

ӨНЕШ ПЕН АСҚАЗАННЫҢ ВАРИКОЗДЫ КЕҢЕЙГЕН ВЕНАСЫНАН ҚАН КЕТУМЕН АСҚЫНҒАН ПОРТАЛЬДІ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕГІ ДИАГНОСТИКА МЕН ЕМДІК ТАКТИКА

Портальді гипертензия салдарынан қан кеткенде клиникалық көріністері, қан жоғалтудың ауырлығы, қанның клеткалық құрамының және биохимиялық көрсеткіштерімен қоса қанның реологиялық көрсеткіштері маңызды орын алады. Консервативті және хирургиялық емнің нәтижелері госпитализациялау уақытына және қан кету дәрежесімен қоса бауырдың морфофункционалды қызметінің бұзылу дәрежесіне де байланысты болады. Портальді гипертензия салдарынан өңеш және асқазаннан қан кеткен науқастардағы негізгі өлім көрсеткішінің себебі жедел бауыр жеткіліксіздігі және ДВС синдромымен жүретін тоқтаусыз немесе қайталамалы қан кету.

Өңеш-асқазандық қан кету – портальді гипертензияның аса қауіпті асқинуы болып табылады. Қан кету тек варикозды кеңейген веналардың жыртылуынан ғана емес, кілегей қабаттарының эрозия–жаралық зақымдалуы мен гемостаздық өзгерістің салдарынан да болуы мүмкін. Барлық асқазан - ішектік қан кетулердің ішінде портальді генезді қан кету 9-2,6 % - ды құрайды. Портальді генезді қан кетуді комплексті емдеуде эндоскопиялық хирургияның жеткен табыстарына қарамастан өлім 17-48 % - ға жетеді.

Өңеш пен асқазан варикозды кеңейген веналарынан қан кетуде көптеген локальді, региональді және жүйелік факторлар маңызды роль атқарады. Қан кету пайда болуында негізгі фактор болып – өңеш пен асқазан варикозды веналарының кеңею дәрежесі, кілегей қабаттарының қабынулық өзгерісі, рефлюкс–эзофагиттің болуы және қанның реологиялық жағдайы мен гемостаз жүйесіне әсер ететін бауырдың морфофункционалды ауытқулары табылады. Портальді гипертензиямен зардап шегушілерде – портальді гемодинамика және физика-химиялық қасиеттері өзгеруіне байланысты қанның реологиялық бұзылыстары орын алады.

Зерттеу мақсаты:

Портальді генезді қан кетумен зардап шеккен науқастарды клиникалық бақылау, тексеру және емдеу нәтижелеріне талдау жасау.

Материал және зерттеу әдісі:

Біздің зерттеуіміз – асқазан-өңештік қан кетумен асқынған портальді гипертензиясы бар бауыр циррозымен ауыратын 35 науқасты консервативті және операциялық ем нәтижесін талдауға негізделген. Науқастар 18-79 жас аралығында, оның ішінде әйелдер 12 (34,3%), ерлер 23 (65,7%) болды. Барлық науқастарға клиникалық, биохимиялық, эндоскопиялық зерттеу жасалды. Қан кету ауырлығын М.Д.Пациори және А.Г.Шерцингер ұсынған криетий бойынша анықтадық. Бауырдың морфофункционалды жағдайын бағалау үшін науқастарды 3 топқа бөлдік (G G Child). А тобында - 5 науқас (14,4%), В тобында – 19 науқас (54,3%), С тобында – 11 науқас (31,4%) болды. В және С тобындағы 22 науқаста қанның реологиялық параметрлері анықталды: айқын динамикалық тұтқырлық (кажущаяся динамическая вязкость), кернеулі шектелген ығысу (предельное напряжение сдвига), эритроциттердің агрегациялық коэффициенті (коэффициент агрегации эритроцитов).

Нәтижесі:

Қан кету көзін анықтаудың негізгі тәсілі - эндокопиялық: фиброгастроскопия болды. Шұғыл жағдайда 29 науқасқа ФГДС жасалды. Қалған науқастарда қарсы көрсеткіш болуы мен ауыр халіне (бауыр комасы) байланысты ФГДС 24-72 сағ ішінде жасалды. 5 жағдайда қан кету себебі өңеш пен асқазанның эрозиясы болды. 3 науқас алғашқы тәулікте қайтыс болды, ФГДС жасалмады. 4 науқас – алғашқы 2-4 тәулікте бауыр комасы жағдайында қан кетудің қайталануы салдарынан қайтыс болды (Child бойынша С тобы).

Коагулограмма көрсеткіштерін бақылау барысында алғашқы кезде қан тұтқырлығы төмендеуі, гипокоагуляция, ал, кейінірек тұтқырлығы жоғарылауы мен гиперкоагуляция пайда болып, күрделі реологиялық бұзылыстардың болатынын көрсетті. Кернеулі шектелген ығысу төмендеді ($0,43 \text{ н/м}^2 \times 10^3$), эритроциттердің агрегациялық коэффициенті ($6,02 \text{ н/м}^2 \times 10^3$) жоғарылады, билирубин ($33,4 \text{ мкмоль/л}$) мен амилаза деңгейі жоғарылады және гипопротейнемияға тенденция байқалды. С тобында билирубинемия жоғарылаумен қатар гипо-диспротеинемия ұлғая түсті. Эритроциттердің агрегациялық коэффициенті $10,8 \text{ н/м}^2 \times 10^3$ -ға дейін жоғарылайды. Бұл өзгерістердің барлығы науқас болжамының жағымсыз екенінен хабар береді.

Емдік тактика:

Консервативті ем - Блейкмор зондын қолдану және варикозды кеңейген венаның қысымын төмендететін препараттар (вазоконстриктор мен өңеш сфинктерінің констрикторы) тағайындауға негізделген. Комплексті инфузиялық ем ретінде СЗП, альбумин, тромбоциттің функциональді белсенділігін арттыратын 5% глюкоза ерітіндісіндегі натрий этамзилаты, вена ішілік дезагреганттармен (реополтгликин, трентал) бірге эр.масса, полярлаушы қоспа, альфа–токоферол ацетатты бұлшықет ішілік енгізу, В тобының дәумендері, аскорбин қышқылы қолданылды. Инфузиялық терапия айналмадағы қан көлемін (ОЦК) бақылай отырып жүргізілді. Блейкмор зонды 25 науқасқа қойылды. 35 науқастың ішінде консервативті емнен эффект болмаған 5 науқас (14,3%) операцияға алынды, Таннер – Пациори операциясы жасалды. Оның 3-уі (60%) операциядан кейінгі кезеңде қайтыс болды. 7 науқасқа варикозды кеңейген венаға жасалған эндоскопиялық облитерация жақсы нәтиже берді. Барлығы портальді генезді қан кетумен түскен 35 науқастың 10-ы(28,6%) қайтыс болды.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Андреев Г.Н., Апсаров Э.А., Ибадильдин А.С. «Диагностика и лечение осложненной портальной гипертензии» г. Алматы, РК, 1994 г
- 2 Андреев Г.Н., Борисов А.Е., Ибадильдин А.С. «Лечебная тактика пищеводно-желудочных кровотечений в связи с циррозом печени, осложненным резистентным асцитом» Межвузовский сборник Т №1, г. Алматы, 1995г.

- 3 Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С. и др. «Гепатология и клиническая биохимия» Руководство для врачей, г.Новгород, Российская федерация, 2003 г. стр.533
- 4 Андреев Г.Н., Мухамеджанов Г.К., «Агрегатное состояние крови и нарушение гемостаз у больных с внутрипеченочными холестазами» Журнал «Клиническая медицина» №2, г.Новгород, РФ, 2003г. стр.238-247
- 5 Ибадильдин А.С. «Реология крови при кровотечениях из вен пищевода у больных циррозом печени» Вестник хирургии Казахстана №4, 2004 г., стр.43.

Резюме: таким образом, при выборе тактики лечения при кровотечениях портального генеза, наряду с клиническими данными, определением тяжести кровопотери, показателей клеточного состава крови, биохимии, важное значение имеет изучение реологических показателей крови. Исходы консервативного и хирургического лечения зависят не только от сроков госпитализации и степени кровотечения, но и от степени нарушения морфофункциональной способности печени. Основными причинами летальных исходов у больных пищеводно-желудочными кровотечениями портального генеза были острая печеночная недостаточность и продолжающееся или рецидивирующее кровотечение с развитием ДВС-синдрома.

Resume: thus, at a choice of tactics of treatment at bleedings of portal genesis, along with clinical data, determination of weight of blood loss, indicators of cellular composition of blood, biochemistry, the importance has studying of rheological indicators of blood. Outcomes of conservative and surgical treatment depend not only on terms of hospitalization and bleeding degree, but also on extent of violation of morfofunktional ability of a liver. The main reasons for lethal outcomes patients with esophageal and gastric bleedings of portal genesis had a sharp hepatic insufficiency and proceeding or recidivous bleeding with DVS-syndrome development.