



Methods for treating bleeding from varicose veins of the stomach and esophagus in children due to portal hypertension

Shukrullo KHALILOV¹, Chulpanoy ABDUVALIEVA²

Andijan State Medical Institute

ARTICLE INFO

Article history:

Received September 2022

Received in revised form

10 October 2022

Accepted 25 November 2022

Available online

15 December 2022

Keywords:

childhood,
esophagus,
stomach,
bleeding,
portal hypertension.

ABSTRACT

The effectiveness of providing qualified medical care for portal hypertension syndrome and esophageal-gastric bleeding in children depends on timely diagnosis, timely completion, if necessary, of stopping bleeding and adequate surgical treatment. However, with hospitalization later than 1-2 days from the onset of the first signs of bleeding, the outcome is largely determined by the methods used to stop bleeding, their pathogenetic correspondence to the patterns of development of liver and multiple organ failure. Treatment of syndrome of portal hypertension and bleeding from varicose veins of esophagus and stomach includes a therapeutic and preventive package of measures: drug therapy, setting up a Blackmore probe, endoscopic ligation and sclerotherapy, and, if absolutely necessary, surgical treatment. Timely diagnosis allows identifying the disease in compensated and sub compensated stage, which facilitates treatment and reduces mortality greatly.

2181-3663/© 2022 in Science LLC.

DOI: <https://doi.org/10.47689/2181-3663-vol1-iss1-pp39-48>

This is an open-access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

¹ Assistant, Department of pediatric surgery, Andijan State Medical Institute. Andijan, Uzbekistan.

² MD, Associate Professor, Department of pediatric surgery, Andijan State Medical Institute. Andijan, Uzbekistan.

Портал гипертензия сабабли ошқозон ва қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини болаларда даволаш усуллари

АННОТАЦИЯ

Калит сўзлар:

болалик,
қизилўнгач,
ошқозон,
қон кетиш,
портал гипертензия.

Болаларда портал гипертензия синдроми ва қизилўнгач-меъда қон кетиши учун малакали тиббий ёрдам кўрсатишнинг самарадорлиги ўз вақтида ташҳис қўйиш, зарур ҳолларда уни вақтида якунлаш, қон кетишини тўхтатиш ва тегишли жарроҳлик даволаш усулларига боғлиқ. Аммо қон кетишининг дастлабки белгилари пайдо бўлган кундан 1-2 кун ўтгач касалхонага ётқизилганида натижа асосан қон кетишини тўхтатиш учун ишлатиладиган усуллар, жигар ва кўп аъзолар етишмовчилигининг патогенетик мослиги билан белгиланади. Қизилўнгачнинг ва ошқозоннинг томирларидан портал гипертензия ва қон кетиш синдромини даволаш: дори терапияси, Блэкморе зондини ўрнатиш, эндоскопик лигатуралаш ва склеротерапия, зарурат туғилганда жарроҳлик даволаш каби терапевтик ва профилактика чораларини ўз ичига олади. Ўз вақтида ташҳис қўйиш касалликни компенсацияланган ва компенсацияланмаган босқичда аниқлашга имкон беради, бу даволанишни сезиларли даражада осонлаштиради ва ўлим хавфини камайтиради.

Способы лечения кровотечений из варикозно расширенных вен желудка и пищевода у детей вследствие портальной гипертензии

АННОТАЦИЯ

Ключевые слова:

детской возраст,
пищевод,
желудка,
кровотечения,
портальная гипертензия.

Эффективность оказания квалифицированной медицинской помощи при синдроме портальной гипертензии и пищеводно-желудочных кровотечениях у детей зависит от своевременной диагностики, вовремя выполненной, при необходимости, остановки кровотечения и адекватного хирургического лечения. Однако, при госпитализации позднее 1–2-х суток от начала первых признаков кровотечения исход во многом определяется используемыми методиками остановки кровотечения, их патогенетическими соответствиями закономерностям развития печеночной и полиорганной недостаточности. Лечение синдрома портальной гипертензии и кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка включает в себя лечебно-профилактический комплекс мер: медикаментозную

терапию, постановку зонда Блэкмора, эндоскопическое лигирование и склерозирование, а при крайней необходимости – и хирургическое лечение. Своевременная диагностика позволяет выявить заболевание в компенсированной и субкомпенсированной стадии, что значительно облегчает лечение и снижает летальность.

ДОЛЗАРБЛИГИ

Ҳозирги даврда ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш диагностикаси ва даволаш шошилишч болалар хирургиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу эса бундай беморларни даволаш усуллари ҳозирги замон тенденциялари, яъни ошқозон ва қизилўнғач веноз коллатералларини топографик анатомик ўзига хослигига таянган ҳолда олиб боришга қаратилгандир. Адабиётларда муаллифларнинг фикрича, болаларда ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш 95%–98% ҳолларда портал гипертензия синдроми оқибатида юз беради.

Бугунги кунда шифокорларнинг саъй-ҳаракатлари билан болаларда портал гипертензиясининг кетма-кет ривожланишининг олдини олишга ва портал томир тизимидаги босимни тубдан пасайтирадиган ва шу билан қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз томирларидан қон кетиш хавфининг олдини олишга имкон берадиган терапевтик ва жарроҳлик усуллари излашга қаратилган. Портал генезиснинг гастроэзофагеал қон кетишининг олдини олишга қаратилган яна бир ёндашув – бу варикоз томирларининг ёрилиб кетиши олдини олишда маҳаллий эндоскопик терапиядан фойдаланишдир.

Ташҳис қўйилганида қизилўнғачнинг варикоз томирлари компенсацияланган болаларнинг 30–40 фоизида ва касалликнинг декомпенсацияланган даври билан кечиши 60 фоизида аниқланади. Болаларда қизилўнғачнинг варикоз томирларидан қон кетиш частотаси йилига ўртача 4% ни ташкил қилади. Ўрта ва катта томирлари бўлган беморларда хавф 15% гача кўтарилади.

Қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз томирларидан қон кетаётган беморларни ташҳислаш ва даволаш бўйича тавсиялар бундай беморларни даволаш ва даволаш бўйича амалий кўрсатмалар турли даражадаги шифохоналарда беради. Ушбу тавсиялар мазкур соҳадаги янги маълумотларга мувофиқ мунтазам равишда кўриб чиқиши керак.

Портал гипертензияни даволаш блокнинг турига, касаллик босқичига ва компенсация даражасига узвий боғлиқ бўлиб, муолажанинг асосий йўналиши блок сабабларини бартараф этиш, жигар фаолиятини тиклаш ва келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар профилактикасига йўналтирилган.

ТАДҚИҚОТ МАҚСАДИ

Болаларда ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишда даволаш самарадорлигини ошириш.

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА УСУЛЛАРИ

Болаларда ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишда даволаш тактикасини ўрганиш мақсадида Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази (РШТЎИМ), РШТЎИМнинг Андижон вилоят филиали ва Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 2001 йилдан 2022

йилгача бўлган даврда портал гипертензиясининг турли шакллари билан даволанган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 128 нафар бемор болалар ва ўсмирларни текшириш ва комплекс даволаш натижаларини илмий таҳлил қилишга бағишланган.

Бемор болаларнинг жинси бўйича таркибида ўғил болалар ва қизларнинг ўзаро нисбати тахминан 1:1 га тенг бўлиб, ўғил болалар сони 60 нафар (46,9%)ни, қизлар эса 68 та (53,1%)ни ташкил қилди. Ёш таркиби бўйича эса беморларнинг ярмидан кўпини, яъни 70 нафари (54,7%)ни 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар ташкил этган (1-жадвал).

1-жадвал

Бемор болаларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Жинси	<3 ёш		3–7 ёш		7–13 ёш		>13 ёш		Жами	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ўғил	10	7,8	32	25,0	11	8,6	7	5,5	60	46,9
Қиз	13	10,2	38	29,7	13	10,2	4	3,1	68	53,1
Жами	23	18,0	70	54,7	24	18,8	11	8,6	128	100

Барча 128 нафар бемор болада шикоятлари ва анамнез маълумотлари батафсил ўрганилди, қоннинг умумий ва биокимёвий ҳамда вирусли гепатит маркерларини аниқлаш таҳлиллари, қизилўнгач ва ошқозон веналари ҳолатини алоҳида эътибор билан баҳолашни ўз ичига олувчи эзофагофиброгастроуденоскопия (ЭФГДС) бажарилди. Бундан ташқари, 115 нафар (89,8%) болада жигар ҳамда гепатолиенал соҳа томирларида УТТ ҳам ўтказилди.

Болалардаги ПГнинг этиологик таркибида катта улуш билан (89 нафар; 69,5%) қопқа венасининг постнатал тромбози ва туғма ривожланиш нуқсони билан боғлиқ бўлган ЖТПГси қайд этилган. ПГли 79 нафар (61,7%) болалар касалхонага давом этаётган қизилўнгач ва ошқозоннинг варикоз веналаридан қон кетиш (ҚОВВҚК) ташҳиси билан ётқизилди, қолган 49 (38,3%) нафар бола қизилўнгачдан тўхтаган қонаш белгилари билан касалхонага қабул қилинди.

Давом этаётган ҚОВВҚК чўққисида 55 нафар (43,0%) болада (клиникада олиб борилган консерватив ва эндоскопик гемостаз усуллари самарасиз бўлганлиги сабабли) шошилиш равишда азигопортал ажратиш операциялари бажарилди. Ушбу 55 нафар бемордан 46 нафар (83,6%)ида ЖТПГ, 9 нафар (16,4%)ида ЖИПГ ташҳисланди. Барча беморларда хирургик амалиётлар юқори ўрта лапаротомия кесими орқали амалга оширилди ва қуйидаги азигопортал ажратиш усуллари қўлланилди:

Пациора бўйича қизилўнгач-ошқозон сегментининг деваскуляризациясини ошқозон ичи орқали бажариш (n=25);

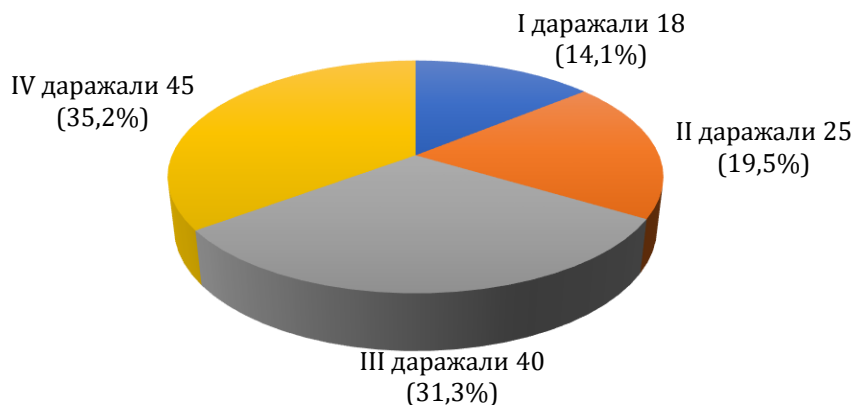
Баиров бўйича қизилўнгач-ошқозон сегментининг деваскуляризациясини ошқозонни ташқаридан тикиш усулида бажариш (n=16);

Ф.Г. Назиров бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекцияси (n=14).

ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

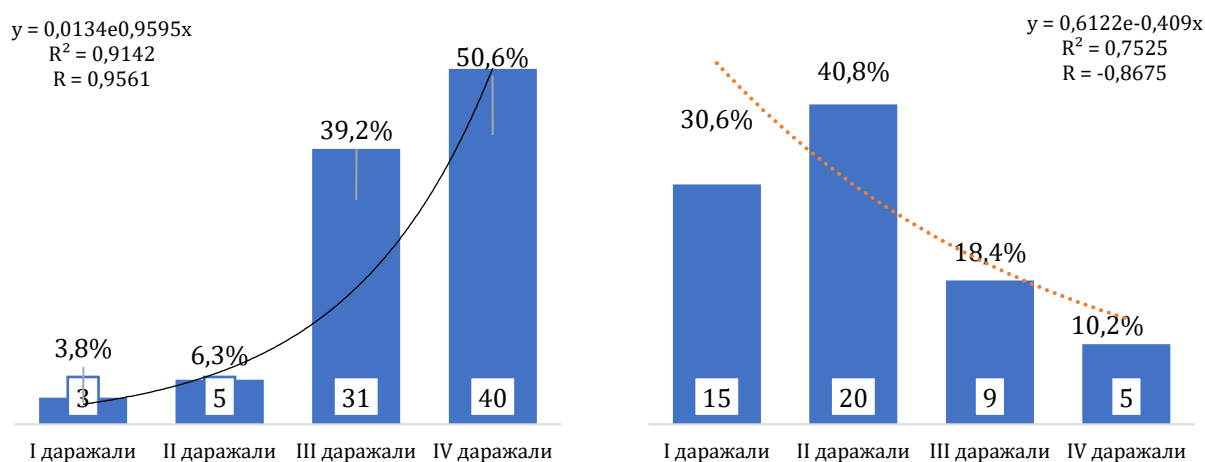
Қизилунгач ва ошқозондан ўткир қон кетишлар билан қабул қилинган барча беморларда шошилиш равишда ЭГДФС ўтказилди ва унинг натижасида 18 нафар (14,1%) болада I даражали, 25 нафари (19,5%)да II даражали, 40 бемор (31,3%)да

III даражали ва 45 ҳолат (35,2%)да IV даражали ВКВ аниқланди (1-расм). Кўриниб турибдики, ушбу хавфли асорат 2/3 ҳолатларда (85; 66,4%) III ва IV даражали ВКВларда юзага келади.



1-расм. ПГли болаларда қизилўнғач ВКВнинг даражаси, n=128.

Давом этаётган қонаш билан шифохонага ётқизилган болаларда (n=79) қизилўнғач ВКВнинг даражаси ва қонаш частотаси орасида ўзаро статистик муҳим тўғри корреляция ($R^2=0,9142$, $R=0,9561$) мавжудлиги аниқланди (2-расм). Масалан, ушбу беморларнинг атиги 8 нафари (10,1%)да I ва II даражали ВКВдиagnostика қилинган бўлса, қолган 71 (89,9%) нафар болада III ва IV даражали ВКВ қайд қилинган. Бунинг тескариси ўлароқ, тўхтаган қонаш билан ётқизилган болаларнинг (n=49) кўпчилигида (35; 71,4%) эндоскопияда I ва II даражали ВКВ аниқланган бўлиб, фақат 28,6%да III ва IV даражали ВКВ учраган, яъни бу беморларда асорат частотаси ва варикоз даражаси орасида ўзаро статистик муҳим тескари корреляция мавжуд ($R^2=0,7525$, $R=-0,8675$).



а) давом этаётган қонаш, n=79

б) тўхтаган қонаш, n=49

2-расм. Қизилўнғачдан давом этаётган (а) ва тўхтаган қонаш (б) билан келган болаларда қизилўнғач ВКВнинг даражаси, n=128.

Давом этаётган қонаш билан шифохонага ётқизилган 79 нафар беморнинг 69 нафари (87,3%)да қон кетиш манбаи қизилўнгачнинг ўрта ва пастки 1/3 қисмида, 10 нафари (12,7%)да эса ошқозоннинг кардиал қисмида жойлашганлиги аниқланди.Тўхтаган қонаш билан келган беморларда (n=49) юқорида кўрсатилган қонаш манбалари, мос равишда, 45 (91,8%) ва 4 (8,2%) ҳолатларда қайд қилинди.

Давом этаётган (n=79) ва тўхтаган қонаш (n=49) белгилари билан шифохонага ётқизилган барча болаларга нисбатан даво чоралари клиникамизда ишлаб чиқилган ва диссертацияда батафсил ёритилган схема бўйича консерватив терапия олиб борилган. Таклиф қилинаётган схема бўйича олиб борилган консерватив даво чоралари узоғи билан 12 соат давомида олиб борилади ва бу муддат ичида атиги 18 (22,8%) нафар беморда самарали бўлиб, консерватив давонинг болаларда қизилўнгачдан давом этаётган қонашдаги самарадорлик кўрсаткичи диапазони 10,0% дан (IV даражали ВКВда) 100,0% гача (I даражали ВКВда) миқдорни ташкил қилди (2-жадвал). Давом этаётган қонашларда олиб бориладиган консерватив давонинг самарадорлик кўрсаткичи ва ВКВнинг кенгайганлик даражаси билан корреляция қилиш коэффиценти (R) -0,9837 ни ташкил қилди (чизиқли апроксимация эгрилигида $y = -0,3042x + 1,25$; $R^2 = 0,9677$).

2-жадвал

Болаларда қизилўнгач ВКВдан давом этаётган қонашда консерватив даво чораларининг самарадорлиги

ВКВ даражаси	Давом этаётган қонаш	Қонаш консерватив тўхтатилди	
		Абс.	%
I даражали	3	3	100
II даражали	5	3	60,0
III даражали	31	8	25,8
IV даражали	40	4	10,0
Жами	79	18	22,8

61 нафар (77,2%) беморда 12 соатлик консерватив чора-тадбирлардан кейин ҳам ҚОҚКни тўхтатиб бўлмади ва бу оператив аралашувларга тўғридан- тўғри кўрсатма бўлди.

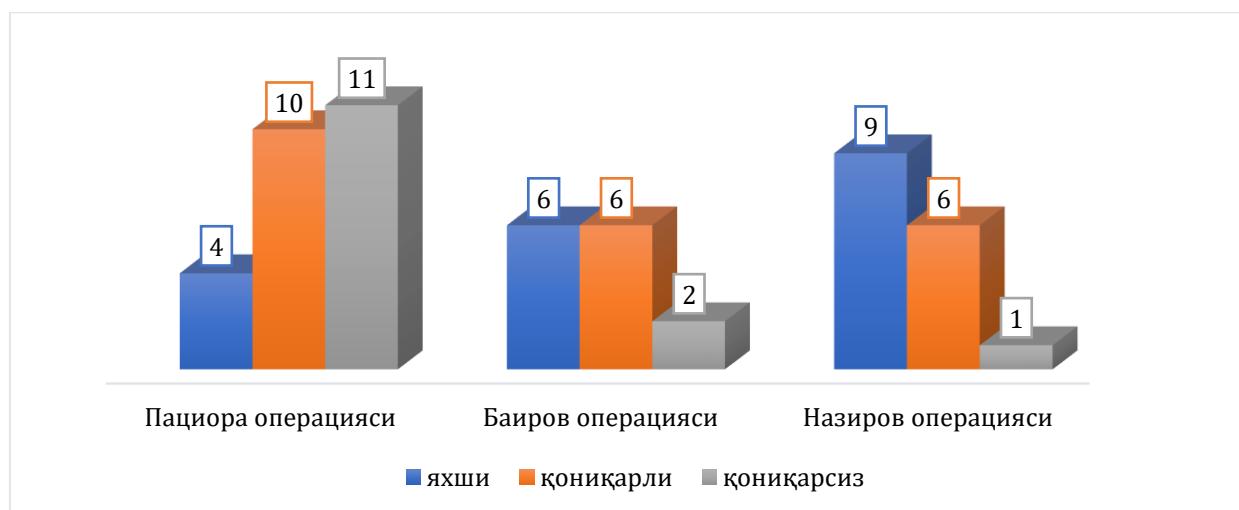
ПГ аниқланган болаларда даволаш тактикасини танлашнинг асосий мезонлари бўлиб ПГ шакли, қон кетиш манбаининг характери, унинг интенсивлиги, шунингдек, қон кетишлар туфайли бемор ҳолатининг оғирлик даражаси ҳисобланди. ПГнинг турли кўринишлари билан оғриган беморларда турли характерли операциялар самарадорлигининг қиёсий таҳлили операциянинг шошилинич ёки кечиктирилган тартибда ўтказилиши, беморларнинг ёшига боғлиқ ҳолда амалга оширилди (3-расм).

Қон кетишлар чўққисида Пациор операцияси 25 нафар (45,45%), Назиров операцияси – 16 нафар (29,09%), Таннер-Баиров операцияси – 14 нафар (25,46%) беморларда бажарилди. Операциядан кейинги эрта даврда 3 нафар бемор вафот этди (Child бўйича С синфидаги жигар етишмовчилигидан). Кузатувнинг узоқ

муддатларида такрорий қон кетишлар ва флебэктазиялар регрессиялари даражасига эътибор қаратилди. Бунинг учун беморлар операциядан кейин ҳар 6 ойда икки босқичли кўрикдан ўтказилди. Биринчи босқичда – ўзини қандай ҳис қилаётганлигини объектив баҳолаш, қон кетишларнинг такрорий эпизодларини қамраб олувчи сўровнома ўтказилди. Иккинчи босқичда – флебэктазияларни назорат қилиш мақсадида назорат ЭГДФС амалга оширилди. Қон кетиш чўққисида бўлган беморларда гемостатик терапия билан бир қаторда қизилўнгачнинг баллонли тампонадаси, эндоскопик склеротерапия (70% этанол эритмаси) ва лигатуралаш усулларида ҳам фойдаланилди ва уларнинг тиббий самарадорлиги қон кетишнинг тўхташи билан баҳоланди.

Блэкмор зондидан фойдаланилганда (80%) ва паллиатив операцияларни бажариш – ажратишда 72,7% ҳолларда юқори самарага эришилди. Икки нафар беморда ЭЛ самарасиз бўлгач, ЖТПГда ПКШ операцияси ўтказилди. Битта ҳолатда ЭЛда ЖИПГли беморда 2 нафар ўтказилди, бироқ бесамар бўлганлиги учун Пациор операцияси бажарилди ва натижа летал якунланди. Ошқозоннинг антрал соҳаси варикоз веналаридан ўн икки бармоқли ичакка ўтиш билан қон кетиши бўлган беморда интраоперацион эндоскопик назорат остида веналар тикилди. Қон кетишлар баландлигида портокавал анастомозларнинг бажарилиши, кузатишларимизга кўра, 25% ҳолатда муваффақиятли бўлди, буни томирларнинг кичик диаметри (5 ёшдан кичик беморларда) билан боғлиқликда техник қийинчиликлар ва шунтлар тромбози билан тушунтириш мумкин. Қолган беморларда қон кетишлар ЭЛ орқали тўxtатилди.

Шошилинч ва шошилинч-кечиктирилган тартибда бажарилган АР ва ЭЛ операцияларининг яқин муддатдаги натижалари таҳлиliga кўра операциядан кейин ҚОҚКнинг қайта пайдо бўлиши, талоқ инфаркти белгиларининг ривожланиши (гипертермия билан намоён бўлувчи оғриқ синдроми), диафрагма ости абцесси ва жигар етишмовчилигининг шаклланиши каби асоратларнинг юзага келиши билан кечган операциялар қониқарсиз ҳисобланди (3-расм).



3-расм. Шошилинч равишда бажарилган ажратиш операцияларининг яқин муддатдаги натижалари.

Пациора операциясидан ($n=25$) кейинги даврнинг яхши кечиши 4 нафар (16%), қониқарли 10 нафар (40%) ва қониқарсиз натижа 11 нафар (44%) беморда кузатилди (3-расм).

Назиров бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекциясининг операциядан кейинги даврнинг яхши кечиши 9 нафар (56,3%) беморда, қониқарли кечиши 6 нафар (37,5%) ҳолатда, қониқарсиз натижа атиги 1 (6,3%) нафар беморда кузатилди. Бир нафар бемор болада операциядан кейин 3 сутка давомида гипертермия ва парез белгилари сақланиб турди. 3 суткадан кейин бемор ҳолати яхшиланди. Олиб борилган даволаш терапияларига қарамасдан 2 та беморда операциядан кейин 7 сутка ўтгач талоқ инфаркти бўйича СЭ бажарилди, бошқа 2 та беморда операциядан кейинги 5-суткада релапаротомияни талаб этувчи қон кетиши юзага келди (ПСРА шаклланиши билан СЭ бажарилди). Бир беморда операциядан кейин ЭФГДС бажарилди ва қизилўнгач веналарида лигирлаш ўтказилди. ЖИПГли бир беморда (ЖЦ ваChildC билан) операциядан кейинги 2-суткада полиорган етишмовчилиги натижасида летал натижа қайд дэтилди.

Баиров бўйича ошқозонда циркуляр тикиш бажарилган 14 нафар (25,46%) боладан 6 нафари (42,9%) да операциядан кейинги давр яхши, яна бошқа 6 нафари (42,9%) да қониқарли, 2 нафари (14,3%) да қониқарсиз натижа қайд этилди. Бир беморда асцит ривожланди ва бу ҳолат сийдик ҳайдовчи препаратлар қўшилиши билан енгил бартараф этилди. Бир беморда операциядан кейин ўткир жигар етишмовчилигининг клиник белгилари пайдо бўлди ва бу ҳолат операциядан кейинги 4-суткага бориб бартараф этилди. Ушбу гуруҳ беморларида жигар етишмовчилигининг ўсиб бориши фонида бир нафар бемор вафот этди (вафот этган бемор қизчада ЖЦ ваChild C бўлган, операциядан у кейин 13 соат ўтиб).

Шундай қилиб, турли кўринишдаги ажратиш операцияларидан кейинги кузатишларда яқин муддатларда умумий беморлар сонидан яхши натижа 19 (34,5%) ҳолатда, қониқарли натижа 22 (40,0%) беморда, қониқарсиз натижа 14 (25,5%) болада қайд қилинди (3-расм). ҚОҚКнинг қайталаниши 11 нафар (20,0%) беморда, кўпроқ Пациора операциясидан сўнг кузатилди ($n=6$), летал натижа 4 (7,3%) ҳолатда қайд этилди.

ВКВдан қон кетишларнинг қайталаниши бўлмаслиги ажратиш операцияларининг самарали кўрсаткичларидан бири ҳисобланади. Қон кетишлар чўққисида бажарилган азигопортал ажратиш операцияларидан кейинги 5 йилгача бўлган муддатда қон кетишларининг қайталаниши миқдори 29,1%ни ташкил қилган ҳолда, ушбу кўрсаткич Пациора операциясидан кейин энг юқори бўлди ва 40,0% беморларда кузатилди. Бизнинг кузатувларимизда азигопортал ажратиш операцияларидан кейинги узоқ муддатларда қизилўнгачдан қайта қонаш ҳавфини энг ишончли равишда камайтиришни Назиров операцияси таъминлаб берди – атиги 12,5% беморда геморрагия рецидиви кузатилди. Ушбу кўрсаткич Баиров операциясидан сўнг 28,6%ни ташкил қилди (4-жадвал).

Шундай қилиб, қон кетишлари чўққисида ва шошилишч-кечиктирилган тартибда бажарилган турли кўринишдаги ажратиш операцияларидан кейин 5 йил муддатда кузатувда бўлган беморларнинг 37,2% ида қон кетишларнинг қайталанишлари қайд этилди.

Операциядан кейин 3 ой ўтгач – 23 нафар, бир йилдан кейин – 18 нафар болада эндоскопик текширишлар амалга оширилди. Кўрик давомида нафақат вариксларнинг яққоллик даражасига, балки уларнинг кучланиши, қизилўнгач ва ошқозон шиллиқ қаватининг ўзгаришларига ҳам эътибор қаратилди.

**Қон кетишлар чўққисида бажарилган азигопортал ажратиш
операцияларидан кейинги узок муддатларда қон кетишларининг
қайталаниши**

Операция тури	Жами операция	Қон кетишларининг қайталаниши							
		12 ойгача		3 йилгача		5 йилгача		Жами	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Пациора	25	3	12	3	12	4	16	10	40
Баиров	14	2	14,4	1	7,1	1	7,1	4	28,6
Назирова	16	1	6,25	1	6,25	-	-	2	12,5
Жами	55	6	10,9	5	9,1	5	9,1	16	29,1

Баиров бўйича ошқозонда циркуляр тикиш бажарилганидан кейин 6 ой давомида 4 нафар (28,6%) беморда қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисмида, 4 нафар (28,6%) беморда – ошқозонда ВКВ йўқолди. 12 ойгача бўлган муддатда 5 нафар (35,7%) беморда – қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмидаги варикслар, 2 нафар (14,29%) болада – ошқозондаги варикслар йўқолди. 12 ойдан кейин 6 нафар (42,86%) I даражали, 3 нафар (21,43%) беморда – II даражали, 1 нафар (7,14%) болада – III даражали ВКВ қайд этилди (6-жадвал).

Назирова бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекцияси операцияси 3 ой давомида 1 нафар (6,25%) болада – қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисмида, 1 нафар беморда – ошқозонда ВКВ йўқолди. 12 ойдан кейин ўтказилган текширишларда 1 нафар (6,25%) болада – қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмида, 1 нафар (6,25%) беморда – ошқозонда ВКВ йўқолганлиги аниқланди. Таранглашган варикслар операциядан кейин 6 ой давомида йўқолди. Операциядан кейин 12 ой ўтгач – 2 нафар (12,5%) I даражали, 3 нафар (18,75%) беморда – II даражали ВКВ қайд этилди. Кузатишлар вақтида 32 нафар боладан (95,8% ҳолатда ЖТПГли болаларда) 11 нафарида – бир марта, 18 нафарида – 2 мартадан кўп, 3 нафарида – 2 марта ҚОВКВдан фаол қон кетишлари кузатилди. ПГли беморларда қон кетишлари чўққисида ўтказилган диагностик ФЭГДС барча ҳолатларда топографик локализация ва унинг манбаини аниқлаш имконини берди

ХУЛОСАЛАР

1. Хулоса қилиб айтиш мумкинки, болаларда ПГни ташхислаш ва даволашда ошқозон ва қизилўнгач варикоз кенгайган веналарини эндоскопик диагностикаси ва даволаши етакчи бўлиб қолмоқда, Болаларда ушбу касаллик этиологиясида дарвоза венаси постнатал тромбози ёки туғма нуқсон оқибатида юзага келган жигардан ташқари портал гипертензия асосий ўринни (69,5%) эгаллайди. Болаларда ПГнинг ВКВдан қонаш билан манифестация қилиниши кўпроқ (54,7% ҳолатда) 3–7 ёш оралиғида, энг кам (8,6%да) 13 ёшдан катта болаларда кузатилди.

2. ПГли болаларда қизилўнгачдан қонаш асорати 2/3 ҳолатлар (66,4%)да III ва IV даражали ВКВларда юзага келади. Аксарият беморларда (87,3%ида) қон кетиш манбаи қизилўнгачнинг ўрта ва пастки 1/3 қисмида, 12,7%ида эса ошқозоннинг кардиал қисмида жойлашади.

3. Болаларда қизилўнгач ва ошқозор варикоз веналардан қон кетишни консерватив даволаш самарадорлиги атиги 22,8%ни, эндоскопик лигирлаш самарадорлиги эса 72,7%ни ташкил қилади. Қонаш чўққисида бажариладиган азигопортал ажратиш операциялари 100% ҳолатларда бирламчи гемостазга эришишга имкон яратган ҳолда, амалиётдан кейинги эрта даврда яхши ва қониқарли натижалар энг кўп (93,8% ҳолатда) Назиров операциясидан сўнг кузатилинади, Баиров ва Пациора операцияларидан сўнг эса бундай натижалар 85,7% ва 56,0% беморларда эришилди.

4. ПГли болаларда азигопортал ажратиш операцияларидан кейинги узоқ муддатларда қизилўнгачдан қайта қонаш хавфини энг ишончли равишда камайтиришни Назиров операцияси таъминлаб беради – 5 йил ичида атиги 12,5% беморда геморрагия рецидиви кузатилади, ҳолбуки Баиров ва Пациора амалиётларидан сўнг ушбу кўрсаткич мос равишда 28,6 ва 40,0%ни ташкил қилади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Алиев М.М., Юлдашев Р.З., Адылова Г.С. Влияние портосистемного шунтирования на ренальный кровоток у детей с портальной гипертензией // Детская хирургия, 2015. Т. 19. №3. – С. 4–8.

2. Жерлов Г.К., Гибадулин Н.В., Гибадулина И.О., Кошевой А.П. // Совершенствование способов лечения больных со стенозирующими гастро-дуоденальными язвами (дистальная, проксимальная резекции желудка, селективная проксимальная ваготомия) Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. – 2010. – № 11. – С. 149–150.

3. Зурбаев Н.Т. Сравнительный анализ результатов разных вариантов спленоренального шунтирования у детей с внутрипеченочной портальной гипертензией / Н.Т. Зурбаев, В.М. Сенякович // Детская хирургия. 2005. – № 5. – С. 18–24.

4. Назиров Ф.Г. Тактика лечения кровотечения из варикозных вен гастроэзофагеального коллектора у больных с циррозом, осложненным портальной гипертензией / Ф.Г. Назыров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2002. – Т. 161. – № 3. – С. 81–83.

5. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Жамилов Ж.Д. Результаты тотального разобщения гастроэзофагального коллектора у больных с синдромом портальной гипертензии. Вестник современной клинической медицины, 2015. – Т-8. №3. – С. 21–24.

6. Разумовский А.Ю. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Ю. Разумовский. М., 1995.

7. Разумовский А.Ю. Операция Sugiura у детей с портальной гипертензией / А.Ю. Разумовский, В.Е. Рачков // Хирургия. 1996. – № 10. – С. 47–50.

8. Botha J.F. [et al.] Portosystemic shunts in children: a 15-year experience. Am. Coll. Surg. 2004. Vol. 199, – N 2. – PP. 179–185.

9. Wolff M. Current state of portosystemic shunt surgery / M. Wolff, A. Hirner // Langenbecks Arch. Surg. 2003. Vol. 388, – N 3. – PP. 141–149.