

УДК 616.36-004+616.33-005.1

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ
ОСЛОЖНЕННАЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ****К.Т. Абылхаиров, М.А. Калдыбаев, Б.М. Тулеуов, Е.Д. Кыркымбаев, А.И. Молжигитов**
Государственный медицинский университет г. Семей

Желудочно-кишечное кровотечение при циррозе печени с портальной гипертензией в настоящее время занимает 1-ое место среди других геморрагий, не связанных с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки [1]. Желудочно-кишечные кровотечения проявляющиеся кровавой рвотой и меленой по данным Е.М. Тареева и И.Е. Тареевой возникают примерно у 1/3 больных циррозом печени. Летальность при данном заболевании достигает 50-60% при впервые возникшем кровотечении и 80-90% при повторном [2, 3].

В Больнице скорой медицинской помощи г. Семей с 2006-2008г.г. с желудочно-кишечным кровотечением различной этиологии пролечились 401 больной. Среди них кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, желудка составили 141 (35,2%), возраст больных от 35-66 лет. Превалировали мужчины - 78 больных. У большинства пациентов в анамнезе злоупотребление алкоголем. Всем больным, согласно протокола обследования, проводилось ЭДГС, которое подтверждало факт кровотечения в пищевод и желудок. В стационаре всем больным приняты срочные меры по устранению острой анемии и остановки кровотечения. В отличие от острых желудочных кровотечений другой природы, резкое падение АД и продолжительное кислородное голодание организма, в том числе клеток цирротически измененной печени, могут привести к быстрому развитию печеночной комы и гибели больного с некомпенсированной кровопотерей даже после остановки кровотечения. Старались переливать свежую цитратную кровь. Назначался строгий постельный режим, традиционные гемостатические средства (CaCl₂ викасол, аминокaproновая кислота, сердечные средства в обычном порядке, внутривенно аскорбиновая кислота 0,5г, витамин К в дозе 5-20 мг с глюкозой, витамин В₁ по 200 мл), ингаляцию кислорода особенно в первые часы после острой геморрагии, что заметно улучшает кислородное голодание. После остановки кровотечения больных кормили жидкой белково-углеводно-витаминной пищей. Очищали кишечник проведением очистительной клизмы. Зонд Блейкмора применили 14 больным с положительными результатами. Сама процедура переносится больными с трудом. Консервативное лечение проводилось 379 больным. 22 больных оперированы по жизненным показаниям, произведена лапаротомия, гастротомия, прошивание и перевязка варикозно-расширенных вен кардиального отдела желудка и пищевода, с перевязкой левой желудочной артерии.

Умерло всего 38 больных, после операции – 7. Поздно госпитализированы 53 пациента в процентном

отношении составили 37,5%, что явилось одной из причин высокой общей и послеоперационной летальности, соответственно 26% и 35%. Таким образом, при кровотечениях из варикозно-расширенных вен результаты как консервативного, так и оперативного лечения на сегодняшний день не утешительные. Статистические данные о непосредственных исходах при острых желудочно-кишечных кровотечениях на почве портальной гипертензии весьма различны у разных авторов. М.Д. Пациора с соавт. [4] лечили 103 больных консервативно и из них умерли 42, оперировали 70 больных с 26 летальным исходом, Братусь В.Д. из 48 больных умерли - 8.

Выводы:

1. При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода консервативная тактика предпочтительнее, чем оперативное вмешательство.

2. Наиболее эффективным способом гемостаза при интенсивных кровотечениях является использование зонда Блейкмора.

3. В условиях БСМП приемлемой операцией является гастротомия с перевязкой варикозно-расширенных, кровоточащих вен желудка и пищевода из абдоминального доступа.

4. Торакотальный доступ к желудку и пищеводу, переносится больными гораздо тяжелее, чем абдоминальный, кроме того, при несостоятельности швов пищевода и желудка при торакальном доступе неминуемым осложнением является эмпиема плевры [5, 6].

Литература:

1. Братусь В.Д. Острые желудочные кровотечения // Здоровье. – Киев. - 1972. – С. 288-347.
2. Соломатин А.Д. Гемостаз при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Хирургия. – 1991. - № 9. - С. 33 – 35.
3. Крылов А.А. с соавт. Неотложная гастроэнтерология // М., - 1988. – С. 120 -139.
4. Пациора М.Д. с соавт. Спленэктомия у больных циррозом печени осложненным портальной гипертензией // Хирургия. – 1983. - № 7. – С. 60-63.
5. Еромишанцев А.К. с соавт. Сравнительная оценка различных методов перевязки варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией // Хирургия. – 1983. - № 7. – С. 63-69.
6. Шерцингер А.Г. с соавт. ЭДГС у больных с портальной гипертензией // Хирургия. - 1983. - № 7. - С. 69-73.

Асқазан ішектең қан кетумен, асқыған бауыр циррозы, порталды гипертензия
К.Т. Абылхаиров, М.А. Калдыбаев, Б.М. Тулеуов, Е.Д. Кыркымбаев, А.И. Молжигитов
Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Семей жедел жәрдем ауруханасында 2006-2008 ж.ж. асқазан-ішекке қан кетумен 401 науқастар емделген, соның ішінде 141-інің себебі бауыр циррозы, порталды гипертензия. Зертеу, емдеу тәсілдері келтірілген. Емдеуде консервативті тәсілдер операциядан көрі ұтымды. Операциялық ем ішінде, абдоминалды ену арқылы гастротомия, асқазан, өңештің варикозды кеңейген, қанаған тамырларын тігіп байлау нәтижелі, науқасқа жеңіл екендігі көрсетілген.