

Тараканов В.А., Полеев А.В., Терещенко О.А., Старченко В.М.

СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар;
Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Tarakanov V.A., Poleev A.V., Tereshenko O.A., Starchenko V.M.

ESOPHAGEAL VARICES SCLEROTHERAPY IN TREATING CHILDREN WITH PORTAL HYPERTENSION

Kuban State Medical University, Krasnodar; Children's Regional Hospital, Krasnodar

Резюме

В работе проведен 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 КГМУ с 1997 по 2013 г. У 73 больных портальная гипертензия была обусловлена внепеченочным портальным блоком, у 12 – внутripеченочным блоком и у 9 – блоком смешанного генеза. Всем пациентам выполняли от 3 до 11 сеансов склеротерапии. У 82 (87%) больных в результате применения метода эндоскопического склерозирования вен пищевода достигнут положительный эффект, в 12 (13%) случаях 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

Abstract

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 2013. 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 (87%) patients as a result of the application of the method of endoscopic sclerosed veins of the esophagus has been achieved positive effect, in 12 (13%) cases 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]. Все вышеперечисленное объясняет значимость данного недуга в росте инвалидности детского населения, ухудшения 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 еще не разработан радикальный способ лечения портальной гипертензии, позволяющий восстановить кровоток в воротной вене и ее ветвях в печени с одновременным снижением портального давления [8, 10]. В настоящее время предложены хирургический, эндоскопический и медикаментозный методы лечения СПГ. Все они своей конечной целью имеют лечение кровотечения из ВРВП или его профилактику как наиболее опасного для жизни осложнения портальной гипертензии [4, 9]. Работами последних лет доказано [8, 11], что даже шунтирующие операции, направленные на искусственное формирование portoкавальных анастомозов, довольно часто осложняются развитием портосистемной энцефалопатии и печеночной недостаточности, тромбозом шунта, вызывают снижение портальной перфузии печени. В этой связи более перспективен метод эндоскопического склерозирования (ЭС) ВРВП, который обладает рядом преимуществ: малоинвазивностью методики, возможностью селективной облитерации вен пищевода в подслизистом слое и сохранением параэзофагеальных коллатералей, а также отсутствием отрицательного влияния на функцию печени.

К тому же повседневная практика свидетельствует о существовании ряда спорных вопросов и нерешенных проблем использования ЭС 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 внутривенечной 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 ЭС ВРВП у детей крайне ограничен, отдаленные результаты мало изучены. Вместе с тем точно не определены показания и не выработана тактика использования склеротерапии вен пищевода при различных формах портальной гипертензии, а также по отношению к оперативному лечению. Эти обстоятельства и предопределили назревшую необходимость настоящего исследования.

Материал 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 ЭС ВРВП. С 1997–2013 гг. ЭС ВРВП выполнено у 94 детей с СПГ. Характеристика пациентов представлена в таблице.

Обследование пациентов основной группы проводили на основе разработанной в клинике диагностической программы, включающей следующие методы исследования: общеклинический, биохимические тесты печеночных функций, коагулограмму, ФЭГДС с рН-метрией, УЗИ органов брюшной полости с доплерографией сосудов портального бассейна, спиральную компьютерную томографию сосудов и органов портальной системы, ангиографию портального русла.

Из 94 больных еще до начала склеротерапии кровотечение из ВРВП отмечалось у 57 (61%) больных, причем у 27 детей пищеводное кровотечение было однократным, у 43 – двукратным, у 11 – кровотечение рецидивировало 3 раза, а у 5 в анамнезе

Характеристика пациентов с синдромом портальной гипертензии

Признак	Количество
Всего детей:	94
мальчики	49 (52%)
девочки	45 (48%)
Формы СПГ:	
подпеченочная	73 (77%)
внутрипеченочная	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%)

отмечалось по 4 эпизода геморрагий. У 37 (39%) детей до начала ЭС кровотечений в анамнезе не было.

Из всех больных 31 (33%) пациент еще до применения ЭС был оперирован по поводу СПГ и ее 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 ВРВП, согласно которой ВРВП подразделяется следующим образом: I степень (единичные вены линейной формы, которые локализуются в нижней трети пищевода, имеют диаметр до 2 мм и не выступают в просвет 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 (2 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 пищеводного кровотечения: истончение слизистой оболочки, покрывающей ВРВП, гиперемия, вишневые 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 ВРВП. В зависимости от наличия или отсутствия в анамнезе у пациента эпизодов пищеводного кровотечения мы выделяем следующие виды ЭС:

1. Профилактическое (у пациентов, не имеющих в анамнезе ПК) – выполняем с целью предупреждения первого эпизода кровотечения.

2. Элективное (у детей, перенесших в анамнезе ПК) – в данной ситуации мы преследовали цель предотвратить повторные случаи ПК.

3. Экстренное (при остром ПК) – склеротерапия выполняется в первые 24 ч после купирования кровотечения медикаментозными средствами или с помощью пищевода зонда-обтуратора Блэкмора.

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

ЭС проводили по разработанной в клинике методике и схеме. Склеротерапию выполняли под общим обезболиванием. Использовали 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.

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 ЭС выполняли по срокам: в первый месяц еженедельные сеансы до достижения эффекта рубцевания вен, далее – через 1, 3 и 6 месяцев. По завершении курса ЭС осуществляли эндоскопический контроль через каждые 6 месяцев: при наличии ВРВП II–IV степени ЭС повторяли.

Большим суммарно выполняли от 3 до 11 сеансов ЭС.

Склеротерапия сочеталась по показаниям с медикаментозным лечением, которое включало следующие препараты: 1) снижающие уровень портального давления (соматостатины); 2) улучшающие плазменный и сосудистый потенциал гемостаза; 3) уменьшающие агрессивные свойства пептического фактора (антациды, антисекреторные, обволакивающие); 4) прокинетические средства; 5) репаративные; 6) гепатопротективные; 7) антибактериальные препараты для предупреждения инфекционных осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение

Эффективность проводимой склеротерапии как основного метода лечения у пациентов оце-

нивали по следующим критериям: 1) хороший эффект (больные, у которых после начала ЭС нет ПК или их рецидивов, имеется существенное снижение степени ВРВП) – 41 (43%) человек; 2) удовлетворительный эффект (больные, у которых после начала ЭС нет ПК или их рецидивов, наблюдается стабилизация ВРВП или его незначительное уменьшение) – 26 (28%) детей; 3) отсутствие эффекта (когда у больных, получающих ЭС, возникают ПК или их рецидивы, а степень ВРВП не снижается) – 12 (13%) больных.

Помимо этого у 15 (16%) детей 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 (39%) больных кровотечения не было ни до склеротерапии, ни после ее 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 при локализации варикозно расширенных вен в кардиальном отделе и области дна желудка. Это отмечено у 7 пациентов основной группы, что потребовало оперативного вмешательства в том или ином объеме (спленоренальное шунтирование, операция Таннера–Пациоры). При этом во всех случаях интраоперационно было подтверждено варикозное расширение вен желудка.

Осложнения метода склеротерапии развились у 3 (4%) больных в виде явлений постсклеротического стеноза кардиального отдела пищевода (па-

циенты, 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 при:

1) возникшем ПК, не поддающемся комплексу консервативных и эндоскопических мероприятий в течение 48 ч – выполняем операции спленоренального шунтирования или гастроэзофагеального разобщения;

2) прогрессировании ВРВП, несмотря на проводимую склеротерапию, предпочтение отдаем операции дистального спленоренального шунтирования в плановом порядке;

3) СПГ, осложненного декомпенсированным гиперспленизмом, резистентным к медикаментозному лечению, выполняем спленэктомия в сочетании с проксимальным спленоренальным шунтированием или гастроэзофагеальным разобщением.

Выводы

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

Список литературы

1. Александров А.Е., Шавров А.А., Сенякович В.М., Леонтьев А.Ф. Клиника, диагностика и хирургическое лечение детей с портальной гипертензией // Педиатрия. 1999. №2. С. 19–21; Хирургия. 1993. №3. С. 56–60.
2. Калита Н.Я., Котенко О.Г. Разобщающие операции в лечении кровотечений из варикозных вен пищевода при циррозе печени // Анн. Хирург. гепатологии. 1998. Т. 3, №3. С. 147.
3. Леонтьев А.Ф., Шавров А.А., Хмызова С.А. и др. Лечение пищеводно-желудочных кровотечений у детей с синдромом портальной гипертензии // Вестн. интенсив. терапии. 1996. №4. С. 36–39.
4. Никаноров А.Ю. Диагностика и эндоваскулярная терапия в комплексном лечении портальной гипертензии и ряда гепатологических заболеваний у детей: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. С. 302.

5. Назыров Ф.Г., Акило Х.А., Мансуров А.А. Оригинальный способ разобщения гастроэзофагеального коллектора // Актуальные вопросы хирургического лечения синдрома портальной гипертензии // Материалы междунар. конф., посвящ. 80-летию проф. М.И. Лыткина. – СПб.: ВМедА, 1999. С. 56–57.
6. Пациора М.Д., Шерцингер А.Г. Результаты эндоскопического тромбирования варикозных вен пищевода у больных с портальной гипертензией. // Лучевая диагностика и рентгенодиагностика заболеваний печени и почек (Тезисы докладов). – Л., 1984. С. 20–22.
7. Разумовский А.Ю., Мишина Т.П., Степаненко С. Ми др. Центральная гемодинамика при хирургическом лечении детей с синдромом внепеченочной портальной гипертензии // Детская хирургия. 2001. №2. С. 26–30.
8. Разумовский А.Ю. Хирургическое лечение детей с портальной гипертензией: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995. – 245 с.
9. Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Феоктистова Е.В., Галибин И.Е. Портальная гипертензия у детей: современные аспекты портосистемного шунтирования // Хирургия. 2007. №9. С. 41–45.
10. Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Поляев Ю.А. Дистальное спленоренальное шунтирование у детей с внепеченочной портальной гипертензией: технические аспекты и непосредственные результаты // Врач. 1997. №4. С. 20–21.
11. Сенякович В.М. Патогенетические основы повышения эффективности портосистемного шунтирования при внепеченочной портальной гипертензии у детей: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 278 с.
12. Туманян Г.Т. Паллиативная хирургия внепеченочной формы портальной гипертензии у детей: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1978.
13. Allagile D., Carlier J.C., Chiva M. et al. Long-term neuropsychological outcome in children undergoing portal-systemic shunts for portal vein obstruction without liver disease // J. Pediat. Gastroent. Nutr. 1986. Vol. 5. P. 861–886.
14. Belghili J., Grenier D. Long-term loss of Warren`s shunts selectivity: angiographic demonstration // Arch. Surg. 1981. Vol. 116. P. 1121–1124.
15. Evans S., Stovroff M., Heiss K., Rickens R. Selective distal splenorenal shunts for intractable variceal bleeding in pediatric portal hypertension // J. Pediat. Surg. 1995. Vol. 30, №4. P. 1115–1118.

Авторы

Контактное лицо: ТАРАКАНОВ Виктор Александрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней детского возраста Кубанского государственного медицинского университета. Моб. тел.: 8 (988) 242-04-49.
ПОЛЕЕВ Александр Вадимович	Кандидат медицинский наук, старший ординатор детского хирургического отделения №3 Детской краевой клинической больницы, г. Краснодар. Моб. тел.: 8 (918) 417-39-71.
ТЕРЕЩЕНКО Олег Анатольевич	Кандидат медицинский наук, заведующий детского хирургического отделения №3 Детской краевой клинической больницы, г. Краснодар. Моб. тел.: 8 (918) 242-86-43.
СТАРЧЕНКО Валерий Михайлович	Кандидат медицинский наук – доцент кафедры хирургических болезней детского возраста Кубанского государственного медицинского университета. Моб. тел.: 8 (918) 174-74-75.
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, 350063, ул. Седина, 4. Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар, 350063, Площадь Победы, 1.	