

ской понятности их психических расстройств. Более половины пациенток соглашались на терапию в условиях стационара и более половины из них продолжали лечение амбулаторно с хорошим эффектом.

Результаты исследования позволяют рекомендовать назначение консультаций врача-психиатра и психотерапевта женщинам, направляемым на аборт в поздние сроки по медицинским показаниям, а также проведение краткосрочной кризисной психотерапии и психофармакотерапии в период их пребывания в стационаре с рекомендацией последующего наблюдения и лечения у специалистов в области психического здоровья.

Литература

1. Кочнева М. А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности [Текст] / М. А. Кочнева // Акушерство и гинекология. 1990. № 3. С. 13–16.
2. Малюченко, И. Ю. Психологическая помощь при постабортном синдроме и перинатальных потерях / И. Ю. Малюченко // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 2. С. 84–92.
3. Fergusson, D. M. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study / D. M. Fergusson, L. J. Horwood, J. M. Boden // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 193, № 1. P. 444–451.
4. Invited commentaries on... Abortion and mental health disorders / P. Casey [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 193, № 6. P. 452–454.
5. Is there an «abortion trauma syndrome»? Critiquing the evidence / G. E. Robinson [et al.] // Harv. Rev. Psychiatry. 2009. Vol. 17, № 24. P. 268–290.
6. Marchesi C. Major and minor depression in pregnancy / C. Marchesi, S. Bertoni, C. Maggini // Obstet. Gynecol. 2009. Vol. 113, № 6. P. 1292–1298.
7. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study / K. Dingle [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 193, № 6. P. 455–460.

PREGNANCY TERMINATION IN LATE PERIODS WITH PSYCHO-TRAUMATIC FACTOR IN GENESIS OF REACTIONS TO SEVERE STRESS AND ADAPTATION DISTURBANCE

M.A. KACHAN, V.A. RUZHENKOV

Belgorod State University
Chair of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology

One hundred and ninety (190) women at the age from 13 to 49 (25,7±0,5) years terminating pregnancy on late terms (from 19 to 27 weeks) under medical indications were examined. In 50 % cases acute stress response and adaptation disturbance were revealed: acute stress response with symptoms of posttraumatic stress disturbance (so-called «a post-abortion syndrome») – 6,8% and adaptation disturbance – 43,2% arising as reaction to psychic trauma and leading social adaptation disturbance. The possibilities of rendering of special medico-psychological assistance are discussed.

Key words: pregnancy termination, psychic trauma, acute stress response, deadaptation.

УДК 616.12-008.331.1

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНОЙ ПОЧЕЧНОЙ И ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.Н. СУХОВ, Р.В. ГАРБУЗОВ, А.В. ДРОЗДОВ,
И.П. ЛЫВИНА, М.В. ИСАЕВА*

По нашим наблюдениям у 7,5% больных с внепеченочной портальной гипертензией имеется левосторонняя флореногипертензия. Расширение левой гонадной вены с ретроградным кровотоком у этой категории больных является показанием к оперативному вмешательству. Операции по поводу внепеченочной портальной гипертензии и флореногипертензии могут и должны выполняться одновременно. В случае расширения левой гонадной вены до 5-6 мм перевязка и пересечение её при условии сохранения поясничной ветви не усугубляет почечную гемодинамику. У больных с внепеченочной портальной гипертензией формирование гонадокавального анастомоза при повышенном давлении в венозной системе левой почки и расширении левой гонадной вены более 6-7 мм предупреждает раз-

витие патологических изменений почки и позволяет избежать развития варикоза вен малого таза.

Ключевые слова: внепеченочная портальная гипертензия, левосторонняя венозная почечная гипертензия, варикозная болезнь вен малого таза, тактика хирургического лечения.

Предупреждение и остановка кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка являются основными задачами в лечении больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) [1,2]. Этим целям служат операции портопортального и портокавального шунтирования [3-8]. Однако при выполнении сосудистых операций с формированием анастомоза с веной левой почки (спленоренальной) нередко выявляется снижение функции созданного соустья. Часто это связано с венозной почечной гипертензией [9,10].

Причинами левосторонней регионарной флореногипертензии могут быть: 1. сдавление левой почечной вены (ЛПВ) между верхней брыжеечной артерией и аортой (передний nutcracker синдром – чаще); 2. сдавление ЛПВ между аортой и позвоночником (задний nutcracker синдром – реже); другие аномалии или поражения ЛПВ: 3. кольцевидное строение; 4. гипоплазия; 5. тромбоз [9,11]. У больных с ВПГ флореногипертензия, помимо негативного влияния на функцию сформированного спленоренального анастомоза, может привести к формированию коллатерального венозного оттока, то есть к рефлюксу в гонадную вену и варикозу вен малого таза (ВВМТ) у девочек и варикоцеле у мальчиков. Гипертензия в левой почечной вене так же может приводить к нарушению функции почки [10], фиброзу перерождению части клубочков почек с протеинурией и гематурией [11-14]. Основным повреждающим фактором при нарушении оттока венозной крови с повышением гидростатического давления, является тканевая гипоксия почки [15]. По данным ряда авторов, частота встречаемости левосторонней флореногипертензии и варикоза вен малого таза (ВВМТ) составляет 15-22% у детей и пациентов репродуктивного возраста [14-18].

Принято, что и ВПГ с варикозом вен пищевода, и расширение левой гонадной вены с ретроградным кровотоком и развитием ВВМТ являются показанием к оперативной коррекции этих заболеваний [18]. При лечении ВВМТ широко распространённый способ оперативного вмешательства, как перевязка (или окклюзия) левой гонадной вены иногда приводит к усилению гипертензии в левой почке, что способствует снижению функциональности спленоренального анастомоза, усилению нефропатии [15,17-19]. В связи с этим необходим дифференцированный подход к оперативным вмешательствам, направленным на снижение или ликвидацию почечной гипертензии у больных с ВПГ. Это явилось критерием для изучения клинических проявлений, диагностики и разработки алгоритма лечения больных с ВПГ и венозной почечной гипертензией.

Материалы и методы исследования. За период с 1996 по 2009 год из числа оперированных в отделении микрохирургии РДКБ больных (710 пациентов) с ВПГ выявлено 53 (7,6%) больных, у которых основная патология (ВПГ) сочеталась с венозной почечной гипертензией. Возраст наблюдаемых детей составил от 9 месяцев до 18 лет. В группе детей с ВПГ и флореногипертензией наблюдались: 31 девочка и 22 мальчика.

Из этих 53 пациентов 18 (34,0%) до госпитализации в наше отделение перенесли пищеводные кровотечения. У 8 детей кровотечения рецидивировали. Девятерым (17,0%) больным было выполнено эндоскопическое склерозирование вен пищевода, проведённое в 1-3 этапа. У 15 (28,3%) детей из-за угрозы или во время пищеводных кровотечений были выполнены операции по месту жительства: спленэктомия, гастротомия с прошиванием вен кардии. У двоих детей – формирование проксимального спленоренального анастомоза и у одного – оментогепатофренопексия.

Особенности клинической картины у больных с ВПГ и регионарной флореногипертензией. Клинические проявления ВПГ у пациентов с регионарной венозной почечной гипертензией свойственны течению основного заболевания (ВПГ). У 17 (32,0%) больных, обращал на себя внимание длительный субфебрилитет преимущественно во второй половине дня, не связанный с проявлениями респираторных заболеваний, периодический абдоминальный болевой синдром без чёткой локализации.

Основными клиническими проявлениями левосторонней венозной почечной гипертензии у больных с ВПГ являются: флореногипертензионная нефропатия и развитие коллатеральных путей кровотока (варикоцеле или ВВМТ).

Постоянное воздействие факторов, вызывающих повышение

* Российская детская клиническая больница, Москва (главный врач – Н.Н. Ваганов)

венозного давления в левой почке (флебореногипертензионная нефропатия), может сопровождаться протеинурией в сочетании с гематурией. Микрогематурия отмечалась у 5 (9,4%) больных. Протеинурия была выявлена у 7 (13,2%) пациентов. У 45 (84,9%) пациентов с ВПГ и регионарной флебореногипертензией значимых патологических изменений в анализах мочи не было выявлено.

Помимо нарушений функции почки при левосторонней венозной почечной гипертензии на фоне коллатерального патологического венозного кровотока возникает варикоцеле или ВВМТ. Чаще клиническая картина ВВМТ (или варикоцеле) у пациентов с ВПГ проявлялась после периода полового созревания. Заболевание развивалось постепенно, не вызывая сначала местных проявлений и жалоб. Затем появлялись хронические тазовые боли, боли в мошонке, с периодической микрогематурией, дизурическими расстройствами, нарушениями менструального цикла, длительными (до 10-15 дней) массивными менструальными кровотечениями (меноррагия).

Варикозная трансформация гонадных вен, малого таза или варикоцеле 1-2 степени были выявлены у 17 (32,0%) пациентов. Хронические тазовые боли отмечены у 8 (15,0%) пациентов. Меноррагия наблюдалась у 10 (18,9%) больных. Снижение функции ранее сформированного спленоренального анастомоза выявлено у 3 (5,6%) пациентов.

Диагностические критерии. Лабораторные методы диагностики не являлись специфическими для больных с ВПГ и флебореногипертензией. В клинических анализах были характерны проявления вторичного гиперспленизма: панцитопения в сочетании с билирубинемией.

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) и ангиография у больных с ВПГ и флебореногипертензией являлись основными методами исследования. Показанием к проведению ангиографического исследования у больных с ВПГ служили клинические и доплерографические данные, указывающие на развитие ренокавадных коллатеральных путей оттока, в частности – расширение левой гонадной вены. Ультразвуковыми критериями отбора больных с подозрением на ренальную флебогипертензию служили следующие данные: 1. сужение ЛПВ и увеличение скорости кровотока в аортomesenterическом сегменте; 2. несостоятельность клапанной системы с ретроградным кровотоком по левой гонадной вене; 3. наличие рефлюкса в области гроздевидного сплетения продолжительностью более 2 секунд; 4. дилатация вен матки и замедление кровотока в них при проведении пробы Вальсальвы, т.е. признаки варикозной болезни вен малого таза у девочек или варикоцеле у мальчиков. Особое внимание уделяли больным, которые ранее перенесли формирование спленоренального или мезентерикоренального анастомозов и имевшим по данным УЗДГ низкую скорость кровотока в сформированном сосуде, что являлось признаком левосторонней флебореногипертензии. Это служило поводом для проведения дифференциальных методов исследований: почечной флебографии слева (рис. 1) и флеботонометрии с измерением градиента давления между ЛПВ и нижней полой веной (НПВ). Флеботонометрия выполнялась прямым методом с помощью аппарата Вальдмана. Градиент давления более 3 мм ртутного столба указывает на нарушение оттока из ЛПВ [20].

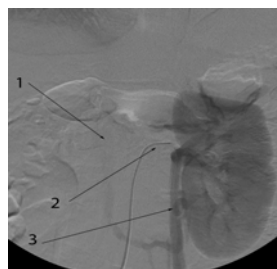


Рис. 1. Прямая почечная флебография у больной с внепечёночной портальной гипертензией и ВВМТ: 1. контрастирование нижней полой вены; 2. поперечный дефект контрастирования ЛПВ; 3. дилатированная левая гонадная вена.

Таким образом, на основании интерпретации результатов методов диагностики: УЗДГ и ангиографии с определением анатомических и гемодинамических характеристик состояния венозных систем, представлялось возможным оценить объём предстоящей операции у детей с ВПГ и венозной почечной гипертензией. Окончательное решение о варианте проведения шунтирова-

ния и коррекции флебореногипертензии и её проявлений: ВВМТ или варикоцеле, принималось в момент операции после ревизии сосудистого русла и интраоперационной флеботонометрии.

Операции шунтирования и прерывания ренотестикулярного шунта. Спектр хирургических вмешательств у 53 больных с ВПГ и венозной почечной гипертензией, выполненных в отделении микрохирургии N 2 РДКБ в период с 1996 по 2009 год, представлен в табл.

Из 53 пациентов 44 (86,8%) детям одновременно выполнены операции по поводу портальной гипертензии и проявления флебореногипертензии – ВВМТ. Пять (9,4%) пациентов оперированы по поводу ВПГ и ВВМТ (или варикоцеле) в два этапа.

Одновременно операцию портокавального или портокавального шунтирования и прерывания патологического ретроградного сброса крови в органы малого таза перенесли 38 (71,7%) пациентов. Перевязку и пересечение левой гонадной вены выполняли при расширении её до 5-6 мм или выявлении ретроградного кровотока в ней.

Таблица

Количество оперативных вмешательств у больных с ВПГ и регионарной флебореногипертензией с 1996 по 2009 год

спленоренальный анастомоз + овариокавадный анастомоз; мезентерикоренальный Н-шунт + овариокавадный анастомоз	2
мезентерикокавадный или портокавальный Н-шунт + гонадоилеальный анастомоз	4
портокавальный или портокавальный Н-шунт + перевязка и пересечение левой гонадной вены проксимальнее поясничной ветви	38
портокавальное шунтирование (первый этап) + прерывание ренотестикулярного шунта (второй этап)	5
портокавальное шунтирование (первый этап)	4
мезентерикокавадный Н-шунт после ранее сформированного спленоренального анастомоза	3
всего	56

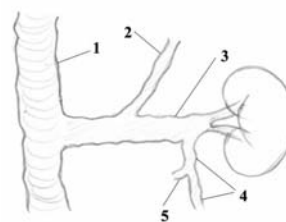


Рис. 2. Вариант отхождения поясничной вены от левой гонадной вены проксимальнее места впадения в вену левой почки (схема): 1. нижняя полая вена; 2. вена левого надпочечника; 3. вена левой почки; 4. левая гонадная вена; 5. поясничная ветвь левой гонадной вены.

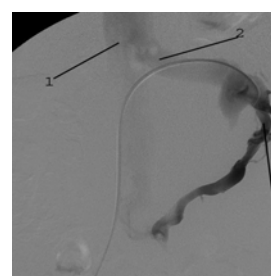


Рис. 3. Ангиография и прямая почечная флебография с флеботонометрией у больной с внепечёночной портальной гипертензией: 1. нижняя полая вена; 2. левая почечная вена; 3. поясничная ветвь, отходящая от вены левой почки.

Перевязка левой гонадной вены (ЛГВ) выполнялась проксимальнее места отхождения крупной поясничной ветви. Эта ветвь имеется, по нашим данным, практически у всех пациентов: чаще в области дистального отдела левой гонадной вены, реже в проксимальном сегменте левой почечной вены, рядом с местом впадения гонадной вены (рис. 2). Топографическое положение поясничной ветви выявлялось с помощью ангиографической диагностики и подтверждалось интраоперационной ревизией (рис. 3). Прерывание ренотестикулярного шунта при сохранении этой ветви не усугубляло венозную почечную гемодинамику, что доказывали данные интраоперационной тонометрии в левой почечной вене до и после перевязки гонадной вены.

Трое (5,7%) больных, у которых ранее не была выявлена регионарная флебореногипертензия, были повторно оперированы

из-за сохранения варикоза вен пищевода после формирования спленоренального анастомоза. Выполнены варианты мезентери-кокавального шунтирования.

В связи с этим, в дальнейшем, при подтверждении венозной почечной гипертензии у больных с ВПГ мы старались не использовать левую почечную вену для формирования портосистемного анастомоза. Однако у одного пациента регионарный тромбофлебитический процесс в бассейне брыжеечной вены вынудил нас использовать селезёночную и левую почечную вены для формирования анастомоза, при этом, для «разгрузки» ЛПВ дополнительно был создан гонадокавальный анастомоз (рис. 4). Ещё у одного пациента мы были вынуждены формировать мезентериоренальный Н-шунт из-за выраженного рубцового процесса в области нижней поллой вены после неоднократно ранее перенесенных оперативных вмешательств. В этом случае для коррекции венозной почечной гипертензии был сформирован овариокавальный анастомоз (рис. 5).

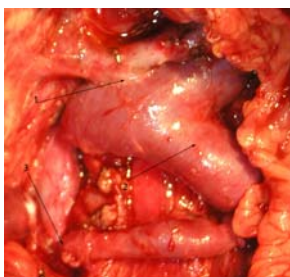


Рис. 4. Спленоренальный и овариокавальный анастомозы у больной с левосторонней ренофлебогипертензией и регионарным тромбозом бассейна верхней брыжеечной вены (интраоперационное фото): 1. спленоренальный анастомоз; 2. левая почечная вена; 3. зона овариокавального анастомоза

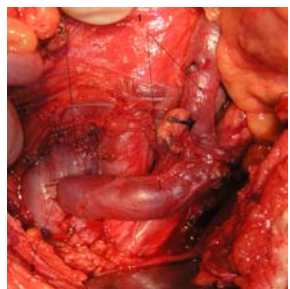


Рис. 5. Овариокавальный анастомоз (интраоперационное фото): 1. левая гонадная вена; 2. нижняя полая вена; 3. зона гонадокавального анастомоза.

Всего у 6 (11,3%) больных с ВПГ и флебореногипертензией, одновременно с портокавальным шунтированием потребовалось сформировать гонадоилеальный или гонадокавальный анастомозы из-за значительного расширения левой гонадной вены (более 6-7 мм). Помимо 2 пациентов, о которых мы писали выше, 4 больным с ВПГ и флебореногипертензией гонадоилеальный анастомоз сформирован при выполнении мезентериокавального и портокавального шунтирования (табл.).

У 9 (17,0%) пациентов, которые ранее перенесли операции шунтирования по поводу ВПГ, признаки левосторонней флебореногипертензии (ВВМТ или варикоцеле) были выявлены в отдалённые сроки после операции. 5 (9,4%) из них спустя несколько лет после операции шунтирования повторно нами оперированы по поводу варикоцеле 2 степени и ВВМТ. 1 пациент перенёс эндоваскулярную окклюзию левой гонадной вены, 3 больных – операцию Паломо-Ерохина, 1 ребёнок – операцию Таубера.

Результаты и их обсуждение. Длительность катамнестического наблюдения составила от 6 месяцев до 13 лет. Эффективность проведённых оперативных вмешательств по поводу внепечёночной портальной и левосторонней венозной почечной гипертензии оценивалась сочетанием ультразвукового и эндоскопического методов исследования. В сложных и сомнительных случаях мы использовали ангиографические методы диагностики.

Все пациенты (51 пациент – 96,2%), которые перенесли портальное шунтирование и операцию по поводу ВВМТ (в один или два этапа), в отдалённом периоде не имели патологических изменений в анализах мочи, свойственных флебореногипертензии, и клинико-диагностических признаков варикозной болезни малого

таза. 6 пациентов, которым помимо портального шунтирования формировался гонадоилеальный (гонадокавальный) анастомоз, имели удовлетворительную функцию созданных соустьев (рис. 6).

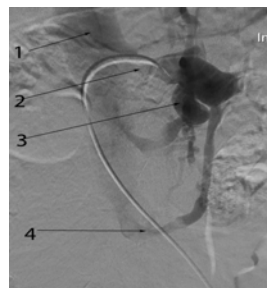


Рис. 6. Ангиография у больной через 6 месяцев после формирования овариокавального анастомоза: 1. нижняя полая вена; 2. зона аортомезентериальной компрессии левой почечной вены; 3. поясничная ветвь; 4. овариокавальный анастомоз.

У 50 (94,3%) больных портокавальное или портопортальное шунтирование (в том числе у 3 больных, оперированных дважды) привело к значительному сокращению или исчезновению варикозного расширения вен пищевода. Двое детей (3,7%) (у этих пациентов варикоцеле выявлено после портального шунтирования и коррекция не была проведена) по неизвестным нам причинам выбыли из под наблюдения. У одного ребёнка (1,8%) отсутствовала какая-либо положительная динамика по данным обследования через 8 мес. после оперативного вмешательства, что связано с распространённым тромбофлебитическим процессом в портальной системе (планируется повторная сосудистая операция).

В доступной нам литературе встретились единичные работы, посвящённые левосторонней флебореногипертензии у больных с ВПГ. Ранее считалось, что формирование портокавальных анастомозов с левой почечной веной не влечёт за собой развитие варикоза вен малого таза или варикоцеле. Однако, исследуя материалы длительного катамнестического наблюдения больных, оперированных в различных клиниках, мы всё чаще стали встречаться с проявлениями левосторонней флебореногипертензии – варикозной болезни вен малого таза у пациентов с ВПГ. С 2007 г. значительно увеличилось количество больных с этой патологией, что связано с направленностью исследований на выявление признаков ВВМТ или варикоцеле у пациентов с ВПГ. Мы значительно расширили задачи и зоны обследования в предоперационном и отдалённом послеоперационном периодах. Стали тщательно изучать гемодинамические параметры на разных участках левой почечной, подвздошных, гонадных вен и НПВ. Ультразвуковое и ангиографическое исследования позволили нам значительно чаще выявлять признаки левосторонней флебореногипертензии не только в отдалённом периоде после уже проведённых операций шунтирования по поводу ВПГ, но и перед операцией. Направлением проводимой диагностики позволила своевременно определять тактику лечения у конкретного больного и совмещать операцию по поводу ВПГ с коррекцией или профилактикой проявлений флебореногипертензии – ВВМТ или варикоцеле.

Принято, что внепечёночная портальная гипертензия с выраженным варикозом вен пищевода является абсолютным показанием к хирургическому лечению из-за высокого риска развития опасного для жизни пищеводажного кровотечения. При невозможности портопортального шунтирования у пациентов с явлениями левосторонней флебореногипертензии, создание портосистемного анастомоза с веной левой почки может привести к низкой функциональности соустья, прогрессированию ренальной патологии в виде гематурии, протеинурии, как признаков усиления флебореногипертензии и венозного застоя в левой почке, дилатации гонадных вен с последующим прогрессированием варикоза вен малого таза.

Операции прерывания патологического ретроградного кровотока по левой гонадной вене у больных с ВПГ и регионарной венозной почечной гипертензией возможны и необходимы при расширении гонадной вены до 5-6 мм и сохранении крупной поясничной ветви. Прерывание ренотестикулярного шунта в данном случае не усугубляло венозную почечную гемодинамику.

Формирование гонадокавального или гонадоилеального анастомозов у пациентов с ВПГ возможно одновременно с портальным шунтированием и оправдано при значительном (более 6

мм) расширении гонадной вены с ретроградным кровотоком.

Если патологический (например, рубцовый) процесс в бассейнах брыжеечной или полых вен вызывает необходимость использовать левую почечную вену для формирования анастомоза в условиях флебореногипертензии, при этом, дополнительно для «разгрузки» левой почечной вены целесообразен гонадокавальный (гонадоилеальный) анастомоз.

Разработанная тактика лечения больных с внепеченочной портальной гипертензией и левосторонней венозной почечной гипертензией предпочтительна, так как наряду с прерыванием патологического тока крови в органы малого таза, сохраняет компенсаторный ренокавальный путь кровотока.

Выводы.

1. По нашим данным у 7,5% пациентов с внепеченочной портальной гипертензией наблюдаются признаки венозной почечной гипертензии слева.

2. Основными клиническими проявлениями левосторонней венозной почечной гипертензии у больных с внепеченочной портальной гипертензией являются: флебореногипертензионная нефропатия и развитие коллатеральных путей кровотока (варикоз вен малого таза или варикоцеле).

3. Основными методами диагностики у больных с внепеченочной портальной гипертензией и подозрением на венозную почечную гипертензию являются ультразвуковое ангиосканирование и ангиография. Методом подтверждения гипертензии в левой почечной вене служат: почечная флебография слева и флеботонометрии с измерением градиента давления между левой почечной и нижней полых венами (в том числе интраоперационная флеботонометрия). Окончательное решение о проведении шунтирования и коррекции флебореногипертензии принимается после ревизии сосудистого русла и интраоперационной флеботонометрии.

4. Проведение обследования, направленного на выявление флебореногипертензии у больных с внепеченочной портальной гипертензией, позволяет определять тактику лечения конкретного больного и совмещать операцию портопортального или портокавального шунтирования с коррекцией или профилактикой варикозной болезни вен малого таза.

5. Расширение левой гонадной вены с ретроградным кровотоком является показанием к оперативному вмешательству. При расширении гонадной вены до 5-6 мм возможна операция – перевязка и пересечение левой гонадной вены при сохранении поясничной ветви. Прерывание ренотестикулярного шунта в этом случае не ухудшает венозную почечную гемодинамику.

6. У больных с внепеченочной портальной гипертензией формирование гонадокавального анастомоза при повышенном давлении в венозной системе левой почки и расширении левой гонадной вены более 6-7 мм предупреждает развитие патологических изменений почки и позволяет избежать развития варикоза вен малого таза.

7. У пациентов с явлениями флебореногипертензии создание портосистемных анастомозов с веной левой почки может привести к низкой функциональности соустья, прогрессированию ренальной патологии в виде гематурии, протеинурии, как признаков усиления флебореногипертензии и венозного застоя в левой почке, дилатации гонадных вен с последующим прогрессированием варикоза вен малого таза или варикоцеле. В этих условиях патологический процесс в венозных бассейнах вызывает необходимость использовать левую гонадную вену дополнительно для формирования анастомоза и декомпрессии левой почечной вены.

Литература

1. Дроздов А.В. Алгоритм диагностики методы хирургической коррекции внепеченочной формы портальной гипертензии у детей. Дисс... канд. мед. наук. Москва 2002 г. 126 с.
2. Разумовский А.Ю., Данжинов Б.П., Рачков В.Е., Кулешов Б.В., Феоктистова Е.В. Мезентерико-портальный шунт - радикальное лечение внепеченочной портальной гипертензии у детей. Вопросы современной педиатрии. 2003. № 6. С. 45–52.
3. Сухов М.Н., Дроздов А.В., Кобыцкий А.В., Быстров А.В., Исаева М.В., Сенякович Н.Б. Мезентерико-портальное шунтирование у детей с внепеченочной портальной гипертензией. Детская хирургия. 2005. №1. С. 42–44.
4. Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Феоктистова Е.В., Галибин И.Е., Парамонова С.В. Портальная гипертензия у детей: современные возможности портосистемного шунтирования. Хирургия. 2007. № 9. С. 41–45.

5. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. М. Мед. 1982. С. 297–375.

6. Сенякович В.М. Патогенетические основы повышения эффективности портосистемного шунтирования при внепеченочной портальной гипертензии у детей. Дисс... докт. мед. наук. Москва. 1992. С. 76.

7. Разумовский А.Ю., Поляев Ю.А., Сидорова Л.Ф. и др. Успешные шунтирующие операции при внепеченочной портальной гипертензии у детей младшего возраста // Хирургия. 1990, № 8. С. 172.

8. Леонтьев А.Ф., Сенякович В.М., Лекманов А.У. Сосудистое шунтирование при лечении пищеводно-желудочных кровотечений у детей с портальной гипертензией // Хирургия. 1996, № 4. Стр. 20–25.

9. Ольхова Е.Б. Аорто-мезентериальная компрессия левой почечной вены у детей после сплено-ренального шунтирования. Эхография. 2002.

10. Ферзали А.Н. Венозная гемодинамика в почке и системе воротной вены при шунтирующих операциях у детей с внепеченочной формой портальной гипертензии. Дисс... канд. мед. наук. М. 1997. С. 54.

11. Лопаткин Н.А., Морозов А.В. О механизмах почечной венозной гипертензии. Урология и нефрология. 1974. № 2. С. 14 – 19.

12. Морозов А.В., Налетова О.А., Сапелькина И.М. Венозный застой в почке и системное артериальное давление // Урология и нефрология. 1977, № 6. С. 5–9.

13. Ekim M., Bakkaloglu S.A., Tumer N., Sanlidilek U., Salih M. Orthostatic proteinuria as a result of venous compression (nutcracker phenomenon)- a hypothesis testable with modern imaging techniques. Nephrol. Dial. Transplant. 1999. V.14. N.4. P. 826-827.

14. Lee CC, Lin JT, Deng HH, Lin ST. Hematuria due to nutcracker phenomenon of left renal vein: report of a case. J. Formos Med Assoc. 1993. V.92. N.3. P.291–293.

15. Страхов С.Н., Бурков А.А., Спиридонов А.А., Сапелькин С.В., Бондар З.М., Косырева Н.Б. Нефропатия флебогипертензивного генеза и выбор метода лечения при варикоцеле у детей и подростков // Нефрология и диализ. 2001, №4. С. 414–420.

16. Кириенко А.И., Прокубовский В.И. Бозачев В.Ю. Хирургическое лечение варикозной болезни малого таза. Материалы 3-й конф. ассоц. флебологов России. Ростов-на-Дону. 2001. С. 150–152.

17. Исаков Ю.Ф., Ерохин А.П., Гераськин В.И., Воронцов Ю.П. К проблеме варикоцеле у детей // Урология и нефрология. 1977, №5. С. 51–55.

18. Голицын А.В. Выбор метода хирургической коррекции варикоцеле с учетом особенностей венозной гемодинамики. Автор...дисс. канд. мед. наук. Москва. 2006. 26 с.

19. Дан В.Н., Кунцевич Г.И., Страхов С.Н., Сапелькин С.В. Диагностика и хирургическая коррекция регионарной венозной почечной гипертензии. Тезисы докладов и сообщений 5-й ежегодной сессии НЦССХ им. А.Н. Бакулева с Всероссийской конференцией молодых ученых. 1999. С. 123.

20. Woo Sun Kim, Jung-Eun Cheon, In-One Kim, Seung Hyup Kim. Hemodynamic Investigation of the Left Renal Vein in Pediatric Varicocele: Doppler US, Venography, and Pressure Measurements. Radiology. Volume 241. Number 1.October 2006. P. 228–234.

TREATMENT OF CHILDREN WITH VENOUS NEPHRITIC AND EXTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSIA

M.N. SUKHOV, R.V. GARBUZOV, A.V. DROZDOV, I.P. LYVINA, M.V. ISAIEVA

Russian Children's Clinical Hospital, Moscow

According to our supervision 7,5% of patients with an extrahepatic portal hypertension have left-sided phleborenohypertension. Left gonadic vein dilatation with retrograde blood flow at this category of patients is the indication to operative intervention. Operations concerning extrahepatic portal hypertension and phleborenohypertension can and should be carried out simultaneously. In the case of left gonadic vein dilatation up to 5-6 mm bandaging and its crossing do not aggravate nephritic haemodynamics on condition that preservation of a lumbar branch. At patients with extrahepatic portal hypertension forming gonad and caval anastomosis at the high pressure in venous system of the left kidney and left gonadic vein dilatation more than 6-7 mm prevents from development of pathological kidney changes and allows to avoid development of small pelvis vein varix.

Key words: an extrahepatic portal hypertension, a left-sided