

Новости хирургии.- 2012.- № 4. - С.52-56.

«КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ»

Авторы:

- 1) Аверин Василий Иванович [автор для переписки](#)

Заведующий кафедрой детской хирургии Белорусского государственного
медицинского университета, доктор мед. наук, профессор

Адрес: 220136 Беларусь, г. Минск, ул. Бурдейного, д. 45, кв. 448

Дом. тел. 8-017-258-24-77, раб. тел. 8-017-290-49-23, моб. тел. МТС +375
29 750-86-84, Velc. +375 29 798-51-02, электронная почта: averinvi@mail.ru

- 2) Заполянский А.В. – к.м.н., врач-детский хирург отделения хирургии №2
Детского хирургического центра, Минск
- 3) Колесников Э.М. – к.м.н., доцент кафедры детской хирургии БГМУ,
- 4) Коростелев О.Ю. – врач-детский хирург отделения хирургии №2 Детского
хирургического центра, Минск

Аннотация

А.В. Заполянский, В.И. Аверин, Э.М. Колесников, О.Ю. Коростелев

Клинические особенности внепеченочной портальной гипертензии у детей

Цель работы. Внепеченочная портальная гипертензия является одной из основных причин пищеводно-желудочных кровотечений у детей. В работе проведен анализ клинического течения заболевания у детей разного возраста для определения хирургической тактики лечения.

Материал и методы. Проведен анализ клинических наблюдений и результатов обследования 168 (мальчиков – 91, девочек – 77) пациентов с портальной гипертензией, находившихся на лечении в Детском хирургическом центре (ДХЦ) г. Минска в период с 2000 по 2007 год. Для анализа качественных признаков применялся коэффициент соответствия χ^2 . Корреляционный анализ проводился методом непараметрической ранговой корреляции по Спирмену с определением коэффициента корреляции (ρ).

Результаты. Внепеченочный блок воротного кровотока диагностирован у 86,3% больных. Пищеводно-желудочное кровотечение наиболее часто – 76,8% ($\chi^2=47,2$; $p<0,001$) возникало у больных в возрасте от 1 года до 7 лет и являлось первым симптомом заболевания у большинства пациентов (58,3%) этой группы ($\chi^2=6,0$; $p<0,05$). При динамическом наблюдении отмечено снижение частоты кровотечений с возрастом.

Выводы. Высокая частота кровотечений в младшем детском возрасте диктует необходимость раннего хирургического лечения этой группы пациентов.

Ключевые слова: дети, внепеченочная портальная гипертензия, клинические особенности, пищеводно-желудочное кровотечение.

Abstract

A. Zapalianski, V. Averin, E. Kolesnikov, O. Korostelev

Clinical peculiarities of the extra hepatic portal hypertension in children

Purpose. Portal hypertension is the common est cause of upper gastrointestinal hemorrhage in children. The current study analyzed the clinical course of disease in children of different ages to determine the surgical treatment strategy.

Patients and methods. An analysis of clinical observations and results of the survey 168 (boys – 91, girls – 77) of patients with portal hypertension who were treated at the Children's Surgical Centre in Minsk from 2000 to 2007. For the analysis of qualitative features was used a compliance rate of χ^2 . Correlation analysis was performed using the nonparametric Spearman rank correlation for the definition of the correlation coefficient (ρ).

Results. Extra hepatic block of portal blood flow was diagnosed in 86,3% of patients. Gastroesophageal bleeding most often – 76,8% ($\chi^2=47,2$; $p<0,001$) occurred in patients aged 1 to 7 years and was the first symptom in most patients (58,3%) in this group ($\chi^2=6,0$; $p<0,05$). In the dynamic observation the frequency of bleeding decreased with age.

Conclusions. The high frequency of bleeding in early childhood requires early surgical treatment of this patient group.

Key words: children, extrahepatic portal hypertension, clinical features, gastroesophageal bleeding.

А.В. Заполянский¹, В.И. Аверин², Э.М. Колесников², О.Ю. Коростелев¹

Клинические особенности внепеченочной портальной гипертензии у детей

УЗ «1 городская клиническая больница», Детский хирургический центр ¹, Кафедра детской хирургии (зав. – д.м.н., проф. В.И. Аверин) УО «Белорусский государственный медицинский университет» ², г. Минск, Республика Беларусь

Введение.

В этиологии портальной гипертензии (ПГ) у детей и компенсаторной перестройке портального кровообращения основную роль играют пороки развития воротной вены или ее тромбоз. Несмотря на то, что термин «внепеченочная портальная гипертензия» (ВПГ) не совсем правильный, так как не отражает причину заболевания, он получил международное признание [2, 4, 6]. ВПГ у детей является патологией, требующей активного лечения из-за значительного числа тяжелых осложнений и связанной с ними инвалидностью [3, 5]. Наиболее грозным осложнением заболевания, представляющим угрозу жизни ребенка, является пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК). Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) наблюдается у 80% пациентов с ВПГ, по сравнению с 30% больных с внутрипеченочной портальной гипертензией и циррозом печени [8].

Материалы и методы исследований.

В основу настоящего исследования положен анализ клинических наблюдений за 168 больными (мальчиков – 91, девочек – 77) с различными формами ПГ, находившихся на обследовании и лечении в ДХЦ г. Минска в период с 2000 по 2007 год.

По регионам Республики Беларусь больные распределились следующим образом: Минская область – 58 (34,5%) детей, Гомельская область – 32 (19,1%), Витебская – 24 (14,3%), Брестская – 22 (13,1%), Могилевская – 20 (11,9%), Гродненская – 12 (7,1%). Данные о распределении детей с ПГ по возрасту и полу при первичном обращении в ДХЦ в период с 2000 по 2007 год представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных по возрасту и полу при первичном обращении

Возраст	Пол				ВСЕГО	
	мальчики		девочки			
	абс.	отн., %	абс.	отн., %	абс.	отн., %
до 1 года	-	-	-	-	-	-
1 – 3 года	30	17,9	18	10,7	48	28,6
4 – 7 лет	28	16,7	32	19,0	60	35,7
8 – 16 лет	33	19,6	27	16,1	60	35,7
ИТОГО	91	54,2	77	45,8	168	100,0

Клиническая оценка состояния больных осуществлялась на основе классификации ПГ, предложенной в 1974 г. М.Д. Пациора[1].

Для анализа качественных признаков применялся коэффициент соответствия χ^2 . Корреляционный анализ проводился методом непараметрической ранговой корреляции по Спирмену с определением коэффициента корреляции (ρ). Уровень значимости статистического критерия брался $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Основной причиной ПГ у детей являлось затруднение оттока крови из воротной вены через печень в нижнюю полую вену. Препятствие кровотоку располагалось на разных участках воротной системы. Распределение больных в зависимости от уровня блокады портального кровотока приведено в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение больных в зависимости от вида нарушения воротного кровообращения

Уровень блока воротного кровотока	Количество больных	
	абс.	отн., %
Подпеченочный блок	145	86,3
• Тромбоз воротной вены	143	85,1
• Изолированный тромбоз селезеночной вены	2	1,2
Внутрипеченочный блок	18	10,7
Смешанный блок	5	3,0
ВСЕГО	168	100,0

По нашим данным ПГ наиболее часто выявлялась у детей в возрасте до 7 лет – 64,3% больных ($\chi^2=27,4$; $p<0,001$), реже – у пациентов с 8 до 16 лет – 35,7%.

Анализ полученных данных показывает, что 23 (13,7%) ребенка поступили в компенсированной стадии заболевания, 63 (37,5%) – в субкомпенсированной стадии, большинство пациентов находились в декомпенсированной стадии заболевания – 82 (48,8%). Выявлена прямая, статистически значимая, корреляционная связь между тяжестью (стадией) течения портальной гипертензии и степенью ВРВП ($\rho=0,44$; $p<0,01$). Распределение больных в зависимости от стадии заболевания и возраста на момент первичного обращения в клинику представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение больных в зависимости от стадии заболевания и возраста при первичном обращении (абс. (%))

Стадия заболевания	Возраст				ВСЕГО
	до 1 года	1-3 года	4-7 лет	8-16 лет	
Компенсированная	-	7 (4,2)	4 (2,4)	12 (7,1)	23 (13,7)
Субкомпенсированная	-	10 (6,0)	24 (14,3)	29 (17,3)	63 (37,6)
Декомпенсированная	-	31 (18,5)	32 (19,0)	19 (11,2)	82 (48,7)
ИТОГО	-	48 (28,7)	60 (35,7)	60 (35,6)	168 (100,0)

При анализе полученных данных выявлено, что ПЖК наиболее часто – 76,8% ($\chi^2=47,2$; $p<0,001$) возникало у больных в возрасте от 1 года до 7 лет и

являлось первым симптомом заболевания у большинства пациентов (58,3%) этой возрастной группы ($\chi^2=6,0$; $p<0,05$). В группе больных от 8 до 16 лет, напротив, ПГ наиболее часто (68,3%) диагностировалась по наличию спленомегалии и гиперспленизма ($\chi^2=16,1$; $p<0,001$), кровотечение возникло лишь у 19 (23,2%) детей этого возраста.

По данным некоторых авторов [5, 8] отмечается снижение частоты и тяжести кровотечений с возрастом, что связано с развитием естественных спонтанных коллатералей. В тоже время Р. Лукavierisetal [7], наблюдая за 44 пациентами, показали, что риск кровотечения увеличивался с возрастом: от 49% в 16 лет, до 76% в возрасте 24 лет. Проведенный нами анализ клинической картины ПГ в каждой возрастной группе показал статистически значимое ($\chi^2=12,3$; $p<0,01$) снижение частоты ПЖК с возрастом: дети 1–3 года – 64,6%, 4–7 лет – 53,3%, 8–16 лет – 31,7%. Количество перенесенных в анамнезе ПЖК имело прямую, статистически значимую, средней силы корреляционную связь со степенью ВРВП ($\rho=0,56$; $p<0,01$).

Симптомами заболевания при первичном обращении 109 больных были следующие: спленомегалия – 47 (43,1%) детей, ПЖК – 37 (33,9%), гиперспленизм – 11 (10,1%), гепатоспленомегалия – 9 (8,2%), желтуха – 2 (1,8%), геморрагический диатез – 1 (0,9%), ректальное кровотечение – 1 (0,9%), асцит – 1 (0,9%). Полученные данные свидетельствуют о том, что поводом для направления 84 (77%) больных в ДХЦ были наличие увеличенной селезенки и впервые возникшее кровотечение из ВРВП.

Изучение анамнеза, данные объективного осмотра и дополнительных методов диагностики позволили выявить ряд заболеваний, являющихся факторами риска развития ПГ у детей (таблица 4).

Таблица 4 – Причины ПГ у обследованных больных

Этиология	Количество детей	
	абс.	отн., %
Гнойно-септические заболевания	45	41,3
• Омфалит	10	9,2
• Пупочный сепсис	9	8,3
• Острый гематогенный остеомиелит	8	7,3
• Посткатетеризационный флебит пупочной вены	7	6,4
• Сепсис	6	5,5
• Стафилококковый энтероколит	5	4,6
Заболевания печени	18	16,5
• Хронический гепатит	11	10,1
• Цирроз печени	5	4,6
• Врожденный фиброз печени	1	0,9
• Синдром Аллажилия	1	0,9
Нарушения системы свертывания крови	4	3,6
• Гемолитическая болезнь новорожденных	2	1,8

• Гемолитико-уремический синдром	1	0,9
• Болезнь Вакеза	1	0,9
Муковисцидоз	2	1,8
Этиология не установлена	40	36,8
ВСЕГО	109	100,0

При изучении анамнеза заболевания уточнялся анамнез периода новорожденности и семейный анамнез (наследственные заболевания и болезни печени). Основными пусковыми факторами развития ВПГ, выявленными при сборе анамнеза у 45 (41,3%) больных, явились гнойно-септические заболевания в грудном возрасте и катетеризация пупочной вены. Эти факторы способствуют развитию тромбоза воротной вены с последующей частичной реканализацией и образованием подпеченочного блока воротного кровотока. У 40 (36,8%) больных при сборе анамнеза не удалось выяснить этиологический фактор развития ПГ.

При уточнении анамнеза заболевания было выявлено, что ПГ при врачебном осмотре на догоспитальном этапе (врачами поликлинического звена) заподозрена только у 32 (29,3%) больных. Поводом для направления этих пациентов на обследование в ДХЦ наиболее часто являлись спленомегалия и гиперспленизм при субкомпенсированной стадии заболевания. Жалобы у больных ПГ были свойственны заболеваниям верхнего отдела желудочно-кишечного тракта: чувство тяжести и вздутие живота после приема пищи – у 75 (68,8%) детей, снижение аппетита и непостоянные ноющие боли в животе – у 20 (18,3%), быстрая утомляемость – у 14 (12,8%). Диагностические ошибки при

оказании медицинской помощи были допущены у 70,7% пациентов. Эти дети длительное время (от 2 до 5 лет) наблюдались педиатрами поликлиник по месту жительства и у 37 (33,9%) из них возникшее ПЖК было первым симптомом заболевания. Недостаточная оценка объективных методов обследования и сложность диагностики ПГ являются основными причинами высокого уровня диагностических ошибок на этом этапе оказания медицинской помощи. Данное обстоятельство определяет необходимость диспансерного наблюдения детей, имеющих факторы риска развития ВПГ.

Выводы.

Несмотря на установленные факторы риска развития ВПГ, у 36,8% больных при сборе анамнеза не удается выяснить этиологический фактор заболевания, что свидетельствует о врожденном характере блока воротного кровотока. Высокая частота ПЖК у детей до 7 лет определяет необходимость раннего хирургического лечения этой группы пациентов. Тяжелое течение ВПГ у детей, высокая степень инвалидизации от этого заболевания и риск возникновения угрожающих жизни осложнений требуют организации медицинской помощи этим пациентам на базе крупных клинических организаций здравоохранения.

Список литературы:

1. Пациора, М.Д. Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора. – М.: Медицина, 1974. – 232 с.
2. Разумовский, А.Ю. Некоторые вопросы хирургического лечения портальной гипертензии у детей / А.Ю. Разумовский // Дет. хирургия. – 1998. – № 3. – С. 56-59.
3. Сенякович, В.М. Клиника, диагностика, хирургическое лечение детей с портальной гипертензией / В.М. Сенякович, А.Ф. Леонтьев // Педиатрия. – 1999. – № 2. – С. 19-21.
4. Aetiology and management of extrahepatic portal vein obstruction in children: King's College Hospital experience / N. Abd El-Hamid [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2008. – Vol. 47, № 5. – P. 630–634.
5. Pediatric gastroesophageal varices: treatment strategy and long-term results / T. Mitsunaga [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2006. – Vol. 41, № 12. – P. 1980-1983.
6. Portal vein thrombosis in children and adolescents / G.C. Schettino [et al.] // J. Pediatr. – 2006. – Vol. 82, № 3. – P. 171-178.
7. Risk of gastrointestinal bleeding during adolescence and early adulthood in children with portal vein obstruction / P. Lykavieris [et al.] // J. Pediatr. – 2000. – Vol. 136, № 6. – P. 805-808.
8. Sarin, S.K. Noncirrhotic portal hypertension / S.K. Sarin, A. Kumar // Clin. Liver Dis. – 2006. – Vol. 10, № 3. – P. 627-51.