

ОБОСНОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА И РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (918) 417-39-71. E-mail: poleev_a_v@mail.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru

В работе проведён анализ результатов эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода у 94 детей в возрасте от 8 месяцев до 17 лет с синдромом портальной гипертензии, наблюдавшихся в клинике детской хирургии КГМА с 1997 по 2011 год. У 73 больных портальная гипертензия была обусловлена внепечёночным портальным блоком, у 12 – внутripечёночным блоком и у 9 – блоком смешанного генеза. Всем пациентам выполнялось от 3 до 11 сеансов склеротерапии. У 82 больных (87%) в результате применения метода эндоскопического склерозирования вен пищевода достигнут положительный эффект, в 12 случаях (13%) склеротерапия была неэффективна, что потребовало применения оперативного лечения. Полученные результаты позволяют считать эндоскопическое склерозирование эффективным методом лечения варикозного расширения вен пищевода у детей с синдромом портальной гипертензии.

Ключевые слова: портальная гипертензия, дети, эндоскопическое склерозирование.

V. A. TARAKANOV¹, A. V. POLEEV², V. M. STARCHENKO¹,
A. E. STRYKOVSKY¹, O. G. KARDASH², S. V. VARDASANIDZE²

JUSTIFICATION OF THE METHOD OF ENDOSCOPIC AND RATIONAL TACTICS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH THE SYNDROME OF PORTAL HYPERTENSION

¹Chair of surgical disease childhood SBI of HI KSMU health Ministry of Russia, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 8 (918) 417-39-71. E-mail: poleev_a_v@mail.ru;

²Children's regional clinical hospital, Russia, 350007, Krasnodar, Victory's sq., 1, tel. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru

In work the analysis of the results of endoscopic sclerosed the esophageal varicose veins in 94 children aged from 8 months to 17 years with the syndrome of portal hypertension, observed in the clinic of children's surgery of the Kuban state medical University from 1997 to 2011. In 73 patients with portal hypertension was determined by the extrahepatic portal block, in a 12 – intrahepatic block and the 9 – block of mixed origin. All patients were performed from 3 to 11 sessions sclerotherapy. In 82 patients (87%) as a result of the application of the method of endoscopic sclerosed veins of the esophagus has been achieved positive effect, in 12 cases (13%) sclerotherapy was ineffective, that would require the application of surgical treatment. The obtained results allow to consider endoscopic hardening of the effective method of treatment of varicose veins of the esophagus in children with a syndrome of portal hypertension.

Key words: portal hypertension, children, endoscopic agents.

Введение

Лечение синдрома портальной гипертензии (СПГ) у детей является важной проблемой в практике детской хирургии и педиатрии. Актуальность проблемы обусловлена растущим количеством больных с данной патологией, что связано с высокой выживаемостью в настоящее время детей с пороками развития портальных сосудов и паренхиматозным поражением печени [5, 6, 11]. Наиболее грозным осложнением портальной гипертензии являются кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), которые занимают первое место в структуре неязвенных кровотечений у детей и нередко приводят к летальному исходу у данной категории больных [1, 2, 13]. Так, течение СПГ почти у 80% детей сопровождается кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. У 70% оно имеет рецидивирующий характер. Летальность при пищеводных кровотечениях (ПК) колеблется от 20% до 60%, достигая 80% при первом кровотечении [3, 7, 12].

Всё вышеперечисленное объясняет значимость данного недуга в росте инвалидности детского населения, ухудшении его социальной адаптации, снижении качества и продолжительности жизни.

В последнее время в связи с развитием медицины предложен ряд новых методов лечения СПГ. Тем не менее ещё не разработан радикальный способ лечения портальной гипертензии, позволяющий восстановить кровоток в воротной вене и её ветвях в печени с одновременным снижением портального давления [8, 10].

В настоящее время предложены следующие методы лечения СПГ: хирургический, эндоскопический и медикаментозный. Все они своей конечной целью имеют лечение кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или его профилактику как наиболее опасного для жизни больного осложнения портальной гипертензии [4, 9].

Работами последних лет доказано [8, 11], что даже шунтирующие операции, направленные на

искусственное формирование портокавальных анастомозов, довольно часто осложняются развитием портосистемной энцефалопатии и печёночной недостаточности, тромбозом шунта, вызывают снижение портальной перфузии печени. В этой связи более перспективным является метод эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен пищевода, который обладает рядом преимуществ: малоинвазивностью методики, возможностью селективной облитерации вен пищевода в подслизистом слое и сохранение параэзофагеальных коллатералей, отсутствие отрицательного влияния на функции печени.

К тому же повседневная практика свидетельствует о существовании ряда спорных вопросов и нерешённых проблем использования эндоскопического склерозирования ВРВП у больных с СПГ. Имеет ли право на существование ЭС как самостоятельный метод лечения портальной гипертензии или же он должен применяться в дополнение к оперативным вмешательствам? Каковы показания к использованию склеротерапии при пищеводном кровотечении и вне его?

Единичные сообщения отечественных авторов о первых результатах ЭС касаются взрослого контингента больных с внутрипечёночной формой СПГ [2, 13]. В этих случаях склеротерапия применяется как паллиативный метод у пациентов с нарушенной функцией печени, риск оперативного вмешательства у которых очень высок.

Анализ современной литературы свидетельствует о том, что опыт применения эндоскопического склерозирования ВРВП у детей крайне ограничен, отдалённые результаты мало изучены. Вместе с тем точно не определены показания и не выработана тактика использования склеротерапии вен пищевода при различ-

расширенных вен пищевода. За период 1997–2011 гг. ЭС ВРВП выполнено у 94 детей с СПГ. Характеристика пациентов представлена в таблице.

Обследование пациентов основной группы проводилось на основе разработанной в клинике диагностической программы, включающей следующие методы: общеклинический, биохимические тесты печёночных функций, коагулограмму, ФЭГДС с pH-метрией, УЗИ органов брюшной полости с доплерографией сосудов портального бассейна, спиральная компьютерная томография сосудов и органов портальной системы, ангиография портального русла.

Из 94 больных ещё до начала склеротерапии кровотечение из ВРВП отмечалось у 57 (61%) больных. Причём у 27 детей пищеводное кровотечение было однократным, у 43 – двукратным, у 11 – кровотечение рецидивировало 3 раза, а у 5 в анамнезе отмечалось по 4 эпизода геморрагий. У 37 детей (39%) до начала ЭС кровотечений в анамнезе не было.

Из всех 94 больных 31 пациент (33%) ещё до применения ЭС был оперирован по поводу СПГ и её осложнений. Выполнялись операции спленоренального шунтирования (дистального или проксимального), разобщения кардиоэзофагеального венозного бассейна (операция Таннера) в сочетании с формированием органных анастомозов.

В клинике мы разработали собственную эндоскопическую классификацию варикозного расширения вен пищевода

Согласно этой классификации (рис. 1) варикозное расширение вен пищевода подразделяется следующим образом: I степень: единичные вены линейной формы, которые локализуются в нижней трети пищевода, имеют диаметр до 2 мм и не выступают в прос-

Характеристика пациентов с СПГ

Признак	Количество
Всего детей:	94
– мальчики	49 (52%)
– девочки	45 (48%)
Формы СПГ:	
– подпечёночная	73 (77%)
– внутрипечёночная	12 (13%)
– смешанная	9 (10%)
Степени ВРВП:	
– I степень	9 (10%)
– II степень	18 (19%)
– III степень	19 (20%)
– IV степень	31 (32%)
– V степень	17 (18%)

ных формах портальной гипертензии, а также по отношению к оперативному лечению. Эти обстоятельства и предопределили назревшую необходимость настоящего исследования.

Материалы и методы исследования

В клинике хирургических болезней детского возраста КГМУ на базе детской краевой клинической больницы с 1997 г. в лечении детей с СПГ применяется метод эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно

вет пищевода; II степень: единичные вены, которые локализуются там же, имеют диаметр 2–3 мм, не извиты или извиты незначительно, незначительно выступают в просвет пищевода; III степень: две и более вены, которые доходят до границы нижней и средней трети пищевода, имеют диаметр 3–4 мм, длиннее по протяжению, извиты, образуют варикозные узлы, прикрывают просвет пищевода на 1/3; IV степень: вены имеют диаметр 4–5 мм, доходят до средней трети пищевода, образуют множественные вариксы

с признаками угрожаемого кровотечения, прикрывают просвет пищевода на 1/2 и более; V степень: множественные вены, образующие конгломераты узлов и покрывающие более половины пищевода по протяжению, имеющие диаметр более 5 мм, прикрывающие просвет пищеводной трубки более чем на 2/3 и имеющие признаки угрозы кровотечения.

При этом мы выделяем следующие эндоскопические маркеры угрозы возникновения пищевого кровотечения: истончение слизистой оболочки, покрывающей ВРВП; гиперемия, «вишнёвые» пятна, телеангиоэктазии и фибриновые наложения на слизистой оболочке над ВРВП; явления эрозивного или язвенного эзофагита.

Показанием к проведению ЭС у детей с СПГ мы считаем наличие варикозного расширения вен пищевода. В зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе у пациента эпизодов пищевого кровотечения мы выделяем следующие виды ЭС:

профилактическое (у пациентов, не имеющих в анамнезе ПК) – выполняем с целью предупреждения первого эпизода кровотечения;

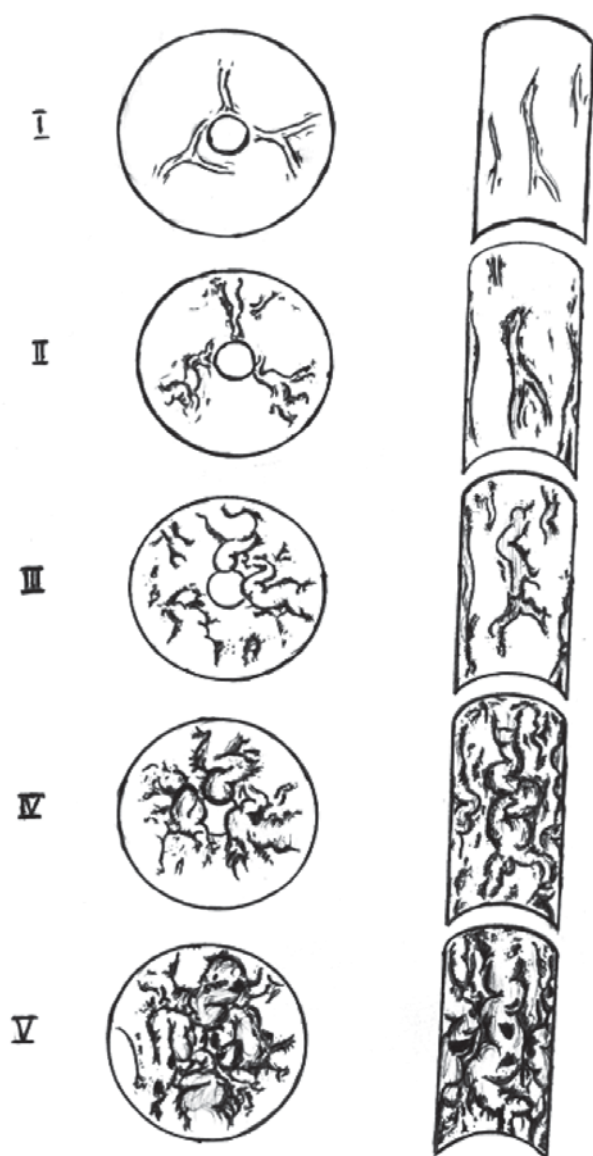


Рис. 1. Классификация варикозного расширения вен пищевода по степеням (в нашей модификации)

элективное (у детей, перенёсших в анамнезе ПК) – в данной ситуации мы преследовали цель предотвратить повторные случаи пищеводных кровотечений;

экстренное (при остром пищеводном кровотечении) – склеротерапия выполняется в первые 24 часа после купирования кровотечения медикаментозными средствами или с помощью пищевого зонда-обтуратора Блэкмора.

Также ЭС мы использовали у больных с сохраняющимся ВРВП после операций по поводу СПГ, а также у пациентов с циррозом печени (как альтернатива оперативному лечению).

ЭС проводилось по разработанному в клинике методике и схеме. Склеротерапия выполнялась под общим обезболиванием. Использовался только гибкий эндоскоп для педиатрической практики. Основными склерозирующими препаратами в нашем исследовании были 3%-ный раствор фибровейна и 3%-ный раствор этоксисклерола. Склерозирующие вещества вводили интравазально (фибровейн) или комбинированно (интра- и паравазально) в случае этоксисклерола (рис. 2).

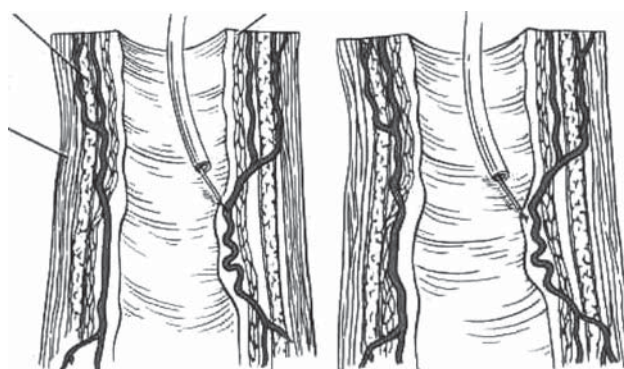


Рис. 2. Интравазальный и паравазальный способы введения склерозирующего вещества

Количество склерозанта на каждую инъекцию составляло 0,5–1,0 мл, суммарно за сеанс – 5–15 мл. При выраженном ВРВП процедуру ЭС завершали постановкой зонда-обтуратора с целью повышения склерозирующего эффекта и профилактики кровотечения. «Протокол» эндосклерозирования выполнялся по срокам: в первый месяц сеансы ЭС еженедельно до достижения эффекта рубцевания вен, далее – через 1 месяц, 3 и 6 месяцев. По завершении курса ЭС осуществляем эндоскопический контроль через каждые 6 месяцев: при наличии ВРВП II–IV степени ЭС повторяли.

Больным суммарно выполнялось от 3 до 11 сеансов ЭС (в среднем – по 4).

Склеротерапия сочеталась по показаниям с медикаментозным лечением, которое включало следующие препараты: 1) снижающие уровень портального давления (сандостатин); 2) улучшающие плазменный и сосудистый потенциал гемостаза (викасол, дицинон, транексам); 3) уменьшающие агрессивные свойства пептического фактора (антациды, антисекреторные, обволакивающие); 4) прокинетики (мотилиум, церукал); 5) репаранты (метилурацил, солкосерил); 6) гепатопротекторы (гептрал, эссенциале); 7) антибактериальные препараты для предупреждения инфекционных осложнений.

Результаты исследования

Эффективность проводимой склеротерапии как основного метода лечения у пациентов мы оценивали по следующим критериям: 1) хороший эффект (больные, у которых после начала ЭС нет ПК или их рецидивов, имеется существенное снижение степени ВРВП) – 41 человек (43%); 2) удовлетворительный эффект (больные, у которых после начала ЭС нет ПК или их рецидивов, имеется стабилизация ВРВП или его незначительное уменьшение) – 26 детей (28%); 3) отсутствие эффекта (когда у больных, получающих ЭС, возникают ПК или их рецидивы, а степень ВРВП не имеет тенденции к снижению) – 12 больных (13%).

Помимо этого у 15 детей (16%) отмечается хороший эффект от сочетания ЭС с выполненной операцией разобщения или спленоренального шунтирования. Таким образом, суммарный положительный эффект ЭС достигнут у 82 (87%) больных.

Из всей группы у 37 больных (39%) кровотечений не было ни до склеротерапии, ни после её проведения. У них при использовании ЭС как основного метода лечения удалось добиться следующих результатов: полного исчезновения ВРВП при исходной II–III степени (13 человек), снижения ВРВП с IV до I–II степени (24 человека).

В процессе исследования мы выявили, что склеротерапия не эффективна в случае локализации варикозно расширенных вен в кардиальном отделе и области дна желудка. Это отмечено у семи пациентов основной группы, что у всех потребовало оперативного вмешательства в том или ином объёме (операция Таннера-Пациоры, спленоренального шунтирования). При этом во всех случаях интраоперационно было подтверждено варикозное расширение вен желудка.

Осложнения метода склеротерапии развились у 3 больных (4%) в виде явлений постсклеротического стеноза кардиального отдела пищевода (пациенты, которым было выполнено 8–10 сеансов ЭС). Это потребовало проведения по одному курсу бужирования пищевода, чего было вполне достаточно для ликвидации стеноза.

Из вышеизложенного следует, что ЭС не всегда имеет положительный эффект, что требует применения оперативного лечения. А именно:

1) при возникшем ПК, не поддающемся комплексу консервативных и эндоскопических мероприятий в течение 48 часов, выполняем операции спленоренального шунтирования или гастрозофагеального разобщения; 2) при прогрессировании ВРВП, несмотря на проводимую склеротерапию, предпочтение отдаём операции дистального спленоренального шунтирования в плановом порядке; 3) в случае СПГ, осложнённого декомпенсированным гиперспленизмом, резистентным к медикаментозному лечению, выполняем спленэктомия в сочетании с проксимальным спленоренальным шунтированием или гастрозофагеальным разобщением.

Обсуждение

Эндоскопическое склерозирование является весьма эффективным в лечении ВРВП у детей с СПГ как самостоятельный метод в большинстве случаев, так и в сочетании с хирургическим вмешательством и медикаментозной терапией. Также несомненна высокая эффективность ЭС в плане профилактики кровотечения из ВРВП. Предлагаемая нами тактика лечения СПГ позволяет дифференцированно подходить к выбору метода лечения у конкретного больного, который зависит от стажа заболевания и степени его компенсации. Это позволяет нам рекомендовать ЭС в качестве метода выбора в лечении и профилактике ПК у больных с СПГ в условиях детской хирургической клиники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пациора М. Д. Хирургия портальной гипертензии. – М., 1974. – С. 178–186.
2. Белоконев В. И. Диагностика и лечение повреждения пищевода / В. И. Белоконев, В. В. Замятин, Е. П. Исмаилов. – Самара, 1999. – 160 с.
3. Галлингер Ю. И. Эндоскопическая хирургия стенозов пищевода и желчных протоков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – Т. 7. № 3. – С. 30–34.
4. Allagile D. // J. pediat. gastroent. nutr. – 1986. – Vol. 5. – P. 861–886.
5. Belghili J., Grenier D. // Arch. surg. – 1981. – Vol. 116. – P. 1121–1124.
6. Evans S., Stovroff M., Heiss K., Rickens R. // J. pediat. surg. – 1995. – Vol. 30. № 4. – P. 1115–1118.

Поступила 13.10.2012

**В. А. ТАРАКАНОВ¹, В. М. СТАРЧЕНКО¹, В. М. НАДГЕРИЕВ¹,
А. Е. СТРЮКОВСКИЙ¹, А. Н. ЛУНЯКА¹, О. Э. ЧУЛКОВ²,
Т. П. ШУМЛИВАЯ², Н. В. МИКАВА²**

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8 (918) 174-74-75. E-mail: starchenkovvalera@mail.ru;

²ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 (861) 268-52-90. E-mail: corpus@ksma.ru

Проведен анализ хирургического лечения 271 ребёнка по поводу узловых поражений щитовидной железы и токсических форм зоба. Комплекс ультразвукового исследования, доплеровского анализа тиреоидного кровотока и тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы под ультразвуковым контролем позволяют определять точный диагноз