

VARİKOZ VƏ QANAXMA

VARİKOZ QANAXMANIN DAYANDIRILMASINDA İLK SEÇİM MEDİKAMENOZ VƏ ENDOSKOPIK TƏDBİRLƏR KOMBİNASİYASIDIR

QANAXMANIN MEXANİZMİ

PH-nın ən xarakterik əlaməti qapı venası və şaxələrinin, porto-sistemik kollateralların genişlənməsidir, genişlənmə olmadıqda PH şübhəlidir.

Normal halda görüntüləmə (Dopler USM, KT, MRT angiografiyaları, endoskopiya) ilə portal vena diametri 10-12 mm təşkil edir və kollaterallar görünmür. Porto-kaval təzyiq fərqi 8 mm Hg st. aşarsa venalarda və kollaterallarda genişlənmə başlayır, fərq 10 mm Hg st. olduqda genişlənmə bariz şəkil alır, 12 mm Hg st. aşdıqda isə, qanaxma təhlükəsi meydana gəlir. Kollateralların genişlənməsi və qanaxma ən çox qastroezofageal səviyyədə, sonra rektal, göbəkətrafi və retroperitoneal səviyyədə ortaya çıxır. Portal vena şaxələrindən intraabdominal qanaxma ehtimalı çox azdır və bu adətən travmaya (punksiya və küt travma) bağlı olur. Qeyd edildiyi kimi kollaterallar yeni əmələ gələn anastomozlar olmayıb embrional hazır damarlardır.

Varikoz qanaxmanın baş vermə mexanizmi «*partlama*» nəzəriyyəsinə əsaslanır ki, bu da Laplas qanunu ilə izah oluna bilər. Gərilmə

təzyiqi damardaxili təzyiq və radiusla düz, divar qalınlığı ilə tərs mütənasibdir. Partlamaya səbəbin gərilmə qüvvəsinin artması olduğunu nəzərə alsaq, onda görürük ki, portal təzyiqin artması böyük və incə divarlı damarlarda «partladıcı» qüvvəni daha çox artırır və qanaxmaya səbəb olur. *Yəni genişlənmiş və incə divarlı damarların partlama ehtimalı daha çoxdur.*

Varikozlardan qanaxma riski və birincili profilaktika

Bütün varikozların qanaxma ehtimalı olsa da, hamısı mütləq qanaxma törətmir. Ümumiyyətlə baxılırsa, varikozun ölçüsü, divarın nazik olması, Qc vəziyyəti və portal təzyiq qanaxma riskini təyin edən ən önəmli amillər sayılır.

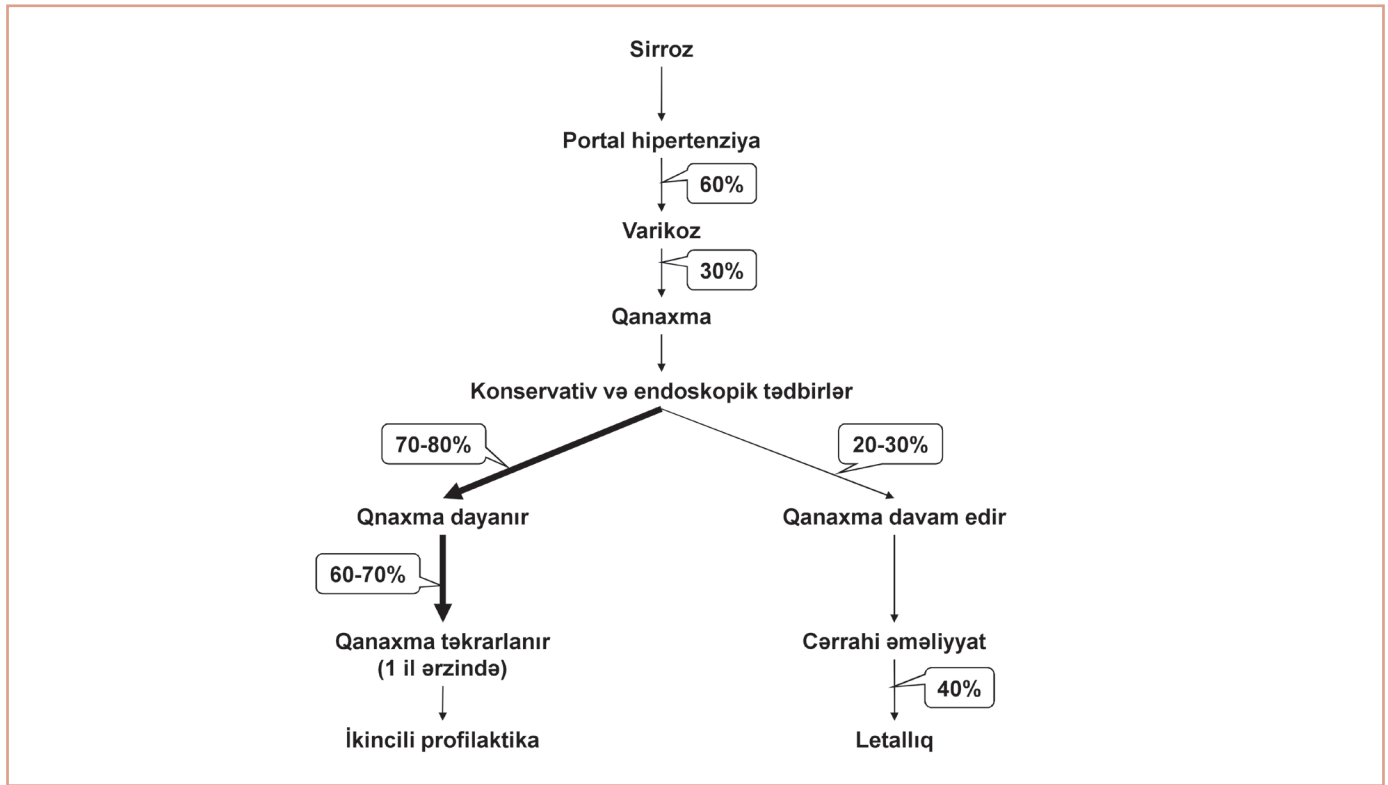
Ölçülərinə görə qida borusu varikozlarını 4 dərəcəyə ayırırlar:

I dərəcə – selikaltı qatda geniş vena, qabarmır

II dərəcə – mənfəzə doğru qabarmış venalar, mənfəzi tutmur

III dərəcə – qabarmış venalar mənfəzi tama yaxın tutur

IV dərəcə - qabarmış venalar mənfəzi tam tutur.



Şəkil 1. Varikoz qanaxmanın təbii gedişi

Divar incəlməsinin əlaməti isə «varis üzərində varis» (tumurcuq) və ya «qırmızı ləkədir». Böyük varikozlar (III-IV dərəcə), incə divarlı varikozlar, Child C və porto-kaval qradiyent >12 mm Hg st. varizkoz qanaxma üçün yüksək risk göstəriciləridir və birincili profilaktika lazım gəlir. Bu məqsədlə ilk seçim əsas xəstəliyin müalicəsidir. İkinci seçim beta-adrenoblokatorlar və endoskopik tədbirlərdir. Birincili profilaktikada skleroterapiya, QDPKYY tövsiyə edilmir.

VARIKOZ QANAXMANIN TƏBİİ GEDİŞİ

Sirrotoik xəstələrin təxminən 60%-ində varikoz baş verir və bunların da təxminən 30%-də 2 il ərzində qanaxma rast gəlir (*Şəkil 1*). Varikoz tapıldıqdan sonrakı iki il ərzində qanaxma olursa onun baş vermə ehtimalı azalır. Birinci dəfə baş verən qanaxma adətən 70-80% hallarda öz-

özünə və ya müalicə ilə dayanır. Lakin xəstələrin 60-70%-ində bir il ərzində təkrarlanma baş verir və ən çox ilk saat və ya günlərdə müşahidə edilir. Qanaxmalarda letallıq təxminən 20% təşkil edir, qanaxma təkrarladiqca letallıq da artır. Birinci qanaxmada letallıq 15-25%, ikincidə 45-50%, üçüncüdən sonra isə 70%-dən çoxdur. Hipertenziyanın səbəbi aradan qaldırıldıqda varikoz genəlmələr geriye inkişaf edir.

Varikoz qanaxma kəskin anemiya, şok, kəskin ensefalopatiya və qaraciyər yetməzliyi, infeksiyalar və asifiksiya kimi ağırlaşmalara səbəb ola bilər.

KLİNİKASI

Digər mədə-bağırsaq qanaxmaları kimi, varikoz qanaxmalar da iki qrup əlamətlərlə – yerli (qanqusma, melena, NQZ-dan qangəlmə) və ümumi (anemiya, hipovolemiya, şok) əlamətlərlə bürüzə verir. Qanaxmanın intensivliyindən asılı olaraq

bu əlamətlər zəif (melena, xroniki anemiya) və ya çox ağır (çoxlu qanqasma, hemorragik şok) şəkildə ortaya çıxır. Profuz qanaxmalarda, ensefalopatiya, asfiksiya da ola bilər. Sirrotik xəstələrdə vəziyyətin birdən-birə pisləşməsi ilk növbədə varikoz qanaxmaya şübhə yaradır.

DİAQNOSTİKASI

Nəzərə alınsa ki, varikoz qanaxma mədə-bağırsaq qanaxmaları içərisində ən çox rast gəlinən səbəblərdən biridir (xora, şiş və Mellori-Veys xəstəliyi kimi), sirrotik xəstələrdə varikozla yanaşı qanaxma törədən digər xəstəliklər də rast gəlinir və PH qanaxmaya qədər subklinik gedə bilər, onda anamnezində Qc xəstəliyi olub-olmamasından asılı olmayaraq mədə-bağırsaq qanaxması olan bütün xəstələrdə varikoz qanaxmadan şübhələnmək lazımdır. Xronik qaraciyər xəstəliyinin (palmar eritema, sarılıq, ensefalopatiya, ödem) və PH əlamətləri (göbəkətrafi geniş venalar, assit, splenomeqaliya) varsa varikoz qanaxma şübhəsi artır. Diaqnozu *dəqiqləşdirmək üçün təcili endoskopiya aparılır*. Endoskopiya həm diaqnostik (qanaxmanın yeri, intensivliyi, dayanıb-dayanmadığı), həm də müalicəvi məqsədlə edilir.

MÜALİCƏ PRİNSİPLƏRİ VƏ METODLARI

Varikoz qanaxmaların müalicə və profilaktika tədbirləri 3 prinsip üzərində qurulmuşdur: portal təzyiqlə azaltma – dekompressiya, varikozlarda qanaxmanın kəsmə – devaskulyarizasiya və varikozlara birbaşa müdaxilə. *Asan yadda qalması üçün buna “DDB” (dekompressiya, devaskulyarizasiya, birbaşa) demək olar.*

Hazırda bu məqsədlə müxtəlif medikamentoz, endoskopik, cərrahi və digər tədbirlər tətbiq edilməkdədir.

Balon tamponadası

Bu üsul mahiyyətə venaların şişirdilmiş balonla

sıxılmasından ibarətdir (*Şəkil 2*). Hansı venaların sıxılmasına görə iki növ balon mövcuddur. **Blekmor zond** iki balondan ibarətdir: 60-100 ml-lik kürəvi mədə balonu zondun tərpənməməsinə xidmət edir; uzunsov balon (30-40 ml) təzyiqlə şişirdilir, qida borusu varikozlarını sıxaraq qanaxmanı dayandırır. **Linton zond** 300-700 ml həcmində balondan təşkil olunubdur. Balon mədədə şişirdilir və geriye dartılaraq mədənin kardiya və dibini diafraqmaya doğru sıxır. Bununla portal sistemlə varikozlar arasında əlaqə kəsilir, yəni kompressiv devaskulyarizasiya yaradılır.

Balon qoyulduqdan sonra, hər yarım saatda bir mədə və qida borusu möhtəviyyəti aspirasiya edilərək həm qanaxmaya nəzarət edilir, həm də aspirasiya ehtimalı azaldılır. Balon 12-24 saatdan sonra boşaldılır və qanaxmaya yenidən nəzarət edilir. Balon boşaldıqdan sonra qanaxma təkrarlana bildiyi üçün digər üsullarla müdaxiləyə (endoskopik, cərrahi) hazır olmaq lazımdır. Balon tamponadası ən tez yerinə yetirilən müvəqqəti həmostaz üsuludur. Lakin bu üsulun bir çox çatışmayan cəhətləri var: aspirasiya, yataq yaraları, qida borusu cırılması və s. Balon tamponadası massiv qanaxmalarda müvəqqəti vasitə kimi həlledici müalicələrə qədərki mərhələdə istifadə edilir.

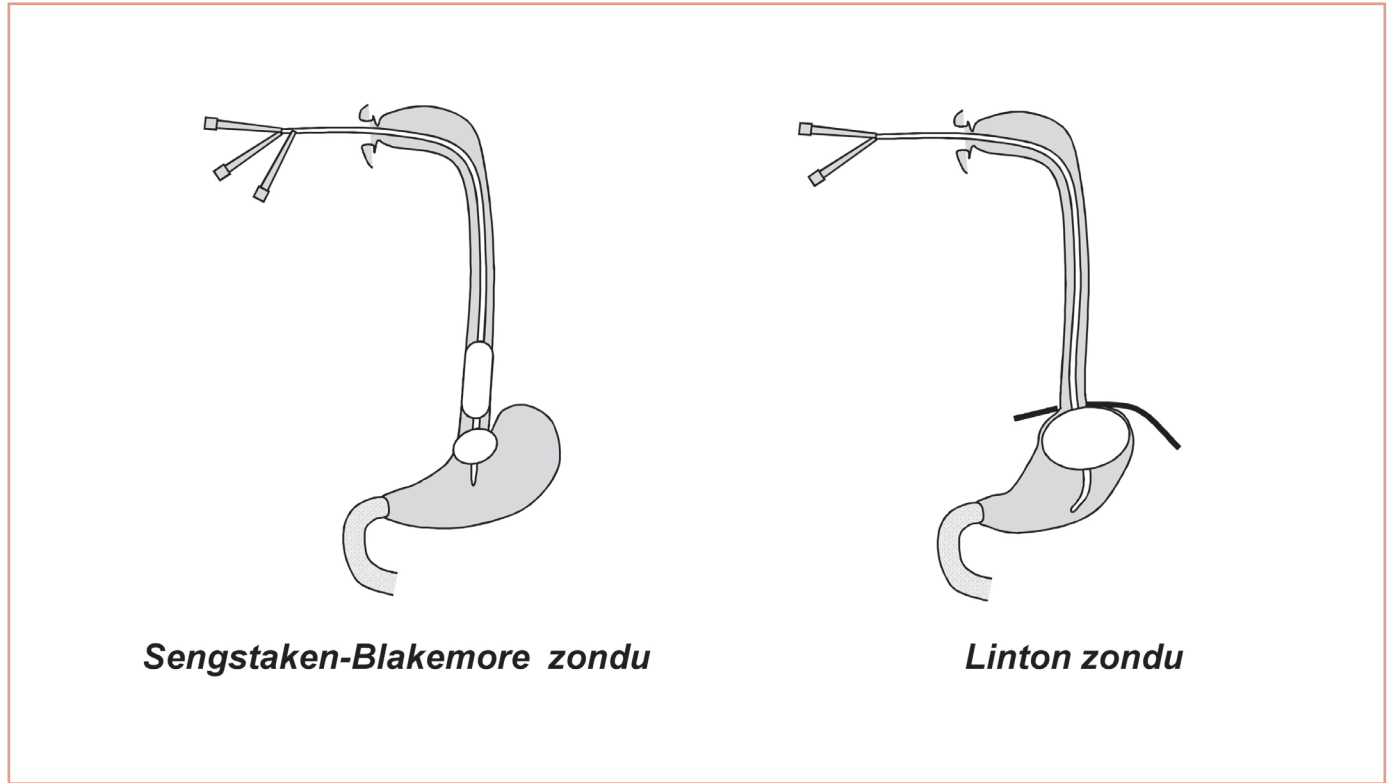
Medikamentoz müalicələr

Portal sistemdə təzyiqlə aşağı salan dərmanlar (somatostatin, oktreotid, vazopressin, qlipressin, terlipressin) ezofageal varikoz qanaxmanı dayandırmaq üçün geniş istifadə olunur. Digər spesifik preparatlar (pentaqastrin və metklopramid) geniş tətbiq tapmamışdır.

Endoskopik üsullar

Endoskopik varikoz liqasiyası (bağlama)

Bu üsul hazırda varikoz qanaxmaların dayandırılması və profilaktikası üçün ən effektiv və təhlükəsiz üsul hesab edilir. Üsulun mahiyyəti



Şəkil 2. Qida borusu qanaxmalarında istifadə edilən zondlar

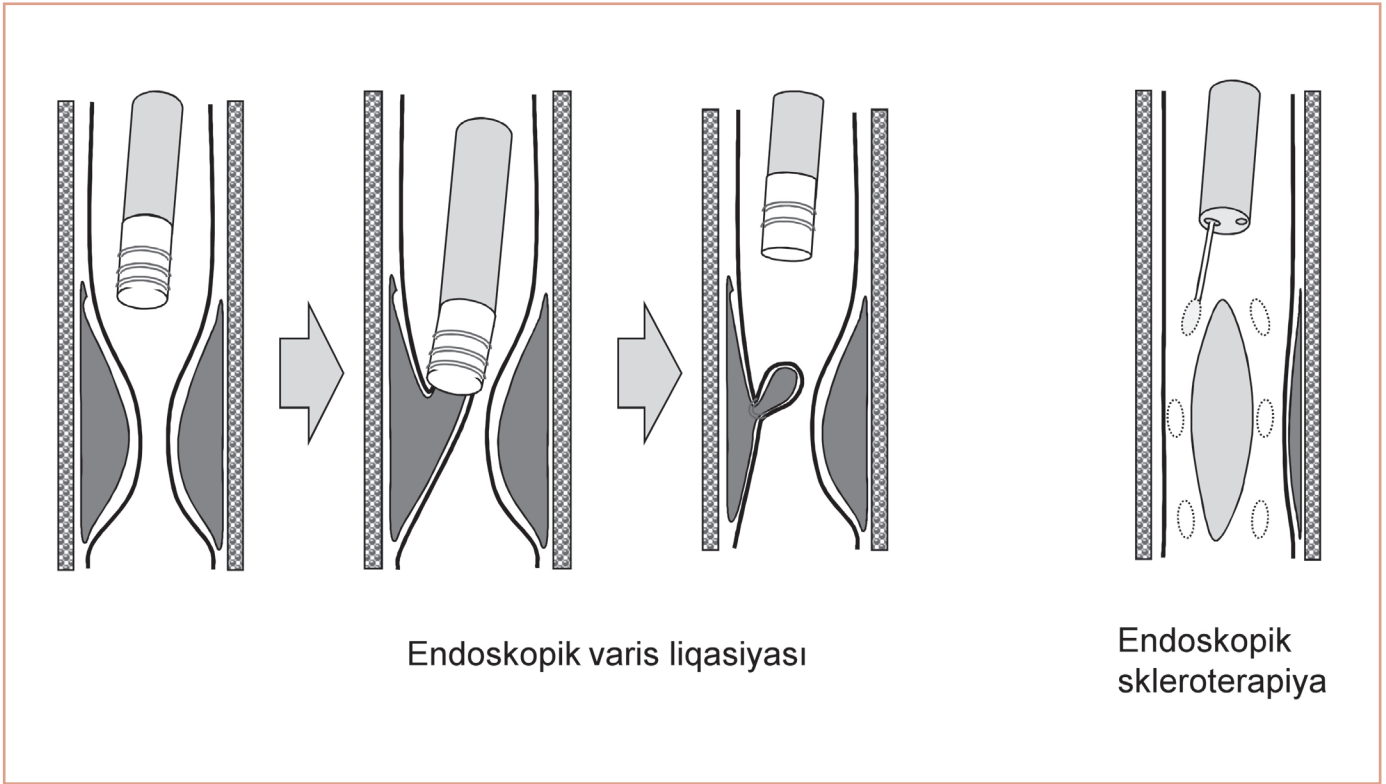
varikoz venanı elastik həlqələrlə dibindən bağlamaqdır (*Şəkil 3*). Texniki cəhətdən hemorroidlərin halqalarla bağlanmasına yaxındır. Endoskopun ucuna xüsusi boru keçirilir və bunun üstündə elastik həlqələr yerləşdirilir. Varikoz vena borunun içinə sorulur və bu vəziyyətdə elastik həlqə varikozun dibinə salınır. Həlqə venanı sıxaraq bağlayır. Bir neçə gün sonra distal hissə nekrozlaşaraq tökülür, dibindəki yara 2-3 həftədə sağalır. Eyni seansda bir neçə varikozu (adətən 5) bağlamaq mümkündür. Endoskopik liqasiya düzgün yerinə yetirildikdə ağırlaşma törətmir (qida borusu zədələnməsi). Nadir hallarda mukozal xora uzunmüddətə sağalır. Bu üsul hazırda qida borusunun varikoz qanaxmasının dayandırılması və profilaktikasında ilk seçimdir. Lakin endoskopik varikoz liqasiyasının (EVL) bəzi problemləri də var:

- çox kiçik varikozlarda mümkün olmur

- çox böyük varikozlarda yetərli bağlama alınmır
- əvvəlcə müalicə olunan (skleroterapiya) və aktiv qanayan varikozlarda texniki çətinliklər yaranır
- mədə varikozlarında əks göstəriş sayılır
- qida borusu varikozlarına birbaşa müdaxilələrin digərləri (skleroterapiya, devaskulyarizasiya) kimi EVL-dən sonra da mədə varikozları artır.

Endoskopik skleroterapiya

Bu üsulun mahiyyəti ondan ibarətdir ki, varislərin daxilinə və ya ətrafına sklerozlaşdırıcı maddə yeridilərək tromboz və çapıqlaşma yaradılır (*Şəkil 3*). Bu həm qanaxmanı dayandırır, həm də varikozu kiçildir. Sklerozlaşdırıcı maddə kimi alkohol, etanolamin oleat, tetradesil sulfat istifadə edilir. Son illər N-butyl-sianakrilat,



Şəkil 3. Varikozların endoskopik liqasiyası və skleroterapiyası

öküz trombini kimi yapışdırıcılara üstünlük verilir. Skleroterapiyanı iltihab söndükdən sonra (3 həftə) bir neçə dəfə təkrarlamaq olar. Skleroterapiya varikoz qanaxmanın dayandırılması və profilaktikası üçün EVL qədər effektiv müalicə üsulu sayıla bilər. Lakin bu üsulun da bəzi ciddi ağırlaşmaları və çatışmayan cəhətləri var:

- Skleroterapiyadan sonra 50-60% hallarda qanaxma residivi olur, təkrari seanslara ehtiyac yaranır.
- Skleroterapiya portal vena trombozuna (30-40%) səbəb olur ki, bu da gələcəkdə şunt əməliyyatını istisna edir. Ona görə də, az riskli (Child A) xəstələrdə məsləhət deyil.
- Skleroterapiya qastropatiya və mədə varikozunu artırır
- Skleroterapiya aziqos vena trombozuna, qida borusu strikturuna, xorasına, mediastinitə, pnevmoniyaya, bakteriemiyaya, allergiya –

anaflaksiyaya səbəb ola bilər.

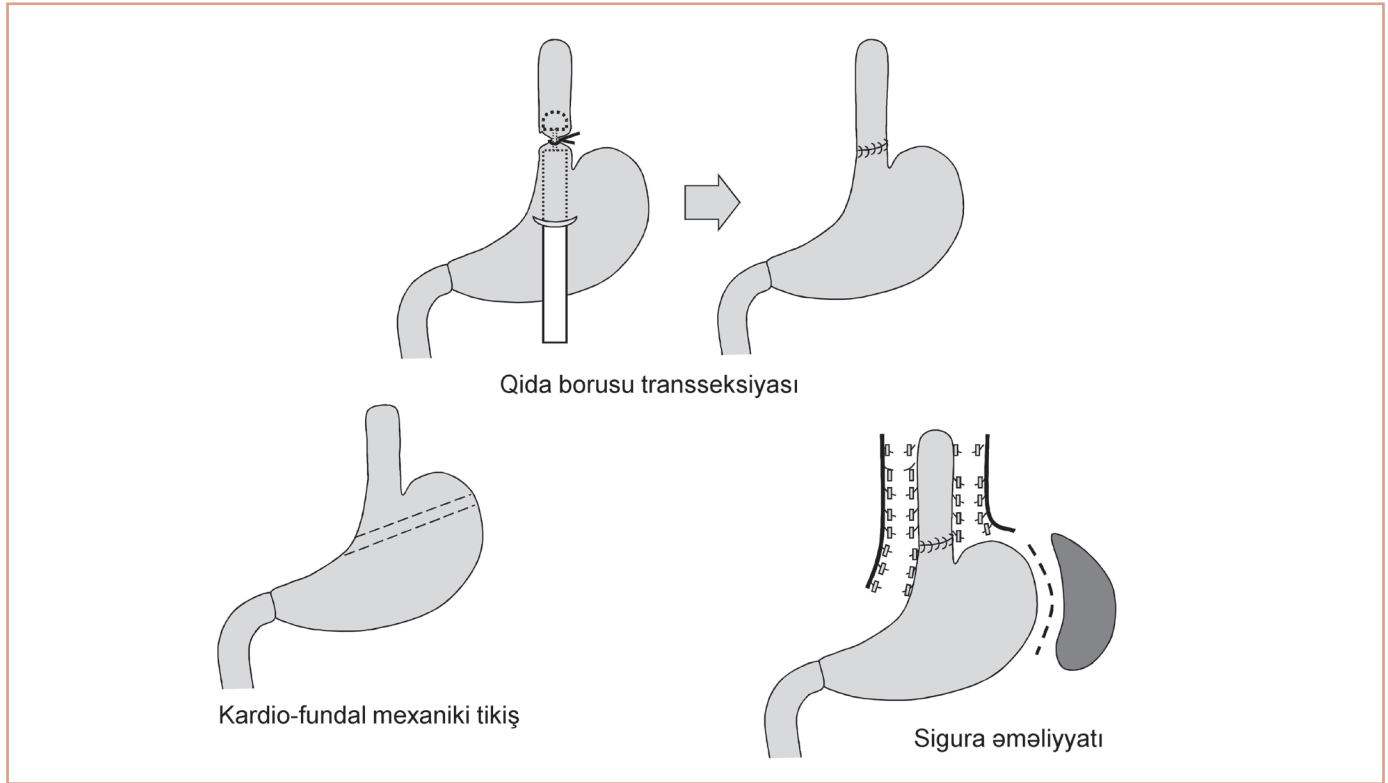
- Mədə varikozlarında spirt tərkibli maddələr yox, N-butil-sianakrilat və öküz trombini kimi yapışdırıcılar istifadə edilir. Bunları nəzərə alaraq hazırda skleroterapiya EVL-dən sonrakı seçim sayılır.

Qida borusu stendi

Qida borusu varikozlarından qanaxmaları dayandırmaq üçün örtüklü metal stendlər də istifadə edilə bilər. Stend tamponada effekti ilə qanaxmanı dayandırır. Lakin, örtüklü metal stendlər təkbaşına deyil QDPKYY ilə birlikdə istifadə edildikdə faydalı olur. Bu kombinasiyanın istifadəsinə göstəriş endoskopik üsullarla dayanmayan massiv qanaxmadır.

Endovaskulyar skleroterapiya

Əvvəllər endovaskulyar yolla, dəridən-



Şəkil 4. Varikoz qanaxmanı dayandırmaq üçün cərrahi üsullar

qaraciyərdən, qarı venasından keçərək varikozlara birbaşa sklerozlaşdırıcı maddə yeridilirdi. Endoskopik üsul hazırda bunu tamamilə əvəz etmişdir.

Cərrahi üsullar

Qanaxmanı dayandırmaq üçün istifadə edilən cərrahi üsulların ilk qrupu portal dekompresiyaya – porto-kaval yanyol əməliyyatlarıdır ki, bu barədə əvvəlki bölümlərdə məlumat verilmişdir. İkinci qrup əməliyyatlar portal venadan varikoza gələn qanın axınının kəsilməsini (devaskulyarizasiya), üçüncü qrup isə, bilavasitə varikoz venaların bağlanması (Pasiora əməliyyatı) əhatə edir.

Varikoz venaların bağlanması – Pasiora əməliyyatı

Təcili olaraq aparılan bu palliativ əməliyyatda

gastrotomiya edilərək fundal və ezofageal varikozlara «Z»-şəkilli və ya büzməli tikişlər qoyulur. Bu metod hazırda çox az istifadə edilir. Çünki qida borusu varikozlarında bunu EVL əvəz etmişdir. EVL-ə imkan yoxdursa və ya gastrik varikozlardan qanaxma varsa Pasiora üsulu seçilə bilər.

Devaskulyarizasiya

Bu üsulların mahiyyəti ondan ibarətdir ki, qarı venası ilə azıqos sistemi arasında əlaqə kəsilir. Porto-azıqos əlaqəsinin anatomiyasına baxılırsa görünür ki, PH-da qan mədənin kardial və fundal venalarından iki yolla azıqos sisteminə keçir. Birincisi, ezofagusətrafı kollaterallar, ikincisi isə, selikaltı venoz kələf. Qanaxma məhz selikaltı venalardan baş verir. Bu anatomik əsaslara dayanaraq əlaqəni kəsmə üsullarının müxtəlif növləri var.

Qida borusu transseksiyası

Qida borusunun kəsilib tikilməsi üsulunda qida borusunun abdominal hissəsi kəsilir və yenidən anastomoz edilir. Hazırda bu mexaniki tikiş alətləri ilə (28-32 mm) yerinə yetirilir (*Şəkil 4*). Bu üsulda portal və aziqoz venası arasındakı selikaltı venoz kələf vasitəsi ilə yaranan və varikoza, qanaxmaya səbəb olan əlaqə kəsilir. Bu üsul erkən dövrdə qanaxmanı effektiv dayandırır, qaraciyər qanlanmasını pozmur. Lakin, paraezofageal venalar saxlandığı üçün təkrari varikoz qanaxma baş verə bilər və anastomoz yetməzliyi ehtimalı var. Bu üsul adətən qısamüddətli qanaxma kontrolu üçün təcili vəziyyətlərdə istifadə edilir.

Kardio-fundal mexaniki tikiş

Bu üsulda düz tikiş aləti ilə mədənin kardio-fundal hissəsinin ön və arxa divarına ayrı-ayrılıqda mexaniki tikişlər qoyulur (*Şəkil 4*). Bununla da, mədə selikaltı qatından qida borusu selikaltı venalarına gedən yollar bağlanır. Bu üsul asandır və fundal varikozlarda da faydalıdır. Lakin, əvvəlki üsulda olduğu kimi paraezofageal varikozlar qaldığı üçün təkrari qanaxma ehtimalı var. Ona görə də təcili vəziyyətlərdə müvəqqəti vasitə kimi istifadə edilir.

Sigura əməliyyatı

Bu əməliyyat Yaponiyada və digər şərq ölkələrində geniş yayılmış əməliyyatdır. Sigura əməliyyatında həm qida borusu kəsilib tikilir, həm də qida borusu ətrafındakı abdominal və döşdaxili venoz damarlar bağlanır (*Şəkil 4*). Nəticədə həm selikaltı həm, də paraezofageal porto-aziqos əlaqələr kəsilir. Bu nöqtəyindən *Sigura əməliyyatı ən radikal devaskulyarizasiya* hesab edilir və praktik təcrübədə də özünü doğruldur. Qanaxmanı dayandırma və profilaktika nöqtəyindən Sigura əməliyyatı

DSRYY əməliyyatı ilə müqayisə oluna bilər. Bu üsulun digər bir müsbət cəhəti qaraciyər qanaxmasının qorunmasıdır. Lakin bu üsulda qarın və döş boşluğunu açmaq gərəkdir, digər tərəfdən mədə varikozlarının qarşısı alınmır və böyük təcrübə tələb edir.

Beləliklə, devaskulyarizasiya əməliyyatları ezofageal varikoz qanaxmanı dayandırmaq üçün effektiv olub qaraciyər qangəlimini pozurlar. Bu üsullar arasında Sigura əməliyyatı ən radikalıdır, qanaxmanı dayandırmaqla yanaşı həm təkrari varikozun, həm də qanaxmanın qarşısını alır. Lakin, bunlar qastrik varikozların qarşısını ala bilmədikləri üçün DSRYY-dan geri qalırlar.

Varikoz qanaxmada müalicə taktikası

Varikoz qanaxmalarda müalicə taktikası ikimərhələli şəkildə aparılır: *ilkin tədbirlər və həlledici müalicə*. Xəstələr təcili olaraq reanimasiya və ya əməliyyatxanaya yerləşdirilir, cərrah, reanimatoloq və endoskopist tərəfindən nəzarət edilir və ilkin tədbirlər həyata keçirilir: *hemodinamikanı stabilləşdirmə, endoskopik diaqnostika, qanaxmanın endoskopik və medikamentoz dayandırılması və digər dəstək müalicələri* (*Cədvəl 4*). Əsas-həlledici müalicə mərhələsində əsas xəstəliyin müalicəsi və qanaxmanın ikincili profilaktikası həyata keçirilir (*Şəkil 5*). Birincili profilaktika qanaxma baş vermədən aparılan tədbirlərə deyilir.

İlkin endoskopik və medikamentoz tədbirlərdən sonra iki nəticə ortaya çıxır bilər. *Birincisi*, qanaxmanın dayanması (təxminən xəstələrin 80% rastlanır). Bu xəstələrdə ilkin tədbirlər xəstə stabilləşənə qədər davam etdirilir və əlavə olaraq ilk gündən ensefalopatiya profilaktikası aparılır (laktuloza, L-ornitin-L-aspartat), assit punksiya edilir və antibiotik verilir (III nəsil se-

Cədvəl 4. Varikoz qanaxmada ilkin tədbirlər

Yerləşdirmə

- Xəstə təcili olaraq reanimasiya şöbəsinə yatırılır, cərrah, reanimatoloq və endoskopist briqadası tərəfindən nəzarətə alınır.

Həyati funksiyalara nəzarət və stabilləşdirmə

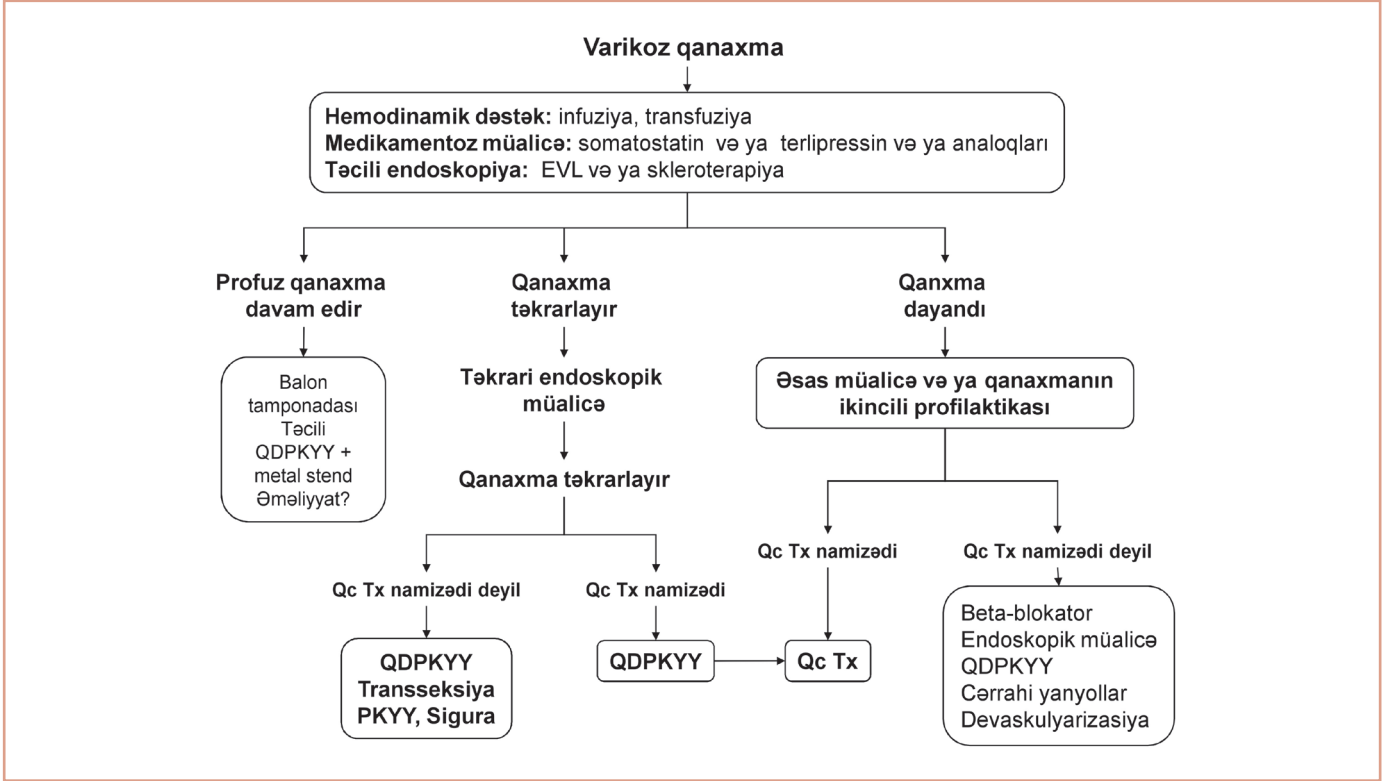
- Monitorizasiya qoşulur (saturasiya, təzyiq, nəbz və s)
- Tənəffüs yolu yoxlanılır və keçiriciliyi təmin edilir. Aramsız qanaxmalarda və ensefalopatik xəstələrdə təcili intubasiya edilir.
- Hemodinamika qiymətləndirilir və hipovolemiya varsa (taxikardiya, hipotenziya, ortostatik kollaps) infuziyaya başlanılır
- Şokda olan xəstələrə Ringer – Laktat bolus şəklində 1000 ml verilir və kolloid infuziyasına (plazma, albumin, jelatin, dekstran) başlanılır.
- Damar yolu açılır, təhlillər alınır (Hemoqram, PTZ, APTZ, qanaxma, laxtalanma zamanı, qlükoza, ALT, AST, sidik cövhəri, kreatinin, albumin, bilirubin, elektrolitlər, HBsAg, Anti-HCV).
- Sidik kateteri qoyulur.

Qanaxmanı dayandırma – medikamentoz + endoskopik

- Sandostatin (250 mkq ilk doz, 250mkq/saat infuziya) və ya oktreotid (50 mkq ilk doz, 50mkq/saat infuziya) və ya terlipressin (2 mq hər 4 saatda) müalicəsinə başlanılır və 5 günə qədər davam etdirilir.
- Hemodinamika stabilləşmişsə təcili endoskopik müayinə və varikozun liqasiyası edilir (12 saat ərzində). EVL yoxdursa skleroterapiya edilir.
- Xəstə stabilləşmərsə və qanaxma artaraq davam edirsə Blekmor zonu qoyulur və intubasiya edilir. Blekmor zonduna baxmayaraq stabilləşmə yoxdursa təcili angiografiya (QDPKYY + ezofaqus stendi, embilizasiya) və ya əməliyyat edilir. Əməliyyat vaxtı endoskopik müayinə aparılması vacibdir.

Digər dəstək tədbirləri

- Antisekretor ranitidin (Ranitidin 50 mq x 3) və ya rabeprazol infuziyası edilir.
- Eritrositar kütlə, plazma tədarük edilir.
- Hb < 8-10 q/dL və ya Ht < 30% olan xəstələrə hemotransfuziya başlanılır.
- TDP koagulopatiyası varsa (INR>1,5) və qan transfuziyası alanlarda (hər 2 vahid qana 1 vahid plazma)
- Vikasol (10 mq) təyin edilir. Fibrinogeni az olanlara (<200 mq) kriopresitat verilir. Trombositopeniya (<50 x 10⁹/L) olarsa trombosit kütləsi köçürülür
- Şəkər, elektrolit tənzimlənir. Hipoglükemiya və hipokalemiya ensefalopatiyanı dərinləşdirir.
- Qarın boşluğu USM və portal dopler edilir.
- Xəstənin hərtərəfli monitorinqi davam etdirilir (hemodinamika, tənəffüs, sidik ifrazı, NQZ-dan ifrazat, melena, Hb, Ht, huş və digər)
- Ensefalopatiya və infeksiyaların profilaktikasına başlanılır



Şəkil 5. Qida borusu varikoz qanaxmasında müalicə taktikası

falosporin). Ardınca əsas xəstəliyin müalicəsi və qanaxmanın uzunmüddətli profilaktikası üçün tədbirlər həyata keçirilir (*Şəkil 5*).

İkincisi, qanaxmanın davam etməsi və ya tezliklə (bir neçə gün sonra) təkrarlanması. Bu xəstələrdə ilk seçim endoskopik müalicənin təkrarlanmasıdır. Əgər təkrari endoskopik müalicə imkansızdır və ya effektiv olarsa Blekmoor zondunu qoyub təcili dekompressiv müdaxilə etmək lazımdır. Bu məqsədlə qaraciyərdaxili porto-kaval yanyolu və örtüklü metal stend tövsiyə edilir. Əgər QDPKYY imkanı yoxdursa, üçüncü seçim cərrahi müdaxilədir. Belə vəziyyətdəki xəstələrin ümumi halının ağır olduğunu, qaraciyərin funksional vəziyyətini dəqiqləşdirməyin çətin olduğunu nəzərə alaraq, asan və effektiv üsul seçilməlidir. Tövsiyə olunan təcili əməliyyat qida borusunun staplərlə transseksiyasıdır. Bu alət yoxdursa və ya xəstədə mədə varikoz qanaxması da varsa kardio-fundal mexaniki tikiş və ya Pasiora əməliyyatı yerinə yetirilə bilər.

Qanaxmanın təkrarlanmasının profilaktikası (uzunmüddətli nəzarət)

Qeyd edildiyi kimi, medikamentoz və endoskopik müalicələr əksər hallarda (80%) varikoz qanaxmanı dayandırır. Lakin bu xəstələrin də 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, xüsusən Qc funksional rezervi, assit, ensefalopatiya, mədə varikozu, yanaşı xəstəliyi, səbəbi, Qc Tx imkanı və portal vena açıqlığı nəzərə alınmalıdır.

İlk növbədə xəstədə *Qc Tx göstərişi və mümkünlüyü* təyin olunur. Xəstəyə Qc Tx göstərişdirsə (dekompensasiyalı sirroza) və bu mümkündürsə, ciddi nəzarətlə transplantasiyaya hazırlanır. Bu xəstələrdə Tx-ə qədər qanaxma təkrarlansa 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 + b-adrenoblokatorlar, dekompressiya və devaskulyarizasiya*. Bunlardan ən çox tövsiyə olunanı *endoskopik + b-adrenoblokatorlar* müalicəsidir. İkinci seçim qaraciyərdaxili porto-kaval yanyol, üçüncü seçim isə distal splenorenal yanyoldur (DSRYY). DSRYY-ə əks göstəriş varsa (splenik vena trombozu, splenektomiya, refrakter assit) Sigura əməliyyatı və ya hissəvi PKYY edilə bilər. Lakin xəstədə mədə varisləri varsa və ya təkrari qanaxmalar olarsa yanyol əməliyyatları ilk planda durur.

Qc Tx mümkün olmayan və Qc dekomensasiyası olan xəstələrdə cərrahi üsullar tövsiyə edilmir. Bu xəstələrdə endoskopik müalicə və ya QDPKYY məsləhət görülür.

Anadangəlmə hepatik fibrozda distal spleno – renal yanyol əməliyyatı tövsiyə olunur. Baddi–Kiari sindromunda, sirroz varsa Qc Tx-ə göndərilir, sirroz yoxsa endoskopik müalicələr və ya porto–kaval yanyol, soltərəfli portal hipertenziyada splenektomiya seçilir.

MƏDƏ VARİKOZ QANAXMASI

Qanaxması olan xəstədə təcili ilkin tədbirlərlə *hemodinamika stabilləşdirilir, diaqnoz dəqiqləşdirilir və qanaxmanı dayandırmağa çalışılır*. Mədə varikozlarında da qanaxmanı dayandırmaq üçün ilk seçim medikamentoz + endoskopik yoldur. Lakin qida borusu varikozlarından fərqli olaraq mədə varikozlarında ilk seçim spirtlə yox, yapışdırıcılarla (N-butil-sianakrilat, donuz trombin) skleroterapiyadır. EVL 1-ci tip gastroezofageal varikozlarda edilə bilər.

Bu tədbirlər yoxdursa və ya *qanaxmanı dayandırmazsa* əvvəlcə QDPKYY tövsiyə edilir. Bu da yoxdursa üçüncü seçim - həyati göstəriş kimi təcili əməliyyat edilir. Əməliyyat vaxtı hemostazı təmin

etmək üçün qastrotomiya edərək varikozlara tikiş qoymaq (Pasiora əməliyyatı), kardio-fundal tikişlərlə varikozları tikmək və ya *fundusektomiya* əməliyyatı etmək olar. Xəstədə «soltərəfli» PH varsa (dalaq venası trombozu, böyük dalaq) təcili splenektomiya da fayda verə bilər.

Qanaxması dayanan xəstələrdə təkrari qanaxmanın profilaktikası üçün uyğun həlledici müalicə həyata keçirilməlidir. Qc Tx namizədləri transplantasiyaya göndərilir. Qc Tx namizədi olmayan, Qc funksiyası qorunan xəstələrdə dekompressiya, xüsusən QDPKYY və ya DSRYY ilk seçimdir. Qida borusu varikozundan fərqli olaraq mədə varikozunda devaskulyarizasiya və qida borusu varikozunun endoskopik müalicələri əks göstəriş sayılır. Qc funksiyası dekomensasiya vəziyyətində olan xəstələrdə QDPKYY və ya medikamentoz müalicə tövsiyə olunur. «Soltərəfli» PH-da ən effektiv müalicə splenektomiyadır. **Portal hipertenziv gastropatiya** qanaxmalarının müalicəsi və ikincili profilaktikasında medikamentoz müalicə tətbiq edilir

HEMORROİDAL VARİKOZLARDAN QANAXMA

PH-da hemorroidal varikozlar qida borusu varikozundan sonra ən çox rast gəlinən damar genəlmələridir. Çox zaman asimptomatik gedən bu varikozlar tromboz və qanaxma da törədə bilər. 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. QDPKYY-də istifadə edilə bilər.

XÜLASƏ

- Porto-kaval təzyiq fərqi 8 mm Hg st. aşarsa venalarda və kollaterallarda genişlənmə başlayır, fərq 10 mm Hg st. olduqda genişlənmə bariz şəkil alır, 12 mm Hg st. aşdıqda isə, qanaxma təhlükəsi meydana gəlir.
- Kollateralların genişlənməsi və qanaxma ən çox qastroezofageal səviyyədə, sonra rektal, göbəkətrafi və retroperitoneal səviyyədə ortaya çıxır.
- Ölçülərinə görə qida borusu varikozlarını 4 dərəcəyə ayırırlar:
 - I dərəcə – selikaltı qatda geniş vena, qabarmır
 - II dərəcə – mənfəzə doğru qabarmış venalar, mənfəzi tutmur
 - III dərəcə – qabarmış venalar mənfəzi tama yaxın tutur
 - IV dərəcə - qabarmış venalar mənfəzi tam tutur.
- Böyük varikozlar (III-IV dərəcə), incə divarlı varikozlar, Child C və porto-kaval qradient >12 mm Hg st. varikoz qanaxma üçün yüksək risk göstəriciləridir və birincili profilaktika lazım gəlir.
- Sirrotik xəstələrin təxminən 60%-ində varikoz baş verir və bunların da təxminən 30%-də 2 il ərzində qanaxma rast gəlir.
- Birinci dəfə baş verən qanaxma adətən 70-80% hallarda öz-özünə və ya müalicə ilə dayanır. Lakin xəstələrin 60-70%-ində bir il ərzində təkrarlanma baş verir və ən çox ilk saat və ya günlərdə müşahidə edilir. Qanaxmalarda letallıq təxminən 20% təşkil edir, qanaxma təkrarladıqca letallıq da artır. Hipertenziyanın səbəbi aradan qaldırıldıqda varikoz genəlmələr geriyə inkişaf edir.
- Varikoz qanaxmalar iki qrup əlamətlərlə – yerli (qanqusma, melena, NQZ-dan qangəlmə) və ümumi (anemiya, hipovolemiya, şok) əlamətlərlə bürüzə verir.
- Diaqnozu dəqiqləşdirmək üçün təcili endoskopiya aparılır.
- Varikoz qanaxmaların müalicə və profilaktika tədbirləri 3 prinsip üzərində qurulmuşdur: portal təzyiqi azaltma – dekompressiya, varikozlarda qan axınını kəsmə – devaskulyarizasiya və varikozlara birbaşa müdaxilə.
- Varikoz qanaxmalarda müalicə taktikası ikimərhələli şəkildə aparılır: ilkin tədbirlər və həlledici müalicə.
- Təcili ilkin tədbirlərə aiddir: hemodinamikanı stabilləşdirmə, endoskopik diaqnostika, qanaxmanın endoskopik və medikamentoz dayandırılması və digər dəstək müalicələri.
- İlkin tədbirlərə baxmayaraq qanaxma davam edirsə və ya tezliklə təkrarlayarsa qaraciyərdaxili porto-kaval yanyol və örtüklü metal stend tövsiyə edilir. Əgər QDPKYY imkanı yoxdursa, üçüncü seçim cərrahi müdaxilədir (transseksiya, tikiş, yanyol).
- Qanaxması dayanan xəstələrdə həlledici müalicə kimi əsas xəstəliyin müalicəsi və qanaxmanın ikincili profilaktikası həyata keçirilir

ƏDƏBİYYAT

1. Bayramov NY. Portal hipertenziya. Bakı, 2007
2. Bass NM, Yao FY. Portal hypertension and variceal bleeding. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver disease. 7th ed. Vol 2, 2002, 1487-1516
3. Chong CF. Esophageal rupture due to Sengstaken-Blakemore tube misplacement. World J Gastroenterol. 2005 Nov 7;11(41):6563-5.
4. Chong CF. Esophageal rupture due to Sengstaken-Blakemore tube misplacement. World J Gastroenterol. 2005 Nov 7;11(41):6563-5.
5. 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.
6. Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V Consensus Workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. J Hepatol. 2010 vol 53/762-768
7. 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.
8. Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W. Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Hepatology 2007;46(3):922-38
9. Henderson JM, Boyer TD, Kutner MH, Galloway JR, Rikkens 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. Handerson MJ. Portal hypertension. In: Maingot's Abdominal Operations. 11th edition, 2007, 831-846
12. Krige JEJ, Bornmann PC. Endoscopic therapy in the Management of Esophagela varices: injection sclerotherapy and variceal ligation. In: Blumgart LH, ed. Surgery of the liver, biliary tract and pancreas. 4 th edidion, Sauders, Elsevier, Philadelphia, 2007: 1579-1593
13. Liu H, Gaskari SA, Lee SS. Cardiac and vascular changes in cirrhosis: pathogenic mechanisms. World J Gastroenterol. 2006 Feb 14;12(6):837-42.
14. 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.
15. Magno B, Kallo A. Endoscopic therapy for esophageal variceal hemorrhage. In: Camerun JL. Current Surgical Therapy. 9th edition. Mosby Elsevier 2008, 391-393
16. Rockey DC. Pharmacologic therapy for gastrointestinal bleeding due to portal hypertension and esophageal varices. Curr Gastroenterol Rep. 2006 Feb;8(1):7-13.
17. Sultanov H.A. Cərrahi Xəstəliklər. Bakı 2000
18. Samonakis DN, Triantos CK, Goaulis J, Burroghs AK. Medical management of bleeding varices. In: Blumgart LH, ed. Surgery of the liver, biliary tract and pancreas. 4 th edidion, Sauders, Elsevier, Philadelphia, 2007:1563-1578
19. 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.
20. William RJ. Liver and Portal venouse system. In: Gerard MD, Lawrence WW, Current Surgical Diagnosis and Treatment. 12th edition, 2006, p 539-572
21. Yan BM, Lee SS. Emergency management of bleeding esophageal varices: drugs, bands or sleep? Can J Gastroenterol. 2006 Mar;20(3):165-70.