



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

октябрь

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 617-089.8-053.3

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УДЕТЕЙ

Kasenov Sh.E. <https://orcid.org/0009-0000-7876-2900>

Xairov K.E., Kalabaeva M.M., Axtarov K.M., Aflatonov N.B., Atashev A.B.

Научный центр педиатрии и детской хирургии
г. Алматы, Республика Казахстан Алматы 050060, проспект Аль-Фараби 146

✓ Резюме

В Научном центре педиатрии и детской хирургии в период с 2018 по 2022 год включительно с диагнозом: «Внепеченочная портальная гипертензия» оперировано 44 пациента у которых в анамнезе отмечалось минимум одно пищеводно-желудочное кровотечение, возраст которых колебался от 1 года до 17 лет. При поступлении детям было проведено комплексное общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование. В основу оценки ближайших результатов лечения было положено - общее состояние больных после операции, положительная динамика варикозной трансформации вен пищевода и желудка по данным фиброззофагогастродуоденоскопии, функция анастомоза по данным допплерографии, показатели общего и биохимического анализов крови, послеоперационные осложнения и сроки пребывания в стационаре. Эндоскопическое лigation варикозно расширенных вен пищевода – высокоеффективный метод хирургической помощи при ПГ, когда другие методы невозможны или неэффективны.

Ключевые слова: анализ хирургического лечения портальной гипертензии у детей, эндоскопическое лigation варикозно расширенных вен пищевода.

BOLALARDA PORTAL GIPERTENSIYANI JARROR YO'LLARI TAHЛИLI

Kasenov Sh.E. <https://orcid.org/0009-0000-7876-2900>

Xairov K.E., Kalabaeva M.M., Axtarov K.M., Aflatonov N.B., Atashev A.B.

Pediatriya va bolalar xirurgiyasi ilmiy markazi Olmaota, Qozog'iston Respublikasi Olmaota 050060, Al-Farobiy shoh ko'chasi, 146

✓ Rezyume

Pediatriya va bolalar xirurgiyasi ilmiy markazida 2018 yildan 2022 yilgacha shu jumladan, anamnezda kamida bir marta qizilo'ngach-oshqozon qon ketishi bo'lgan 44 nafar bemor "Jigardan tashqari portal gipertensiya" tashxisi bilan operatsiya qilindi, ularning yoshi 1 yoshdan oshdi. yildan 17 yoshgacha. Qabul qilingandan so'ng, bolalar keng qamrovli umumiy klinik laboratoriya va instrumental tekshiruvdan o'tdilar. Davolashning bevosita natijalarini baholash jarrohlilikdan keyingi bemorlarning umumiy holatiga, fibroesophagogastrroduodenoskopiya bo'yicha qizilo'ngach va oshqozon varikoz tomirlarining ijobiy dinamikasiga, Doppler ultratovush tekshiruvi bo'yicha anastomoz funktsiyasiga, umumiy va biokimiyoviy ko'rsatkichlarga asoslanadi. qon testlari, operatsiyadan keyingi asoratlar va kasalxonada qolish muddati. Qizilo'ngach varikozlarini endoskopik bog'lash boshqa usullar imkonsiz yoki samarasiz bo'lsa, PG uchun jarrohlik davolashning yuqori samarali usuli hisoblanadi.

Kalit so'zlar: bolalarda portal gipertensiyanı jarrohlik davolash tahlili, qizilo'ngach varikozlarini endoskopik bog'lash.

ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN

Kasenov Sh.E. <https://orcid.org/0009-0000-7876-2900>

Khairov K.E., Kalabaeva M.M., Akhtarov K.M., Aflatonov N.B., Atashev A.B.

Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery
Almaty, Republic of Kazakhstan Almaty 050060, Al-Farabi Avenue 146

✓ *Resume*

At the Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, in the period from 2018 to 2022 inclusive, 44 patients with a history of at least one esophageal-gastric bleeding were operated on with a diagnosis of "Extrahepatic portal hypertension"; their age ranged from 1 year to 17 years. Upon admission, the children underwent a comprehensive general clinical laboratory and instrumental examination. The assessment of the immediate results of treatment was based on the general condition of the patients after surgery, the positive dynamics of varicose veins of the esophagus and stomach according to fibroesophagogastroduodenoscopy, the function of the anastomosis according to Doppler ultrasound, indicators of general and biochemical blood tests, postoperative complications and length of hospital stay. Endoscopic ligation of esophageal varices is a highly effective method of surgical treatment for PG when other methods are impossible or ineffective.

Key words: analysis of surgical treatment of portal hypertension in children, endoscopic ligation of esophageal varices.

Актуальность

Под термином «портальная гипертензия» подразумевается повышение давления в воротной вене из-за обструкции кровотока на любом ее участке. Воротная вена является коллектором венозных сосудов, собирающих кровь из органов поддиафрагмальной части пищеварительной системы: тонкого и толстого кишечника, желудка, поджелудочной железы, желчного пузыря, а также селезенки, проникает в печень в области ворот, а затем мощно ветвится в ее паренхиме [1].

ПГ делится на 3 группы: *пресинусоидальную (внепеченочная), синусоидальную (внутрипечёночная) и постсинусоидальную (надпечёночная)*. В основе такого деления лежат патологические процессы, не приводящие к печеночной недостаточности при пресинусоидальной ПГ и приводящие к печеночной недостаточности при печеночной и надпечёночной ПГ [2].

Принято разделять портальную гипертензию по уровню блока портальной системы:

- **под печёночный блок** - тромбоз воротной вены, врожденная аномалия воротной вены, сдавление воротной вены опухолью, воспалительными (панкреатит) образованиями панкреатобилиарной области;
- **тромбоз селезеночной вены**, с развитием варикозного расширения вен кардиального отдела и дна желудка.
- **внутрипечёночный блок** (цирроз печени, опухоловое, паразитарное поражение печени, фиброз печени, травмы печени, кистозные образования печени, гемангиомы печени);
- **надпечёночный блок** - нарушение оттока венозной крови из печени в систему нижней полой вены, вследствие поражения печеночных вен, нижней полой вены (надпечёночный сегмент) - синдром Бадда-Киари; [3]

Основные проявления ПГ – это массивные пищеводно-желудочные кровотечения, энцефалопатия, спленомегалия, иногда с явлениями гиперспленизма, повышение объема крови в органах, склонность больных к эрозивно-язвенным поражениям верхних отделов желудочно-кишечного тракта, снижение почечного кровотока и развитие гепаторенального синдрома, задержка натрия и воды, асцит [4].

Грозным осложнением ПГ является кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Многочисленные попытки разработки унифицированного и эффективного подхода к лечению больных с портальной гипертензией привело к появлению «Британского руководства по лечению варикозных кровотечений у больных циррозом» (2000), а несколько позже – «Практического руководства американской Ассоциации по изучению болезней печени» (2007) [1].

В настоящее время при внепеченочной портальной гипертензии предпочтение отдается сосудистым анастомозам. В детской практике распространение получили следующие виды шунтов и операции для остановки кровотечения пищевода и желудка:

- Эндоскопическое легирование ВРВ пищевода и желудка, уровень эрадикации варикозно расширенных вен пищевода при легировании вен составляет от 88–100% [5].
- Гастротомия по Пациора, целью данной операции является уменьшение притока портальной крови к желудку и пищеводу, что достигается деваскуляризацией этих органов.
- «Н» образный кава-мезентериальный и спленоренальный анастомоз со спленэктомией – это шунты, создаваемые за счет притоков воротной вены, для ее же декомпрессии.
- Изолированная спленэктомия – дает хороший клинический эффект лечения портальной гипертензии у детей с изолированным тромбозом селезеночной вены.

Цель исследования: Изучить показания к различным видам хирургического лечения портальной гипертензии у детей.

Материал и методы

В Научном центре педиатрии и детской хирургии в период с 2018 по 2022 год включительно с диагнозом: «Внепеченочная портальная гипертензия» оперировано 44 пациента у которых в анамнезе отмечалось минимум одно пищеводно–желудочное кровотечение, возраст которых колебался от 1 года до 17 лет. При поступлении детям было проведено комплексное общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование.

Выясниено, что из всех оперированных: 25 мальчиков и 19 девочек, что соответствует 56% и 44%. Дети до года – 2 (4,5%), от года до 3 лет было прооперировано – 12 (27,3%) пациентов, от 4 до 7 лет – 14 (31,8%), от 8 до 14 лет было – 15 (34,1%) больных и старше 15 лет был 1 (2,3%).

Все оперированные дети были разделены на четыре группы.

В первую группу вошли 2 ребенка, которым было проведено эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода в связи с невозможностью наложения сосудистого шунта. Этот метод является предпочтительным для остановки острого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

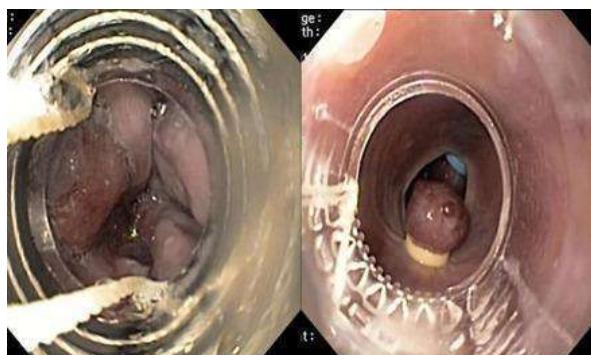


Рисунок 1-2: до и после лигирования ВРВ пищевода

В вторую группу вошло 3 (6,8%) ребенка, которым была проведена гастротомия по Пациора в сочетании с наружной деваскуляризацией вен желудка. Все операции были у пациентов с острым пищеводно – желудочным кровотечением, у которых возраст и соответственно диаметр сосудов не позволяли наложить шunt.

В третьей группе наблюдались 35 (79,5%) детей которым были проведены шунтирующие операции, 23 (65,7%) из которых - это наложение сплено–рениального анастомоза «конец в бок» со спленэктомией. Остальным 12 (34,2%) пациентам наложение кава-мезентериального «Н» образного анастомоза.

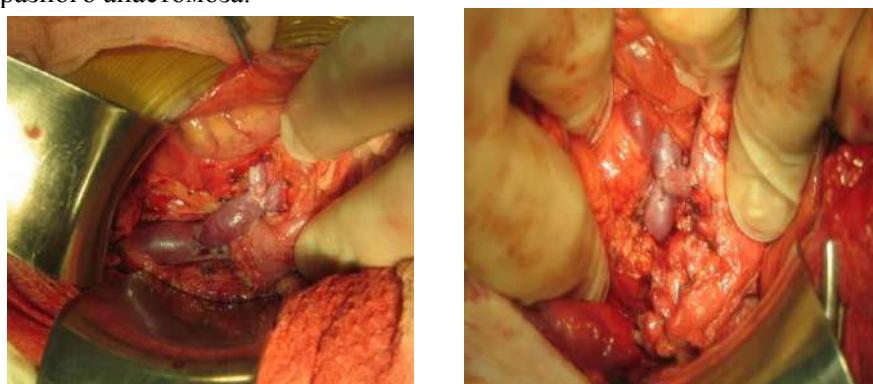


Рисунок 5: Кавамезентериальный «Н» образный анастомоз (интраоперационное фото)
Рисунок 6: Спленоренальный анастомоз «конец в бок» со спленэктомией (интраоперационное фото)

К четвертой группе отнесли 4(9,1%) детей с изолированным тромбозом селезеночной вены, которым проведена спленэктомия.

Заключение

В основу оценки ближайших результатов лечения было положено - общее состояние больных после операции, положительная динамика варикозной трансформации вен пищевода и желудка по данным фибрэзофагогастродуоденоскопии, функция анастомоза по данным допплерографии, показатели общего и биохимического анализов крови, послеоперационные осложнения и сроки пребывания в стационаре. Катамнез составил 44 ребенка через 6-18 месяцев после операции.

Дети из первой группы ежегодно проходят контрольную ФГДС для исключения риска кровотечения из ВРВ пищевода, и решения вопроса о повторном легировании ВРВ либо о проведении более радикальной операции.

После операции Пациора, дети из второй группы, в последующем были оперированы повторно с наложением различных видов сосудистых шунтов.

Третья группа. В послеоперационном периоде после наложения кава-мезентериального анастомоза наблюдали осложнение в виде лимфореи у 1 (2,3%) ребенка, которое купировано консервативно. После операции по наложению спленоренального анастомоза со спленэктомией тромбоз шунта наблюдался в 1 (2,3%) случае, что связано с недостаточным диаметром анастомоза, а также выраженным явлением флебосклероза, ребенок оперирован повторно с наложением «Н» образного кава-мезентериального анастомоза.

Осложнений в четвертой группе не наблюдалось.

Медиана сроков послеоперационного пребывания в стационаре составила 8 койко-дней.

Таким образом удовлетворительные результаты получены в 97,7%, неудовлетворительные в 2,3%.

Выводы

1. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода – высокоэффективный метод хирургической помощи при ПГ, когда другие методы невозможны или неэффективны.
2. Гастротомия по Пациора применима для остановки острого кровотечения, при выраженном варикозном расширении вен пищевода, у детей младшей возрастной группы, когда диаметр сосудов не позволяет наложить сосудистый шunt.
3. Шунтирование – при портальной гипертензии – это операции выбора, которые являются наиболее эффективным методом хирургического лечения портальной гипертензии у детей.
4. Изолированная спленэктомия у детей применима при изолированном тромбозе селезеночной вены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хоронько Ю.В. и др. TIPS/ТИПС (трансьюгуральное внутрипеченочное порто-системное шунтирование) и лечение варикозных пищеводно- желудочных кровотечений /Ю.В.Хоронько, М.Ф.Черкасов, М.И.Поляк, Ю.Е.Баранов. - М.: Фарм-Синтез, 2013;242.
2. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Пер. с англ. –М.: Гэотар Медицина, 1999;860.
3. Клинические протоколы МЗ РК – 2016. Портальная гипертензия (К76.6)
4. Мансуров Х.Х. Портальная гипертензия: патофизиология, классификация, диагностика и тактика ведения больных // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 1997;2:69-72.
5. Поддар У., Тапа Б.Р., Сингх К. Эндоскопическая склеротерапия у детей: опыт 257 случаев внепеченочной обструкции воротной вены. Гастроинтест Эндоск. 2003;57:683-686.

Поступила 20.08.2023