



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 4/2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 4/2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 4/2



ТОШКЕНТ-2025

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrasida professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrasida dotsenti, DSc;
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrasida dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrasida professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinilaringologiya kafedrasida professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrasida professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrasida dotsenti, DSc.
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **M.K. Temirova** - Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Nevrologiya va bolalar nevrologiyasi, tibbiy genetika kafedrasida assistenti PhD

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasinova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrasida professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrasida professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrasida mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrasida dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrasida professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrasida professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrasida professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrasida dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrasida mudiri, t.f.d., professor
- **G.S. Xodjiyeva** - Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot universitetining Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida dotsenti

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

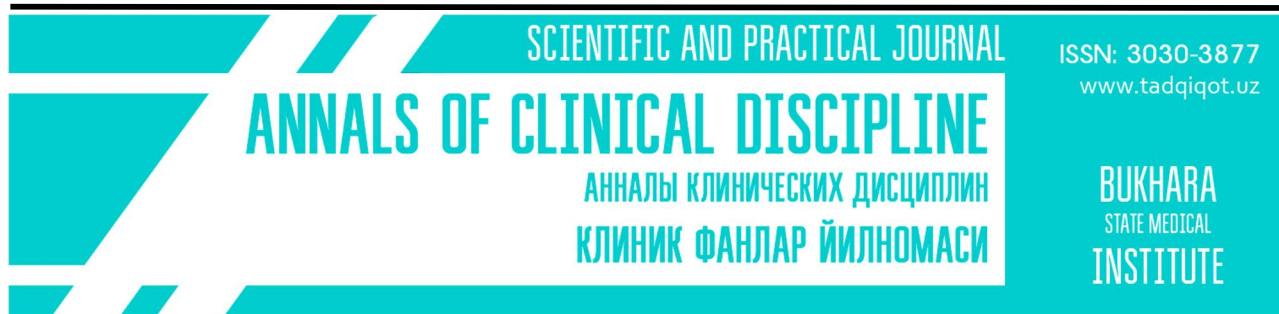
Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан № С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114, г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacad>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Индиаминов С.И., Хамраев А.Х. Функциональная морфология гемато-и ликворээнцефалического барьеров головного мозга в физиологических условиях	7
2. Йулдашев Г.Ю., Собурова Д.Р. Хирургическое лечение сегментарной внепечечной портальной гипертензии.....	12
3. Мирджураев Э.М., Адамбаев З.И., Маматханова Ч.Б. Клинико-неврологическая стратификация пациентов с врожденными и системными заболеваниями позвоночника: оптимизация тактики ведения при сирингомиелии, атаксии Фридрейха и артерии-венозные мальформации.....	19
4. Мирходжаев И.А. Жигар эхинококкини самарали даволаш усулини кўллаш.....	25
5. Муллабаева Г.У., Умаров Б.Я., Юсубов А.Д. Иммунологические механизмы ремоделирования миокарда у детей после транскатетерного закрытия дефекта межжелудочковой перегородки.....	28
6. Назаров Б.Б. Описание результатов сравнительного исследования содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови женщин с опухолями прецервикальной области.....	34
7. Назарова Л.А., Аблязов О.В., Усманханов О.А. Томографические предикторы выбора хирургической методики при различных формах краниосиностоза.....	40
8. Нарзиев Ш.М., Нуралиев Н.А. Қалқонсимон без касалликларида иммун тизим кўрсаткичларидаги ўзгаришлар тавсифи.....	46
9. Насирова Д.Ш. Нейрофизиологические, клинико-неврологические и нейропсихологические параллели у детей с постравматической энцефалопатией.....	57
10. Одилова М.У., Сафаров М.Т., Хабилов Д.Н., Косимова К.А., Олимжонова Н.О., Дадабаева М.У. Нейрофизиологические, клинико-неврологические и нейропсихологические параллели у детей с постравматической энцефалопатией.....	68
11. Расулов Ш.К. Современные подходы к диагностике истинных и псевдоаллергических реакций на местные анестетики в стоматологии.....	76
12. Рахматова Б.Д., Хамидов Ж.Г. Ёшлар орасида ўткир миокард инфарктини тарқалиши ва унинг асоратларини башорат қилиш (шарх).....	83
13. Рахмонов Дж.Т. Джамолова Р.Дж. Абдуллаева Д.Ю. Качество жизни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника на фоне медикаментозного лечения.....	88

14. Рахмонова Г.Э., Зокирова Л.У., Аллаярова Н.К. Особенности лучевой диагностики при переломах костей таза.....	96
15. Саидмуратов М.А., Хомидов Ф.К. Эффективность комплексных профилактических мероприятий при вирусных гепатитах В и С: клиничко-эпидемиологическая динамика и образовательный эффект.....	104
16. Саломова Ш.О., Туксанова Д.И. Значимость ранних клиничко-биохимических диагностических маркеров липидного спектра в прогнозировании развития метаболического синдрома у девочек в менструальном периоде.....	110
17. Сафаров М.Т., Одилова М.У., Хабилов Д.Н., Косимова К.А., Олимжонова Н.О., Дадабаева М.У. Влияние поверхностных свойств стоматологической керамики на бактериальную адгезию: систематический обзор.....	115
18. Сафоев Н.Н. Диагностическая ценность IL-6, TNF-А и CD4/CD8 в прогнозировании тяжёлой кардиореспираторной формы постковидного синдрома.....	124
19. Тен В.Д., Алимов И.Р., Умаров Р.Д. Тактика выбора метода наведения при перкутанной биопсии нижнегрудного отдела позвоночника.....	130
20. Тилавова Ф.С. Панкреатит ва COVID-19: Адабиётлар шархи.....	135
21. Tuynunov N.N., Khudanov B.O. Bioactivity and remineralization potential of particle-size-engineered glass ionomer cements.....	143
22. Умаров Б.Я., Сиддиков А.М. Клиничко-иммунологические аспекты прогнозирования реперфузионного повреждения миокарда при операциях на сердце с искусственным кровообращением.....	150
23. Хамдамов Б.З., Мухамедов А.Б. Иммунобиохимические предикторы ранних послеоперационных осложнений у пациентов с ишемической болезнью сердца после аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.....	157
24. Ходжаева Д.И., Умаров Б.Я. Клиничко-иммунологическая характеристика и прогностическая значимость иммунных маркеров у пациенток с раком молочной железы.....	164
25. Khodjjeva G.S. Enhancing chronic disease screening efficiency via modern information technologies.....	169
26. Хомидов Ф.К. Динамика тиреоидных, аутоиммунных и микронутриентных маркеров на фоне 12-месячной профилактической программы у пациентов с тиреоидной патологией.....	175

27. Khudayberganova N.Kh., Akhmedova I.M., Eshmurzayeva A.A., Shukurova F.N.	
Features of the course of chronic gastroduodenitis associated with Helicobacter pylori in school-age children.....	182
28. Эргашов Б.Б.	
Хроническая сердечная недостаточность на сегодняшний день: литературный обзор.....	188
29. Эргашов Б.Б.	
Курение как системный модификатор гемодинамики и фактор риска артериальной гипертензии (обзор литературы).....	193
30. Юсупова М.К.	
Функционально-биомеханическая оценка эффективности двухэтапного адгезивного шинирования при хроническом генерализованном пародонтите.....	198




УДК. 616.36.002.14

Йулдашев Г.Ю., Собурова Д.Р.

0009-0005-4179-8121

Ургенчский государственный медицинский институт, Хорезм, Узбекистан

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕГМЕНТАРНОЙ ВНЕПЕЧЕЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.18208104>

АННОТАЦИЯ

Изучение результатов хирургического лечения больных СВПГ позволило пересмотреть показания к оперативному вмешательству и обосновать оптимальный объем хирургического пособия при данной патологии. В результате были сужены показания к спленэктомии, которая может быть оправдана только при наличии варикозно-расширенных вен желудка в случаях, протекающих с явлением резко выраженного гиперспленизмом. Перевязка селезеночной артерии и перемещение декпсулированной селезенки в забрюшинное пространства признаны неэффективными операциями.

Ключевые слова: сегментарная внепеченочная портальная гипертензия.

Yo'ldoshev G. Yu., Soburova D. R.

Urganch davlat tibbiyot instituti, Xorazm, O'zbekiston

JIGARDAN TASHQARI SEGMENTAR PORTAL GIPERTENZIYANI XIRURGIK DAVOLASH

ANNOTATSIYA

JTPG bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini o'rganish jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalarni qayta ko'rib chiqish va ushbu patologiyada jarrohlik qo'llanmasining optimal hajmini asoslash imkonini berdi. Natijada, splenektomiyaga ko'rsatmalar toraygan, bu faqat oshqozonning varikoz kengaygan venalari mavjud bo'lganda, yaqqol gipersplenizm bilan kechadigan holatlarda o'zini oqlashi mumkin. Taloq arteriyasini bog'lash va dekapsulyatsiyalangan taloqni retroperitoneal bo'shliqqa ko'chirish samarasiz operatsiyalar sifatida tan olingan.

Kalit so'zlar: segmentar jigardan tashqari portal gipertenziya.

Yuldashev G. Yu., Soburova D. R.

Urgench State Medical Institute, Khorezm, Uzbekistan

SEGMENTAL EXTRAPERIPHERAL PORTAL HYPERTENSION SURGICAL TREATMENT

ABSTRACT

Studying the results of surgical treatment of patients with CHD allowed us to review the indications for surgical intervention and substantiate the optimal volume of surgical intervention for this pathology. As a result, the indications for splenectomy have been narrowed, which can be justified only in the presence of varicose veins of the stomach in cases of pronounced hypersplenism. Ligation of the splenic artery and transfer of the decapsulated spleen to the retroperitoneal space are recognized as ineffective operations.

Keywords: segmental extrahepatic portal hypertension.

Введение. Сегментарная внепеченочная портальная гипертензия (СВПГ) представляет собой частный вариант внепеченочной портальной гипертензии, обусловленный блокадой оттока крови по селезеночной вене, при этом мезентерикопортальная зона воротной системы остается неизменной. В возникающую венозную гипертензию вовлекается сосудистая система в основном двух органов селезенки и желудка. Клинически СВПГ проявляется двумя основными симптомами спленомегалией, сопровождающейся у ряда больных гиперсиленизмом, и варикозным расширением вен желудка, нередко осложняющимся профузным желудочным кровотечением. Особенностью СВПГ является локализация варикозно-расширенных вен только в желудке в отличие от тотальной внепеченочной портальной гипертензии, при которой варикозно-расширенные вены распространяются и на пищевод. Показания к операции и выбор объема хирургического вмешательства у больных СВПГ освещены в литературе недостаточно. Это прежде всего связано с тем, что опыт подавляющего большинства авторов, сообщающих о данной категории больных, невелик и ограничивается, как правило, единичными наблюдениями, не позволяющими сделать обобщающих выводов по этим вопросам [1-12].

Актуальность. Хирургическое лечение сегментарной ВПГ представляется далеко нерешенной задачей. Большинство авторов (1, 2, 3, 4, 9) операцией выбора при сегментарной внепеченочной портальной гипертензии спленэктомии считают так как она в большинстве случаев приводит к выздоровлению, однако результаты отдаленных наблюдений эти авторы не проводят. Вопрос о выборе операции как нам представляется не может быть решен только в пользу спленэктомии. По данным (5, 6, 7, 10, 11, 12) и многих других авторов, после спленэктомии нередко развивается аспленическая тромбоцитемия с тромбозом портальной системы. Морфологические исследования показали, что увеличение числа тромбоцитов вызвано соответствующим повышением уровня продукции мегакариоцитов и созреванием большого числа тромбоцитов, а также увеличением количества более молодых их форм. Наряду с тромбоцитозом после спленэктомии появляется склонность к усилению агглютинации тромбоцитов, чем и объясняется возникновение угрозы тромбообразования после этого вмешательства. По мнению других исследователей спленэктомия влечет за собой тромботические осложнения с летальным исходом у 10-16% оперированных больных ер Gautier-Benoit 1971. Эти данные нашли подтверждение в наблюдении Туманян А.Т. 1981, который установили после удаления увеличенной селезенки у 45 больных и интактной селезенки у 17 собак гиперкоагуляционный статус крови, развивавшийся впервые 2-4 дня после операции. Таким образом, суммируя вышеприведенные данные, можно отметить, что вопросы о выборе хирургического лечения сегментарной внепеченочной портальной гипертензии оснащены в литературе недостаточно.

Материалы и методы исследования. Для ответа на вопросы о показаниях к операции и оптимальном объеме хирургического вмешательства при СВПГ мы подвергли ретроспективному анализу наблюдения за 62 больными СВПГ, в клинике Ургенчского Государственного Медицинского Института с 2001 по 2024 г. С учетом этнопатогенеза все наблюдавшиеся больные СВПГ разделены нами на 2 группы: 1-ю составили 27 пациентов, у которых причиной СВПГ явился автономный тромбоз селезеночной вены или ее аномалия неустановленного генеза (первичная СВПГ): 2 ю - 35 больных, у 23 из которых СВПГ развилась как осложнение воспалительных заболеваний поджелудочной железы, у 1-ее

опухоли, у 11 заболеваний системы крови (вторичная СВПГ). Среди заболеваний системы крови в качестве причины вторичной СВПГ нами установлены эритремия (2), миелофиброз (3), лимфогланулематоз (1), лейкоз (1), миелопролиферативный синдром (3), лимфома (1), которые в настоящее время объединены в группу гемобластозов.

Из 62 больных. СВПГ 39 (18 с первичной СВПГ и 21 с вторичной СВПГ) были произведены различные хирургические вмешательства, направленные на ликвидацию желудочных кровотечений или угрозы их возникновения; из 39 больных у 9 пациентов, страдавших вторичной СВПГ, оперативное вмешательство имело целью одновременную коррекцию и основной болезни, которая обусловила непроходимость селезеночной вены. Спленэктомия выполнена у 31 больного, прошивание варикозно-расширенных вен желудка у 8, разобщение сосудистых селезеночно-желудочных связей у 5, пересечение селезеночной артерии у 2, резекция $2/3$ желудка у 2, перемещение селезенки в забрюшинное пространство у 1, диагностическая лапаротомия у 1 больного (всего 50 операций). Число операций превышает число больных, так как 9 человек были оперированы повторно в связи с неэффективностью первичной операции, причем 1 на них был оперирован трижды.

Ретроспективный анализ показал, что в 8 случаях неэффективной оказалась гастротомия с прошиванием на рикозно-расширенных вен желудка, которая производилась в период остро возникшего желудочного кровотечения. Эта операция, давая непосредственный клинический гемостатический эффект, не обеспечивала длительной профилактики кровотечения: во всех наблюдениях, когда выполнялось только прошивание варикозно-расширенных вен желудка (иногда повторно), вскоре вновь возникали рецидивы желудочных кровотечений. Также неэффективной оказалась резекция $2/3$ желудка, произведенная в других лечебных учреждениях на высоте желудочно-кишечного кровотечения.

Как видно из представленных данных, наиболее часто при СВПГ производилась спленэктомия, которая радикально излечивало больных от клинических проявлений этого заболевания. В 5 наблюдениях спленэктомия сочеталась с резекцией поджелудочной железы вместе с кистой последней и в одном наблюдении – с гастротомией и прошиванием варикозно-расширенных вен желудка. Из общего количества произведенных спленэктомий (31) только в 3 наблюдениях эта операция выполнена на высоте кровотечения, причем 2 больных были оперированы в крайне тяжелом состоянии и умерли в послеоперационном периоде. Еще один больной умер через 2,5 мес после спленэктомии, произведенной в плановом порядке, от причины не связанной с операцией. Остальные 28 больных были выписаны из отделения.

При определении показаний спленэктомии в течение многих лет (до 1980 г.) весомым аргументом считали гиперспленизм. Ретроспективный анализ этих наблюдений показал, что в 1-й группе (при первичной СВПГ) у 8 из 13 больных спленэктомия произведена на фоне гиперспленизма, во 2-й группе (при вторичной СВПГ) гиперспленизм встретился только в 5 из 18 наблюдений, а его проявления были умеренными. У 11 больных с 4-6-го дня после спленэктомии развились явления аспленической тромбоцитемии с подъемом числа тромбоцитов у большинства из них до 1-1,8 млн, что сопровождалось у многих пациентов жалобами на головокружение, слабость, головную боль, боли в животе; ухудшением общего самочувствия, в связи с чем после консультации гематолога им была назначена антикоагулянтная и цитостатическая терапия.

Оценка отдаленных результатов операции у 35 больных, оперированных по поводу сегментарной ВПГ

Характер операции	Результат операция				Число умерших в отдаленном периоде
	при первичной СВПГ		при вторичной СВПГ		
	удовлетворительный	неудовлетворительный	удовлетворительный	неудовлетворительный	
Спленэктомия	6	8	13	-	3

Разобшение сосудистых селе-зеночно-желудочных связей	3	-	1	1	-
Пересечение селезеночной ар-терии и перемещение декапсулированной селезенки в забрюшинное пространство	-	1	-	2	3
Итого...	9	9	14	3	6
		18		17	

Гораздо чаще и тяжелее аспленическая тромбоцитемия проявлялась после спленэктомии у больных первой группы (8 больных), при вторичной СВПГ явления умеренно выраженной аспленической тромбоцитемии были отмечены только в 3 наблюдениях.

Анализ лабораторных исследований 11 больных с аспленической тромбоцитемией показал, что у 8 из них до операции в периферической крови были нормальные показатели тромбоцитов и лейкоцитов, у 3 отмечались явления гиперспленизма, причем 1 больной тромбоцитопения была выраженной - $78-10^{11}/л$.

В последние годы мы все чаще производим операции, направленные на разобшение селезеночно-желудочных венозных связей посредством деваскуляризации большой кривизны желудка иногда с ее частичной резекцией. Операция, давая стойкий клинический эффект, позволяет сохранить селезенку, показания к удалению которой мы значительно сузили. Данная операция произведена 5 больным, из которых у 3 она выполнена на высоте желудочного кровотечения.

Эта операция при СВПГ является трудной и кропотливой манипуляцией, что обусловлено выраженной васкуляризацией этой зоны и глубиной ее залегания.

У 2 больных было произведено пересечение селезеночной артерии, дополненное у одной больной перемещением декапсулированной селезенки в забрюшинное пространство в расчете на создание органоанастомоза, у другой - гастротомией с прошиванием варикозно-расширенных вен. Течение послеоперационного периода в одном из этих наблюдений осложнилось тотальным инфарктом селезенки с ее абсцедированием, ввиду чего спустя 75 дней пришлось удалить селезенку.

Одному больному произведено перемещение декапсулированной селезенки в забрюшинное пространство без пересечения селезеночной артерии.

Из 36 выписанных нами больных 35 были прослежены в сроки от 1 года до 17 лет: 7 - в сроки до 1 года, 7 - от 1 года до 6 лет, 13 - от 7 до 10 лет, 8 - от 11 до 17 лет.

Отдаленные результаты (см. таблицу) мы расценивали как удовлетворительные, если после операции рецидивов кровотечения не было, варикозное расширение вен проксимального отдела желудка исчезло, количество тромбоцитов и лейкоцитов колебалось в пределах нормы, больные вернулись к труду, самочувствие их было не хуже, чем до операции; и как неудовлетворительные, если вновь возникали желудочно-кишечные кровотечения, появлялись симптомы нового заболевания (аспленическая тромбоцитемия), которое значительно ухудшало состояние здоровья больного и его самочувствие и служило причиной более тяжелой инвалидизации, происходило прогрессирование и распространение тромбоза на воротную вену, т. е. трансформация СВПГ в тотальную внепеченочную портальную гипертензию (ВПГ).

Оценивая по такой системе отдаленные результаты спленэктомии, мы пришли к заключению (см. таблицу), что у 19 больных результат может быть признан удовлетворительным, причем если в 1-й группе спленэктомия давала положительный результат в основном при гиперспленизме (в 5 из 6 наблюдений), то во 2-й группе такая

тенденция не выявлена. Как мы отмечали, гиперспленизм у пациентов этой группы встречался крайне редко и спленэктомия часто давала хороший эффект (10 из 13 больных). Из 19 больных в отдаленном периоде умерли 3: 1 через 13 лет от пневмонии, 2 от прогрессирования основного заболевания (миелофиброз, лейкоз) через 2 и 9 лет.

У 8 больных, перенесших спленэктомию (все 8 оказались больными 1-й группы), результат был признан неудовлетворительным имела аспленическая тромбоцитемия, которая привела к появлению не только вышеуказанных жалоб, но и у 2 больных к нарушению мозгового кровообращения, чему в одном наблюдении предшествовали тромбоз мезентериальных сосудов и последующая резекция сегмента тонкой кишки, а затем тромбоз правой бедренной артерии и ампутация нижней конечности. Оба больных стали инвалидами I группы, хотя перед спленэктомией это были практически здоровые люди, предъявлявшие единственную жалобу на периодические желудочные кровотечения.

У 2 больных в результате прогрессирования тромбоза в сосудах портальной системы произошла трансформация в тотальную внепеченочную портальную гипертензию, вследствие чего у них при контрольном исследовании через 2-11 лет после спленэктомии были обнаружены варикозно-расширенные вены в пищеводе, что в свою очередь привело к рецидивам тяжелых кровотечений, потребовавших повторной операции. Остальные 4 из 8 больных в связи с аспленической тромбоцитемией периодически вынуждены проходить цикл лечения антикоагулянтами и цитостатиками, после которого самочувствие их улучшается.

Из 5 больных, которым производилось разобщение селезеночно-желудочных связей (у 3 в сочетании с прошиванием вен желудка), у 4 результат можно расценить как удовлетворительный. В одном наблюдении при распространении варикозного расширения вен на двенадцатиперстную кишку эффект был недолгим, меньше чем через 1 год наступил рецидив кровотечения.

Две больные, перенесшие пересечение селезеночной артерии, в одном случае с дополнительным прошиванием варикозных вен желудка, в другом - с перемещением декапсулированной селезенки в забрюшинное пространство, а также больной, у которого произведено перемещение селезенки без перевязки селезеночной артерии, умерли от рецидивов желудочно-кишечных кровотечений через 6-8 лет, причем у одной больной обнаружены варикозно-расширенные вены в пищеводе, что свидетельствовало о трансформации СВПГ в тотальную ВПГ и полном отсутствии эффекта от произведенной операции.

Таким образом, основным показанием к операции при этом заболевании является угроза желудочного кровотечения. Возникновение последнего положение возникшего чрезвычайно усложняет больного и врача, ибо кровотечение, как правило, носит профузный характер и редко останавливается самостоятельно. В период остро кровотечения из-за трудностей в распознавании истинного характера болезни возможны неадекватные операции, когда хирург ошибочно производит резекцию желудка или ограничивается только диагностической лапаротомией. Наиболее частой причиной диагностической ошибки являются трудности эндоскопического выявления варикозного расширения вен кардии и фундального отдела желудка, что связано с переполнением кровью последнего.

Наш опыт позволяет считать, что во время продолжающегося кровотечения у больного, находящегося в тяжелом состоянии, адекватной операцией следует признать гастротомию с прошиванием варикозно-расширенных вен желудка, ибо спленэктомия представляет гораздо больший риск. Очевидно, что после такой операции угроза рецидива желудочного кровотечения прежнему сохраняется. Вот почему после стабилизации состояния у таких больных следует считать оправданным более эффективным объем оперативного пособия, каковым является спленэктомия либо разобщение сосудистых селезеночно-желудочных венозных связей.

Спленэктомию можно рассматривать как операцию выбора только при наличии резко выраженного гиперспленизма. Однако даже в этих наблюдениях имеется возможность

развития аспленической тромбоцитемии, хотя риск этого осложнения намного меньше, чем у больных СВПГ с нормальным исходным составом периферической крови.

Спленэктомия при вторичной СВПГ нередко является вынужденной операцией, продиктованной необходимостью коррекции при основных заболеваниях, например, кистах поджелудочной железы или заболеваниях системы крови. Наблюдения показали, что аспленическая тромбоцитемия при вторичной СВПГ развивается редко. Вот почему резкое сужение показаний к удалению селезенки касается в основном больных 1-й группы, т. е. первичной СВПГ, что подчеркивает практическую значимость разработанной нами классификации СВПГ.

Проведенные наблюдения показали также, что такие операции, как пересечение селезеночной артерии и перемещение декапсулированной селезенки в забрюшинное пространство, не должны применяться при СВПГ, так как они неэффективны в плане профилактики желудочного кровотечения.

При отсутствии варикозно-расширенных вен желудка у больных СВПГ не следует производить оперативные вмешательства даже при наличии явлений гиперспленизма, ибо клинического отображения эти нарушения состава периферической крови не получают. Таких пациентов следует брать на диспансерный учет, выполняя им ГДС для контроля за состоянием желудка не реже 1 раза в год. Такой вариант течения СВПГ угрозы для жизни пациента не представляет.

Таким образом, основой показаний к хирургическому вмешательству у больных СВПГ является угроза развития желудочного кровотечения, возникающая при наличии варикозно-расширенных вен желудка. Операцией выбора у больных СВПГ при наличии варикозно-расширенных вен желудка и гиперспленизма может быть спленэктомия. Исходная тромбоцитопения значительно снижает риск развития аспленической тромбоцитемии. При нормальном составе периферической крови и наличии варикозно-расширенных вен желудка у больных первичной СВПГ следует предпочесть операцию разобщения селезеночно-желудочных связей. Выполнение этой ситуации спленэктомии чревато высоким риском развития аспленической тромбоцитемии; при вторичной СВПГ это осложнение после спленэктомии развивается значительно реже. В период продолжающегося желудочного кровотечения при СВПГ наиболее переносимой является гастротомия и прошивание варикозно-расширенных вен желудка. После стабилизации лечения состояния больного вторым этапом хирургического лечения должна быть спленэктомия или разобщение селезеночно-желудочных венозных связей, которые, будучи выполнены по соответствующим показаниям, дают благоприятный клинический эффект.

Литература

1. Антоненко Н.В., Зверев Я.Г., Татарин Р.А и др. Внепеченочный портальной блок как причина пищеводно-желудочных и кишечных кровотечений “*Анналы хирургической гепатологии*” 2005 Т 10. №2 с 19-21.
2. Аббасов А.Ф. Диагностическая и лечебная тактика у больных с синдромом портальной гипертензии. *Вестник современной клинической медицины*, 2008, Т. 1, №1, с. 115-124.
3. Гроздов О.М., Дубинин М.С. Некоторые спорные вопросы показаний к спленэктомии. *Терапевтический архив*. 1960.Т.33, № 3, с. 3-12.
4. Денисенко Е.В. Лечение и профилактика кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных внепеченочной портальной гипертензией и заболеваниями системы крови. Автореф. дисс. канд. мед наук М. 2009.
5. Ерамишанцев А.К. Первичная внепеченочная портальная гипертензия и ее хирургическое лечение. Диссертация докт. мед. наук. М., 1983.

6. Киценко Е.А., Андреев А.Н Современное состояние проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Вестник современной клинической медицины 2014 Т 7 №5 .89-99.
7. Сухова М.Н. Внепеченочная портальная гипертензия у детей: особенности течение и сопутствующие заболевания. В монографии: “Хирургия”, Москва, 2019.
8. Anand A.C., Sashinder V.K., Mahon L. Gastrointestinal problems at high altitude / Gastroenterol 2006. Vol 27 p 147-152.
9. Danne O., Fernstrom J. Resection of the splenic vein. Acta.Chir. Scand., 1961, vol. 27, p. 147-152.
10. Bosch J Portal hypertension and cirrhosis from evolving concepts to better therapies clin liver Dis (Hoboken) 2020 15-53-62.
11. Morton A. Splenic artery aneurysms, portal hypertension and pregnancy J. Hepotol 2019 May 70 (5) 1025-1026.
12. Rejesh H.A. Meta – analysis of combined generic covered stent graft with or without bare-metal stent for refractory variceal bleeding Journal of Minimal Access surgery 2022 vol 18 №4 p 560-566.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт