

УДК: 616.36 – 004:616.149 – 008.341.1:616.329/.33 – 005.1 – 089

**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХІРУРГІЧНУ ТАКТИКУ ПРИ КРОВОТЕЧАХ ІЗ
ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКУ У ХВОРИХ НА
ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ І ПОРТАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

Переста Ю.Ю., Русин А.В.

Ужгородській національній університет, м. Ужгород

Ключові слова: цироз печінки, портальна гіпертензія, шлунково-кишкові кровотечі, варикозно-розширені вени стравоходу та шлунку, лікування хірургічне, лікування медикаментозне

Вступ. Лікування ускладнень цирозу печінки з залишається не до кінця вирішеною проблемою синдромом портальної гіпертензії надалі сучасної хірургії. Смертність від гастроезо-

фагеальних кровотеч не може задовольнити жодного хірурга, а широкий арсенал методів свідчить про посередню їх ефективність.

Матеріали та методи. За останні п'ять років у хірургічній клініці ОКЛ м. Ужгорода під нашим спостереженням перебували 82 хворих з портальною гіпертензією (ПГ), яка ускладнилась кровотечами із варикозно-розширених (ВРВ) стравоходу та шлунку. Згідно з класифікацією Чайлда-Туркотта, в стадії компенсованого ЦП перебували 6 хворих, субкомпенсованого – 60, декомпенсованого – 16 хворих. Кровотеча легкого ступеню спостерігалась у 34 (41,5%) хворих, середнього ступеню – у 38 (46,3%), важкого ступеню – у 10 (12,2%) хворих.

Усім 82 хворим при надходженні в обов'язковому порядку була виконана діагностична фіброезофагогастроуденоскопія для виявлення джерела кровотечі та його локалізації. У 86% спостережень нами були виявлені варикозно-розширені вени стравоходу, в 12% випадків – змінені вени кардіального відділу шлунку, а в 2% випадків – їх поєднання. Десять (12,2%) (I ст-3, II ст-4, II ст-3) хворих надійшли до хірургічної клініки ОКЛ із хірургічних стаціонарів центральних районних лікарень Закарпатської області з клінікою гострої кровотечі з ВРВ стравоходу і шлунку.

У цій групі пацієнтів надання допомоги починали з термінового встановлення зонду-обтуратора Блекмора-Сенгстакена для механічного здавлення зони кровоточивих варикозних вен. Особливу увагу приділяли ретельному виконанню всіх етапів встановлення зонду, оскільки будь-яка невдала обтурація вен значно збільшує ймовірність летального випадку.

Через 4-6 годин після встановлення зонду виконували повільне видалення повітря із обох балонів з метою контролю гемостазу, але сам зонд при цьому не видаляли. Тимчасові зупинки кровотечі удалось досягти у 6 хворих (60%), а у інших 4 (40%) довелося застосовувати повторні обтурації, які виявилися неефективними, тому на висоті кровотечі цим пацієнтам було виконано операцію Паціори. В ранньому післяопераційному періоді померло 2 (50%) хворих: один від рецидивної кровотечі на фоні тотального ерозивно-геморагічного езофагіту, другий - від прогресуючої печінкової недостатності.

Усі заходи здійснювались на фоні загальноприйнятої терапії: внутрішньовенної інфузії епіклонамінокапронової кислоти 5%, вікасолу, тромбоцитарної маси, плазми, фібриногену і т.д. Вкрай обережно необхідно підходити до питання переливання крові при цирозі печінки (можливе прогресування гострої печінкової недостатності) і різкого збільшення об'єму циркулюючої крові, оскільки це

призводить до рецидиву кровотечі в зв'язку із збільшенням тиску в системі ворітної вени.

Медикаментозна корекція портального кровотоку забезпечувалась внутрішньовенною інфузією 1% розчину нітроглицерину в дозі 0.43 мг/кг/добу від 15 до 30 крапель за хвилину (1.5 мг/год) у 52 хворих, а у решти 30 хворих під впливом анаприліну (обзидану) у дозі 2.85 мг/кг/добу, відповідно (0.25%-1.0 або 0.1%-5.0). Одночасно на фоні медикаментозної корекції порто-печінкового кровообігу, корекції об'єму крововтрати виконували ендоскопічну склеротерапію (ЕС) ВРВ стравоходу.

ЕС ВРВ стравоходу здійснювали за допомогою гнучкого ендоскопу Pentax E6-2430 і ін'єктора NM-ІК з попередньою премедикацією промедолом 2%-1.0 та атропіном 0.1%-1.0. Використовували методику комбінованої інтра- та паравазальної ін'єкції 3% розчину тромбовару. Під час одного сеансу вводили 5-7 мл склерозанту в судину і паравазально. Курс лікування включав 5-6 ін'єкцій з інтервалом між курсами 1-2 доби, - всього 2-3 курси. В період ЕС призначали антацидні препарати, Н-блокатори.

Результати та їх обговорення. В групі 31 хворого з I ст крововтрати після ЕС ВРВ стравоходу кровотечу зупинено у всіх пацієнтів.

В групі 34 хворих з II ст. крововтрати після ЕС ВРВ стравоходу кровотечу зупинено у 28 хворих, у 6 хворих спостерігались рецидиви кровотеч, які у 4 хворих після трьохразових сеансів ЕС ВРВ стравоходу зупинено. Двоє хворих померли від тривалої кровотечі, незважаючи на неодноразові сеанси інтра- та паравазальної склеротерапії.

У групі 7 хворих з III ст крововтрати після ЕС ВРВ стравоходу кровотеча зупинена у 5 хворих, у одного хворого спостерігали рецидиви кровотеч, які після трьохразових сеансів ЕС ВРВ зупинено. Двоє хворих померли від тривалої кровотечі та явищ печінкової недостатності.

При вивченні в динаміці показників, які характеризують синтетичну функцію печінки, не виявлено достовірних змін вихідного вмісту сироваткового альбуміну та протромбінового індексу. Разом з цим відмічено зниження показників цитолізу: білірубіну, активності АлТ, АсТ, азоту та аміаку в сироватці крові.

На основі узагальнення досвіду хірургічної клініки ОКЛ м. Ужгорода в лікуванні кровотеч з ВРВ стравоходу у хворих з ПГ, нами розроблено алгоритми дій хірурга при гострій кровотечі :у хворих з нестабільною та стабільною гемодинамікою (Рис. 1 та 2).

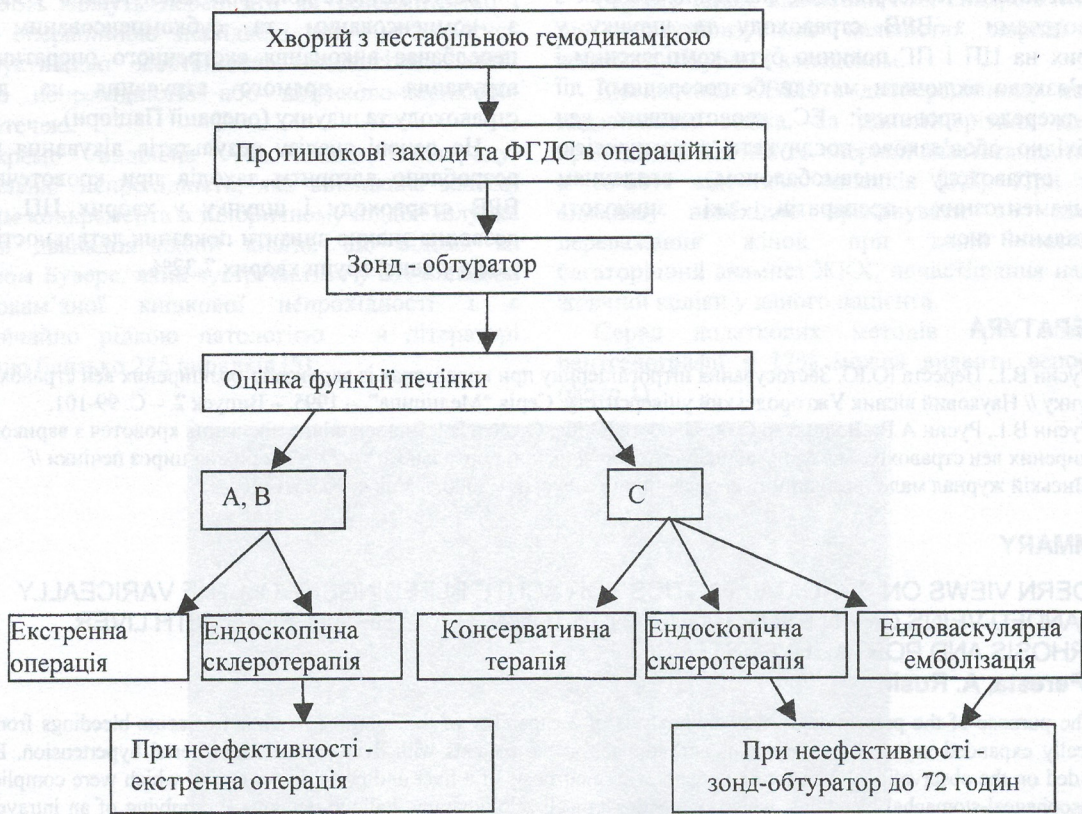


Рис. 1. Алгоритм дій при кровотечі із ВРВ у хворого з нестабільною геодинамією

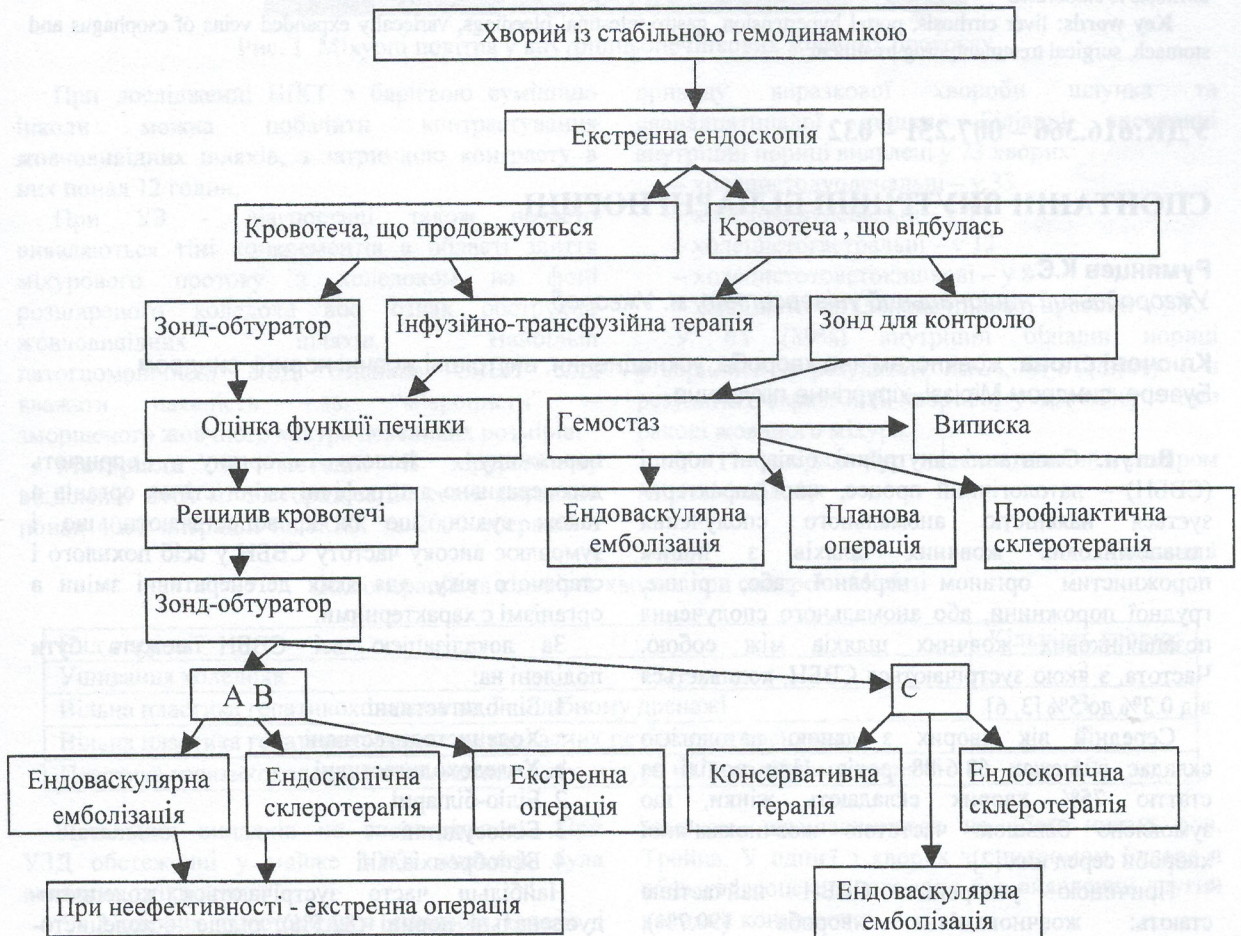


Рис. 2. Алгоритм дій при кровотечі з ВРВ у хворого із стабільною гемодинамією

Висновки: Консервативне лікування хворих з кровотечами з ВРВ стравоходу та шлунку у хворих на ЦП і ПГ повинно бути комплексним і обов'язково включати методи безпосередньої дії на джерело кровотечі: ЕС кровоточивих вен необхідно обов'язково поєднувати з компресією вен стравоходу пневмобалоном, введенням медикаментозних препаратів, які знижують портальний тиск.

Безуспішність консервативної терапії у хворих з компенсованим та субкомпенсованим ЦП передбачає виконання екстренного оперативного втручання прямого втручання на венах стравоходу та шлунку (операції Паціори).

На основі аналізу результатів лікування нами розроблено алгоритм заходів при кровотечах із ВРВ стравоходу і шлунку у хворих ЦП, який дозволив значно знизити показник летальності, що склав у даної групи хворих 7.32%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Русин В.І., Переста Ю.Ю. Застосування нітрогліцерину при кровотечах із варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку // Науковий вісник Ужгородський університету. Серія "Медицина". – 1995. – Випуск 2. – С. 99-101.
2. Русин В.І., Русин А.В., Болдижар О.О., Переста Ю.Ю., Стойка В.І. Ендоскопічне лікування кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу на фоні медикаментозної корекції портального тиску у хворих на цироз печінки // Українській журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2000. – Vol. 4, №3. – С.46.

SUMMARY

MODERN VIEWS ON SURGICAL TACTICS FOR ACUTE BLEEDINGS FROM THE VARICEALLY EXPANDED VEINS OF AN ESOPHAGUS AND STOMACH AT THE PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION

Yu. Peresta, A. Rusin

The purpose of the present study was the analysis of a capability of the complex treatment of acute bleedings from the variceally expanded veins of an esophagus and stomach at the patients with liver cirrhosis and portal hypertension. Being grounded on the observational data for 82 patients with a cirrhosis of a liver and portal hypertension which were complicated by oesophageal-stomachal bleedings, which one endoscopicall sclerotherapy, balloon-tamponade, applying of an intravenous infusion of Nitroglycerinum and Obsidanum were executed, a conclusion is drawn that applying of these means is expedient for patients with a liver cirrhosis. The algorithum of means for bleedings from the variceal veins for a patients with a liver cirrhosis is elaborated

Key words: liver cirrhosis, portal hypertension, gastro-intestinal bleedings, variceally expanded vcins of esophagus and stomach, surgical treatment, drug treatment