

РАЗДЕЛ 3. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

КОМПЛЕКСНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Аверин В.И.* – д.м.н., профессор, зав. каф. детской хирургии БГМУ,
Заполянский А.В. – к.м.н., врач-детский хирург, Колесников Э.М*. –
к.м.н., доцент кафедры детской хирургии БГМУ,
Коростелев О.Ю. – врач-детский хирург

**УО «Минский государственный медицинский университет», кафедра детской хирургии, УЗ «1-я ГКБ», ДХЦ, Минск, Беларусь*

Extrahepatic portal hypertension (EHPH) is the commonest cause of upper gastrointestinal hemorrhage in children. The management of EHPH depends on the age of patients, extent of esophageal varices and portal gastropathy. There was worked out the program of complex medication and rehabilitation of children with EHPH. It predominantly includes the treatment of portal gastropathy, gastroesophageal reflux and hepatotropic therapy.

Key words: children, extrahepatic portal hypertension, therapy.

Введение. В генезе пищеводно-желудочных кровотечений (ПЖК) у детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) важное значение имеют эрозивно-язвенные процессы в слизистой оболочке желудка и пищевода, а также гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) [2, 3]. По данным многих авторов [2, 5], у 80-95% пациентов с СПГ развивается застойная портальная гастропатия, которая может приводить к образованию эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. Активный воспалительный процесс, развивающийся на фоне застоя в воротной вене и гипоксии слизистой, связанной с раскрытием артериовенозных шунтов, приводит к эрозии сосудистой стенки и возникновению ПЖК.

Материалы и методы исследований. В Детском хирургическом центре г. Минска в период с 2000 по 2007 год наблюдались 168 больных (мальчиков – 91, девочек – 77) с СПГ. Комплексное медикаментозное лечение проводилось у всех пациентов. Выделена группа из 20 пациентов (13 мальчиков и 7 девочек) в возрасте 9 (5-12) лет, которые не были оперированы и получали только консервативное медикаментозное лечение с целью профилактики первого ПЖК. Это были пациенты, у которых варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) не распространялось выше средней трети: ВРВП 1 степени диагностировано у 15 больных, варикоз 2 степени – у 5 детей. У 12 детей был выявлен подпеченочный блок воротного кровотока, у 8 – внутripеченочный, причинами которого служили хронический гепатит и цирроз печени. У 19 пациентов в

анамнезе не было кровотечений: 12 из них находились в компенсированной стадии заболевания, а 8 – в субкомпенсированной, с умеренно выраженными симптомами гиперспленизма. Симптоматическое лечение получал также 1 ребенок с муковисцидозом в декомпенсированной стадии заболевания с ВРВП 2 степени, которому было невозможно проводить эндосклерозирование из-за тяжелой дыхательной недостаточности и рецидивирующих спонтанных пневмотораксов.

Результаты и их обсуждение. Основные задачи терапии пациентов с СПГ основаны на правильном построении индивидуальной программы лечения, которая зависит от: вида блока воротного кровотока, стадии заболевания, тяжести застойной портальной гастропатии (фактическая терапия в фазу обострения и стратегическая – в фазу ремиссии) и сопутствующих заболеваний.

Нами разработана программа комплексного медикаментозного лечения и реабилитации детей с СПГ в до- и послеоперационном периоде с целью предотвращения осложнений заболевания и повышения качества жизни пациентов [1]. Комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий включает в себя:

Лечебный режим: длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой в основной группе запрещаются, однако это не исключает занятий утренней гимнастикой, ЛФК.

Диета: стол № 5. После курса эндоскопического склерозирования ВРВП назначается стол № 4а в течение 2 недель.

Исключаются препараты, раздражающие слизистую желудка и способствующие нарушению функций тромбоцитов (ацетилсалициловая кислота, индометацин, ибупрофен, и др.).

Длительное (4-6 месяцев) применение гепатопротекторов.

Длительное курсовое медикаментозное лечение застойной портальной гастродуоденопатии. С этой целью всем этим детям назначаются:

Антисекреторные препараты. 1) блокаторы H₂-рецепторов гистамина 3-го поколения (фамотидин); 2) ингибиторы протоновой помпы (ИПП) являются препаратами выбора в лечении тяжелой застойной гастропатии (омепразол, пантопразол, ланцепразол).

Антациды: альмагель, фосфалюгель, маалокс, гефал, гевискон.

Прокинетики (мотилиум).

Ферментные препараты (мезим-форте, креон) назначаются для коррекции процессов пищеварения, в зависимости от изменений копрограммы и явлений диспепсии.

Репаранты: масло облепихи, масло шиповника, де-нол, вентер.

Схемы и длительность лекарственной терапии у детей с СПГ и сопутствующей патологией представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показания и схемы проведения противорецидивной терапии

Показания	Препараты и длительность противорецидивной терапии
ВРВП	ИПП или H2-блокатор 3 поколения 2 раза в день в течение 1 месяца, затем антацид в течение 1 месяца, затем ИПП или H2-блокатор 3 поколения ½ суточной дозы 1 раз в день 1 месяц. Лечение 2 раза в год в осенний и весенний периоды до полной ликвидации варикоза.
ГЭР	ИПП 2 раза в день с мотилиумом в течение 1 месяца, затем антацид в течение 1 месяца, после чего мотилиум 1 месяц. Лечение повторять с перерывом в 1 месяц до купирования рефлюкса.
Застойная гастропатия легкой степени	H2-блокатор 2 раза в день в течение 2-х недель, затем 2 недели ½ суточной дозы 1 раз в день, затем антацид в течение 1 месяца. Лечение 2 раза в год в осенний и весенний периоды.
Застойная гастропатия тяжелой степени (с явлениями геморрагической и эрозивной гастропатии)	ИПП 2 раза в день в течение 6-8 недель, затем ИПП ½ суточной дозы 1 раз в день с репаратом (де-нол, вентер) в течение 4-6 недель, после чего репарат (де-нол, вентер) курсом еще на 2 недели. Лечение повторять 2-4 раза в год.
Рецидивы ПЖК	ИПП 2 раза в день в сочетании с репаратом (де-нол, вентер) и мотилиумом в течение 6-8 недель, затем ИПП ½ суточной дозы 1 раз в день 6-8 недель. Лечение проводить курсами до хирургической коррекции.

Общеукрепляющее лечение: поливитамины с микроэлементами в осенний и весенний периоды, фитотерапия, легкий массаж.

Санация очагов хронической инфекции.

Антиагрегантные препараты назначаются после операций порто-системного шунтирования для предупреждения тромбоза анастомоза.

Иммунизация против Нipр-инфекции и пневмококка проводится за 3 месяца до спленэктомии или в ближайший месяц после операции.

Обязательное назначение антибиотиков даже при незначительных признаках инфекционного заболевания или повышении температуры. Детям после спленэктомии антибиотики широкого спектра действия назначаются для профилактики постспленэктомического сепсиса.

Больным с СПГ противопоказаны: инсоляции, активная гидротерапия.

рапия, переохлаждения, сауна.

Дети прививаются по индивидуальному графику, учитывая, что температурные реакции могут спровоцировать ПЖК.

Санаторно-курортное лечение показано больным в стадии длительной ремиссии с отсутствием ВРВП и незначительных отклонениях показателей функциональных проб печени. Показано санаторно-курортное лечение в условиях Беларуси. При обострении процесса и признаках печеночной недостаточности санаторное лечение противопоказано.

Результаты комплексного консервативного лечения оценивались в течение 2 лет динамического наблюдения за пациентами. Схема и длительность терапии подбирались индивидуально при стационарном обследовании, а затем контролировались амбулаторно-поликлиническим звеном по месту жительства. Из 20 пациентов ПЖК возникло лишь у 2 детей с циррозом печени, что мы связываем с прогрессированием печеночной недостаточности и развитием стадии декомпенсации. Ни у одного больного с внепеченочной портальной гипертензией ПЖК не было. Эндоскопический контроль эффективности лечения, проводимый каждый 6 месяцев, показал положительную динамику: уменьшение степени эрозивно-язвенных поражений и застойной портальной гастропатии. Имеющийся у пациентов очаговый поверхностный гастрит не ассоциировался с *H. pylori*. Из 6 пациентов с недостаточностью кардии и ГЭР подобранная медикаментозная схема лечения оказалась эффективной у 5 детей. При динамическом контроле отмечалось купирование рефлюкс-эзофагита, а также исчезновение «вишневых точек» на варикозно расширенных венах пищевода, которые являются эндоскопическими предвестниками кровотечения [3, 4].

Учитывая положительный опыт применения разработанной программы консервативной терапии, этот комплекс лечебных мероприятий начал использоваться у всех больных: после оперативного лечения, при проведении курсов эндосклерозирования ВРВП, для предупреждения рецидивов ПЖК, а так же для лечения застойной портальной гастропатии и ГЭР.

Выводы. Комплексное медикаментозное лечение является важной составляющей лечебной программы и применяется в комбинированном лечении детей с СПГ в до- и послеоперационном периоде с целью предотвращения осложнений заболевания и повышения качества жизни. Тяжелое течение СПГ у детей, высокая степень инвалидизации от этого заболевания и риск возникновения угрожающих жизни осложнений требуют организации медицинской помощи данным пациентам на базе крупных клинических организаций здравоохранения.

Список литературы:

1. Аверин, В.И. Лечение и реабилитация детей с синдромом портальной гипертензии / В.И. Аверин, А.В. Заполянский // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболе-

- ваний: сб. инструктив.-метод. док. (офиц. изд.). – Минск: ГУ РНМБ, 2009. – Вып. 10. – Т. 1-7. – Т. 1: Гигиена труда и профессиональная патология. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Физиотерапия. – С. 3–16.
2. Сенякович, В.М. Клиника, диагностика, хирургическое лечение детей с портальной гипертензией / В.М. Сенякович, А.Ф. Леонтьев // Педиатрия. – 1999. – № 2. – С. 19-21.
 3. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений портального генеза / А.Е. Борисов [и др.] // Вестн. хирургии им. Грекова. – 2001. – Т. 160, № 2. – С. 22-25.
 4. Clinical and laboratory predictors of esophageal varices in children and adolescents with portal hypertension syndrome / E.D. Fagundes [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2008. – Vol. 46, № 2. – P.178-83.
 5. Garcia-Tsao, G. Portal hypertension / G. Garcia-Tsao // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 16, № 3. – P. 282-289.

ХИРУРГИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ - РАДИКАЛЬНАЯ ОДНОМОМЕНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОРОКА

**Аверин В.И.* – д.м.н., профессор, зав. каф. детской хирургии БГМУ;
Дардынский А.В. – к.м.н., зав. 2-м хирургич. отд.; Коростелев О.Ю. –
врач-детский хирург; Заполянский А.В. – к.м.н., врач-детский хирург**

**УО «Минский государственный медицинский университет», кафедра
детской хирургии, УЗ «1-я ГКБ», ДХЦ, Минск, Беларусь*

Персистирующая клоака является одним из самых сложных врожденных пороков развития аноректальной области. Оперативная коррекция данного порока до настоящего времени является актуальной проблемой. В связи с этим у хирурга перед операцией должно быть четкое представление об анатомии порока, на основании которого будет выбран оптимальный метод хирургической коррекции.

В 2011 году в ЦДХ впервые оперировано 2 детей в возрасте 1 года и 2 лет с врожденной персистирующей клоакой с одновременной пластикой уретры, влагалища и прямой кишки. У обеих девочек была низкая форма клоаки, у одной из них имелось удвоение влагалища. У обеих была липома промежности диаметром 5 см.

Для определения формы клоаки детям проведены клоакоскопия с помощью цистоскопа, рентгенография клоаки, экскреторная урография, УЗИ органов брюшной полости. В результате обследования у одного ребенка выявлены множественные пороки развития – врожденный порок