випадків. Таким чином, в основі успішного лікування кровотеч в даній групі хворих є диференційований підхід у виборі того чи іншого методу ендоскопічного гемостаза.

Ключові слова: кровотеча, варикозно розширені вени, ендоскопічне лікування, ендоскопічне склерозування.

УДК 616–005.1–08–072.1:616.149–008.341.1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВАРИКОЗНО – РАСШИРЕННЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бойко В.В., Грома В.Г., Лыхман В.Н., Мирошніченко Д.А.

Резюме. Нами проанализированы результаты лечения у 65 больных портальной гипертензией осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при помощи эндоскопических методов

гемостаза: лигирования и склерозирования. В группе больных, которым проводилась склеротерапия гемостатический эффект составил 86,2%; рецидив кровотечений с благоприятным исходом - 9,2%; общая летальность - 6,1%. При применении эндоскопического лигирования непосредственный гемостатический эффект составил 100%, стойкий гемостаз в ближайшем периоде - 82,4% без летальных случаев. Таким образом, в основе успешного лечения кровотечений, в данной группе больных, является дифференцированный подход в выборе того или иного метода эндоскопического гемостаза.

Ключевые слова: кровотечение, варикозно расширенные вены, эндоскопическое склерозирование, эндоскопическое лигирование.

UDC 616-005.1-08-072.1:616.149-008.341.1

The Effectiveness of Endoscopic Hemostasis in Bleeding from Varicose Veins in Patients with Portal Hypertension

Boyko V.V., Groma V.G., Lyhman V.N., Myroshnychenko D.A.

Abstract. We have analyzed the results of treatment in 65 patients with portal hypertension complicated by bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach using endoscopic haemostasis: ligation and sclerotherapy. Men was 35 (53.8%), women - 30 (46.2%). Therapeutic endoscopic interventions in emergency conditions was performed after 6 to 12 hours from the start of drug therapy and Blackmore balloon tamponade to achieve temporary haemostasis for to stabilize the overall patient condition, to minimize the number of complications, and perform endoscopic interventions more effective.

We used 3 methods of sclerotherapy which include intra- and paravenous, and combined introduction of sclerosant. The treatment continues to obtain the effect of eradication, or to reach a positive result.

Endoscopy ligation, in terms of stopped bleeding, were performed in 2(3,1%) patients, and in 7 (10,8%)patients in continue bleeding with applying a ligature loops. The average number of sessions ranged from 4 to 6, with an interval of 5-7 days.

The source of bleeding in 58 (89.2%) patients served as varicose veins of the esophagus and zone cardioesophageal of transition, and in 7 (10.8 %) of the cardiac part of stomach. In patients with endoscopy revealed the following extension varicose varices (by A. G. Scherzinger): first degree was in 3 (4.6%) patients, second degree in 26 (40%) and third degree in 36 (55.4%). This regularity, that the larger the vein that greater the risk of bleeding.

Endoscopy sclerotherapy in the continued bleeding was performed in 21 (32,3%) patients. 25 (38,5%) patients conducted by endoscopy investigation in terms of stopped bleeding both during diagnostic stage, due to technical difficulties, in 2 (3,1%) patients were used Blackmore balloon tamponade. In 6 (9,2%) patients, with profuse bleeding did not allow adequate sclerotherapy. Thus, in an emergency situation amounted to 87.7%. In this group strong haemostatic effect were in 19 (29,2%) patients, thus the efficiency were 96,9%.

In the postoperative period 5 (7.7%) patients were relapsed of bleeding: early (1-2 days) in 2 (3,1%) patients and late (5-7 days) - in 3 (4.6%) patients due to the development postclearance ulcers. 2 (3,1%) patients died at increasing phenomena of liver failure. Thus, total mortality was 3.1 %. Relapse of bleeding were in 23.8%.

In the group of patients after stopped bleeding, sclerotherapy was performed in a delayed manner after the implementation of the preliminary haemostasis Blackmore balloon tamponade and relapse of bleeding were in 4 (6,2%) patients, with fatal outcome in 1 (1,5%) patient with liver cirrhosis. Other 3 (4,6%) patients with late relapse of bleeding underwent repeated sessions and the achievement of stable haemostasis. The haemostatic effect was 81%. 1 (1,5%) patient died after relapse of bleeding, and 1 (1,5%) patient died with an increase of the phenomena of liver failure. Relapse of bleeding were 16%. Mortality in this group were 8%, and total of 3.1%. Thus, in this groups of patients persistent haemostatic effect were 86.2%; relapse of bleeding with a favourable outcome of 9.2%; overall mortality were 6.1%.

Endoscopy ligation admitted on an emergency basis were possible in 7 (10,8%) patients. The feasibility patients with continued bleeding were 77.8%. Immediate haemostasis was achieved in all cases. However, persistent haemostatic effect were in 85,7% of cases. The relapse of bleeding was observed in 1 (11,1%) patients in 3 – 4 days. Among 2 (22,2%) patients who was performed in a delayed manner (after preliminary haemostasis Blackmore balloon tamponade and drug therapy), haemostatic effect was 100%, persistent haemostasis is 82.4% with non-fatal cases.

In the analysis of remote results showed that ligation has the best results on all indicators.

The basis of successful treatment is a differentiated approach to the choice of the method of endoscopic haemostasis. When choosing a method of treatment should take into account the localization, the degree of expansion of varicose veins and the severity of the underlying disease.

Endoscopic methods of haemostasis and prevention of complications are effective and should remain on first-line treatment in these patients.

The most optimal is to achieve temporary haemostasis in the conduct of medical therapy, balloon tamponade and correction functions of homeostasis, followed by the final choice of method and endoscopic haemostasis in a delayed period.

When analyzing the results of the application of ligation and sclerotherapy in the treatment of bleeding from varicose veins of esophagus and stomach that ligation has the best result with continued bleeding compared with sclerotherapy.

Keywords: bleeding, varicose veins, portal hypertension, endoscopic ligation and endoscopic sclerotherapy.

Рецензент – проф. Ляховський В.І.

Стаття надійшла 25.05.2015 р.