

А.А. Гафуров¹, В.В. Ботвиньева², Г.У. Туйчиев¹, М.Э. Абдуллаева¹

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

² Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Комплексный подход к выбору метода лечения пищеводно-желудочных кровотечений у детей с портальной гипертензией

В СТАТЬЕ ПРИВЕДЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ 38 ДЕТЕЙ (В ВОЗРАСТЕ 7–15 ЛЕТ) С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНОРАСШИРЕННЫХ ВЕН. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕЗНИ СОСТАВЛЯЛА ОТ 2 ДО 12 ЛЕТ. У 17 (44,7%) БОЛЬНЫХ БЫЛО ОТМЕЧЕНО ОТ 2 ДО 5 ПОВТОРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНОЙ СРЕДИ ОПЕРАЦИЙ РАЗОБЩЕНИЯ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ОКАЗАЛАСЬ ОПЕРАЦИЯ ТАННЕРА–БАИРОВА.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ, ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КРОВОТЕЧЕНИЕ, КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ, ДЕТИ.

121

Контактная информация:

Ботвиньева Виктория Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая лабораторией клинической иммунологии, иммуногенетики и вирусологии Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, тел. (495) 967-14-39
Статья поступила 09.04.2008 г., принята к печати 14.08.2008 г.

Опасность развития синдрома портальной гипертензии связана в первую очередь с возникновением целого ряда жизнеугрожающих осложнений, основным из которых является кровотечение из варикознорасширенных вен пищевода и желудка. Наиболее часто оно наблюдается у детей с циррозом печени и портальной гипертензией. Консервативная терапия в детской практике дает положительный эффект у 66–90% пациентов [1–3]. Однако повторные геморрагии имеют значительно худший прогноз, летальность колеблется от 22 до 84% [4–6].

Основной целью применяемых в настоящее время методов медикаментозного лечения является снижение портального давления и, как следствие, уменьшение кровотока по желудочно-пищеводным коллатералям. Хирургические вмешательства, выполняемые при безуспешности консервативной терапии, можно разделить на две группы: операции типа Таннера и сосудистые анастомозы, направленные на декомпрессию портальной системы. Результаты этих операций, произведенных на высоте кровотечения, также неудовлетворительны. Даже при минимальном объеме вмешательства послеоперационная летальность остается достаточно высокой — 56,4%.

Совершенно очевидно, что исход экстренного хирургического вмешательства зависит не только от объема операции, но и предоперационной подго-

A.A. Gafurov¹, V.V. Botvinieva², G.U. Tuychiev¹, M.E. Abdullaeva¹

¹ Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan

² Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Complex approach to selection of treatment of esophagogastric hemorrhage of children with portal hypertension

THE RESEARCHERS INTRODUCE THE RESULTS OF ANALYSIS OF OUTCOMES OF OPERATION IN 38 CHILDREN (7–15 YEARS OLD) WITH LIVER CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION. THE DURATION OF THE DISEASE WAS FROM 2 TO 12 YEARS. RECURRENT 2–5 HEMORRHAGES WERE NOTED IN 17 (44,7%) OF THE PATIENTS. THE ANALYSIS OF SURGICAL INTERVENTIONS HAVE SHOWN THAT TANNER–BAIROV'S OPERATION WAS PREFERABLE AMONG NONBYPASSING AND NON-TRAUMATIC OPERATIONS.

KEY WORDS: LIVER CIRRHOSIS, PORTAL HYPERTENSION, HEMORRHAGE, CONSERVATIVE THERAPY, SURGICAL CORRECTION, CHILDREN.

товки, функционального состояния печени и выбора метода вмешательства [7, 8]. В связи с этим задачей нашего исследования явилось определение показаний к активному хирургическому вмешательству и выбор оптимального варианта операций при безуспешности консервативных мер по остановке профузного пищевода-желудочного кровотечения у детей с портальной гипертензией.

Проанализированы результаты лечения 38 детей в возрасте от 7 до 16 лет с циррозом печени и портальной гипертензией, поступивших в клинику детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института с острым пищевода-желудочным кровотечением, обусловленным циррозом печени и портальной гипертензией. Состояние больных оценивали на основании анамнеза, жалоб, эзофагогастродуоденоскопии, ультразвукового исследования печени, селезенки, сосудов портального бассейна, а также общих клинико-биохимических исследований крови и биопсии печени.

Длительность заболевания детей колебалась от 2 до 12 лет. Из 21 (55,3%) ребенка, поступившего с активной геморрагией, общее состояние расценено как тяжелое у 14 (66,71%) детей и средней тяжести — у 7 (33,3%). У 17 (44,7%) больных было отмечено от 2 до 5 повторных кровотечений.

Выраженные расстройства гемостаза, нарушения коагуляционных свойств крови значительно затрудняли остановку кровотечения.

Всем больным при поступлении назначалась интенсивная консервативная терапия, включавшая зондирование и промывание желудка холодными растворами с pH — 7,7–7,9, гемостатические препараты (этамзилат, ε -аминокапроновая кислота), препараты кальция, Питуитрин в возрастных дозировках. Инфузионная терапия включала полиионные кристаллоиды, свежезамороженную плазму, переливание эритроцитарной и тромбоцитарной массы. При кровотечении из расширенных вен пищевода и желудка необходимы строгий постельный режим и на 1–2 дня прекращение приема пищи и жидкости через рот. В дальнейшем в диете ограничивали белки: пищу давали протертую, малыми порциями, в слегка подогретом виде. С целью гемостаза внутривенно вводили тромбоцитную массу в комбинации со свежей плазмой, ε -аминокапроновой кислотой, витамином К. При кровотечениях из пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией назначали Питуитрин или препарат вазопрессина. Для удаления крови из ЖКТ назначали очистительные клизмы не менее двух раз в

день, внутрь — лактулозу по 0,5 г/кг каждые 2 ч до появления двукратного стула и далее в той же дозе 2–3 раза в день. Для уменьшения гипоксии, обусловленной анемией, назначали оксигенотерапию. При продолжающемся профузном кровотечении у детей старше 6 лет устанавливали зонд Блэкмора.

Средствами медикаментозной терапии, баллонной тампонады кровоточащих вен с помощью зонда Блэкмора удалось добиться первичного гемостаза в 17 случаях. Из-за невозможности остановить кровотечение у 21 больного они были оперированы на высоте кровотечения.

При планировании хирургического вмешательства на высоте кровотечения при тяжелой степени кровотечения и низких резервных возможностях печени стремились выполнить менее травматичные и краткосрочные нешунтирующие операции. Исход экстренного хирургического вмешательства зависел не столько от объема операции, сколько от правильного выбора срока и метода вмешательства, а также от функционального состояния печени на момент операции и предварительной консервативной терапии.

Проанализированы результаты операций разобщения, выполненные на высоте пищевода-желудочных кровотечений (21 операция) и в плановом порядке (17 операций). Последние выполнены у больных с терминальной стадией цирроза печени, перенесших в анамнезе 1 и более кровотечений (табл. 1).

Как видно из табл. 1, у 20 (95,2%) из 21 больного была достигнута полная остановка кровотечения. Лишь у одного ребенка с терминальной стадией цирроза печени после операции Пациора не удалось добиться полного гемостаза, продолжение которого завершилось летальным исходом.

В течение первого года после операции Пациора у одного ребенка отмечен рецидив кровотечения, который удалось купировать консервативными мерами. В последующие три года после всех трех типов операций отмечено по одному случаю кровотечения, завершившихся летальным исходом. Спустя 3–5 лет кровотечения повторились у 4 детей, которые также завершились летальным исходом.

Из 17 больных, оперированных в плановом порядке, у 7 кровотечения остановлено консервативно. У этих же больных на третьи и пятые сутки после остановки кровотечения, учитывая высокий риск повторного кровотечения, выполнена плановая операция разобщения. У 10 больных отмечалась терминальная стадия болезни, им были выполнены операции разобщения в плановом

Таблица 1. Виды и результаты операций разобщения, выполненных на высоте кровотечения у детей на сформированной «В» и терминальной стадиях течения цирроза печени

Вид операции	Ближайшие сроки (6 мес)		Рецидив кровотечения		
	остановлено	не остановлено	6 мес – 1 год	1–3 года	3 года и более
Операция Пациора со СЭ (n = 6)	5	1	1	1	1
Операция Таннера-Баирова со СЭ (n = 10)	10	–	–	1	2
Тотальное разобщение ГЭК лигатурным способом со СЭ (n = 5)	5	–	–	1	1
Итого (n = 21)	20	1	1	3	4

Примечание:

СЭ — спленэктомия; ГЭК — гастроэзофагеальный коллектор.

Таблица 2. Виды и результаты операций разобщения, выполненных в плановом порядке в терминальной стадии течения цирроза печени

Вид операции	Рецидив кровотечения			Летальность за 3 и более лет
	6 мес – 1 год	1–3 года	3 года и более	
Таннера–Баирова с перевязкой селезеночной артерии ($n = 11$)	–	4	3	4
Тотальное разобщение ГЭК лигатурным способом ($n = 6$)	–	–	1	2
Итого	–	4	4	6 (35,3%)

Примечание:

ГЭК — гастроэзофагеальный коллектор.

порядке из-за «непригодности» сосудов портального бассейна. Такая же операция была выполнена пяти больным из-за наличия высокой степени гиперспленизма и гигантских размеров селезенки.

После операций разобщения, выполненных в плановом порядке в сроки 3–5 лет, рецидив кровотечений из флэкктазий пищевода и желудка составил 47,0% (8 из 17 больных), летальность — 35,3% (6 больных) (табл. 2). Анализ причин летальных исходов показал, что у одной девочки в возрасте 9 лет рецидив профузного желудочного кровотечения развился на 4-е сутки после операции Пациора. Адекватная интенсивная терапия проводилась более 3 часов, но была безуспешной в связи с тяжелой степенью кровопотери. Больная умерла через 3,5 часа после начала кровотечения. На аутопсии был обнаружен дефект флэкктазии (1 см) в препилорической зоне желудка, который привел к массивному кровотечению. Один больной умер от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности к концу года после операции Пациора со спленэктомией на фоне тяжелой постгеморрагической анемии. У 2 больных летальный исход, наступивший через 1–1,5 года, был связан с остро развившимся септическим состоянием после операции разобщения со спленэктомией.

У 2 детей после операций Таннера–Баирова с сохранением селезенки на высоте кровотечения через 6 мес и 1 год после первого вмешательства, учитывая высокий риск повторных кровотечений, были выполнены декомпрессионные спленоренальные анастомозы с благоприятным исходом. Выживаемость детей более 5 лет составила 50,5%.

Таким образом, при пищеводно-желудочных кровотечениях консервативное лечение должно быть ориентировано на адекватное восполнение тяжелой кровопотери и стремление снизить портальное давление с целью уменьшения давления по желудочно-пищеводным коллатералям. Среди проанализированных нами операций разобщения у детей предпочтительными следует признать циркулярное прошивание через все слои дна желудка со вторым рядом перитонизирующих швов (операция Таннера–Баирова) и тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора лигатурным способом. Они могут быть успешно применены у больных с портальной гипертензией, осложненной варикозным расширением вен пищевода и желудка, как альтернатива портосистемного шунтирования в случае серьезных препятствий для его выполнения в условиях плановой и даже экстренной хирургии.

Полученные результаты позволили нам сделать следующие выводы:

- у детей с циррозом печени и портальной гипертензией, осложненной пищеводно-желудочным кровотечением, при безуспешности консервативной терапии оправдан ранний выбор активной хирургической тактики на этапе среднетяжелой степени кровопотери;
- наиболее оптимальной малотравматичной и краткосрочной среди операций разобщения, выполняемых в детском возрасте при неэффективности консервативной терапии, следует признать операцию Таннера–Баирова.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов А.Е. Эндоскопические методы профилактики и лечения кровотечений портального генеза // Вестник хирургии. — 2001. — № 2. — С. 22–25.
2. Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Феоктистова Е.В. Кровотечение из варикозных вен пищевода у детей: современная тактика лечения // Анналы хир. гепатол. — 2005. — Т. 10, № 2. — С. 86.
3. Binmoeeller K.F., Borsatto R. Vatiséal bleeding and portal hypertension // Endoscopy. — 2000. — V. 32, № 3. — P. 189–199.
4. Алиев М.М. Профилактика пищеводно-желудочных кровотечений у детей с портальной гипертензией // Анналы хир. гепатол. — 2000. — № 2. — С. 207.
5. Сенякович В.М., Лекманов А.У., Леонтьев А.Ф. Лечение острых пищеводно-желудочных кровотечений у детей с внепеченочной

блокадой портального кровотока // Вестник хирургии. — 1986. — № 8. — С. 80–84.

6. Millican W.J., Warren W.D., Henderson J.M. The timory prospective randomized trial: selective vesus nonselestive shunt to control vareceal bleeding // Ann. Surg. — 1985. — V. 201, № 6. — P. 721.

7. Щерцингер А.Г. Тактика при острых кровотечениях из варикознорасширенных вен пищевода и желудка // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2001. — № 3. — С. 40–46.

8. Vlavianos P., Westaby D. Management of acute variseal haemorrhage // Europ. J. Gastroenterol. Hepat. — 2001. — V. 13. — P. 335–342.