

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ И ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста

Кубанского государственного медицинского университета,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 8-861-268-52-90;

²Детская краевая клиническая больница (хирургическое отделение № 3),

Россия, 350007, г. Краснодар, площадь Победы, 1; тел. 8-861-267-20-91

В работе представлен опыт лечения 128 детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) с 1997-го по 2013 г. Гиперспленизм (ГС) выявлен у 48 детей (37,5%). Применялись методы медикаментозного и оперативного лечения ГС. Авторы ГС подразделяют на три формы клинического течения: 1) компенсированную, 2) субкомпенсированную и 3) декомпенсированную. Компенсированная форма ГС диагностирована у 19 детей (14,8%) и поддается медикаментозному лечению. Субкомпенсированная форма выявлена у 19 больных (14,8%) и требует как медикаментозного, так и хирургического лечения. Декомпенсированная форма ГС выставлена 10 больным (7,8%) и корригировалась хирургическим методом.

Ключевые слова: синдром портальной гипертензии, гиперспленизм, дети, медикаментозное и оперативное лечение.

V. A. TARAKANOV¹, A. V. POLEEV², O. A. TERESHENKO², A. E. STRYKOVSKY¹

TO THE QUESTION OF CLASSIFICATION AND TREATMENT TACTICS
OF HYPERSPLENISM PORTAL GENESIS IN CHILDREN

¹Department of surgical diseases in children Kuban state medical university,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street., 4; tel. 8-861-268-52-90;

²Children's regional clinical hospital (surgical department № 3),

Russia, 350007, Krasnodar, Victory square, 1; tel. 8-861-267-20-91

The paper presents the experience in the treatment of 128 children with the syndrome of portal hypertension (SPH) from 1997 to 2013. Hypersplenism (HS) was diagnosed in 48 children (37,5%). Applied methods of medical and surgical treatment of HS. The authors of the HS divides into three forms clinical course: 1) compensated, 2) subcompensated and 3) decompensated. Compensated form of HS diagnosed in 19-and children (14,8%) and given medical treatment. Subcompensated form detected in 19 patients (14,8%) and requires both medical and surgical treatment. Decompensated form HS exhibited 10 patients (7,8%) was cured surgical method.

Key words: syndrome of portal hypertension, hypersplenism, children, drug and surgical treatment.

Введение

С проблемой лечения гиперспленизма (ГС) в той или иной степени сталкиваются специалисты, занимающиеся лечением больных с синдромом портальной гипертензии (СПГ). Гиперспленизм представляет собой клинко-гематологический синдром, являющийся одним из осложненных портальной гипертензии [2]. Лабораторные проявления гиперспленизма характеризуются панцитопенией – снижением в крови всех форменных элементов (тромбоцитопения, лейкопения, анемия) или отдельных типов клеток периферической крови (парциальный ГС). Согласно современным представлениям, развитие ГС при портальной гипертензии обусловлено несколькими патологическими процессами: поражением ре-

тикулоэндотелиальной системы, спленогенным торможением костномозгового кроветворения, образованием антител к форменным элементам крови, повышенным разрушением эритроцитов и тромбоцитов в увеличенной селезёнке [3]. Анализ современной литературы свидетельствует об отсутствии классификации гиперспленизма в практике лечения детей с синдромом портальной гипертензии [1, 5]. Несмотря на существующее многообразие медикаментозных препаратов и хирургических методик, использующихся для коррекции гиперспленизма, нет чётких критериев их применения у пациентов с той или иной тяжестью течения заболевания [4].

Целью работы было определение эффективности и показаний к различным методам лечения

гиперспленизма (ГС) у детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) в зависимости от клинического течения заболевания.

Материалы и методы исследования

В клинике детской хирургии Кубанского государственного медицинского университета на базе детской краевой клинической больницы с 1997-го по 2012 г. пролечено 128 детей с синдромом портальной гипертензии. Из них осложнения заболевания в виде гиперспленизма отмечены у 48 детей (37,5%). Применялись методы медикаментозного и оперативного лечения ГС. Лекарственная терапия включала: препараты α -интерферона и его индукторов, лейкоцитарные колониестимулирующие факторы, эритропоэтины, глюкокортикоиды. Предлагаем собственную классификацию синдрома гиперспленизма, исходя из которой определяется лечебная тактика в отношении данной категории больных. Согласно этой классификации ГС подразделяется на три формы клинического течения: 1) компенсированную, 2) субкомпенсированную и 3) декомпенсированную. Выделяя клинические формы заболевания, мы исходили из следующих критериев (приведены в порядке своей значимости): а) количество тромбоцитов в гемограмме, б) клинически значимые геморрагические проявления, в) ответ на медикаментозную терапию.

Результаты исследования и их обсуждение

Компенсированная форма ГС диагностирована у 19 детей (14,8%). Для неё характерно незначительное снижение уровня тромбоцитов: до 100–150 Г/л. Геморрагические проявления отсутствуют или незначительные (в виде нечастых носовых кровотечений, кожных петехиально-экхимозных элементов). Проведённая медикаментозная терапия у всех больных привела к нормализации показателей гемограммы с купированием геморрагических явлений.

Субкомпенсированная форма выявлена у 19 больных (14,8%). Она характеризуется выраженной тромбоцитопенией на уровне 70–100 Г/л, что обуславливает стойкий геморрагический синдром в виде повышенной кровоточивости слизистых оболочек, кожных проявлений. Из этой группы больных у 10 отмечаются пищеводные кровотечения, в генезе которых тромбоцитопении отводится не последняя роль. Медикаментозная терапия в данном случае менее эффективна: у 8 больных ГС переведён в компенсированную форму, у 11 пациентов для поддержания стабильных показателей гемограммы требуются регулярные курсы фармакотерапии.

11 детей с субкомпенсированным ГС были оперированы по поводу пищеводного кровотечения. Выполнялись операции кардиоэзофагеального

разобщения в сочетании с перевязкой селезёночной артерии, операции спленоренального шунтирования (у всех в послеоперационном периоде отмечается положительный эффект – сокращение селезёнки с исчезновением явлений ГС).

Декомпенсированная форма ГС выставлена 10 больным (7,8%). Для них характерна значительная тромбоцитопения – ниже 70 Г/л (иногда до критических цифр 30–40 Г/л). Это обстоятельство повышает риск возникновения пищеводных кровотечений даже при отсутствии кризов в портальной системе и при невысоких степенях варикозного расширения вен пищевода. У всех детей этой группы отмечаются пищеводные кровотечения, у некоторых неоднократные. Кожно-слизистые геморрагические проявления также значительно выражены. Медикаментозное лечение у всех больных с декомпенсированной формой было безуспешным. Это явилось показанием к оперативному лечению, патогенетическим моментом которого является удаление «агрессивно настроенного» органа – селезёнки или уменьшение размеров последней за счёт портосистемного шунтирования. Спленэктомия выполнена 7 больным этой группы (в 4 случаях в сочетании с проксимальным спленоренальным шунтированием, в 3 случаях – в сочетании с кардиоэзофагеальным разобщением). У 3 больных выполнена операция дистального спленоренального шунтирования с сохранением селезёнки. В послеоперационном периоде явления гиперспленизма были купированы полностью.

У большинства детей с декомпенсированной и субкомпенсированной формами ГС отмечается выраженная спленомегалия (селезёнка выступает на 10–15 см из-под рёберной дуги и нижним полюсом достигает уровня пупка и ниже). Однако степень тяжести ГС не всегда соответствует степени спленомегалии (незначительно увеличенная селезёнка вызывает декомпенсированный ГС, а «гигантская» селезёнка может вообще протекать без явлений ГС). Нами также не было выявлено прямой зависимости между степенью выраженности гиперспленизма и уровнем снижения лейкоцитов и эритроцитов (в том числе анемии). У всех больных в общем анализе крови лейкоциты составляли 1,5–6,0 Г/л, эритроциты 1,8–4,0 Т/л (Hb 60–110 г/л). Однако отмечается следующая закономерность: вначале снижается количество тромбоцитов, затем гранулоцитов и при прогрессирующем течении – эритроцитов и гемоглобина.

Таким образом, наш опыт лечения детей с синдромом портальной гипертензии позволяет сделать выводы, что:

1. Гиперспленизм как осложнение СПГ имеет компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную формы клинического течения.

2. Медикаментозная коррекция эффективна при компенсированной и субкомпенсированной формах ГС. В случае декомпенсации заболевания показано оперативное лечение.

3. Проблема лечения детей с ГС на сегодняшний день до конца не решена и требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А. Е., Шавров А. А., Сенякович В. М., Леонтьев А. Ф. Клиника, диагностика и хирургическое лечение детей с портальной гипертензией // Хирургия. – 1993. – № 3. – С. 56–60.

2. Ерамишанцев А. К., Шерцингер А. Г., Лебезев В. М. и др. Результаты лечения больных с кровотечением из варикозно

расширенных вен пищевода и желудка // Рос. гастроэнтерол. журн. – 1995. – № 2. – С. 11–17.

3. Леонтьев А. Ф. Внепеченочная блокада портального кровообращения у детей: Дис. д-ра мед. наук. – М., 1983.

4. Evans S., Stovroff M., Heiss K., Rickens R. Selective distal splenorenal shunts for intractable variceal bleeding in pediatric portal hypertension // J. pediat. surg. – 1995. – Vol. 30. № 4. – P. 1115–1118.

5. Ferayorny L., Poiyo J., Groszman R. Drag therapy for portal hypertension – a 5-year review // Portal hypertension ii proceeding of the second baveno international consensus workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies. – Milano, 1996. – P. 68–97.

Поступила 23.05.2014

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹, М. А. АНОХИНА¹,
В. М. СТАРЧЕНКО¹, В. М. НАДГЕРИЕВ¹, А. Н. ЛУНЯКА¹,
О. А. ТЕРЕЩЕНКО², А. В. ПОЛЕЕВ²**

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И В АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЕ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава РФ, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. 8-928-848-05-42. E-mail: mara77777@yandex.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ Краснодарского края, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1

Реабилитация детей, перенесших операции на толстой и прямой кишке, является важной проблемой детской хирургии. Ее актуальность обусловлена широким распространением данных аномалий развития, требующих хирургической коррекции: 1:4000–5000 новорожденных. У всех пациентов с этой патологией отмечаются воспалительные изменения со стороны слизистой кишечника. Применение антибактериальных препаратов в пред- и послеоперационном периодах в 100% случаев обуславливает развитие дисбиоза кишечника. Уникальность дисбактериоза проявляется в том, что данное заболевание находится в сфере интересов врачей разных специальностей. Традиционные методы коррекции нарушений микробиоценоза кишки не всегда достаточно эффективны у больных хирургического профиля. Цель данного исследования – оптимизировать схему профилактики и лечения дисбактериоза у хирургических больных.

Ключевые слова: дети, реабилитация, аноректальные пороки развития, дисбактериоз.

**V. A. TARAKANOV¹, A. E. STRYKOVSKY¹, M. A. ANOKHINA¹, V. M. STARICHENKO¹,
V. M. NADGERIEV¹, A. N. LUNYAKA¹, O. A. TERESHENKO², A. V. POLEEV²**

CORRECTION DYSBACTERIOSIS IN REHABILITATION PROGRAMS FOR CHILDREN UNDERGOING SURGERY ON THE COLON AND ANORECTAL ZONE

¹Children, s surgical diseases department of the Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4; tel. 8-928-848-05-42. E-mail: mara77777@yandex.ru;

²Children, s regional clinical hospital of Krasnodar, Russia, 350007, Krasnodar, sq. Victory, 1

Rehabilitation of children undergoing surgery for colon and rectum is an important issue of pediatric surgery. Its relevance is due to the widespread development of these anomalies requiring surgical correction – 1:4000–5000 newborns. In all patients with this disease is marked by inflammatory changes in the intestinal mucosa. Use of