

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В.Ф. Доронин, С.В. Минаев, Н.Н. Павлюк, Ф.В. Доронин
 Ставропольская государственная медицинская академия,
 Ставрополь, Российская Федерация

Цель исследования. Дать объективную оценку способа хирургического лечения гиперспленизма (ГС) у детей с портальной гипертензией (ПГ), применяемого в нашей клинике.

Материал и методы. Сущность способа состоит в бесшовной субтотальной резекции селезенки с полной изоляцией сосудистой системы оставшейся части от сосудистых систем желудка, пищевода и ободочной кишки (Патент РФ №2265407, 2005). По предложенной методике оперирован 31 ребенок в возрасте от 5 месяцев до 16 лет (мальчиков-14, девочек-15). У 13 – операции носили плановый характер, у 18 – срочный, при нестабильном медикаментозном и эндоскопическом гемостазе. Внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) диагностирована у 28, внутripеченочная (ВППГ) – у 3-х больных.

Причины ВПГ: портальный фибросклероз после продленной катетеризации пупочной вены (16) или перенесенного омфалита (8), порок развития воротной вены (1). У 3-х детей причина портального фиброза не установлена. Причиной ВППГ был цирроз печени. У 19 больных (группа А) резекция селезенки дополнялась пищеводно-желудочным разобщением (по типу операции Сугиура), у 12 (группа Б) – эндоскопическим склерозированием варикозных вен кардии.

Результаты. В группе А послеоперационные осложнения развились у 7 больных (37%): очаговый инфаркт оставшейся части селезенки (2), несостоятельность швов на желудке и пищеводе (2), кровотечение из эрозии желудка (1), стриктура пищевода (1), острая легочно-сердечная недостаточность (1). Умерло 2 (10%). Причины смерти: перитонит и острая сердечная недостаточность. В группе Б осложнения отмечены у 2-х больных (16,6%) в виде геморрагий из эрозий желудка. Летальных исходов не было. В отдаленные сроки (спустя 2 года) эпизоды неинтенсивных желудочных кровотечений зарегистрированы в обеих группах: у 1 и 2-х детей соответственно. У двух детей из группы А спустя год после операции отмечены умеренно выраженные явления ГС 2 степени в виде сохраняющейся лейкопении и анемии. В группе Б признаки ГС отсутствовали у 11 детей, у 1-го – сохранялась умеренная лейкопения. Через 3-4 года у всех детей в исследуемых группах гематологическая ситуация компенсировалась.

По данным эндоскопических и доплерометрических исследований в динамике наблюдалось уменьшение выраженности пищеводно-желудочного варикоза и гипертензионной гастропатии, значительно уменьшался кровоток в селезеночной вене, исчезала его пульсативность, прекращался гепатофугальный кровоток в левой желудочной вене, что снижало риск развития повторных желудочных кровотечений.

Отмечена тенденция к развитию спонтанных венозных анастомозов между культёй селезенки и левой почечной веной, о чем свидетельствовало увеличение объемного кровотока в последней и появление гепатофугального кровотока в селезеночной вене. Сохранялся гепатопетальный кровоток в стволе воротной вены и долевых ветвях при увеличении его линейной и объемной скоростей. У оперированных детей улучшались самочувствие и аппетит. За счет сокращения размеров селезенки и уменьшения метеоризма нормализовалась конфигурация живота. Дети становились более активными, исчезли капризность и повышенная утомляемость. У школьников улучшалась успеваемость.

Выводы: предложенный способ лечения гиперспленизма позволяет не только стабилизировать гематологические показатели, но и улучшить гемодинамическую ситуацию в портальной системе, что способствует повышению качества жизни детей с портальной гипертензией.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ

В.Ф. Доронин, Ф.В. Доронин, С.В. Минаев, С.В. Тимофеев
 Ставропольская государственная медицинская академия,
 Ставрополь, Российская Федерация

Врожденные ректovesтибулярные свищи при нормально сформированном заднем проходе в детской хирургической практике встречаются крайне редко. Однако коррекция данной патологии зачастую сопровождается довольно большим числом рецидивов и послеоперационных осложнений.

В клинике детской хирургии Ставропольской государственной медицинской академии в период с 2003 по 2008 гг. оперировано 5 девочек с врожденными ректovesтибулярными свищами при нормально сформированном заднем проходе. Цилиндрическая форма ректovesтибулярного свища отмечалась у 4 больных (80%), конусовидная форма свища у 1 больной (20%). Всем детям в качестве метода хирургического лечения была выполнена операция инвагинационной экстирпации ректovesтибулярного свища по А.И. Лёнюшкину. В ходе операции после выделения свища на катетере и его экстирпации дно раны ушивали наглухо, а края первоначального разреза в предверии влагалища не зашивали. Заживление происходило вторичным натяжением через 10-12 дней.

У всех оперированных детей послеоперационный период протекал гладко, ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Рецидивов ректovesтибулярного свища, дисфункции анальных сфинктеров в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде не наблюдали ни у одного пациента.

Таким образом, операция инвагинационной экстирпации свища является оптимальной методикой хирургического лечения врожденных ректovesтибулярных свищей при нормально сформированном заднем проходе, применение которой позволяет исключить развитие послеоперационных осложнений и достичь хороших отдалённых результатов.