

Portal hipertenziya, ektopik varikslər və hemorroy

***Əliyev Ş.H., Baxşəliyev Z.F., Əliyev T.M.**

***e-mail:** umumi_cerahiyye2@mail.ru

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun
“Ümumi cərrahiyyə-2” kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Portal hipertenzialı xəstələrdə qastrointestinal qanaxmalar adətən ikincili olaraq ezofaqal varikslərdən baş verir, amma kolorektal varikslər də daxil olmaqla qastrik və kolonik mukozal zədələnmələrdən olan qanaxmalar isə müxtəlif variyasyalarda rast gəlinirlər. Bu zədələnmələr portal hipertenziv qastropatiya və kolopatiya adlandırılır. Portal hipertenziv kolopatiya klinik əlamətləri və formasına görə iki formaya bölünür: kolorektal varikslər və kolonik mukozal zədələnmə. Baxmayaraq ki, kolorektal varikslər rektum və siqmoid kolonda rast gəlinir, kolonik mukozal zədələnmələr isə bütün yoğun bağırsaqda ola bilər. Kolorektal varikslərlə qara ciyər xəstəlikləri arasında sıx əlaqə vardır və qeyd etmək lazımdır ki, kolorektal varikslər ekstrahepatik portal hipertenzialı xəstələrdə daha tez-tez meydana çıxır. Son 10 ildə portal hipertenziya və varikslərdən qanaxmaların müalicəsində mühüm üstünlüklər əldə edilmişdir: qeyri-selektiv beta-blokatorlar, terlipressin, somatostatin və onun analogları və endoskopik terapiya (skleroterapiya, lateks həlqənin qoyulması, transyuqular intrahepatik portosistemik şunt – TİPS, və s.)

Açar sözlər: Portal hipertenziya, esofageal variks, anorektal variks, hemorroy, sirrotik xəstə.

Ektopik varikslər gastroezofaqal traktın istənilən nahiyəsində lokalizə edən geniş portosistemik venoz kollaterallar olub əksərən portal hipertenzialı xəstələrdə endoskopiya zamanı aşkar edilir. Varikslərdən qanaxmalar adətən 1-5% hallarda rast gəlinir. Ektopik varikslər ikincili olaraq portal hipertenziya, cərrahi müdaxilələr, venoz axının anomaliyalarında, abdominal vaskulyar trombozda və irsi olaraq meydana çıxma bilər. Bu qanaxmalar anemiya, şok, melena, hematemezis, hemateşeziya ilə müşayiət olunur və panendoskopiya, enteroskopiya, endoskopik ultrasonoqrafiya, kapsul endoskopiyası, diaqnostik angiografiya, maqnit rezonans angiografiya (MRT) angiografiya və s. müayinələrdə təyin edilir. Ektopik varikslərdə qanaxması olan xəstələrə təxirəsalınmaz yardım edilməli, həyat funksiyaları bərpa olunmalı, hemodinamik sabillik yaradılmalı və ixtisaslaşmış klinikalara yerləşdirilməlidir. Ektopik varikslərdən olan qanaxmalar

medikamentoz, endoskopik və cərrahi yolla müalicə olunur. Portal hipertenziya zamanı həzm traktının müxtəlif nahiyələrində meydana çıxan varikslərdən qanaxmanın əsas səbəblərindən biri kimi qan təchizatının xüsusiyyətlərini göstərmək olar [1,2].

Məlumdur ki, düz bağırsağ və anal kanalın qan təhcizəti aşağı mezenteral arteriyanın uc şaxəsi olan *a. rectalis superior*, daxili qalça arteriyasının şaxələri *a. rectalis medialis* və *a. rectalis inferior* ilə təmin edilir. Yuxarı rektal vena anal kanalın yuxarı nahiyəsi və rektumu portal sistemə drenə edir. Orta və aşağı rektal venalar isə daxili qalça venası ilə aşağı boş venaya açılır və nəticə etibarilə portakaval anastomoz formalaşır. Portal sistemdə olan maneə nəticəsində portal hipertenziya yaranır ki, bu da qara ciyər sirrozunun ağırlaşmalarından olub hepatik venoz təzyiqlə qradientinin (HVTQ) 5 mmHg-dən yuxarı olması ilə xarakterizə edilir. Portal hipertenziyanın klinik vacib ağırlaşmalarından olan assit, ezofaqal, qastrik və anorektal varikslər adətən HVTQ 10 mmHg-dən yuxarı olan hallarda meydana çıxır. Ezofaqal və ya qastrik varikslərdən olan qanaxmalar isə ölüm və xəstəlik baxımından hələ də mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Kompensə olunmuş qara ciyər sirrozlu xəstələrin 30-40%-də, assiti olanlarda isə 60% hallarda ezofaqal varikslərə rast gəlinir. Variksiz qara ciyər sirrozu olan xəstələrin ildə 5-10%-də yeni varikslər meydana çıxır və zaman keçdikcə bu varikslərin ölçüləri böyüyür, səthləri cırılır və qanaxmaya səbəb olur. Variseal qanaxmalar 7-15% hallarda ölümlə nəticələnir. Variseal qanaxmaların risk amillərinə varikslərin diametri, qara ciyər funksiyasının pozulmasını aid etmək olar [3,4,5].

Qara ciyər sirrozu və ya portal venaların ekstrahepatik obliterasiyasının ağırlaşması olan portal hipertenziyada (PH) əksər hallarda ektopik varikslər inkişaf edir və bunların arasında qastroezofaqal varikslər daha çox portosistematik kollaterallara aid edilə bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, ektopik varikslər az hallarda rast gəlinir. Bir müayinədə öyrənilmişdir ki, PH hesabına variksləri olan 1218 xəstənin ancaq 43-də (3.5%) ektopik variks rast gəlinmişdir. Onlar əksərən duodenum, yeyunum, ileum, kolon və rektumda lokalizə edirlər. Ektopik varikslərdən qanaxmalar az hallarda olur. Bu portal hipertenziyada bütün

gastrointestinal qanaxmaların 1-5%-ni təşkil edir və əsas diaqnostika üsulu endoskopiyadır. PH-lı xəstələrdə aktiv qanaxma haqqında fikirləşməyə əsas verir. Kolonik varikslərin diaqnostikasında kolonoskopiya prinsipial üsuldur. Rektal varikslərin təyin edilməsində isə endoskopiya 43%, endoskopik ultrasonoqrafiyada isə 75% hallarda sensitivliyə malikdir. Ektopik varikslərdən qanaxmaya şübhə olan zaman endoskopik üsullar neqativ nəticə verərsə MRT və MRT anqioqrafiya seçim diaqnostik üsul olmalıdır [7,8].

Rektal varikslər anal dəliyin kənarından 4 sm yuxarıda genişlənmiş variseal venalar şəklində ifadə olunur. Hemorroidlərdən fərqli olaraq bu hallarda müayinə zamanı proktoskopa prolaps olmur. Rektal varikslər portal hipertenziya və qara ciyər sirrozunun fəsadları kimi tez-tez rast gəlinir. Bunlar uyğun olaraq 89% və 56% xəstələrdə qara ciyər sirrozsuz və qara ciyər sirrozlu portal hipertenzialarda meydana çıxır.

Portal hipertenziya hesabına meydana çıxan ezofageal varikslər əksər hallarda massiv qanaxmaya səbəb olur. Anorektal varikslərdən olan qanaxmalar isə az hallarda rast gəlinir. Anorektal varikslər portal sistemi aşağı və orta düz bağırsaq venaları ilə kaval sistemə birləşdirir və portal sistemi dekompensə edir. Anorektal varikslər portal hipertenziyada tez-tez rast gəlinən haldır.

Boursier J. və b. sirrotik portal hipertenzialarda rektal varikslərdən olan qanaxmaların müalicəsində ilkin müalicə kimi endoskopik (lateks həlqənin qoyulması və ya skleroterapiya), müalicə effekt vermədikdə və ya təkrari qanaxmalarda transyuqular intrahepatik portosistemik şunt (TIPS) əməliyyatını məsləhət görmüşlər [9].

Shiraki M və b. 3 rektal variksdən qanaxmanın endoskopik lateks həlqənin qoyulması və skleroterapiya ilə dayandırılması haqqında məlumat vermişlər. Bu xəstələrin ikisində qara ciyər sirrozu və birində ekstrahepatik portal hipertenziya olmuşdur. Hər üç xəstə əvvəllər ezofaqoqastrik varikslərə görə müalicə almışlar. Endoskopik müalicənin nəticələri iki xəstədə yaxşı olmuşdur. Endoskopik skleroterapiya və lateks həlqənin qoyulması zamanı ölüm hallarının olmamasına

baxmayaraq, bir xəstədə qara ciyər çatışmamazlığı fonunda ölüm baş vermişdir [10].

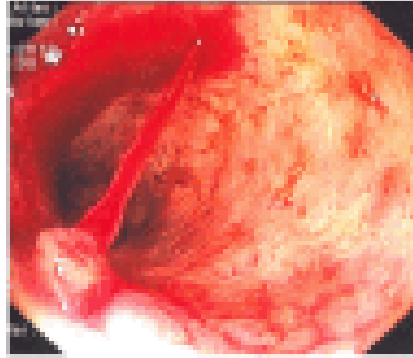
Brij Sharma və b. görə ektopik varikslər intrahepatik PH olan xəstələrdə variseal qanaxmaların 1-5%-ni, ekstrahepatik portal hipertenzialarda isə 20-30%-ni təşkil edir. Ektopik varikslər 18% yeyunum və ya ileumda, 17% duodenumda, 14% kolonda, 8% rektum və 9% peritoneumda lokalizə edir [11].

Chawla və Dilawari siqmoidoskopiyadan istifadə edərək 72 portal hipertenzialı adi xəstəni müayinə etmişdir. Bunlardan 47-si qeyri-sirrofik portal hipertenziya (portal vena fibrozu, eksternal portal hipertenziya obstruksiyası), 25-i isə sirrofik portal hipertenzialı (alkoqol, hepatit B, kriptogenik) xəstələr olmuşdur. Anorektal varikslər bu xəstələrin 78%-də (56) aşkar edilmişdir (89% qeyri sirrofik xəstələr və 56% sirrofik xəstələr). Qeyd etmək lazımdır ki, qeyri sirrofik portal hipertenziya və ya ekstrahepatik vena obstruksiyasında sirrofik xəstələrə nisbətən anorektal varikslər daha geniş (5 mm-dən böyük) olurlar. Bu xəstələrdə ezofaqal varikslər isə 97% halda rast gəlinmişdir. Geniş ezofaqal varikslər də əsasən qeyri sirrofik portal hipertenzialı və ekstrahepatik portal vena obstruksiyası olan xəstələrdə sirrofik xəstələrə nisbətən daha çox rast gəlinir. Heç bir xəstədə müayinə zamanı siqmoid və enən çənbər bağırsaqda varikslər aşkar edilməmişdir. Hosking və b. sirrozlu 100 xəstənin 44%-də anorektal varikslər aşkar etmişdir. Portal hipertenziasız sirrofik xəstələrin 19%-də, portal hipertenzialı sirrofik xəstələrin isə 59%-də anorektal varikslər aşkar edilmişdir. Bu göstəricilər Chawla və Dilawarinin qeyd etdiklərinə görə (78%) daha aşağıdır və anorektal varikslər PH-nın gec mərhələlərində özünü daha aydın biruzə verir. Geniş ezofaqal varikslər olan hallarda anorektal varikslər kiçik və ya olmayan hallara nisbətən daha tez-tez rast gəlinir.

Bundan əlavə PH-nın gec mərhələlərində yuxarı gastrointestinal qanaxmalarda anorektal varikslərin rast gəlinmə tezliyi daha çoxdur.

Ezofaqal varikslərdən fərqli olaraq anorektal varikslər az hallarda qanayır. Johnson və b. 1100 xəstənin yalnız 5-də anorektal varikslərdən qanaxma halını

aşkar etmişlər. Hosking və b. isə 100 PH-lı xəstənin yalnız ikisində anorektal varikslərdən qanaxma olmasını qeyd etmişlər [18].



Şəkil 1. Anorektal varikslərdən kəskin qanaxma

Heaton N.D. və b. portal hipertenziyalı uşaqlarda anorektal problemləri araşdırmışlar. 189 xəstədə PH səbəbli ikincili ezofaqal varikslər skleroterapiya ilə müalicə olunmuşlar. Anorektal simptomlar, proktoskopik tapıntılar və müalicə də bu qrupda araşdırılmışdır. Simptomatik hemorroid və rektal varikslər 4,2% hallarda rast gəlinmişdir. Hemorroy uşaqlarda adətən az hallarda rast gəlinir və bu göstəricinin yüksək olması portal hipertenziyaya ikincili meydana çıxır [12].

Maslekar S. və b. “Anorektal varikslərin sistemik araşdırılması” məqaləsinə xitabən anorektal varikslər portal hipertenziyalı xəstələrin 89%-də meydana çıxır . Baxmayaraq ki ümumi populyasiyalarda az hallarda rast gəlinir. Diaqnozun qoyulmasında anoskopiya və ya siqmoidoskopiyadan istifadə edilməli, müalicədə isə lokal proseduralar – endoskopik lateks həlqənin qoyulması tətbiq edilməlidir [13].

Chawla və Dilawari tədqiqatlarında isə yalnız ekstrahepatik portal vena obstruksiyası olan bir xəstədə anorektal varikslərdən qanaxma qeyd etmişdir. Baxmayaraq ki, anal kanalda sistemik və portal sistem arasında anastomozlar mövcuddur, portal hipertenziyalı xəstələrdə hemorroidal qanaxmalar normal populyasiyalardan fərqlənir. Baxmayaraq ki, portal hipertenziyalı xəstələrdə prolapsa uğramış babasil düyünlərindən qanaxma az hallarda rast gəlinir, amma bu həyat üçün çox təhlükəlidir. Bu əksər hallarda ensefalopatiyanın müalicəsi fonunda baş verir, hansına ki sorulmayan antibiotiklər də daxil edilir. Müalicə nəticəsində

xəstələrdə tez-tez ciddi diareya halı rast gəlinir. Dışli xəttədən yuxarı və ya aşağı anal kanaldakı zədələnmələr qanaxmaya səbəb ola bilər. Bu zaman qanaxma davam edən, fasiləli və ya massiv ola bilər [14].

Anoskopiya zamanı qanaxmanın mənbəyini təyin etmək adətən mümkün olur. Qanaxma yeri təyin edildikdən sonra 0,25%-li bupivacainlə (1:200000epinefrin) anal kanal anesteziya edilir. Prat anal kanal güzgülərindən istifadə etməklə anal kanal genişləndirilir və 3-0 sintetik sorulan sapdan istifadə etməklə 8 şəkilli tikişlər qoyulur. Tikişlər selikli, submukoz qişanı və internal sfinkteri tutmalıdır ki, qanaxmanın qarşısını yaxşı alsın. Vacib şərtlərdən biri də koagulopatiyanın müalicəsi və diareyaya nəzarətdir. Portal hipertenzialı xəstələrdə anorektal toxuma ödemli və asan zədələnən olur. Tikilmiş toxumalar nekroza uğraya bilər ki, bu da ikincili qanaxmaya səbəb ola bilər. Adətən belə hallar koagulopatiya olan xəstələrdə daha çox rast gəlinir. Bu zaman təkrari tikişlərin qoyulması lazım gəlir və özünü doğrultmayan hallarda qanaxmanı saxlamaq üçün hemorroidektomiya ehtiyat üsuludur. Əgər patoloji prosesə bir nəhiyə cəlb edilibsə həmin kvadrantda hemorroidektomiya məsləhət görülür. Qara ciyər sirrozu olan xəstələrdə sallanmış babasillərə lateks həlqə də qoyula bilər.

Konborozos və b. 2 və 3 dərəcə babasil və portal hipertenziası olan 16 xəstədə eyni vaxtda çoxsaylı lateks həlqə qoymuşdur. Bu xəstələri 6-da koagulopatiya da olmuşdur. Bu zaman lateks həlqə qoyulduqdan sonra ağırlaşma olmamışdır. Portal hipertenzialı xəstələrdə hemorroidal qanaxmaları portal hipertenziya hesabına meydana çıxan anorektal varikslərdən olan qanaxmalardan fərqləndirmək lazımdır. Anorektal varikslər perianal nəhiyə, anal kanal və rektumun hər birində meydana çıxır və bəzən rektuma kimi davam edir. Qanaxmaya adətən anal kanalın yastı hüceyrəli nəhiyəsi məruz qalır [15].

Anorektal varikslərdə qanaxmanı saxlamaq üçün müəyyən üsullar mövcuddur. Hosking və Johnson sintetik sorulan saplardan istifadə etməklə rektumda kifayət qədər yuxarıdan başlayan və anal kanalın kənarına kimi davam

edən fasiləsiz tikişlərdən müvəffəqiyyətlə istifadə etmişlər. Adətən 3 və ya 4 Morqan sütunları tikilir. Bu üsul 13 xəstədə orta hesabla 7 ay müddətində (1-36 ay) müşahidədə qanaxmanı saxlamışdır [16]. 2 xəstədə erkən və bir xəstədə isə gecikmiş qanaxma müşahidə edilmişdir. Biswas və b. PH-da anorektal varikslərdə olan qanaxmalar zamanı çoxsaylı qan transfuziyaları haqqında məlumat vermişlər. Stapler hemorroidopeksiya da anorektal qanaxmanı müvəffəqiyyətlə dayandırmışdır [17].

Katz və b. anorektal varikslərlə əlaqəli qanaxmalar zamanı ilk dəfə olaraq TIPS əməliyyatını istifadə etmişlər. TIPS əməliyyatından 24 saat sonra Pelvis və Abdomenin MRT, MR venoqramması, ultrasonoqrafiya anorektal varikslərdə dekompressiyanın baş verdiyini göstərmişdir. TIPS əməliyyatından 7 gün sonra isə sigmoidoskopiya anorektal varikslərin ölçülərinin kiçildiyini göstərmişdir. Xəstədə sonrakı 6 ay müddətində müşahidədə qanaxma olmamış və xəstə refraktor pnevmoniyadan tələf olmuşdur [18].

Yeh və McGuire alkqol sirrozu ilə əlaqəli PH-da anorektal varikslərdə massiv qanaxmanı liqatura qoymaqla (effekt olmayan hallarda rektal tamponadadan istifadə etməklə) saxlamışlar [19].

Misra SP və b. portal hipertenzialı 39 xəstədə ezofaqal varikslərə görə endoskopik skleroterapiyanın rolunu öyrənmişlər. Ezofaqal varikslərin ensoskopik skleroterapiyasından sonra hemorroid (əməliyyatdan əvvəl və sonra 32%), anorektal varikslər (45% əvvəl və sonra) və ya portal hipertensiv kolopatiyanın 960.5% əvvəl və 66% sonra) yayılmasında statistik əhəmiyyətli fərq aşkar edilməmişdir. Onların gəldiyi qənaət bundan ibarət olmuşdur ki, ezofaqal varikslərin obliterasiyası gələcəkdə hemorroid, anorektal variks və portal hipertensiv kolopatiyanın meydana çıxmasına əhəmiyyətli təsir etmir [20,21].

Ümumiyyətlə ədəbiyyat içməliyinin araşdırılması nəticəsində aşağıdakı qənaətə gəlmək olar:

1. Sirrotik və qeyri sirrotik portal hipertenzialarda ən çox ezofaqal varikslər rast gəlinir və bunlar 60-70% hallarda qanaxma ilə fəsadlaşır.

2. Portal hipertenziyada aşağı qastrointestinal traktada hemorroy, anorektal variks və portal hipertensiv kolopatiya meydana çıxma bilər və bu bəzən qanaxma ilə müşayiət edir. Portal hipertenzialı xəstələrdə babasilin rast gəlmə tezliyi normal populyasiyalardakı rastgəlmə tezliyindən statistik əhəmiyyətli dərəcədə fərqlənir.

3. Ektopik varikslərdə qanaxma zamanı endoskopiyanın nəticələri neqativdirsə, belə olan hallarda MRT və MRT angiografiya seçim diaqnostik üsuldur.

4. Varikslərdən qanaxmaların müalicəsində əsas məqsəd birincili və təkrari qanaxmanın dayandırılması, aktiv qanaxmaya nəzarətdən ibarətdir.

5. Qastroezofaqal qanaxmaların müalicəsinə farmakoloji terapiya (vazoaktiv agentlər, qeyri selektiv beta-blokatorlar, somatostatin, terlipressin, antibiotik profilaktikası), endoskopik terapiya (skleroterapiya, lateks həlqənin qoyulması), TIPS, şunt cərrahiyyəsi aparılır.

6. Aktiv variks qanaxmaları olan xəstələrdə müalicənin məqsədi təkcə qanaxmanın dayandırılması və qanaxmaya nəzarət deyil, eyni zamanda təkrari qanaxma, infeksiya və renal fəaliyyətin profilaktikasıdır. Transfuzion və infuzion müalicə fonunda qanda Hb-nin miqdarı 7-8 g/dl həndəvərində saxlanılmalıdır. Massiv qanaxma və ya hepatik ensefalopatiya olan hallarda bronxial aspirasiya riskinin profilaktikası məqsədilə xəstələr intubasiya olunmalıdır.

7. Ezofaqal varikslərin endoskopik skleroterapiyası hemorroy, anorektal, kolonik varikslər və PH-lı kolopatiyaların rastgəlmə tezliyini artırmır.

8. Effektiv müalicə hesabına son iki dekadada varikslərdə olan qanaxmalarda ölüm 40%-dən 20-15% -ə kimi enmişdir.

ƏDƏBİYYAT

1. Sarin SK, Agarwal SR. Gastric varices and portal hypertensive gastropathy // *Clin Liver Dis.* 2001 Aug; 5 (3):727-67.
2. Cheung RC, Cooper S, Keeffe EB. Endoscopic gastrointestinal manifestations of liver disease // *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2001 Jan;11(1):15-44.
3. Rockey DC. Pharmacologic therapy for gastrointestinal bleeding due to portal hypertension and esophageal varices // *Curr Gastroenterol Rep.* 2006 Feb;8(1):7-13.
4. García-Pagán JC, Reverter E, Abraldes JG, Bosch J. Acute variceal bleeding // *Semin Respir Crit Care Med.* 2012 Feb;33(1):46-54. doi: 10.1055/s-0032-1301734. Epub 2012 Mar 23.
5. Bosch J., Carlos E. Rubio Memorial Lecture. Prevention and treatment of variceal hemorrhage // *P R Health Sci J.* 2000 Mar;19(1):57-67.
6. Biecker E. Gastrointestinal Bleeding in Cirrhotic Patients with Portal Hypertension // *ISRN Hepatol.* 2013 Jul 22;2013:541836. doi: 10.1155/2013/541836. eCollection 2013.
7. Biswas S, George ML, Leather AJ. Stapled anopexy in the treatment of anal varices: report of a case // *Dis Colon Rectum.* 2003 Sep;46(9):1284-5.
8. Fick TE, van Buuren HR, Huisman AM, Schreve RH, Terpstra OT. Intermittent bleeding from anorectal varices // *Neth J Surg.* 1985 Dec;37(6):187-9.
9. Boursier J, Oberti F, Reaud S, Person B, Maurin A, Cales P. Bleeding from rectal varices in a patient with severe decompensated cirrhosis: success of endoscopic band ligation. A case report and review of the literature [Article in French] // *Gastroenterol Clin Biol.* 2006 May;30(5):783-5.
10. Shiraki M, Takagi S, Sugiyama K, Iwasaki T, et al. Rupture of rectal varices treated with endoscopic variceal ligation // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2004 Oct;14(5):295-9.
11. Sato T, Yamazaki K, Toyota J, Karino Y, Ohmura T, Suga T. The value of the endoscopic therapies in the treatment of rectal varices: a retrospective comparison between injection sclerotherapy and band ligation // *Hepatol Res.* 2006 Apr;34(4):250-5. Epub 2006 Mar 15.
12. Heaton ND, Davenport M, Howard ER. Symptomatic hemorrhoids and anorectal varices in children with portal hypertension // *J Pediatr Surg.* 1992 Jul;27(7):833-5.
13. Maslekar S, Toh EW, Adair R, Bate JP, Botterill I. Systematic review of anorectal varices // *Colorectal Dis.* 2013 Dec;15(12):e702-10. doi: 10.1111/codi.12417.
14. Chawla Y, Dilawari JB. Anorectal varices—their frequency in cirrhotic and non-cirrhotic portal hypertension // *Gut* 1991; 32:309–311.
15. Konborozos VA, Skrekas GJ, Pissiotis CA. Rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids: results of 500 cases // *Digestion Surg* 2000; 17:71–76.
16. Hosking SW, Smart HL, Johnson AG, Triger DR. Anorectal varices, haemorrhoids, and portal hypertension // *Lancet.* 1989 Feb 18;1(8634):349-52.
17. Biswas S, George ML, Leather AJM. Stapled anopexy in the treatment of anal varices // Report of a case. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:1284–1285.
18. Katz JA, Rubin RA, Cope C, Holland G, Brass CA. Recurrent bleeding from anorectal varices: successful treatment with a transjugular intrahepatic portosystemic shunt // *Gastroenterology* 1993; 88:1104–1107.
19. Yeh T Jr, McGuire HH Jr. Intractable bleeding from anorectal varices relieved by inferior mesenteric vein ligation // *Gastroenterology* 1994; 107:1165–1167.
20. Misra SP, Dwivedi M, Misra V. Prevalence and factors influencing hemorrhoids, anorectal varices, and colopathy in patients with portal hypertension // *Endoscopy*, 1996. May;28(4):340-5
21. Misra SP, Misra V, Dwivedi M. Effect of esophageal variceal sclerotherapy on hemorrhoids, anorectal varices and portal colopathy // *Endoscopy.* 1999 Nov;31(9):741-4.

РЕЗЮМЕ

Портальная гипертензия, эктопические вариксы и геморрой

Алиев Ш.Г., Бахшалиев З.Ф., Алиев Т.М.

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования
Врачей имени А.Алиева, кафедра хирургии II, Баку, Азербайджан

У больных с портальной гипертензией гастроинтестинальные кровотечения, как обычно возникает вторично из эзофагиальных вариксов. Но и включительно при колоректальных вариксах встречаются различные вариаций кровотечений из поврежденных гастрических и колонических мукоз. Эти повреждения называются портальная гипертензивная колопатия и гастропатия. Портальная гипертензивная колопатия по клиническим симптомам и формам делятся на 2 группу: колоректальные вариксы и колонические мукозальные повреждения. Несмотря на то, что колоректальные вариксы встречаются в ректуме и сигмоидальном отделе колона, колонические мукозальные повреждения могут встречаться по всей толстой кишке. Между колоректальным вариксом и болезнями печени имеется интимная связь. Следует заметить, колоректальные вариксы у больныхс экстрагепатической портальной гипертензией встречаются довольно часто. За последние 10 лет лечение портальной гипертензии и вариксных кроиотечений были достигнуты большие успехи: неселективные бета-блокаторы, терлипрессин, соматостатин и его аналоги и эндоскопическая терапия (слеротерапия, латексные кольца), трансъюгулярное внутрпеченочное портосистемное шунтирование (TIPS) и т.д.

Ключевые слова: портальная гипертензия, эзофагеальный варикс, аноректальный варикс, геморрой, цирротические больные

SUMMARY

Hemorrhoids, ectopic varices and portal hipertension

Aliyev Sh.H., Bakhshaliyev Z.F., Aliyev T.M.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named by A.Aliyev,
department of surgery II, Baku, Azerbaijan

Gastrointestinal bleeding in patients with portal hypertension is usually secondary to esophageal varices, but massive bleeding from gastric mucosal lesions and colonic mucosal lesions including colorectal varices, have been variably described. These lesions are called portal hypertensive gastropathy and colopathy. The clinical feature and profile of portal hypertensive colopathy is classified two groups, which are named colorectal varices and colonic mucosal lesions. Although colorectal varices are usually seen at rectum and sigmoid colon, colonic mucosal lesions are seen all part of colon. Significant relationship between colorectal varices and liver disease has been reported and colorectal varices is highly appeared in patients with extrahepatic portal obstruction. Many advances in the management of portal hypertension and variceal hemorrhage have occurred during the last 10 years: nonselective beta blockers,

terlipressin, somatostatin or its analogues and endoscopic therapy (sclerotherapy, band ligation), transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) etc.

Keywords: portal hipertension, esophageal varices, anorectal varices, hemorrhoids, cirrotic patients.

Redaksiyaya daxil olub: 03.10.2016

Çapa tövsiyə olunub: 31.10.2016

Rəyçi: t.ü.e.d. Saidova F.X.