

Р.А. Белоус, А.А. Малаев, О.Н. Смирнова, Д.Ф. Болгов, Е.А. Степаненко, Н.Е. Смирнова

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ АОДКБ

Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)

Синдром портальной гипертензии (СПГ) — симптомокомплекс, характеризующийся повышением давления в бассейне воротной вены, расширением естественных портокавальных анастомозов, асцитом, спленомегалией. Различают пресинуоидальную, синусоидальную и надсинусоидальную формы портальной гипертензии.

Цель: определить оптимальные сроки и методы хирургические методы лечения СПГ у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 1995 по 2011 гг. в хирургическом отделении АОДКБ пролечено 19 пациентов с синдромом портальной гипертензии: мальчиков — 11, девочек — 8, возраст — от 1,8 до 17 лет. Причинами развития синдрома портальной гипертензии у 15 детей явился врожденный фиброз печени, у 3-х — цирроз печени неустановленного происхождения, у 1 — врожденный стеноз портальной вены, со степенью эзофагеальной флебэктазии у всех больных III—IV степени. 5 пациентов поступили на фоне продолжающегося кровотечения из вен пищевода. Всем пациентам проводился стандартный комплекс обследования, включающий клинико-лабораторный, УЗИ печени, селезенки с доплерографией сосудов портального бассейна, гибкую фиброэзофагоскопию, томографическую портографию с болюсным введением контрастного препарата, транскutánную или лапароскопическую биопсию печени. Паллиативные операции выполнены у 6 пациентов и были связаны с отсутствием опыта, несовершенством шовного материала на начальных этапах лечения данных больных в 1995—1997 гг. Субмукозная перевязка вен кардиального отдела желудка выполнена двум детям, операция Таннера — двум больным, операция Пациора у 1 и спленэктомия — у 1 ребенка. Портокавальное шунтирование выполнено у 13 пациентов. Из них: спленэктомия, мезентерикосупрааренальный анастомоз — 1, спленэктомия, центральный спленоренальный анастомоз — 2, резекция селезенки, селективный спленоренальный анастомоз — 3, мезентерикопортальный анастомоз аутовеной, Н-тип — 5, Х-спленоренальный анастомоз бок в бок — 2. Из них, на фоне продолжающегося кровотечения, после стабилизации гемодинамических расстройств, радикально оперированы двое пациентов в объеме Х-спленоренального анастомозирования бок в бок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рецидив эзофагеальной флебэктазии, связанный со стенозом анастомоза, возник у 2-х пациентов в период освоения методик оперативного лечения, умерло двое пациентов — одна на фоне продолжающегося кровотечения, ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности после операции Таннера, и 16-летний пациент с циррозом печени, декомпенсированной стадии, после мезентерикопортального анастомоза аутовеной. Наилучшие результаты достигнуты у пациентов младшей возрастной группы в возрасте от 1 до 7 лет, у которых выполнены Х-спленоренальное анастомозирование «бок в бок» и мезентериокавальное анастомозирование аутовеной, Н-тип, достигнут регресс эзофагеальной флебэктазии до I степени, нормализация клинико-лабораторных показателей и качества жизни. У пациентов с другими видами портокавального шунтирования, спленэктомией достигнут регресс эзофагеальной флебэктазии до I—II степени. У всех оперированных детей с сохраненной селезенкой, в сроки от 6 до 12 месяцев произошло ее сокращение до возрастных норм или сохранялась незначительная спленомегалия, без клинических проявлений.

ВЫВОДЫ

Оптимальным возрастом для проведения шунтирующих операций является возраст от 1 года до 10 лет; следует отдавать предпочтение Х-спленоренальному анастомозу «бок в бок» или Н-мезентериокавальному анастомозу аутовеной, с диаметром соустья не менее 5—6 мм с сохранением селезенки; необходимо выполнение портокавального анастомозирования до развития декомпенсации заболевания; возможно проведение шунтирующих операций на фоне продолжающегося кровотечения из вен пищевода, после стабилизации гемодинамических расстройств.