

кровотечения при циррозах печени могут быть варикозно расширенные вены желудка и портальная гастропатия (нарушения микроциркуляции слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта с расширением сосудов и образованием артериовенозных соустьев), следствием которой бывают разрывы слизистой оболочки желудка (синдром Мелори-Вейса).

Тактика лечения кровотечения при этих состояниях отличается, поэтому важное значение имеет ранняя эндоскопия, во время которой могут быть проведены **склеротерапия** (введение склерозирующих средств типа этаноламина, натрия тетрадецилсульфата или этанола) или лигирование варикозных узлов.

Из лекарственных средств для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен применяют **вазопрессин**, оказывающий сосудосуживающее действие и снижающий давление в портальной вене. Вазопрессин вводят в/в в дозе 20 ЕД в течение 20 мин на 100 мл 5% раствора глюкозы, после чего переходят на медленное введение препарата со скоростью 20 ЕД в час в течение 4-24 часов до остановки кровотечения. Для уменьшения побочных эффектов вазопрессина, связанных с его сосудосуживающей активностью (нарушения ритма сердца, инфаркт миокарда, инсульт, отёк лёгких, ишемия, некроз кишечника, ишемия нижних конечностей), назначают нитроглицерин внутривенно. Полагают, что последний сам по себе способен снижать давление в портальной вене. Комбинация вазопрессина и нитроглицерина позволяет остановить кровотечение примерно у половины больных портальной гипертензией.

В последние годы с этой целью более широко стали использовать **октреотид (сандостатин)**, являющийся синтетическим аналогом соматостатина. Эффективность октреотида при кровотечении из варикозно расширенных вен составляет около 65% и сопоставима с таковой склеротерапии. Вводят 100 мкг в/в болюсом, а затем по 50 мкг в/в каждый час в течение 48 часов. Некоторые авторы предлагают комбинировать склеротерапию с введением октреотида. Побочные эффекты октреотида легко выражены (боль в животе, анорексия, головная боль, тошнота, рвота, диаррея), а частота их не отличается от таковой у больных, получавших плацебо.

При небольших кровотечениях традиционно используют **эпсилон-аминокапроновую кислоту** (5% - 50-100 мл в/в капельно 3-4 раза в день), а также дают её внутрь в охлаждённом виде по 400-500 мл. Патогенетически обоснованно при циррозе печени введение **викасола** (1% - 2-3 мл, в/в или в/м). **Дицинон** (12,5% - 2-4 мл 3-4 раза в день в/в или в/м), а также **хлористый кальций** (10% - 10 мл, в/в) оказывают небольшое гемостатическое действие.

При обильном кровотечении с выраженной анемией проводятся **гемотрансфузии** цельной крови, свежзамороженной плазмы, эритроцитарной, тромбоцитарной массы для устранения дефицита свёртывающих факторов при декомпенсированном циррозе печени, хотя показания к ним в последнее время значительно сузились.

При массивном кровотечении, когда проведение склерозирующей терапии невозможно из-за плохой видимости, применяют введение **баллонного зонда Блекмора** (устанавливают на короткое время – не более 12-24 часов, чтобы избежать осложнений). Временный гемостаз при этом наступает часто, а окончательный – гораздо реже.