



М. Г. Гнатюк, С. І. Райчук,  
С. Ю. Шевченко,  
В. Ю. Бодяка,  
Ю. Я. Чупровська,  
Д. Ю. Криворучко,  
Ю. П. Петрук,  
М. В. Лянскорунський

*Буковинський державний  
медичний університет, м.  
Чернівці*

*Старокостянтинівська  
центральна районна лікарня,  
Хмельницька область*

© Колектив авторів

## ВИПАДОК ХІРУРГІЧНОЇ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ

**Резюме.** У даній статті представлено хірургічний спосіб зупинки кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу, шляхом роз'єднання венозної системи стравоходу від ворітної, а також клінічний випадок його ефективного застосування.

Даний спосіб мобілізацію малої кривизни шлунка, абдомінального відділу стравоходу, дна шлунка, пересічення стравоходу у ділянці кардіоезофагеального переходу, а також накладання стравохідно-шлункового анастомозу та виконання спленектомії. Це дозволяє остаточно зупинити кровотечу з варикозно-розширених вен стравоходу та попередити можливість виникнення її рецидиву.

**Ключові слова:** *кровотеча, варикозно-розширені вени стравоходу.*

Кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу є найчастішим і найбільш небезпечним ускладненням портальної гіпертензії у хворих на цироз печінки і є основною причиною смерті даної категорії пацієнтів. після першого епізоду кровотечі помирає кожен другий пацієнт, більше ніж у половини з числа тих, що вижили впродовж першого року, виникає рецидив кровотечі, від якої помирає близько 30 % пацієнтів [1].

Лікування кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу передбачає профілактику першої кровотечі, зупинку гострої кровотечі та попередження рецидиву кровотечі. У переважній більшості випадків застосовують консервативні методи лікування, які досить часто не можуть ефективно зупинити кровотечу, а тим більше попередити появу рецидиву [2].

Розробка та впровадження ефективних хірургічних методів зупинки та попередження рецидиву кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу є надзвичайно актуальним та першочерговим завданням невідкладної абдомінальної хірургії [1, 2].

У зв'язку з чим вважаємо за необхідне представити один із клінічних випадків успішної хірургічної зупинки кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу.

Пацієнт С., 1971 року народження (медична картка стаціонарного хворого № 9496) надійшов у хірургічне відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні 28.12.2018 року зі скаргами на нудоту, багаторазову блювоту масами темного кольору з домішками згустків, дьогтеподібні випорожнення, головокружіння.

Захворів 8 годин потому, коли виникли вищепописані скарги. З анамнезу життя відомо, що пацієнт хворіє на цироз печінки, ускладнений портальною гіпертензією. Неодноразово лікувався

у хірургічному відділенні з приводу гострої кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу.

Під час огляду пацієнта: Загальний стан середньої тяжкості. Свідомість ясна. Шкіра та видимі слизові блілого кольору. У легенях дихання везикулярне, ослаблене у нижніх відділах. Тони серця приглушені. АТ – 110/70 мм рт. ст., пульс – 86 ударів / хв, ритмічний, задовільного наповнення. Язик обкладений сірим нашаруванням. Живіт збільшений у розмірах, симетричний, участь у акті дихання бере, при пальпації м'який не болючий, перитонеальні симптоми негативні. При аускультатії визначається активна перистальтика кишок та шум плеску. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Під час пальцевого дослідження прямої кишки визначається нормальний тонус сфінктера, ампула без особливостей, на рукавичці сліди калу по типу мелени.

Після проведення відповідних додаткових обстежень пацієнту встановлено діагноз: цироз печінки. Портальна гіпертензія. Кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу. Анемія.

Група крові та резус (28.12.2018): АВ (IV) Rh+ (позитивна).

Загальний аналіз крові (03.01.2019): еритроцити –  $2,7 \times 10^{12}$  /л; гемоглобін – 78 г/л; гематокрит – 0,28; лейкоцити –  $9,7 \times 10^9$  /л; ШОЕ – 7 мм/год.

Загальний аналіз сечі (08.01.2019): насичено-жовта, прозора, питома вага – 1026, реакція – 6,0, білок – 0,022 г/л; епітелій плоский – 2–3 у п/з; лейкоцити – 10–12 у п/з, еритроцити – одиночні у п/з.

Біохімічний аналіз крові (08.01.2019) загальний білок – 53,7 г/л; глюкоза – 3,78 ммоль/л; загальний білірубін – 6,0 мкмоль/л; непрямої білірубін – 6,0 мкмоль/л; АлАТ – 0,18 нмоль/(схл); АсАТ – 0,16 нмоль/(схл); тимолова проба – 0,8 Од; сечовина – 9,2 ммоль/л, креатинін – 0,072 ммоль/л.

Іонограма (08.01.2019) натрій – 153,3 ммоль/л; калій 1,22 ммоль/л.

Коагулограма (08.01.2019): протромбінові індекс – 84,7%; фібрин плазми – 2,0 г/л; етанолів тест – негативний; фібриноген В – негативний.

ЕГДФС (28.12.2018): стравохід вільно прохідний, слизова оболонка бліда. Кардія змикається повністю. Визначаються варикозно-розширені вени з підтіканням крові В шлунку велика кількість згортків крові. Слизова оболонка шлунка бліда. Складки звичайних розмірів. Перистальтика збережена. Пілоричний канал округлий, змикається повністю. Цибулина дванадцятипалої кишки звичайної форми, просвіт не звужений. Слизова зацибулярного відділу бліда. Заключення: Варикозне-розширення вен стравоходу з кровотечею.

Пацієнту встановлено зонд Блекмора, призначено гемостатичну терапію, яка не призводила до покращення стану пацієнта, оскільки при зниженні тиску у балонах зонда кровотеча продовжувалася. У зв'язку із неефективною консервативною терапією пацієнту виконано оперативне втручання (протокол операції № 18 від 09.01.2019 року).

На сьогоднішній день питання о виборі найбільш оптимального оперативного втручання на висоті кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу залишається складним та до кінця не вирішеним, особливо при поєднанні з асцитом та гіперспленізмом. Накладання прямого портокавального анастомозу призводить до тотальної декомпресії портальної системи, миттєвого зниження загального печінкового кровотоку на 40-50%. Прямі портокавальні анастомози є надійним методом попередження рецидиву кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу, проте розвиток портосистемної енцефалопатії та печінкової недостатності, внаслідок депорталізації печінки, значно обмежує їх застосування.

Останнім часом багато хірургів надають перевагу таким оперативним втручанням, як гастротомію з прошиванням кардії, операції спрямовані на ізоляцію венозної системи стравоходу та шлунка від ворітної. Проте дані оперативні втручання не позбавлені недоліків. Це порушення трофіки слизової оболонки шлунка з утворенням ерозій та наступною кровотечею, що особливо небезпечно у разі наявності варикозно-розширених вен шлунка.

Враховуючи відсутність варикозно-розширених вен шлунка, а також тяжкість стану пацієнта нами було вирішено пересікти стравохід у ділянці кардіоезофагеального переходу та накласти стравохідно-шлунковий анастомоз у ділянці тіла шлунка, тобто швидко та ефективно ізолювати венозну систему стравоходу від ворітної.

Отже, після виконання верхньої серединної лапаротомії, при ревізії органів черевної порожнини відмічається значна кількість асцитичної рідини. Вени великого чіпця, брижі тонкої кишки

збільшені у розмірах. Печінка дещо зменшена у розмірах, білувато-рудого кольору, капсула потовщена, поверхня органу крупно бугриста. Селезінка збільшена у розмірі (20,0 x 15,0 см), капсула потовщена. Селезінкова артерія та ворітна вена збільшені у розмірах, звиті. У ворітній та селезінкових венах є субендотеліальні крововиливи, пристінкові тромби.

Виконано спленектомію. Далі мобілізували малу кривизну шлунка, абдомінальний відділ стравоходу, дно шлунка та пересікли стравохід у ділянці кардіоезофагеального переходу. Стінку шлунка зашили дворядним швом, а у ділянці тіла шлунка наклали стравохідно-шлунковий анастомоз. У лівий піддіафрагмальний простір завели дренажну трубку та пошарово зашили лапаротомну рану.

Через 3 годин після операції проведено екстубацію. На наступну добу (10.01.2019) пацієнт переведений у відділення хірургії.

Проводилася знеболююча (омнопон 1,0; дексалгін 2,0; анальгін 2,0; димедрол 1,0) антибактеріальна (цефобид 1 г; цефтриаксон 1 г; метрагіл 100,0), кислотознижуюча (омез 40 мг), гемостатична (транексамова кислота 5,0; діцинон 2,0; вікасол 1,0), інфузійна (фізіологічний розчин 400,0; розчин Рінгера 400,0; реосорбілакт 200,0; глюкозо-інсуліновий комплекс 200,0; стерофундін 500,0; аміноплазмаль 500,0) замісна (еритроцитарна маса, свіжозаморожена плазма) протианемічна (суфер 1,0) гепатопротектори (ессенціале 5,0) та симптоматична терапії.

Рентгеноскопія травного тракту (14.01.2019): По стравоходу уповільнено проходження контраст. У нижній третині стравоходу є звуження, діаметр простору становить 5-7 мм, прохідність збережена. Шлунок без особливостей.

Рентгеноскопія травного тракту (14.01.2019) Через 1 годину стравоході сульфату барію не має. Шлунок та тонкий кишечник не туго контрастовані. Заключення: Прохідність стравохідно-шлункового анастомозу задовільна. Анастомозит.

Патогістологічне дослідження (№ 112-114 від 11.01.2019 року): У селезінці виражене малокрів'я пульпи, редукція фолікулів.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, дренажі видалено, шви знято на 8-9 доби, рана загоїлася первинним натягом. Пацієнта у задовільному стані 22.01.2019 року виписано з лікарні під нагляд лікаря загальної практики.

Отже, мобілізація малої кривизни шлунка, абдомінального відділу стравоходу, дна шлунка, а також пересічення стравоходу в ділянці кардіоезофагеального переходу призведе до надійного роз'єднання венозних сплетін систем стравоходу від ворітної, відповідно зниження венозного тиску та зупинки кровотечі. Накладання стравохідно-шлункового анастомозу в ді-



лянці тіла шлунка запобігає пошкодженню їжею можливих варикозно-розширених вен кардіального відділу шлунка, тим самим попереджує появу кровотечі.

Вищепредставлений спосіб зупинки кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу є відносно технічно нескладний та не потребує спеціального обладнання, що дозволяє його застосовувати у лікувально-профілактичних установах різного рівня.

### Висновок

Роз'єднання венозної системи стравоходу від ворітної шляхом мобілізації малої кривизни шлунка, абдомінального відділу стравоходу, дна шлунка та пересічення стравоходу в ділянці кардіоезофагеального переходу, а також накладання стравохідно-шлункового анастомозу в ділянці тіла шлунка, призводить до зупинки кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу та попереджує розвиток її рецидиву.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Shalymov A. A., Shalymov S. A., Nychytailo M. E., Radzykhovskiy A. P. Khyrurhiya podzheludochnoi zhelezy. – Symferopol. Tavryda, 1997. – 560 s.

2. Filin AV, Miaukina LM, Filin AA. [Methods to stop and to prevent bleeding in patients with varicose veins of esophagus and stomach]. Eksp Klin Gastroenterol. 2011;(10):55-8.

### СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ С ВАРИКОЗНО- РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

**Н. Г. Гнатюк, С. И. Райчук,  
С. Ю. Шевченко,  
В. Ю. Бодяка,  
Ю. Я. Чупровская,  
Д. Ю. Криворучко,  
Ю. П. Петрук,  
Н. В. Лянскорунский**

### CASE OF SURGICAL STOP BLEEDING WITH VARICOSE VEINS OF THE ESOPHAGUS

**M. G. Gnatyuk, S. I. Rayichuk,  
S. Yu. Shevchenko,  
V. Yu. Bodyak,  
Yu. Ya. Chuprovskaya,  
D. U. Kryvoruchko,  
Yu. P. Petruk,  
M. V. Lianskorunskiy**

**Резюме.** В статье представлен хирургический способ остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, путем разъединения венозной системы пищевода от воротной, а также клинической случай его эффективного применения.

Данный способ мобилизации малой кривизны желудка, абдомінального отдела пищевода, дна желудка, пересечение пищевода в области кардиоэзофагеального перехода, а также наложения пищеводно-желудочного анастомоза и выполнения спленэктомии. Это позволяет окончательно остановить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и предупредить возможность возникновения ее рецидива.

**Ключевые слова:** *кровотечение, варикозно-расширенные вены пищевода.*

**Summary.** This article presents a surgical method of stopping bleeding from varicose veins of the esophagus, by separating the venous system of the esophagus from the portal, as well as the clinical case of its effective use.

This method of mobilization of small curvature of the stomach, abdominal esophagus, bottom of the stomach, intersection of the esophagus in the area of cardioesophageal junction, as well as the imposition of esophageal-gastric anastomosis and splenectomy. This allows you to permanently stop bleeding from varicose veins of the esophagus and prevent the possibility of recurrence.

**Key words:** *bleeding, varicose veins of the esophagus.*