



Хирургическое Лечение Кровотечений Из Варикозно Расширенных Вен Желудка И Пищевода, Вызванных Портальной Гипертензией У Детей

1. Б. Х. Мирзакаримов

2. К. С. Юлчиев

3. А. Г. Кетмонов.

Received 2nd Aug 2023,

Accepted 19th Sep 2023,

Online 30th Oct 2023

^{1,2,3} Кафедры детской хирургии АГМИ

Резюме: 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.

Ключевые слова: детской возраст, пищевод, желудка, кровотечения, портальная гипертензия.

Актуальность. В текущий период диагностика и лечение кровотечений из варикозно расширенных вен желудка и пищевода остается одной из актуальных проблем детской хирургии[2,7]. Это связано с тем, что методы лечения таких пациентов ориентированы на то, что тенденции настоящего времени основаны на топографо-анатомической специфике венозных коллатералей желудка и пищевода. В литературе авторы считают, что кровотечение из варикозно расширенных вен желудка и пищевода у детей возникает в 95% – 98% случаев в результате синдрома портальной гипертензии.

Сегодня усилия врачей направлены на предотвращение последовательного развития портальной гипертензии у детей и поиск терапевтических и хирургических методов, способных радикально снизить давление в портальной сосудистой системе и тем самым предотвратить риск кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка[1,5]. Другим подходом к предотвращению гастроэзофагеального кровотечения портального генеза является использование местной эндоскопической терапии для предотвращения разрыва варикозных вен.

Группа авторов проанализировала отечественные и зарубежные работы с целью разработки общих подходов к лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей с этим заболеванием. Рекомендации сосредоточены на нерешенных проблемах и перспективах на будущее, открывшихся благодаря новым данным исследований[3].

При постановке диагноза варикозное расширение вен пищевода выявляется у 30-40% детей с компенсированным и у 60% течения заболевания с декомпенсированным периодом. Частота кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у детей составляет в среднем 4% в год. У пациентов со средними и крупными сосудами риск возрастает до 15% [6,8].

Несмотря на прогресс, достигнутый за последние десятилетия, кровотечение из пищевода и желудка при БПВ сопровождается 10-20% смертей в течение 6 недель.

Рекомендации по диагностике и лечению пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка содержат практические инструкции по лечению таких пациентов в больницах разного уровня. Эти рекомендации следует регулярно рассматривать в соответствии с новой информацией в этой области[7,9].

На почве синдрома портальной гипертензии наблюдалось повышение артериального давления в воротной вене (до 200 мм водяного столба в норме), развитие синдрома портальной гипертензии, приток артериальной крови к нечетным органам брюшной полости и воротной вене *si* (*v. portae*) зависит от нарушения соотношения между потоком к ядру. Адекватный барьер сопротивления кровотоку (блок) *s3* различен, к ним относятся внешние по отношению к печени, внутренние по отношению к печени и смешанные барьеры. В свою очередь, в дополнение к печени, барьеры будут 2 разными: блоки до печени (под печенью) и после печени (над печенью).

Развитие портальной гипертензии может произойти в результате дефектов развития воротной вены (венозная атрезия, облитерация) или ее гнойного процесса в брюшной полости - пупочного сепсиса, сдавливания опухолью близлежащих органов, к видам внепеченочных барьеров. Обычно внутрипеченочный тип портальной гипертензии встречается чаще (до 80-90%) и связан с циррозом печени. Появление блокады в результате тромбоза печеночной вены (синдром Киари), окклюзии нижней яремной вены на уровне оттока печеночной вены (синдром Бадда-Киари) или дефектов развития нижней яремной вены относится к надземным блокам[4,6].

Пациенты со смешанным блокирующим циррозом печени дополнительно включают развитие тромбоза воротной вены. Повышенное давление в воротной вене при портальной гипертензии, известной как идиопатическая, может возникнуть из-за быстрого притока крови через артериовенозный свищ к конечности воротной вены.

Таким образом, появление барьера, через который кровь поступает из нечетных органов брюшной полости в систему закрытых вен до тех пор, пока нижняя яремная вена не впадет в вену - к портальной гипертензии, состоянию, которое, в свою очередь, приводит к высокой степени развития (варикозному расширению) естественных портокавальных анастомозов, через которые кровь течет в

Методы обследования для постановки диагноза портальной гипертензии с помощью оборудования необходимо будет определить наличие варикозного расширения вен пищевода и желудка, их размер и распространенность (эзофагогастродуоденофиброскопия), рентгенологическое обследование пациента путем приема контрастного вещества (O'dol4), определить характер нарушений кровоснабжения в печени, причина и

Лечение портальной гипертензии неразрывно связано с типом блокады, стадией заболевания и степенью компенсации, а основной курс лечения направлен на устранение причин блокады, восстановление функции печени и профилактику возможных осложнений[3,6].

Цель исследования. Повышение эффективности лечения при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка и пищевода у детей.

Материал и методы исследования. Тактика лечения при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка и пищевода у детей с целью изучения РЦЭМПАФ на основании анализа результатов лечения 45 детей в возрасте от 1 до 18 лет, проходивших лечение в отделении детской хирургии

Результаты исследования. Все пациенты обратились в больницу во время или после вспышки кровотечения, при поддержке сильной гемостатической терапии, полагаясь на консервативные методы лечения таких пациентов. Роль эндоскопии в диагностике и лечении этих пациентов велика, и все пациенты были подключены с помощью эндоскопии в 14 (31,1%) случаях на момент проведения эндоскопической диагностики. После традиционной гемостатической терапии у 20 (44,4%), у 7 (15,5%) детей старшего возраста был введен зонд Блэкмора и остановлен отток крови из вен пищевода, у 4 (8,8%) пациентов с наружным типом портальной гипертензии из печени проведена операция по подключению подкожной вены пищевода и желудка у пациентов по методу Пасиоры-Петровой

Синдром портальной гипертензии у 2 пациентов с внутripеченочным типом кровотечения отступил во время лечения, и у этих пациентов вены желудка были ушиты по методу Таннера-Баирова.

Среди множества операций, предложенных для диагностики и лечения гастроэзофагеального кровотечения у детей с портальной гипертензией, в дополнение к портокавальным анастомозам использовался метод операций, направленных на разделение портальной системы непосредственно через пищевод и варикозно расширенные вены желудка с недифференцированным и полуоткрытым сосудистым бассейном.

Наиболее эффективной операцией зарубежных ученых является М. Сигиура и С. Это операция, предложенная Футагавой в 1973 году. Для его проведения требуется как трансторакальный, так и трансабдоминальный метод, который включает обширную деваскуляризацию пищевода с последующим его пересечением и нижней третью, спленэктомия и пилоропластику.

Способ ушивания варикозных вен желудка и пищевода (пациенты M.D. opera).

Была выполнена верхнесрединная лапаротомия. Вблизи передней стенки желудка до КАРДИИ накладывают капроновые швы, в середине которых стенку желудка разрезают на 10 ÷ 12 см. Линию разреза протягивают из-под желудка в направлении небольшой кривизны. После вскрытия полости желудка и осмотра ее в полость желудка было вставлено зеркало, которое приподняло верхнюю часть передней стенки желудка. Затем пальцами левой руки небольшим изгибом желудка раздвиньте слизистую оболочку ближе к отверстию пищевода. Обычно с помощью этого метода стало возможным хорошо представить варикозное расширение вен кардиальной части, оставляющее в пищеводе несколько (обычно 3-5) трубок. Зашивание варикозных вен начиналось, как правило, с небольшого искривления живота, наложением швов с отдельным разрезом наиболее выраженного органа.

В этом обзоре 45 пациентов в возрасте от 1 до 18 лет были основаны на результатах обследования и лечения портальной гипертензии. Кавернозное превращение у 38 пациентов, атрезия у 5, тромбоз селезеночной вены у 3, аномалии пупочной вены и брюшной аорты у 2. Согласно классификации варикозного расширения вен в FGDs до лечения и в послеоперационном периоде в 2001 году, его локализацией была sarin (2001), согласно которой выделялся тип 1 - гастроэзофагеальные вены, распространяющиеся по малой кривизне, тип 2 - гастроэзофагеальные вены, распространяющиеся по большой кривизне, в зависимости от нижняя часть живота. Желудочные вены 3-го типа - изолированные варикозные вены желудка и 4-го типа - внепеченочное варикозное расширение вен желудка и двенадцатиперстной кишки.

Мы провели эндоскопическую ультразвуковую сонографию с использованием эндоскопа "Olympus UM 160" в соответствии со стандартными принципами этого метода. Мы установили мини-ультразвуковой радиальный сканирующий зонд под визуальным контролем в зоне варикозного расширения вен пищевода. Исследование проводилось через шланг, который опускался в полость пищевода, заполненную безводной водой и очищенной водой, датчик клапана. Мы обнаруживаем, что риска кровотечения нет, если расстояние от слегка расширенной вены пищевода составляет не более 0,9 мм, а толщина слизистой оболочки в эпителиальном слое равна. При расширении сосудов, когда варикозные узлы не сужают просвет пищевода, а толщина слизистой оболочки составляет 0,5-0,7 мм, мы ставим диагноз с высоким риском кровотечения. Если исследуется варикозное расширение вен в просвете пищевода и его сужение, толщина слизистой оболочки составляет менее 0,5 мм, и присутствует ангиоэктазия, у нас высокий риск кровотечения.

Мы разработали новый неинвазивный метод определения давления в сосудах пищевода с использованием эндоскопической ультразвуковой сонографии (ЭОС) для определения течения синдрома портальной гипертензии.

Измерение давления в предлагаемом способе осуществлялось с использованием эндоскопического ультразвукового датчика и аппарата Вальдмана.

Метод измерения артериального давления в сосудах пищевода заключается в следующем: первоначально проводят EFGDS. Определяются расширенные сосуды пищевода, проводится качественный анализ которых, измеряется расстояние от резцов до наиболее расширенных венозных узлов. Далее устанавливают зонд с резиновым шариком на конце, проводят ультразвуковое сканирование полости последнего на том же расстоянии и проводят качественную и количественную оценку состояния вен и венозной стенки (диаметр вен, толщина стенки сосуда и стенки пищевода). Жидкость переливается в банку. Под воздействием повышенного давления происходит сдавление сосудов пищевода и прекращение кровотока по ним, что визуально обнаруживается на экране монитора при ультразвуковом исследовании и доплерометрии. В настоящее время с помощью аппарата Вальдмана, соединенного через баллон с Т-образным адаптером, мы определяем давление, соответствующее венозному давлению в сосудах пищевода.

При обследовании 20 пациентов с ПГ с варикозным расширением вен III степени и специфическими изменениями слизистой оболочки пищевода и желудка портальная гастропатия является стабильным признаком повышения давления воды более чем на 200 мм рт.ст. При диаметре сосуда и показателе давления воды более 300 мм рт.ст. был проверен.

Искусство, при котором кровотечение повторяется как во время склеротерапии, так и после операции. Эти показатели позволили объективно решить вопросы выбора терапевтической тактики для профилактики кровотечений, размера и метода эндоскопического и хирургического вмешательства. При выявлении гастроэзофагеальных вен 1-й категории использовали эндосклероз (24) и эндоскопическое перевязывание (7). В 4 случаях у пациентов 2 типа применялась комбинация эндосклероза и перевязки.

Повторная профилактика кровотечений была необходима следующим 30 пациентам. Был прооперирован 41 пациент. После ревизии портального отверстия печени двум пациентам выполнено мезентерикортальное шунтирование, 13 - Н - образный спленоренальный, 7 - дистальный спленоренальный, 2-мезентерикокавальный анастомоз и опера Сигиура, при которой работает левая ветвь воротной вены.

Выводы. В заключение можно сказать, что в диагностике и лечении ПГ у детей эндоскопическая диагностика и лечение варикозного расширения вен желудка и пищевода

остается ведущей, принимая во внимание тот факт, что этот метод лечения останавливает кровотечение, выходящее из желудка, принимая во внимание комфортное состояние пациента, можно сказать, что остановка

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. 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.
2. Зурбаев, Н. Т. Сравнительный анализ результатов разных вариантов спленоренального шунтирования у детей с внутripеченочной портальной гипертензией / Н. Т. Зурбаев, В. М. Сенякович // Детская хирургия. 2005. № 5. С. 18–24. Леонтьев, А. Ф. Генез внепеченочной портальной гипертензии у детей / А. Ф. Леонтьев, В. И. Шелкович // Детская хирургия. 2005. № 4. С. 39–42.
3. Разумовский, А. Ю. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. Ю. Разумовский. М., 1995.
4. Разумовский, А. Ю. Операция Sugiura у детей с портальной гипертензией / А. Ю. Разумовский, В. Е. Рачков // Хирургия. 1996. № 10. С. 47–50.
5. Botha J. F.[et al.] Portosystemic shunts in children : a 15-year experience. Am. Coll. Surg. 2004. Vol. 199, N 2. P. 179–185.
6. Wolff, M. Current state of portosystemic shunt surgery / M. Wolff, A. Hirner // Langenbecks Arch. Surg. 2003. Vol. 388, N 3. P. 141–149.
7. Картун В. М. [и др.] Сравнительная оценка применения склерозирующих препаратов тромбовар и фибровейн в лечении варикозно расширенных вен пищевода у детей с портальной гипертензией Детская хирургия. 2003. № 1. С. 15–17.
8. Zargar S.A. [et al.]. Fifteen-year follow up of endoscopic injection sclerotherapy in children with extrahepatic portal venous obstruction. Gastroenterol. Hepatol. 2004. Vol. 19, N 2. P. 139–145.
9. D. Celinska-Cedro [et al.] Endoscopic ligation of esophageal varices for prophylaxis of first bleeding in children and adolescents with portal hypertension : preliminary results of a prospective study. Pediatr. Surg. 2003. Vol. 38, N 7. P. 1008–1111.