

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ*Детская краевая клиническая больница (Хабаровск)*

Кровотечение из варикозных вен пищевода у детей с синдромом портальной гипертензии является наиболее грозным осложнением этого заболевания. За последние 4 года получали лечение 24 ребенка с синдромом портальной гипертензии в возрасте от 5 месяцев до 15 лет: мальчиков — 15 (62,5 %), девочек — 9 (37,5 %). Внутривенная форма портальной гипертензии диагностирована у 5 (20,8 %) детей, у 3 (12,5 %) детей наблюдалась смешанная форма, у остальных 16 (66,7 %) — подпеченочная форма. У 9 (37,5 %) детей течение портальной гипертензии осложнилось кровотечением из варикозных вен пищевода: у 3 (12,5 %) детей кровотечение развилось на фоне смешанной формы портальной гипертензии, у 6 (25,0 %) — при подпеченочной.

У 40 % детей произведена лапароскопическая пункционная биопсия печени. УЗИ выполнено у всех больных. Кавернозная трансформация воротной вены выявлена в 16 случаях, гепатомегалия — в 8, спленомегалия — в 20, асцит — в 6. Всем больным при наличии варикозного расширения вен пищевода и желудка II—III ст. и более проводилась склерозирующая терапия 70% этанола. В плановом порядке выполнялось от 2 до 10 сеансов склероте-

рапии. На одну инъекцию применялось 0,5 мл этанола, в среднем до 5 инъекций за один сеанс. У пациентов, поступивших в экстренном порядке по поводу кровотечения, эндоскопическая склеротерапия (ЭСТ) дополнялась постановкой кровоостанавливающего зонда. Для этого использовался катетер Фолея, что позволило отказаться от применения зонда Блекмора, особенно у детей раннего и грудного возраста и продемонстрировало высокую эффективность. При сохранении или прогрессировании варикозного расширения вен, а также при повторных эпизодах кровотечения выполнялись операции портосистемного шунтирования: дистальный портокавальный анастомоз по Уоррену — 4, спленоренальный анастомоз — 2, спленосупраренальный анастомоз — 7, у 2 детей спленосупраренальный анастомоз дополнен перевязкой нижнебрыжеечной и параэзофагеальных вен. В двух случаях, на высоте кровотечения, наложен прямой мезокавальный анастомоз. Рецидив кровотечения в отдаленном послеоперационном периоде отмечался у двух больных. Таким образом, комплексное лечение детей с синдромом портальной гипертензии позволяет уменьшить число рецидивов и снизить риск кровотечения.

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, В.В. Щапов, М.В. Прокопьев, С.М. Елисеев**ВАРИАНТЫ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ***НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Областная клиническая больница (Иркутск)*

За 5 лет с 2000 по 2004 гг. в нашем отделении было выполнено восемь операций, направленных на декомпрессию портальной системы — формирование портокавальных сосудистых анастомозов.

Характеристика пациентов: 7 мужчин и 1 женщина, средний возраст 30,9 лет. Три пациента имели функциональный класс «А», пять — класс «В», по критериям Чайлда — Туркотта. Причем, у 2 пациентов (ФК «В»), кроме асцита, наблюдалось пищеводное кровотечение, временный гемостаз был достигнут с помощью постановки зонда Сенкстатена — Блекмора. У всех пациентов в анамнезе были два и более эпизода пищеводного кровотечения, варикозное расширение вен пищевода 3 степени, давление в портальной системе более 400 мм вод. ст. Все пациенты име-

ли подтвержденный хронический гепатит и злоупотребляли алкоголем.

Были выполнены следующие виды операций: три проксимальных спленоренальных анастомоза, один — Н-образный, с применением сосудистого протеза фирмы «Этикон», четыре — дистальных анастомоза. Все проксимальные спленоренальные анастомозы были выполнены «конец в бок», один из них со спленэктомией. Дистальные анастомозы выполнялись в следующих модификациях: два — спленосупраренальных анастомоза «конец в бок», один из них со спленэктомией; один спленоренальный «конец в бок» и один «бок в бок».

Из восьми прооперированных пациентов, были выписаны шесть, два — неблагоприятных исхода. Оба погибших пациента до операции были отнесе-

ны к функциональному классу «В», один из них оперирован на высоте пищевода кровотечения. Погибшим пациентам были выполнены проксимальный и Н-образный спленоренальные анастомозы, с хорошим шунтирующим эффектом на операционном столе. В послеоперационном периоде у пациентов произошел тромбоз спленоренального анастомоза, с последующим фатальным пищеводным кровотечением на фоне портального гипертонического криза на 27-е и 8-е сутки соответственно.

Таким образом, лучшие результаты получены у пациентов с функциональным классом «А» и при

выполнении дистальных дозированных спленоренальных анастомозов. В то же время, мы наблюдаем хороший результат у пациента с дооперационным функциональным классом «В», оперированного на высоте пищевода кровотечения в течение четырех лет.

Мы считаем, что наложение дистального дозированного спленоренального анастомоза показано пациентам уже в стадии компенсации функционального состояния печени (ФК «А») при условии полного отказа от алкоголя в послеоперационном периоде.

В.Б. Гервазиев, В.Г. Лубянский, В.Ю. Кривошеков, И.В. Аргучинский

ЭКСТРАВАЗАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ ЧРЕВНОГО СТОЛА: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПОКАЗАНИЯ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Алтайский медицинский университет (Барнаул)

Целью работы является улучшение диагностики и лечения экстравазальной компрессии чревного ствола (ЭКЧС). Оперировано 93 больных с абдоминальным болевым синдромом, связанным с экстравазальной компрессией чревного ствола.

Больные обследованы методом дуплексного сканирования чревного ствола с применением функциональной дыхательной пробы. Выборочно предпринималась аортография в боковой проекции. Наряду с этим для исключения органной патологии выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ поджелудочной железы.

Установлено, что у 69 больных ЭКЧС сочеталась с гастродуоденальными язвами, у 3 — с хроническим панкреатитом. В 21 наблюдении органной патологии не выявлено. При анализе материалов исследования и сопоставлении с интраоперационными находками установлено, что в генезе болевого синдрома при ЭКЧС наряду с ишемическим фактором, связанным с сужением артерии определяющую роль играют ирритативные феномены, обусловленные травматизацией ганглиев чревного сплетения. Дело в том, что вследствие конституциональных особенностей у этих больных срединная диафрагмальная связка расположена низко и непосредственно контактирует с межганглионарными комиссурами и правым чревным ганглием. Поэтому в процессе физических нагрузок и дыхательных движений происходит ирритация симпатических проводников с возникновением болевого синдрома и гипокинезии желудка. В то же время компонент ишемии, связанный со сдавлением артерии, является значимым только у лиц с 70% стено-

зированием чревного ствола, который встречается редко. В наших наблюдениях это встретилось только у 7 больных (7,5 %).

Во всех остальных случаях степень сдавления изменялась в зависимости от фазы дыхания, увеличиваясь на выдохе. Операция декомпрессии чревной артерии сопровождается пересечением ганглиев чревного сплетения и межганглионарных комиссур. Это приводит в отдаленные сроки к нарастанию кислотопродукции, что у лиц с дуоденальными язвами может приводить к появлению осложнений.

В клинике предложена операция — изолированная диафрагмальная декомпрессия чревного ствола, которая позволяет сохранить ганглии чревного сплетения и его проводники, с ликвидацией сдавления и источника ирритации. Она выполнена у 47 больных. У больных с дуоденальными язвами она дополнялась прекардиальной проксимальной ваготомией. При анализе отдаленных результатов нами не выявлено признаков гиперсекреции или рецидивов язвы. В то же время в 2 наблюдениях сохранялся болевой синдром, связанный с чревным ганглионевритом.

Таким образом, показанием к хирургическому лечению больных с экстравазальной компрессией чревного ствола является стенозирование ее на выдохе до 50 % при наличии стойкого болевого синдрома и сочетания с язвенной болезнью и хроническим панкреатитом. Оптимальным методом является диафрагмальная декомпрессия чревного ствола, дополняемая у больных с язвенной болезнью прекардиальной ваготомией.