

15. Sjöwall C. Serum levels of autoantibodies against C-reactive protein correlate with renal disease activity and response to therapy in lupus nephritis / Sjöwall C, Zickert A, Skogh T, Wetterö J, Gunnarsson I // Arthritis Res Ther. – 2009. – Vol.11(6). R188.

*Н. С. Синькевич, Е. И. Козлова,  
студентки V курса педиатрического факультета,  
Белорусский государственный медицинский университет*

## **ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ. ДИАГНОСТИКА. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Термин «**портальная гипертензия**» характеризует комплекс изменений, возникающих при затруднении тока крови в портальной системе, вызванном различными заболеваниями.

**Актуальность:** Независимо от причин возникновения синдром портальной гипертензии у детей является из одной проблем в детской хирургии. Основным залогом успешного лечения портальной гипертензии у детей является ранняя диагностика и рациональный выбор лечения. С 1999 г. на базе УЗ ДХЦ г. Минска для лечения детей, страдающих портальной гипертензией, начата разработка схемы и широкое применение методики эндосклерозирования, что позволяет эффективно предупредить развитие кровотечений, не препятствующих образованию новых портосистемных и гепатопетальных коллатералей.

### **Различают следующие типы портальной гипертензии:**

**надпеченочная** (сужение печеночных вен или нижней полой вены выше ее слияния с печеночными венами (болезнь Chiari), синдром Budd-Chiari, сужение нижней полой и/или печеночной вен в результате врожденной перегородки, тромба, опухоли, гипертрофированной хвостатой доли печени, кардиальный цирроз Пика, рестриктивный перикардит);

**внутрипеченочная** (цирроз печени, врожденный фиброз печени, миелофиброз, выраженная жировая инфильтрация, внутрипеченочные опухоли, шистосомоз, болезнь Кароли);

**вне-(или под-)печеночная** (флебосклероз, облитерация и тромбоз воротной и селезеночной вен, изолированный тромбоз селезеночной вены, врожденный стеноз и/или атрезия воротной вены и ее ветвей, сдавление вен рубцами, опухолью или лимфатическими узлами);

**смешанная** (когда порок развития воротной вены осложняется хроническим вирусным гепатитом, а затем и циррозом печени или аномалия развития воротной вены сочетается с фиброзированием ткани печени).

В некоторых публикациях выделяют также **идиопатическую** портальную гипертензию, при которой возникает стойкое повышение давления в системе воротной вены без цирроза печени и обструктивных изменений в венах портальной системы.

### **По клиническим проявлениям различают три стадии ПГ:**

– **компенсированную:** 1) стойкая спленомегалия, 2) наличие ВРВП, различной протяженности, 3) возможная гепатомегалия;

– **субкомпенсированную:** 1) стойкая спленомегалия, 2) наличие ВРВП, различной протяженности, 3) гепатомегалия, 4) гиперспленизм;

– **декомпенсированную:** 1) стойкая спленомегалия, 2) наличие ВРВП, различной протяженности, 3) гепатомегалия, 4) прогрессирующий гиперспленизм, 5) кровотечение из ВРВПиЖ, 6) возможно асцит.

По литературным данным в детском возрасте у 85–95% пациентов с ПГ диагностируется подпеченочный тип блока.

**Возрастание интереса к эндоскопическим методам лечения и профилактики кровотечений из ВРВПиЖ у детей связано со следующими основными причинами:**

1) неудовлетворительные результаты шунтирующих операций;

2) развитие портосистемных энцефалопатий после выполнения тотальных шунтирующих операций;

3) желание избежать хирургических вмешательств, которые могут затруднить последующую трансплантацию печени;

4) минимальная травматичность методов.

Особенностью ПГ у детей, по мнению большинства авторов, является снижение частоты и тяжести кровотечений с возрастом, за счет вновь образующихся портосистемных и гепатопетальных коллатералей. В связи с этим многие из них считают, что основная задача хирургии ПГ у детей – предотвращение пищеводно-желудочных кровотечений до момента развития естественных коллатералей.

С этой точки зрения заслуживает особого внимания метод эндоскопического склерозирования (ЭС), т.к. он позволяет эффективно предупреждать развитие кровотечений, не препятствует образованию новых портосистемных и гепатопетальных коллатералей, не приводит к снижению перфузии печени и не препятствует последующей её трансплантации (в случае необходимости).

ЭС выполняется под эндотрахеальным наркозом с использованием гибких эндоскопов «OLYMPUS» и «FUJINON» (d = 5,6 – 9,0 мм) и эндоскопических инъекторов (d=1,8-2,8 мм). В качестве склерозанта используется Aethoxysklerol 0,5-3%, содержащий 5–30 мг/мл полидоканаола. Препарат вводится из расчета до 2 мг/кг массы тела на один сеанс обкалывания.

ЭС проводится по спиральной методике: когда введения выполняются последовательно в каждый венозный ствол в проксимальном направлении, начиная от кардии. Объем одной инъекции составляет от 0,25 до 1,5-2 мл склерозирующего вещества.

**Технические особенности метода различаются по способу введения склерозирующего вещества:**

а) эндовазальный – если препарат вводится непосредственно в варикозно-расширенный узел;

б) паравазальный – когда препарат вводится в подслизистый слой из нескольких точек рядом с варикозно-расширенным узлом;

в) комбинированный метод – предполагает сочетанное использование двух первых методик.

### **Полученные результаты:**

1) возраст пациентов на момент начала лечения составил от 9 месяцев до 16 лет;

2) остаточный варикоз из ранее оперированных 102 детей имел место у 54, рецидивный – 48 пациентов;

3) распределение по типу гемодинамического блока: подпеченочный – 88,9%; внутрипеченочный – 7,9%; смешанный – 3,2%;

4) у 47 детей склеротерапия использовано в качестве «первой линии», среди которых у 20 имели кровотечение в анамнезе; у 37 детей с впервые установленным диагнозом склеротерапия использована, как самостоятельный метод;

5) у 87 детей эндосклерозирование проводили в ходе плановой послеоперационной диспансеризации, после остановки кровотечения у 15 пациентов;

6) плановая склеротерапия при неосложненном варикозе проводилась у 27 детей, после остановки кровотечения у 9 детей.

### **В динамике многолетних наблюдений после применения ЭС отмечено:**

1) уменьшение размеров и количества варикозов у 46,7% детей, а в 53,3% случаев – их полная облитерация;

2) снижена частота и тяжесть рецидивов кровотечений;

3) улучшено «качество» жизни детей с данной патологией;

4) получен высокий экономический эффект.

### **Выводы:**

1) Применение эндоскопической склеротерапии позволяет не только существенно снизить затраты на лечение больных детей с данной патологией, сократить сроки пребывания их в стационаре, но и значительно повысить его эффективность.

2) С началом применения ЭС в ДХЦ уменьшилось количество операций, проводимых по поводу ПГ

3) Таким образом, ЭС можно считать эффективным методом лечения ПЖВ у детей с портальной гипертензией. Его можно применять не только для остановки опасных для жизни кровотечений из ВРВП, но и в качестве дополнительного метода к различным операциям в системе обязательного послеоперационного диспансерного наблюдения.

4) Как самостоятельный метод лечения осложненного и неосложненного ПЖВ, по своей результативности, универсальности и безопасности ЭС в ряде случаев может заменить традиционные хирургические вмешательства.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Хирургические болезни: Учеб. / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, Н.М. Кузин и др.; Под ред. М.И. Кузина. -3-е изд, перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005.-784 с.
2. Хирургические болезни: Учеб.: В 2 т / Савельев В.С. [и др.]; под общ. ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2005.
3. Шотт, А.В. Курс лекций по частной хирургии / А.В. Шотт, В.А. Шотт. – Минск: Асар, 2004. – 525 с.
4. Ковалев, А.И. Пропедевтика хирургической патологии / А.И. Ковалев [и др.]; под общ. ред. Ковалева А.И., Чадаева А.П. – М.: Медицинская книга, 2006. – 640 с.
5. Немилова, Т. К. Детская хирургия / Т. К. Немилова. – Пит-Гал, 1997. – С. 139-150.