

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Х.А. АКИЛОВ¹, Ч.М. АБДУВАЛИЕВА²

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Минздрава Республики Узбекистан,

²Андижанский государственный медицинский институт

TREATMENT OF BLEEDING FROM VARICOSE VEINS OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN WITH EXTRANEOPORTAL PORTAL HYPERTENSION

H.A. AKILOV¹, CH. M. ABDUVALIEVA²

Centre for the development of professional qualifications of medical staffs of the Health Ministry of Uzbekistan,
Andijan state medical institute

Цель. Оценка результатов операций азигопортального разобщения при кровотечениях из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка у детей с внепеченочной портальной гипертензией (ПГ).

Материал и методы. Изучены результаты лечения 128 детей с различными формами внепеченочной ПГ в возрасте от 1 до 18 лет в 2001–2021 гг. в Андижанском областном детском многопрофильном медицинском центре и Андижанском филиале РНЦЭМП. Мальчиков было 60 (46,9%), девочек – 68 (53,1%). 70 (54,7%) детей были в возрасте от 3 до 7 лет.

Результаты. При кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка у детей эффективность консервативной терапии в среднем составляет всего 22,8% с диапазоном от 10,0% при кровотечениях из ВРВ IV степени до 100% – при ВРВ I степени ($R = -0,9837$). Частота рецидива кровотечения в госпитальный период после операции Пациоры составляет 24,0%, Назырова – 18,8%, Баирова – 14,3%. У детей с кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка при внепеченочной ПГ послеоперационная летальность в госпитальный период составляет 7,3%, наиболее низким этот показатель является при выполнении операции Ф.Г. Назырова – 6,3% против 7,1 и 8,0% после операций Баирова и Пациоры, соответственно ($p > 0,05$). В отдаленном периоде рецидив кровотечения наиболее реже наблюдается после операции Назырова (12,5% случаев против 40,0 и 28,6%, соответственно, после операций Пациоры и Баирова, $p > 0,05$).

Ключевые слова: внепеченочная портальная гипертензия, варикозное расширение вен, осложнение, кровотечение, дети, лечение, операция Назырова.

Aim. Evaluation of the results of azygoportal uncoupling operations for bleeding from varicose veins (VV) of the esophagus and stomach in children with extra hepatic form of the portal hypertension (PH).

Material and methods. The results of treatment of 128 children with varied forms of extra hepatic PH diseases aged from 1 to 18 years old patients between 2001 and 2021 were studied. In the Regional Children's Multidisciplinary Medical Centre of the Andijan and the Andijan Branch of the RRCEM. There were 60 boys (46,9%) and 68 girls (53,1%). Furthermore 70 children (54,7%) were aged from 3 to 7 years old.

Results. In cases of bleeding from the esophageal and stomach VVs in children as well as the effectiveness of conservative therapy averages 22,8% for bleeding from 10% for bleeding from VVs of the fourth degree until 100% of the patients. In patients of the VV of the first degree ($R = -0.9837$). The frequency of recurrence of bleeding in the hospital period after the method of operation of Patsiora's was 24,0% and Nazirov's method operation 18,8%, as well as after method of Bairov contained 14,3%. In the patients with bleeding from VV of the esophagus PH, postoperative mortality in the hospital period was 7.3% and the lowest this result was when performing the operation method's of Nazirov 6.3% versus 7.1 and 8.0% after the operation of Bairov and Patsiora, respectively ($p > 0.05$). In the long-term period, bleeding recurrence is most rarely observed after the operation method's Nazirov (12.5% of cases versus 40.0 and 28.6%, respectively, after Patsiora's and Bairov's operations, $p > 0.05$).

Key words: Extra hepatic portal hypertension, varicose veins, complication, bleeding, children, treatment, Nazirov's operation.

00000000000000000000000000000000

Если у взрослых основной причиной кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода считается цирроз печени (ЦП), то у детей это грозное осложнение развивается на фоне внепеченочной портальной гипертензии (ПГ), возникшей из-за тромбоза или врожденного дефекта воротной вены [1]. В отличие от ЦП, внепеченочная ПГ практически не меняет функцию печени, в связи с чем основной задачей лечения при этой патологии является устранение портальной гипертензии с целью профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Применение портосистемного шунтирование (ПСШ), позволяет эффективно контролировать кровотечение у большей части пациентов [2]. Если у ребенка имеются противопоказания для ПСШ или его невозможно выполнить, для профилактики кровотечения используются эндоскопические методы, такие как склерозирование и перевязка варикозно расширенных вен [3]. Некоторые авторы предлагают операции по деваскуляризации как альтернативу эндоскопическим методам [4].

В последнее время с развитием медицины появляются новые хирургические, эндоскопические и фармакологические методы лечения синдрома ПГ. Конечная цель этих методов – лечение и профилактика опасных для жизни кровотечений из ВРВ пищевода и желудка [5]. Даже при шунтирующих операциях, выполняемых с формированием искусственных портокавальных анастомозов, количество осложнений, таких как портосистемная энцефалопатия, печеночная недостаточность, тромбоз шунта и связанная с этим перфузия воротной вены печени, не уменьшается. Таким образом, эндоскопическое склерозирование (ЭС) в настоящее время считается очень многообещающим при кровотечениях из ВРВ пищевода из-за его низкой инвазивности, способности избирательно облитерировать пищеводную вену в подслизистом слое и сохранять паразофагеальные коллатериали, а также не оказывает неблагоприятных воздействия на функцию печени [6].

Цель. Оценка результатов эндоскопических и хирургических методов гемостаза при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка у детей с внепеченочной ПГ.

Материал и методы

Изучены результаты обследования и лечения 128 детей с различными формами внепеченочной ПГ в возрасте от 1 до 18 лет, лечившихся в 2001–2021 гг. в Андижанском областном детском многопрофильном медицинском центре и Андижанском филиале РНЦЭМП. Мальчиков было 60 (46,9%), девочек – 68 (53,1%). 70 (54,7%) детей были в возрасте от 3 до 7 лет.

Всем детям, поступившим в клинику с признаками кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, проведена экстренная ЭГДФС, по результатам которой I степень ВРВ выявлена у 18 (14,1%) больных, II степень – у 25 (19,5%), III степень – у 40 (31,3%) и IV степень расширения – у 45 (35,2%) детей. Таким образом, в 2/3 случаев (85; 66,4%) данное грозное осложнение возникает на фоне ВРВ пищевода III и IV степеней (табл. 1).

Среди детей, госпитализированных с продолжающимся кровотечением из ВРВ пищевода ($n=79$), выявлена значимая прямая корреляция ($R=0,9561$) между степенью ВРВ и частотой кровотечения. К примеру, если ВРВ I и II степеней были диагностированы только у 8 (10,1%) детей этой категории, то у остальных 71 (89,9%) больных с продолжающимся кровотечением это осложнение возникло на фоне ВРВ III и IV степеней. В противоположность к этому, у детей со состо-

Таблица 1. Корреляция между степенью ВРВ и характером кровотечения

| Степень ВРВ | Продолжающееся кровотечение, $n=79$ | | Состоявшееся кровотечение, $n=49$ | | Всего, $n=128$ | |
|-------------|-------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|----------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| I | 3 | 3,8% | 15 | 30,6% | 18 | 14,1 |
| II | 5 | 6,3% | 20 | 40,8% | 25 | 19,5 |
| III | 31 | 39,2% | 9 | 18,4% | 40 | 31,3 |
| IV | 40 | 50,6% | 5 | 10,2% | 45 | 35,2 |
| R | 0,9561 | | -0,8675 | | 0,9818 | |

явшимся кровотечением ($n=49$) в большинстве случаев (35; 71,4%) при эндоскопии были выявлены ВРВ I и II степеней, а расширение вен III и IV степеней были диагностированы только в 14 (28,6%) случаях ($R=-0,8675$) (табл. 1).

У детей с продолжающимся кровотечением ($n=79$) в 69 (87,3%) случаях источник геморрагии локализовался в средней и нижней 1/3 пищевода, в 10 (12,7%) – в кардиальном отделе желудка. Среди 49 больных, госпитализированных с признаками состоявшегося кровотечения, вышеуказанные локализации источника кровотечения констатированы, соответственно, в 45 (91,8%) и 4 (8,2%) случаях.

Результаты и обсуждение

Во всех случаях лечение начинали с проведения консервативной терапии (гемостатическая и инфузионная терапия, установка зонда-обтураптора Блэкмора), которая оказалась эффективной только у 46 (35,9%) детей. Эндоскопическое лigation успешно проведено у 25 (19,5%) детей с кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка. На пике кровотечения оперированы 55 (43,0%) больных, которым выполнены паллиативные операции (25 (45,5%) пациентам – операция Пациоры, 16 (29,1%) – операция Назырова и 14 (25,5%) – операция Таннера-Баирова). У 2 (1,6%) детей с состоявшимся кровотечением наложен портокавальный анастомоз (табл. 2).

Длительность проведения консервативной терапии по предлагаемой схеме не превышала 12 часов, и в пределах указанного периода она оказалась эффективной только у 18 (22,8%) детей с продолжающимся кровотечением. При этом эффективность консервативной терапии зависела от

Таблица 2. Способ окончательного гемостаза, $n=128$

| Способ окончательного гемостаза | Число больных | |
|---------------------------------|---------------|------|
| | абс. | % |
| Консервативная терапия | 46 | 35,9 |
| Эндоскопический гемостаз | 25 | 19,5 |
| Азигопортальное разобщение: | 55 | 43,0 |
| – Пациоры | 25 | 45,5 |
| – Назырова | 16 | 29,1 |
| – Таннера-Баирова | 14 | 25,5 |
| Шунтирующие операции | 2 | 1,6 |

Таблица 3. Эффективность консервативной терапии у детей с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка, $n=79$

| Степень ВРВ | Число больных | Кровотечение остановлено | |
|-------------|---------------|--------------------------|------|
| | | Абс. | % |
| I степень | 3 | 3 | 100 |
| II степень | 5 | 3 | 60,0 |
| III степень | 31 | 8 | 25,8 |
| IV степень | 40 | 4 | 10,0 |
| R | | –0,9837 | |
| Всего | 79 | 18 | 22,8 |

степени выраженности ВРВ и колебалась от 10,0% (при кровотечениях из ВРВ IV степени) до 100% (при ВРВ I степени) ($R=-0,9837$) (табл. 3). У 61 (77,2%) больного в течение 12 часов консервативной терапии не удалось остановить кровотечение, что явилось прямым показанием к хирургическому лечению.

После азигопортального разобщения ($n=55$) различные послеоперационные осложнения отмечены у 21 (38,2%) больного с диапазоном от 28,6% (после операции Баирова) до 48,0% (после операции Пациоры) ($p>0,05$). Рецидив кровотечения в ранний послеоперационный период также наиболее часто отмечали после операции Пациоры (6; 24,0%), реже – после операций Назырова (3; 18,8%) и Баирова (2; 14,3%). Общая летальность в госпитальный период после операций азигопортального разобщения у детей с кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка составила 7,3%

(умерло 4 детей), при этом этот показатель после операции тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора по Ф.Г. Назырову была наиболее низкой – 6,3% против 7,1 и 8,0% после операций Баирова и Пациоры, соответственно ($p>0,05$) (табл. 4).

Отсутствие рецидива кровотечения из ВРВ в отдаленный период является одним из наиболее значимых долгосрочных показателей эффективности разобщающих операций. В этом плане наиболее надежным представляется способ азигопортального разобщения по Назырову, после выполнения которой повторное кровотечение за 5-летний период наблюдения отмечено всего в 12,5% случаев, тогда как у детей, перенесших операции Пациоры и Баирова этот показатель составил, соответственно, 40,0 и 28,6% ($p>0,05$) (табл. 5).

При кровотечениях портального генеза наиболее эффективными операциями, позволяющими добиться стойкого гемостаза, считаются традиционные портосистемные шунтирующие вмешательства. Однако не у всех больных, особенно у пациентов детского возраста, не имеется возможность формирования надлежащего портокавального анастомоза ввиду особенностей ангиоархитектоники. У этой категории пациентов наиболее приемлемыми признаны, так называемые, операции азигопортального разобщения [4, 7]. Эти операции направлены на деваскуляризацию желудка и пищевода, некоторые варианты которых осуществляются с пересечением пищевода или желудка и последующим анастомозированием [8]. По сравнению с портосистемным шунтированием разобщающие операции, благодаря сохранению достаточной перфузии в синусоидах печени, обладает такими преиму-

Таблица 4. Ближайшие результаты операций азигопортального разобщения

| Осложнение | Вид операции | | | | | | Всего, $n=55$ | |
|---------------------------|--|------|------------------|------|-----------------|------|---------------|------|
| | Пациоры, $n=25$ | | Назырова, $n=16$ | | Баирова, $n=14$ | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Нагноение п/о раны | 3 | 12,0 | – | – | 1 | 7,1 | 4 | 7,3 |
| Поддиафрагмальный абсцесс | 1 | 4,0 | – | – | – | – | 1 | 1,8 |
| Инфаркт селезенки | – | – | 2 | 12,5 | – | – | 2 | 3,6 |
| Асцит | 2 | 8,0 | – | – | 1 | 7,1 | 3 | 5,5 |
| Рецидив кровотечения | 6 | 24,0 | 3 | 18,8 | 2 | 14,3 | 11 | 20,0 |
| Всего осложнений | 12 | 48,0 | 5 | 31,3 | 4 | 28,6 | 21 | 38,2 |
| χ^2 -тест | $df=2, \chi^2_{\text{стат}} = 1,895, \chi^2_{\text{крит}} = 5,991, p=0,388 (p>0,05)$ | | | | | | | |
| Летальность | 2 | 8,0 | 1 | 6,3 | 1 | 7,1 | 4 | 7,3 |
| χ^2 -тест | $df=2, \chi^2_{\text{стат}} = 0,045, \chi^2_{\text{крит}} = 5,991, p=0,978 (p>0,05)$ | | | | | | | |

Таблица 5. Частота рецидива кровотечения в отдаленном периоде после операций азигопортального разобщения

| Вид операции | Число больных | До 12 мес. | | До 3 лет | | До 5 лет | | Всего рецидивов | |
|--------------|---------------|------------|------|----------|-----|----------|-----|-----------------|------|
| | | abs | % | abs | % | abs | % | abs | % |
| Пациоры | 25 | 3 | 12 | 3 | 12 | 4 | 16 | 10 | 40,0 |
| Назиров | 16 | 1 | 6,3 | 1 | 6,3 | – | – | 2 | 12,5 |
| Баиров | 14 | 2 | 14,4 | 1 | 7,1 | 1 | 7,1 | 4 | 28,6 |
| Всего | 55 | 6 | 10,9 | 5 | 9,1 | 5 | 9,1 | 16 | 29,1 |

ществами, как низкий риск развития острой печеночной недостаточности и низкая частота прогрессирования энцефалопатии [9].

Тем не менее, в настоящее время среди хирургов отсутствует общепризнанного метода азигопортального разобщения, признаваемая всеми специалистами в качестве стандарта лечения кровотечений портального генеза. Все существующие методы имеют противоречивые результаты и различного рода недостатки. К примеру, один из первых подобных операций – способ I. Boerema [10] – характеризуется частыми рецидивами кровотечения как в раннем (20–45%), так и в позднем ($\geq 50\%$) послеоперационном периоде, а летальность достигает 35–75% [11]. Кроме того, ввиду сохранения венозных коллатералей подслизистого слоя пищевода эта операция не обеспечивает полноценное разобщение портальной и кавальной систем, что, видимо, и является основной причиной высокой частоты рецидива кровотечения.

С целью полного устранения венозных коллатералей N. Tanner предложил полное поперечное пересечение желудка в «субкардиальном» отделе с последующим его сшиванием [12]. Однако, и после этой операции сохраняются экстрамуральные венозные коллатерали, по которым осуществляется приток крови к ВРВ, что служит предпосылкой к рецидиву кровотечения, частота которого в отдаленном периоде достигает 35–45% [13].

Предложенный М.Д. Пациорой вариант азигопортального разобщения отличается от метода Воегема меньшей травматичностью, однако, ввиду исключительно паллиативного характера вмешательства, частота ранних рецидивов кровотечения достигает 20%, возрастая в течение последующих 5 лет до 45–60%. Более того, в 8–14% случаях интраоперационно не удается остановить кровотечение, что, естественно, приводило к летальному исходу [14].

Предложенный японскими хирургами M. Sugiura и S. Futagawa методика комбинированной двухэтапной обширной деваскуляризации желудка (абдоминальным доступом – первым этапом) и пищевода (торакальным доступом – вторым этапом), обеспечивает полное разобщение портальной и кавальной венозных систем и, тем самым, способствовал существенному улучшению результатов лечения кровотечения из ВРВ пищевода и желудка, но не получил широкого распространения в Западном полушарии ввиду травматичности и высокой послеоперационной летальности, достигающей 50%. Пятилетняя выживаемость варьирует в пределах 52–78% и в значительной степени зависит от выраженности печеночной недостаточности [15].

Для усовершенствования метода азигопортального разобщения узбекскими хирургами был разработан оригинальный вариант оперативного вмешательства, заключающийся в деваскуляризации желудка по большой и малой кривизне с его лигатурным пересечением на уровне верхней трети на установленном в просвете органа синтетическом каркасе. В результате на уровне лигатурного пересечения разобщаются от портальной системы внеорганные вены желудка, а интрамуральные вены облитерируются за счет формирования грубого циркулярного рубца стенки органа. Этот метод, известный как операция Ф.Г. Назырова, обеспечивает долгосрочную профилактику кровотечения у взрослых больных с ПГ [16], а наше исследование показывает, что операция тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора по Ф.Г. Назырову может считаться предпочтительным вмешательством при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка у детей с внепеченочной ПГ.

Заключение

У детей с внепеченочной ПГ манифестация кровотечения из ВРВ пищевода и желудка чаще отмечается в возрастном диапазоне 3–7 лет (54,7%) и на фоне ВРВ III и IV степеней (66,4%). При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у детей эффективность консервативной терапии в среднем составляет всего 22,8% с диапазоном от 10,0% при кровотечениях из ВРВ IV степени до 100% – при ВРВ I степени ($R = -0,9837$). Частота рецидива кровотечения в госпитальный период после операции Пациоры составляет 24,0%, Назырова – 18,8%, Баирова – 14,3%. У детей с кровотечениями из ВРВ пищевода и желудка при внепеченочной ПГ послеоперационная летальность в госпитальный период составляет 7,3%, наиболее низким этот показатель является при выполнении операции Ф.Г. Назырова – 6,3% против 7,1 и 8,0% после операций Баирова и Пациоры, соответственно ($p > 0,05$). В отдаленном периоде рецидив кровотечения наиболее редко наблюдается после операции Назырова (12,5% случаев против 40,0 и 28,6%, соответственно, после операций Пациоры и Баирова, $p > 0,05$).

Литература

1. Разумовский А.Ю. Портальная гипертензия у детей: 28-летний опыт хирургического лечения // Гастроэнтерология. – 2017. – №12 (141). – С. 43–49.
2. Акилов Х.А., Ураков Б.Х., Шелаев О.И., Алтыев Б.К. Тактика лечения при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – №1. – С. 51–54.
3. Кадиров Р.Н., Хаджибаев Ф.А., Ахмедов Ю.М., Миннурин Э.Р. Эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №3. – С. 58–63.
4. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р. Эволюция технологий азигопортального разобщения в профилактике кровотечений портального генеза // Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 23. – №1. – С. 65–73.
5. Shneider B.L. et all. Primary prophylaxis of variceal bleeding in children and the role of MesoRex Bypass: Summary of the Baveno VI Pediatric Satellite Symposium // Hepatology (Baltimore, Md.). – 2016. №4 (63). Р. 1368–1380.
6. Александрович Т.В. и др. Склерозирование вен пищевода в лечении детей с портальной гипертензией // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2014. – №1(4). – С. 34–38.
7. Могилевец Э.В., Васильчук Л.Ф. Эскалационная тактика в лечении упорно рецидивирующего кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Воен. медицина. – 2020. – № 2. – С. 150–157.
8. Nazirov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Salimov U.R. and Khakimov D.M. 2018. Azygoportal Total Dissociative Procedures for Portal Hypertension Treatment; Evolution of Surgical Techniques. J. Life Sci. Biomed. 8(2): 24–30; www.jlsb.science-line.com
9. Yu Y., Li M., Song Y., Xu J., Qi F. A meta-analysis study of laparoscopic versus open splenectomy with esophagogastric devascularization in the management of liver cirrhosis and portal hypertension // Int J Clin Exp Med. – 2019. – Т. 12. – №7. – С. 8189–8196.

10. Boerema I., Klopper P.J., Holscher A.A. Transabdominal ligation-resection of the esophagus in cases of bleeding esophageal varices. *Surgery*. 1970; 67(3):409–413.
11. Коробка В.Л., Шаповалов А.М. Профилактика и хирургическое лечение варикозных кровотечений у больных циррозом печени //Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2016. – №3. – С. 62–62.
12. Tanner N.C. Operative management of haematemesis and melaena; with special reference to bleeding from esophageal varices. *Ann R Col. Surg Engl*. 1958;22(1):30–42.
13. Могилевец Э.В., Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Жибер В.М., Карпович А.П., Божко Е.Н. Портальная гипертензия, осложненная кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: современное состояние проблемы лечения и профилактики // Укр. Журн. Хірургії. – 2018. – №1. – С. 36.
14. Макиенко И.А. Разобщение азигопортального кровотока в профилактике и лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени: монография. Великий Новгород НовГУ. 2004; 130.
15. Hobeika C., Messager M., Piessen G. What are the Particularities of Oesophageal Surgery in Cirrhotic Patients //Chirurgia. – 2020. – Т. 115(2). – С. 155–160.
16. Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Ruziboev S.A. Results of gastroesophageal collector total dissociation in patients with portal hypertension. *J. Life Sci. Biomed*. 2016; 6(5):115–119.

ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БҮЛГАН БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛҮНГАЧ ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШНИ ДАВОЛАШ

Х.А. АКИЛОВ¹, Ч.М. АБДУВАЛИЕВА²

¹Тиббий ходимлар касбий малакасини ривожлантириш маркази,

²Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад. Жигардан ташқари портал гипертензияси (ПГ) бүлган болаларда қизилүнгач ва ошқозон варикоз кенгайгандан қон кетишни даволашда азигопортал ажратиши операцияларининг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Андижон вилоят тармоқли болалар тиббиёт марказида ва РШТЁИМнинг Андижон филиалида 2001–2021 йилларда 1 дан 18 ёшгача бүлган 128 нафар болаларда жигардан ташқари ПГ оқибатида ривожланган ВКВдан қон кетишни даволаш натижалари ўрганилган. Ўғил болалар 60 нафар (46,9%)ни, қиз болалар 68 нафар (53,1%)ни ташкил қилган. Беморларнинг 70 нафари (54,7%) 3 дан 7 ёшгача бүлган.

Натижалар. Болаларда қизилүнгач ва ошқозон ВКВдан қон кетганда консерватив даво самарадорлиги атиги 22,8%ни ташкил қилиб, диапазони IV даражали ВКВда 10%дан I даражали ВКВда 100%гача ўзгарилиши (R=–0,9837). Госпитал даврда қонаш рецидиви кўрсаткичи Пациора операциясидан сўнг 24,0%ни, Назиров операциясидан кейин 18,8%ни, Баиров муолажасидан сўнг эса 14,3%ни ташкил қиласиди. Айни шу даврда операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи 7,3%дан иборат бўлиб, Назиров амалиётидан сўнг энг паст – 6,3%ни ташкил қилган ҳолда, Баиров ва Пациора усулларидан сўнг эса мос равишида 7,1 ва 8,0%ни ташкил қилган ($p>0,05$). Узоқ даврли муддатларда қонаш рецидиви энг кам Назиров операциясидан сўнг кузатилган – 12,5%ни ташкил қилиб, бу кўрсаткичи Пациора ва Баиров амалиётларидан сўнг, мос равишида, 40,0 ва 28,6%дан иборат бўлган ($p>0,05$).

Калим сўзлар: жигардан ташқари портал гипертензия, веналарнинг варикоз кенгайиши, асоратлар, қонаш, болалар, даволаш, Назиров операцияси.

Сведения об авторах:

Акилов Хабибулла Атаяуллаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, заведующий кафедрой хирургии, детской хирургии ЦРПКМР.

Абдувалиева Чулпаной Мухамеджановна – доктор философии (PhD) по медицинским наукам, ассистент кафедры детской хирургии Андижанского государственного медицинского института.

Поступила в редакцию: 28.10.2022

Received: 28.10.2022