

Тўйчиев Голибжон Ўрмонжонович, доцент
АДТИ болалар жаррохлиги кафедраси доценти

Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистон, Андижон

БОЛАЛАР ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМИДА
ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОНДАГИ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШЛАР

Аннотация

Болалардаги ПГ синдромида қизилўнгач ва ошқозондаги варикоз кенгайган веналар (ВКВ) ҳолати, улардан қон кетиши хавфини аниқлаш ушбу соҳанинг долзарб муаммоларидан бўлиб қолмоқда. Болаларда қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган қон кетиши хавфини Щерцингер А.А. (1986) классификациясида келтирилган ВКВ ўлчамлари асосида белгилаш бемор болаларда, айниқса кичик ёшда, мавжуд қон кетиши хавфини аниқлаб беришда етарли эмас. Чунки 3 ёшли боланинг ошқозони ёки қизилўнгачи веналаридаги 0,3 мм ёки ундан катта варикоз кенгайишини катта ёшдаги 0,3 мм ёки ундан катта варикоз кенгайиши билан таққослаб бўлмайди. Бошқача қилиб айтганда болалардаги 0,1 мм.ли варикоз кенгайиши катталардаги 0,3 мм.ли варикоз кенгайишидаги қон кетиши ҳавфини бериши мумкин. Шу сабабли болалар ПГ синдромида қон кетиши хавфини аниқлашни такомиллаштириши болалар портал гипертензияси синдромида ўта хавфли бўлган асорат - қон кетишини олдини олишда ва шунтловчи таширихларга курсатмаларни кенгроқ танлашга ёрдам берган бўлар эди.

Калит сўзлар: болалар, портал гипертензия, қизилўнгач ва ошқозондаги варикоз кенгайган веналар, Щерцингер.

Tuychiyev Golibjon Urmonovich, docent

Children surgery department, docent

**PORTAL HYPERTENSION SYNDROME ESOPHAGEAL AND
GASTRIC VARICOSE IN CHILDREN**

In PG syndrome in children, the condition of esophageal and gastric varicose veins (VKV), the determination of the risk of bleeding from them remains one of the current problems in this sphere. Determination of the risk of esophageal and gastric varicose veins in children on the basis of VKV measurements given in the classification Schertsinger (1986) is insufficient to determine the risk of bleeding in sick children. This is because a varicose expansion of 0.1 mm or more in the gastric or esophageal veins of a 3-year-old child cannot be compared with a varicose expansion of 0.3 mm or more in an adult. In other words, a 0.1 mm varicose expansion in children may present a risk of bleeding in a 0.3 mm varicose expansion in adults. Therefore, improving the detection of bleeding risk in pediatric PG syndrome would have helped in the selection of indications for prevention of hemorrhage and shunt diagnoses, which are the most dangerous complication in pediatric portal hypertension syndrome.

Key words: children, portal hypertension, esophageal and gastric varicose veins, Schertsinger

Мавзуни дорлзаблиги

Болалардаги портал гипертензия (ПГ) синдромида қизилўнгач ва ошқозондаги ўзгаришлар, аниқроғи варикоз кенгайган веналар (ВКВ) ҳолати, улардан қон кетиши хавфини аниқлаш ва олдини олиш ушбу соҳанинг долзарб муаммоларидан бўлиб қолмоқда. Ташхис тасдиқлангандан сўнг биринчи икки йил ичида қон кетиш хавфи 30% [1], биринчи қон кетишидан кейинги ўлим ҳолатлари 25% ташкил қилади [5,6]. Қон кетиши

холатларининг 50-90% ларда қайталаниши [4] асоратларнинг янада аянчли бўлишига - ўлим холатларининг 50-70% гача етишига сабаб бўлади [2].

Бу борада эзофагогастроуденоскопия хулосалари муҳим аҳамиятга эга. Лекин, қизилўнгач ва ошқозондаги маҳаллий ўзгаришларни, варикоз кенгайган веналарининг ҳолатини аниқлаш, реал қон кетиш хавфини белгилаш ва шунга яраша ўз вақтида радикал ёки паллиатив операцияларга кўрсатма аниқлашда адабиётларда ҳар хил фикрлар (кўрсатмалар кузатилмоқда. Катта ёшдаги одамларда қўлланиладиган Шерцингер А. Г. таснифи (1986) болалар амалиётига тўғридан тўғри қўллаш айрим мушкулликлар туғдиради.

Материал ва услублар

Тадқиқотга портокавал шунтловчи (ПКШ) ташрихлар ўтказилган 168 нафар бемор болалар олинди. (ўртача ёш 5,5 ёш). Бемор болаларнинг 124 тасида (I-гурух) ПГ нинг жигар ичи қамали ва 44 тасида (II-гурух) жигар ташқи қамали ўрин олган.

I-гурухдаги беморларнинг 33 тасида дистал спленоренал анастомоз (ДСРА), 43 беморда «ёнбош-ёнбош» спленоренал анастомоз («ё-ё» СРА), 48 беморда проксимал спленоренал анастомоз (ПСРА) турлари қўлланилган бўлса, II-гурухдаги беморларда «н» кўринишли мезентерикокавал анстомоз (МКА) 14 нафар беморда, илеакомезентериал анастомоз (ИМА) 13та болада, ПСРА 11 та беморда ва 6 нафар беморда «ё-ё» СРА қўлланилди. I-гурухдан 3 та ва II-гурухдан 7 беморда ошқозон ва қизилўнгач веналарини тикиш (4 ҳолатда М.Д.Пациора ва 3 ҳолатда Сигиура) ташрихлари ўткир қон кетиш вақтида ўтказилган.

Ошқозон ва қизилўнгач веналаридаги ўзгаришлар, аниқроғи варикоз кенгайган веналар ҳолати рентгенологик ва эндоскопик текширишлар ёрдамида кузатилиб борилди. Шунтнинг функционал ҳолати қопқа тизими қон-томирларини ультратовушли Доплерометрия ва ангиография

текширишлари ёрдамида аниқланди. Катамнестик текширишлар ташрихдан сўнг 1, 3 ва 5 йиллар мобайнида олиб борилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси

Ишчи таснифда варикоз кенгайган веналар диаметри, хосил бўлган устунчалар ва тугунчалар миқдори, флебэктазиянинг қизилўнгач бўйлаб давомийлиги ва рефлюкс эзофагит кўринишлари инобатга олинди.

Жигар ичи ва ташқи қон айланишининг бузилиш ҳолатлари спленопортография орқали тасдиқланиб, спленоманометрияда қопқа тизими босими 320 - 410 мм с. у. тенглиги ва айрим ҳолларда ундан ҳам юқори кўрсаткичлар аниқланди.

ПКШларга кўрсатма ва анастомоз турини режалаштириш (Лидский (1971)., М.М.Алиев (1999) ва бошқа кўплаб муаллифларнинг фикрича 20% ҳолларда режадаги анастомоз турини қўллаш қон томир анатомик жойлашувини ҳисобга олган ҳолда иложи бўлмайди) портал қон айланишининг қанчалик даражада бузилганлигига, ошқозон ва қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш хавфи даражасига, гастроэзофагеал соҳадаги қон кетиш ҳолатларига, гиперспленизм синдроми мавжудлигига асосланади.

Жадвал 1

Портал гипертензия синдромида флебэктазия даражасини эндоскопик баҳолаш

ВКВ дараж.	ВКВ Диаметр и	Флебэктазиянинг қизилўнгач бўйлаб давомийлиги.	Устунчалар миқдори	Тугунчалар миқдори	Рефлюкс эзофагит
I дар.	0,1 - 0,2	Пастки сатҳда	1 – 2	0	I

II дар.	0,2 - 0,3	Ўрта сатхгача	1 – 3	I-2 кардиал. соха.	II
III дар.	0,3 - 0,5	Юқори сатхгача	2 – 3	I-3 кардиал. соха] қизилўнгач ўрта қисми.	III

Анамнезида бир мартаба бўлса ҳам қон кетиши кузатилган беморлар керакли тайёргарлик остида, режали операция қилинган бўлса, қолган беморларда операциялар профилактика мақсадида ўтказилди.

III нинг жигар ичи қамали турида, яъни I-групп беморларда ташрихгача ҚОВКВдан қон кетиши 9,6% (12) беморларда ва II-групп беморларда 22,2% (10) ҳолатларда кузатилди.

Ишчи таснифга асосан I-групп беморларининг 85,1%да ва II-групп беморларининг 93,2% да қизилўнгач ва ошқозондан қон кетиши хавфи бўлган ўзгаришлар аниқланди. Қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналарнинг (ҚОВКВ) эндоскопик даражаси портал гипертензиянинг жигар ичи ва жигар ташқи турлари бўйича 2 жадвалда кўрсатилган.

Варикоз кенгайишлар аниқланмаган биринчи группдаги 14,9% ва иккинчи группдаги 6,8% беморларда ҳам шунтловчи ташрихлар ўтказилди. Бу беморларда портал босимнинг баландлиги ва спленопортографияда ошқозон калта веналари орқали контраст модданинг қизилўнгач томонга йўл олганлигини ташрих ўтказишга асос қилиб олинди.

Жадвал 2.

Қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналарнинг (ҚОВКВ) эндоскопик даражаси портал гипертензиянинг жигар ичи ва жигар ташқи турлари бўйича

ВКВ дараж.	Жигар ичи камали (n-124)	Жигар ташқи камали (n-44)
I дар.	43 (31,8%)	6 (13,3%)
II дар.	46 (34,1%)	15 (33,3%)
III дар.	26 (19,2%)	21 (46,7%)
ВСЕГО	115 (85,1%)	42 (93,2%)

Ташрихдан сўнги узоқ кузатишлар давомида I грух беморларининг 7,2% ва II грухдан 6,8% ҳолатида ҚОВКВларидан қон кетиши қайталаниши аломатлари аниқланди. Шунини айтиб ўтиш лозимки, қон кетишининг қайталаниши ВКВ даражасига боғлиқ бўлмаган ҳолда, яъни флектазия даражаси юқори бўлмаган беморларда ҳам кузатилди.

Портал тизимидаги гипертензия қоннинг табиий портокавал системалар бўйича ҳаракатланиши ҳисобига қисман пасийишини ва бу жараён қизилўнғач ва ошқозоннинг кардиал бўлими веналари ҳисобига рўй беришини ҳисобга олсак, демак бу беморларда табиий анастомозлар фаолияти етарли ва шунинг учун ҳам бу табиий анастомозларда верикоз кенгайишлар кузатилмаган дейишимиз мумкин. Лекин портал тизимида босимнинг юқори даражада сақланганли ва варикоз кенгайишлар юқори бўлмаган беморларда ҳам қон кетиш аломатлари кузатилганлиги табиий анастомозлар фаолиятининг етарли даражада эмаслигидан далолат беради. Ундан ташқари ошқозон шиллиқ қавати некрози ва некроз натижасида вена қон томир деворларининг тўлалигини бузилиши, қоннинг коагуляцион фаолиятидаги ўзгаришлар ошқозон ва қизилўнғачдан қон кетишида салмоқли ўрин тутади.

Айниқса ЖЦда жигар ичи қон айланиши бузилишининг механизми қанчалик мураккаб бўлса, портал гипертензияда ошқозон ва қизилўнғачдан қон кетиш механизми ҳам шунчалик мураккаб ва тўла тўқис ўрганилмаган.

Хулоса қилиб айтганда болаларда қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган қон кетиш хавфини Щерцингер А.А. (1986) классификациясида келтирилган ВКВ ўлчамлари асосида белгилаш бемор болаларда мавжуд қон кетиш хавфини аниқлаб беришда етирли эмас. Чунки 3 ёшли боланинг ошқозони ёки қизилўнгачи веналаридаги 0,1 мм ёки ундан катта варикоз кенгайишини катта ёшдаги 0,3 мм ёки ундан катта варикоз кенгайиши билан таққослаб бўлмайди. Бошқача қилиб айтганда болалардаги 0,1 мм.ли варикоз кенгайиш катталардаги 0,3 мм.ли варикоз кенгайишдаги қон кетиш хавфини бериши мумкин.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда ҳозирда қўлланилаётган Шерцингер А.Г. (1986) таснифини болаларда қўлланилиши айрим қийинчиликлар туғдирганлиги сабабли бу таснифни қайта кўриб чиқиш ва такомиллаштириш болалар портал гипертензияси синдромида ўта хавфли бўлган асорат - қон кетишини олдини олишда ва шунтловчи ташрихларга курсатмаларни кенгроқ танлашга ёрдам берган бўлар эди.

Адабиётлар

1. А.А Гафуров, В.В Ботвиньева, М.М Алиев, Г.У Туйчиев. “Сравнительная оценка результатов спленоренального портосистемного шунтирования у детей с портальной гипертензией внутрипеченочго генеза”. Детская хирургия, 18-20. 2008
2. К.В. Шишин., И.Ю. Недолужко. “Эндоскопическая диагностика, лечение и профилактика кровотечений портального генеза”. Московский клинический научно-практический центр Департамента здравоохранения г. Москвы "ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Гастроэнтерология" Спецвыпуск №2 (43). 2015

3. К.О Юрьевич. “Хирургическое лечение кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка”. Тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.00.27, кандидат медицинских наук. 2011
4. М.М Алиев, А.С Исомухамедов., Б.А Султонов. “Роль портосистемного сосудистого шунтирования в лечении циррозов печени у детей”. Хирургия Узбекистана. -2016. -№ 2. -С. 16-18.
5. М.М Алиев, Р.З Юлдашев, Г.С Адылова, А.А Дехконбоев. “Почечная флебогипертензия как следствие портосистемного шунтирования у детей с внепеченочной портальной гипертензией”. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии 5 (4-5). 2015.
6. С.Г Нохина. “Эндоскопическая диагностика и лечение кровотечений из пищевода и желудка у детей с синдромом портальной гипертензии”. Автореферат. Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Казань-2004
7. M.M Aliev, R.Z Yuldashev, G.S Adilova, G.A Yusupaileva. Renal blood flow before and after portosystemic shunt in children with portal hypertension. Pediatric surgery international 30 (3), 295-299. 2014/3.
8. M. Duché., B. Ducot., O. Ackermann et al. “Experience with endoscopic management of high-risk gastroesophageal varices, with and without bleeding, in children with biliary atresia”. Gastroenterology. 2013;145:801-9.M. Elizabeth., R. “Philip Management of Portal Hypertension in Children”. Curr Gastroenterol Rep. 2011; 13(1): 10–16.Published online 2010 Oct 7. doi: [10.1007/s11894-010-0151-y](https://doi.org/10.1007/s11894-010-0151-y).
9. S. Itha., S.K Yachha. “Endoscopic outcome beyond esophageal variceal eradication in children with extrahepatic portal venous obstruction”. J Pediatr Gastroenterol Nutr . 2016;42:196-200.

- 10.J.M Santos, A.R Ferreira, E.D Fagundes, et al. "Endoscopic and pharmacological secondary prophylaxis in children and adolescents with esophageal varices." J Pediatr Gastroenterol Nutr . 2019;56:93-8.