

Скобелев В.А., Разин М.П., Игнатьев С.В.

ПРОБЛЕМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Вопреки общераспространенному мнению, портальная гипертензия нередко встречается в детской практике. Но ее причины у детей отличаются от таковых у взрослых больных. По литературным данным, у детей чаще встречается подпеченочная форма заболевания, причем врожденные формы обструкции в области воротной вены редки, а приобретенные встречаются наиболее часто. К ним могут приводить гнойные омфалиты или последствия катетеризации пупочной вены. Реже к развитию портальной гипертензии приводят хронические гепатиты (в основном

внутриутробные либо септические неонатальные). Казуистически редко в детской практике описываются случаи надпеченочной портальной гипертензии (врожденный синдром Бада-Киари).

Непростая ситуация в современной организации отечественного здравоохранения и продолжающееся обнищание сельского населения с недавних пор заставило и нашу клинику заняться лечением этой сложной патологии. За последние три года (2004 – 2006 гг.) в детской хирургической клинике Кировской ГМА нами было пролечено 9 детей с портальной гипертензией от 1 года до 15 лет (средний возраст – 5,8 лет). Из них пять мальчиков и четыре девочки. У троих из них диагностирована внутripеченочная форма заболевания, у шести – подпеченочная. У всех больных заболевание дебютировало клиникой массивного пищеводного кровотечения. После его купирования, проведения различных методов диагностики (общеклинические, биохимические, сонографические методы) и предоперационной подготовки дети были пролечены хирургически. В 2004 – 2005 годах наше оперативное пособие семерым больным складывалось из комплекса паллиативно-диагностических мероприятий, выполненных в ходе единого оперативного вмешательства: 1- операция Танера, 2- денервация печеночной артерии, 3- оментогепатопексия, 4- спленэктомия, 5- прямая биопсия печени. Послеоперационный период у пролеченных больных протекал гладко, рецидив пищеводного кровотечения в течение первого года после операции наблюдался у одного мальчика, одна девочка экзерцировала вследствие острой пневмонии и постспленэктомического сепсиса в позднем послеоперационном периоде. В дальнейшем двое больных были прооперированы более радикально с наложением спленоренальных анастомозов по Разумовскому, что у детей всегда проблематично вследствие малого диаметра сосудов и, следовательно, диаметра вновь созданного анастомоза, что, в свою очередь, чревато возможностью его послеоперационного тромбирования. В одном случае так и произошло, ребенок был оперирован повторно с выполнением перевязки селезеночных артерий и созданием не прямых гепатопортальных анастомозов.

Наш небольшой опыт хирургического лечения портальной гипертензии у детей свидетельствует в пользу того, что 1) принципиальное решение этой сложной проблемы в детской хирургии разработано еще не полностью, 2) оперативное лечение детей с портальной гипертензией целесообразнее проводить в центральных специализированных клиниках, 3) случаи катетеризации пупочной вены у новорожденных должны стать крайне редкими и выполняться по единственному жизненному показанию – при необходимости проведения реанимационных мероприятий в родовом зале.