

QIDA BORUSU VARİKOZ QANAXMASINDA MÜALİCƏ TAKTİKASI

Qanaxmanın ilkin profilaktikası

Varikozun təbii gedişinə nəzər salınsa görünür ki, varikoz tapıldıqdan sonra 2 il ərzində qanaxma yoxdursa onun baş vermə ehtimalı çox aşağıdır. Lakin, qanaxma riski yüksək olan hallarda onun profilaktikasına ehtiyac yaranır. Xüsusən, III-IV dərəcəli, incə divarlı (qırmızı nöqtə, tumurcuqlu) varikozlar, yüksək portal təzyiq, Child C hallarında qanaxma riski yüksəkdir və profilaktik tədbirlər həyata keçirilməlidir. Belə xəstələrdə β -adrenoblokatorlar və endoskopik müalicələr tövsiyə edilir. EVL ən çox tövsiyə olunan üsuldur, təkbaşına və ya β -adrenoblokatorlarla birlikdə istifadə edilə bilər. Az riskli xəstələrdə isə, nəzarətdə saxlama və ya β -blokator istifadəsi tövsiyə olunur.

Kəskin qanaxmanın dayandırılması

Kəskin varikoz qanaxması olan xəstələr təcili müdaxilə gərəkdirən haldır. Xəstə təcili olaraq xəstəxanaya – reanimasiya və ya əməliyyatxanaya yerləşdirilir. Xəstədə təcili olaraq ilkin tədbirlər - *hemodinamika bərpası, endoskopik müayinə və qanaxmanı dayandırmaq* gərəkir (**Cədvəl 4 və Şəkil 5**).

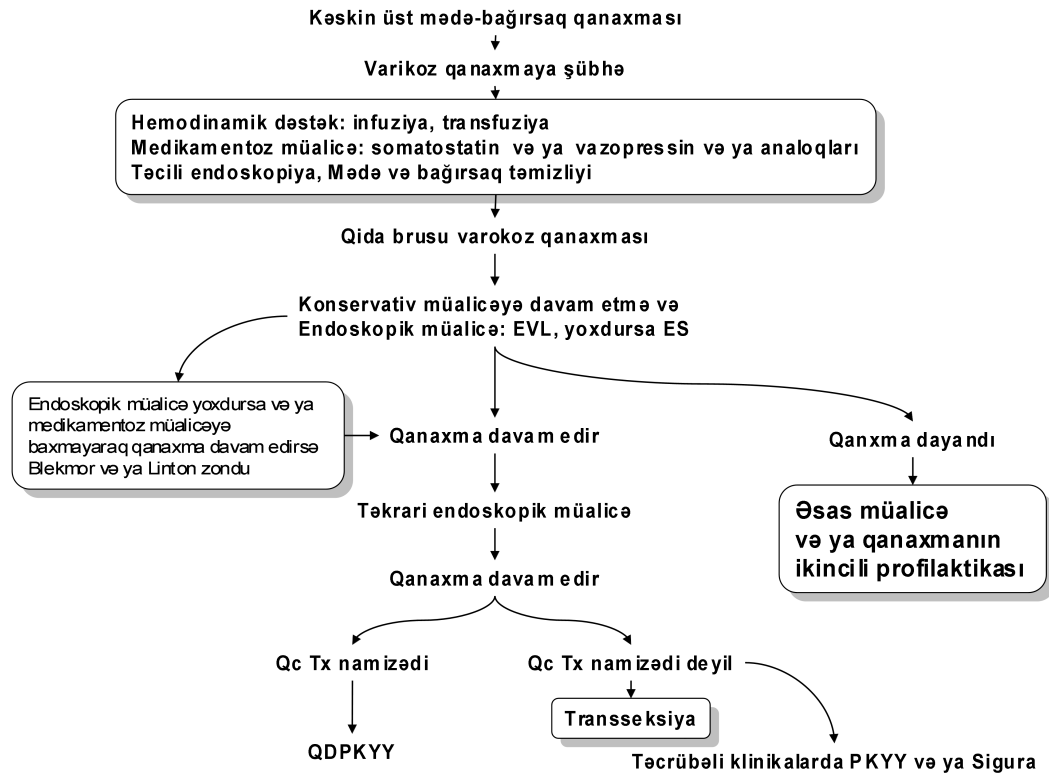
Hemodinamikanın bərpası üçün kolloid, kristalloid və göstərişə görə qan köçürülməlidir.

Endoskopik müayinə və müalicəyə qədər *medikamentoz müalicə* başlanıla bilər. Bu məqsədlə somatostatin və analoqları və ya vazopressin və analoqları istifadə edilir. Təcili endoskopik müayinə ilə qanaxmanın səbəbi, davam edib-etməməsi, mədə varikozunun olub-olmaması dəqiqləşdirilir. Eyni vaxtda endoskopik müalicə yerinə yetirilir. *İlk seçim EVL-dir*. EVL mümkün olmazsa skleroterapiya edilir.

Bu xəstələrdə ensefalopatiyanın profilaktikası üçün mədə (mədəni zondla yuma) və bağırsaqlardakı qanı təmizləmək lazımdır (oral laksativ – laktuloza, laktibiol, Na-fosfat və imalə). Hemostatik preparatlar (vikasol, antifibrinolitiklər) koagulyasiya pozulmaları olan xəstələrdə istifadə edilir.

Cədvəl 4. Varikoz qanaxmada ilkin tədbirlər

1. Xəstə təcili olaraq reanimasiya şöbəsinə yatırılır, cərrah, reanimatoloq və endoskopist briqadası tərəfindən nəzarətə alınır.
2. Hava yolu yoxlanılır və keçiriciliyi təmin edilir. Aramsız qanaxmalarda və ensefalopatik xəstələrdə təcili intubasiya edilir.
3. Hemodinamika qiymətləndirilir və hipovolemiya varsa (taxikardiya, hipotenziya, ortostatik kollaps) infuziyaya başlanılır
4. Damar yolu açılır, təhlillər alınır (Hemoqram, PTZ, APTZ, qanaxma, laxtalanma zamanı, qlükoza, ALT, AST, sidik cövhəri, kreatinin, albumin, bilirubin, elektrolitlər, HBsAg, Anti-HCV).
5. Şokda olan xəstələrə Ringer – Laktat bolus şəklində 1000 ml verilir və kolloid infuziyasına (plazma, albumin, jelatin, dekstran) başlanılır.
6. Sidik kateteri qoyulur.
7. Sandostatin (250 mkq ilk doz, 250mkq/saat infuziya), oktreotid (50 mkq ilk doz, 50mkq/saat infuziya) və ya terlipressin (2mq hər 4 saatda) müalicəsinə başlanılır.
8. Antisekretor ranitidin (Zantak 50 mq x 3) və ya rabeprazol infuziyası edilir..
9. Qan bankasından eritrositar kütlə, plazma tədarük edilir.
10. Hb < 10 q/dL və ya Ht < 30% olan xəstələrə hemotransfuziya başladılır.
11. TDP koagulopatiyası varsa (INR>1,5) və qan transfuziyası alanlarda (hər 2 vahid qana 1 vahid plazma)
12. Vikasol (10 mq) təyin edilir. Fibrinogeni az olanlarda (<200 mq) kriopresitat verilir. Trombositopeniya (<50 x 10⁹/L) olarsa trombosit kütləsi köçürülür
13. Şəkər, elektrolit tənzimlənir. Hipoqlikemiya və hpokalemiya ensefalopatiyanı dərinləşdirir.
14. Qarın boşluğu USM və portal dopler edilir.
15. Xəstə hərtərəfli monitoring edilir (hemodinamika, tənəffüs, sidik ifrazı, NQZ-dan ifrazat, melena, Hb, Ht, huş və digər)
16. Hemodinamika stabilləşmişə təcili endoskopik müayinə və müalicə edilir.
17. Xəstə stabilləşmərsə və qanaxma artaraq davam edirsə Blekmor zondunu qoyulur və intubasiya edilir. Blekmor zonduna baxmayaraq stabilləşmə yoxdursa təcili angioqrafiya və ya əməliyyat edilir. Əməliyyat vaxtı endoskopik müayinə aparılması vacibdir.

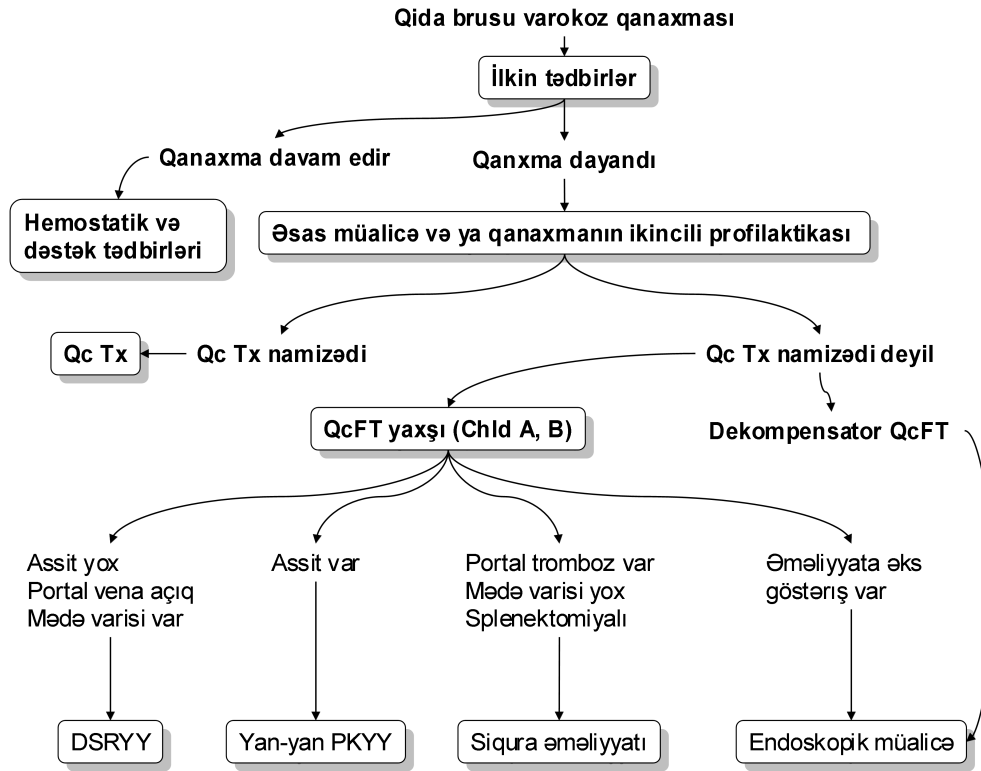


Şəkil 5. Varikoz qanaxmada müalicə taktikası (ilkin tədbirlər)

Medikamentoz və endoskopik müalicələr gecikirsə və ya yoxdursa, qanaxma işə davam edirsə, Blekmor zonu istifadə edilə bilər. Blekmor zonu endoskopik müalicəyə tabe olmayan qanaxmalarda da istifadə edilir.

Endoskopik və/və ya medikamentoz tədbirlərdən sonra iki nəticə ortaya çıxa bilər. *Birincisi*, qanaxmanın dayanması ki, bu təxminən xəstələrin 80% rastlanır. Bu xəstələrdə qanaxmanın uzunmüddətli profilaktikası üçün tədbirlər həyata keçirilir.

İkincisi, qanaxmanın davam etməsi və ya tezliklə (bir neçə gün sonra) təkrarlanması. Bu xəstələrdə ən çox tövsiyə olunan yol endoskopik müalicənin təkrarlanmasıdır. Əgər təkrari endoskopik müalicə imkansızdırsa və ya effektiv olarsa təcili əməliyyat gərəkir. Belə vəziyyətdəki xəstələrin ümumi vəziyyətinin ağır olduğunu, qaraciyərin funksional vəziyyətini dəqiqləşdirməyin çətin olduğunu nəzərə alaraq, asan və effektiv üsul seçilməlidir. Davam edən varis qanaxmasını dayandırmaq üçün tövsiyə olunan təcili əməliyyat qida borusunun staplerlə transseksiyasıdır. Bu alət yoxdursa və ya xəstədə mədə varikoz qanaxması da varsa kardio-fundal mexaniki tikiş və ya Pasiora əməliyyatı yerinə yetirilə bilər. Xəstənin vəziyyəti çox ağır olarsa və ya transplantasiya namizədidirsə belə hallarda QDPKYY istifadə edilə bilər.



Şəkil 6. Varikoz qanaxmada müalicə taktikası (əsas müalicə və ya ikincili profilaktika)

Qanaxmanın təkrarlanmasının profilaktikası (uzunmüddətli nəzarət)

Qeyd edildiyi kimi, medikamentoz və endoskopik müalicələr əksər hallarda (80%) varikoz qanaxmanı dayandırır. Lakin bu xəstələrin əksəriyyətində (60-70%) qanaxma bir il ərzində təkrarlana bilər. Ona görə də, ikincili profilaktika üçün qanaxmaya effektiv və uzunmüddətli nəzarət üsulu seçilməlidir.

Müalicə üsulunu seçərkən üsulun mənfi və müsbət cəhətləri və xəstənin vəziyyəti ilə əlaqəli amilləri, xüsusən Qc-in funksional rezervini, assit, ensefalopatiya, mədə varikozu, yanaşı xəstəliyi, səbəbi, Qc Tx imkanı və portal vena açıqlığını nəzərə almaq lazımdır (**Şəkil 6**).

İlk növbədə xəstəyə *Qc Tx göstərişi və mümkünlüyü* təyin olunur. Xəstəyə Qc Tx göstərişdirsə (dekompensasiya sirroz) və bu mümkündürsə, ciddi nəzarətlə transplantasiyaya hazırlanır. Bu xəstələrdə Tx-ə qədər qanaxma təkrarlanarsa QDPKYY istifadə edilə bilər.

Tx məsləhət və ya mümkün olmayan xəstələrdə Qc-in funksional rezervi və digər amillər nəzərə alınır. Qc funksiyası qorunan xəstələrdə (Child A, B xəstələr) üç yoldan biri seçilə bilər: *endoskopik nəzarət, PKYY və devaskularizasiya əməliyyatı*. Bunlardan ən çox tövsiyə olunanı yanyol əməliyyatıdır və DSRYY ilk seçənəkdir. DSRYY-ə əks göstəriş varsa (splenik vena trombozu, splenektomiya, refrakter assit) Sigura əməliyyatı və ya hissəvi PKYY edilə bilər.

Bəzi müəlliflər endoskopik nəzarət və vaxtaşırı müalicələri ilk planda tuturlar və bunlar mümkün olmadıqda cərrahi üsulları tövsiyə edirlər. Lakin xəstədə mədə varisləri də varsa yanyol əməliyyatları mütləq olaraq ilk planda durur. Endoskopik müalicə olunan xəstələrdə β -adrenoblokatorlar da istifadə oluna bilər.

Qc Tx mümkün olmayan və Qc dekomensasiyası olan xəstələrdə cərrahi üsullar tövsiyə edilmir. Bu xəstələrdə endoskopik nəzarət və müalicə və ya QDPKYY istifadə tövsiyə olunur.

MƏDƏ VARİKOZUNDAN QANAXMA

Portal hipertenziya mədədə iki xarakterik patologiya törədir: *mədə varikozları və hipertenziv gastropatiya*. PH-da əksər hallarda az və ya çox dərəcədə mövcud olan mədə varikozları ezofagus varikozları ilə birlikdə rast gələ bilər. Lakin, ezofagus varikozu olan xəstələrdə mədə varikozu olmaya da bilər. Bu hallar ezofagus kollaterallarının daha yaxşı işlədiyini göstərir. *Xəstədə yalnız mədə varikozunun olması daha çox iki vəziyyət üçün xarakterikdir.*

Birincisi, dalaq venası trombozu və ya böyük dalaqla əlaqədar vəziyyət ki, buna «soltərəfli» (selektiv) PH-da deyilir. Bu halda venoz drenajı təmin etmək üçün mədənin kiçik venaları əsas kollateral rolunu oynayır və mədənin selikaltı venoz sistemini yükləyərək varikoza səbəb olur. *İkinci* vəziyyət isə, endoskopik liqasiya, skleroterapiya və ya devaskulyarizasiya əməliyyatlarından sonra porto-aziqos əlaqəsinin kəsilməsi ilə əlaqədar mədə varikozlarının artması və ya əmələ gəlməsidir. Qida borusu varikozu ilə müqayisədə mədə varikozunun qanaxma ehtimalı daha yüksək, qanaxmasını dayandırmaq isə daha çətindir. Diaqnozu endoskopik müayinə

ilə dəqiqləşdirmək mümkündür. Mədə varikozu QB varikozu ilə birlikdə və ya təkbaşına qanaya bilər.

Mədə varikozu qanaxmasının müalicəsi bəzi cəhətlərinə görə QB qanaxmasına yaxın olsa da, bəzi prinsipial fərqləri də var. Mədə varikoz qanaxmasında müalicə taktikası ümumi plana uyğun şəkildə aparılır: *ilkin tədbirlər və əsas-həllədiçi müalicə*.

Qanaxması olan xəstədə təcili ilkin tədbirlərlə xəstədə *hemodinamika stabilizasiya edilir, diaqnoz dəqiqləşdirilir və qanaxma dayandırılmağa çalışılır*: infuziyon-transfuziyon terapiya, təcili endoskopiya və PH-ı azaldıcı medikamentoz müalicə. Mədə varikozlarından qanaxma dəqiqləşərsə qanaxma əsasən konservativ yolla dayandırılmağa çalışılır. Qida borusu varikoz qanaxmasından fərqli olaraq mədə varikozlarında mövcud vasitələrlə endoskopik skleroterapiya və varis liqasiyası etmək mümkün deyil. Hazırkı endoskopik müalicələr nəticəsində yaranan nekroz və ya skleroz bölgəsi mədə şirəsi ilə «yeyilərək» xora və ağırlaşmalarını törədir. Son illər bu məqsədlə təklif edilən yeni endoskopik vasitələr (sianakrilat, öküz trombini) hələlik sınaq səviyyəsindədir.

Konservativ tədbirlər qanaxmanı dayandırmazsa həyat qurtarışı tədbir kimi təcili əməliyyat edilir. Əməliyyat vaxtı hemostazı təmin etmək üçün qastrotoniya edərək varislərə tikiş qoymaq olar (Pasiora əməliyyatı), kardio-fundal tikişlərlə varisləri tikmək mümkündür və ya *fundusektomiya* əməliyyatı edilə bilər.

Transplantasiya namizədlərində QDPKYY istifadə edilə bilər. Xəstədə «soltərəfli» PH varsa (dalaq venası trombozu, böyük dalaq) təcili splenektomiya da faydalı ola bilər.

Qanaxması dayanan xəstələrdə təkrari qanaxmanın profilaktikası üçün uyğun həllədiçi müalicə həyata keçirilməlidir. Qida borusu varikozundan fərqli olaraq mədə varikozunda devakuskulyarizasiya və qida borusu varikozunun endoskopik müalicələri əks göstəriş sayılır. «Soltərəfli» PH-da ən effektiv müalicə splenektomiyadır. Qc Tx namizədi olmayan, Qc funksiyası qorunan xəstələrdə şunt əməliyyatı, xüsusən DSRYY ilk seçimdir. Qc funksiyası dekompensasiya vəziyyətində olan xəstələrdə isə, QDPKYY və ya medikamentoz müalicə tövsiyə olunur.

HEMORROİDAL VARİKOZLARDAN QANAXMA

PH-da hemorroidal varikozlar qida borusu varikozundan sonra ən çox rast gələn varikozdur. Əksər hallarda asimptomatik gedir. Lakin tromboz və qanaxma da törədə bilər. Bu xəstələrdə hemorroid varikozları adətən qanaxma törətdikdə ciddi kliniki müdaxilə tələb edir. Əksər hallarda hemorroidal qanaxma konservativ tədbirlərlə (hemorroidal məlhəm, nəcis yumşaldılması) dayanır. Lakin davam edən qanaxmalarda cərrahi müdaxilə gərəkir. Adi hemorroidlərdən fərqli olaraq PH-da klassik hemorroidektomiya tövsiyə olunmur. Çünki ağır qanaxmalar başlaya bilər. Ona görə də, daha konservativ cərrahi müdaxilə seçilməlidir. Varis liqasiyası, skleroterapiya, lazer və ya infraqırmızı koagulyasiya ən çox tövsiyə edilən müdaxilələrdir.

Əsas ədəbiyyat

1. Ağayev B.A. *Cərrahi Xəstəliklər*. Bakı 2001
2. Blumgart LH. *Surgery of the Liver, Biliary tract and Pancreas*. 4th ed. 2006
3. Cuschieri SA. Disorders of the liver. Module 10, p 321-374. in Cuschieri SA, Steel RJ, Moossa AR. *Essential Surgical practice*. 4th ed. 2002
4. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver diseases*. 7th ed. Vol II, 2002.
5. Modern Surgical Care. 2 ed. Vol I, 1998
6. *Oxford textbook of Surgery* V.1, 2004
7. *Rob and Smith's Hepatobiliary and Pancreatic Surgery*. 2. ed. 1996
8. Sabiston. *Textbook of Surgery* 17 ed., 2006, p.1112-1143
9. Timothy DS, Steven AC. Liver. Chapter 30, p 1139-1186. in *Schwartz's Principles of Surgery 18th ed.*, 2004
10. Thomas JN, Gordon AH. Pathophysiology. International edition. 3th ed. P 369-396, 2004
11. Sherlock S, Dooley J. *Disease of the liver and biliary tract*. 11-th ed. 2001
12. Sultanov H.A. *Cərrahi Xəstəliklər*. Bakı 2000
13. *Surgical Anatomy and Embriology*. Surgical Clinics of North America Vol 73, no 4, 1993
14. William RJ. Liver and Portal venouse system. In: Gerard MD, Lawrence WW, Current Surgical Diagnosis and Treatment. 12th edition, 2006, p 539-572
15. Zudema GD. *Shackelford's Surgery of Alimentary tract*, Vol III, 5th ed, 2006

Əlavə ədəbiyyat

Chen MJ, Lin YC, Wu MS. Optimization of timing of endoscopic variceal ligation of esophageal varices. Am J Gastroenterol. 2006 Apr;101(4):908.

- Chen WC, Lo GH, Tsai WL, Hsu PI, Lin CK, Lai KH. Emergency endoscopic variceal ligation versus somatostatin for acute esophageal variceal bleeding. *J Chin Med Assoc.* 2006 feb;69(2):60-7.
- Chong CF. Esophageal rupture due to Sengstaken-Blakemore tube misplacement. *World J Gastroenterol.* 2005 Nov 7;11(41):6563-5.
- Duvnjak M, Barsic N, Tomasic V, Jukic LV, Lerotic I. Usted blood requirement index as indicator of failure to control acute variceal bleeding. *Croat Med J.* 2006 Jun;47(3):398-403.
- De Gottardi A, Dufour JF. Oesophageal and fundic variceal bleeding. *Ther Umsch.* 2006 May;63(5):295-9.
- de Franchis R. Endoscopy critics vs. endoscopy enthusiasts for primary prophylaxis of variceal bleeding. *Hepatology.* 2006 Jan;43(1):24-6.
- Elwood DR, Pomposelli JJ, Pomfret EA, Lewis WD, Jenkins RL. Distal splenorenal shunt: preferred treatment for recurrent variceal hemorrhage in the patient with well-compensated cirrhosis. *Arch Surg.* 2006 Apr;141(4):385-8; discussion 388.
- Garcia-Pagan JC, Bosch J. Endoscopic band ligation in the treatment of portal hypertension. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2005 Nov;2(11):526-35.
- Henderson JM, Boyer TD, Kutner MH, Galloway JR, Rikkers LF, Jeffers LJ, Abu-Elmagd K, Connor J; DIVERT Study Group. Distal splenorenal shunt versus transjugular intrahepatic portal systematic shunt for variceal bleeding: a randomized trial. *Gastroenterology.* 2006 May;130(6):1643-51.
10. Hou MC. Developments in the treatment of acute esophageal variceal bleeding. *J Chin Med Assoc.* 2006 Feb;69(2):55-7.
11. Jacobi D, de Muret A, Arbeille B, Perarnau JM. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for the treatment of portal hypertension secondary to non-cirrhotic perisinusoidal hepatic fibrosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2006 May;18(5):549-51.
12. Krige JE, Bornman PC, Shaw JM, Apostolou C. Complications of endoscopic variceal therapy. *S Afr J Surg.* 2005 Nov;43(4):177-88, 190-4.
13. Kojima K, Imazu H, Matsumura M, Honda Y, Umemoto N, Moriyasu H, Orihashi T, Uejima M, Morioka C, Komeda Y, Uemura M, Yoshiji H, Fukui H. Sclerotherapy for gastric fundal variceal bleeding: is complete obliteration possible without cyanoacrylate? *J Gastroenterol Hepatol.* 2005 Nov;20(11):1701-6.
14. Liu H, Gaskari SA, Lee SS. Cardiac and vascular changes in cirrhosis: pathogenic mechanisms. *World J Gastroenterol.* 2006 Feb 14;12(6):837-42.
15. Lay CS, Tsai YT, Lee FY, Lai YL, Yu CJ, Chen CB, Peng CY. Endoscopic variceal ligation versus propranolol in prophylaxis of first variceal bleeding in patients with cirrhosis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006 Feb;21(2):413-9.
16. Laleman W, Landeghem L, Wilmer A, Fevery J, Nevens F. Portal hypertension: from pathophysiology to clinical practice. *Liver Int.* 2005 Dec;25(6):1079-90.
17. Ling SC. Should children with esophageal varices receive beta-blockers for the primary prevention of variceal hemorrhage? *Can J Gastroenterol.* 2005 Nov;19(11):661-6.
18. May G, Musa D. Best evidence topic report. The use of intravenous

- terlipressin in non-variceal upper GI bleeds. *Emerg Med J*. 2006 May;23(5):400-1.
19. Paramesh AS, Meiners R, Fairchild RB, Sane S, George M, Van Thiel DH. Retroperitoneal varices presenting as an adrenal pseudotumor in a cirrhotic patient. *WMJ*. 2006 Jun;105(4):44-6.
 20. Pal S, Radhakrishna P, Sahni P, Pande GK, Nundy S, Chattopadhyay TK. Prophylactic surgery in non-cirrhotic portal fibrosis: is it worthwhile? *Indian J Gastroenterol*. 2005 Nov-Dec;24(6):239-42.
 21. Rockey DC. Pharmacologic therapy for gastrointestinal bleeding due to portal hypertension and esophageal varices. *Curr Gastroenterol Rep*. 2006 Feb;8(1):7-13.
 22. Schepke M. Primary prevention of variceal bleeding in cirrhosis. *Dtsch Med Wochenschr*. 2006 Jun 2;131(22):1269-72.
 23. Stiegmann GV. Endoscopic approaches to upper gastrointestinal bleeding. *Am Surg*. 2006 Feb;72(2):111-5. Ohmoto K, Yoshioka N, Tomiyama Y, Shibata N, Takesue M, Yoshida K, Kuboki M, Yamamoto S. Improved prognosis of cirrhosis patients with esophageal varices and thrombocytopenia treated by endoscopic variceal ligation plus partial splenic embolization. *Dig Dis Sci*. 2006 Feb;51(2):352-8.
 24. Tang CP, Huang YS, Tsay SH, Chang FY, Lee SD. Nonalcoholic fatty liver disease manifesting esophageal variceal bleeding. *J Chin Med Assoc*. 2006 Apr;69(4):175-8.
 25. Tan PC, Hou MC, Lin HC, Liu TT, Lee FY, Chang FY, Lee SD. A randomized trial of endoscopic treatment of acute gastric variceal hemorrhage: N-butyl-2-cyanoacrylate injection versus band ligation. *Hepatology*. 2006 Apr;43(4):690-7. Erratum in: *Hepatology*. 2006 Jun;43(6):1410.
 26. Turnes J, Garcia-Pagan JC, Abraldes JG, Hernandez-Guerra M, Dell'Era A, Bosch J. Pharmacological reduction of portal pressure and long-term risk of first variceal bleeding in patients with cirrhosis. *Am J Gastroenterol*. 2006 Mar;101(3):506-12.
 27. Triantos C, Vlachogiannakos J, Manolakopoulos S, Burroughs A, Avgerinos A. Is banding ligation for primary prevention of variceal bleeding as effective as beta-blockers, and is it safe? *Hepatology*. 2006 Jan;43(1):196-7; discussion 197-8.
 28. Yan BM, Lee SS. Emergency management of bleeding esophageal varices: drugs, bands or sleep? *Can J Gastroenterol*. 2006 Mar;20(3):165-70.
 29. Zaman A, Chalasani N. Bleeding caused by portal hypertension. *Gastroenterol Clin North Am*. 2005 Dec;34(4):623-42.
 30. Zamora CA, Sugimoto K, Tsurusaki M, Izaki K, Fukuda T, Matsumoto S, Kuwata Y, Kawasaki R, Taniguchi T, Hirota S, Sugimura K. Endovascular obliteration of bleeding duodenal varices in patients with liver cirrhosis. *Eur Radiol*. 2006 Jan;16(1):73-9. Epub 2005 Apr 26.