

УДК 616.12 – 008.331.1 – 053.2 – 089

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ДОПЕЧІНКОВОЇ ФОРМИ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ДИТЯЧОМУ ВІСЦІ**Кривченя Д.Ю., Дубровін О.Г., Притула В.П., Годік О.С.***Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, НДСЛ „ОХМАТДИТ”, м. Київ*

РЕЗЮМЕ: наведені результати лікування 207 дітей з різними формами портальної гіпертензії (ПГ). Більшість дітей – 162 (78%) мали допечінкову форму ПГ. Встановлено, що ефективним та надійним методом профілактики кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка (ВРВСШ) є портокавальні шунтуючі оперативні втручання. У дітей, що оперуються повторно, зберігається можливість для накладання шунтуючого анастомозу з добрими віддаленими результатами.

Ключові слова: портальна гіпертензія, діти, кровотеча з варикозно розширених вен, шунтуючі оперативні втручання

Вступ. Причиною ПГ в дитячому віці є аномалії розвитку або тромбоз ворітної вени, що призводять до кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка у дітей. [6, 8, 9]. Лікування та профілактика ускладнень ПГ в дитячому віці залишається складним та остаточно невирішеним питанням. [10] Запропоновані методи хірургічного та ендоскопічного гемостазу призводять до тимчасового покращання з подальшим ризиком виникнення рецидиву кровотечі. [1, 3, 5, 6] Все більше уваги приділяється хірургічним методам – портокавальному шунтуванню, як надійному методу попередження та зупинки кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку у дітей [7, 2, 4]

Мета – провести аналіз ефективності портокавального шунтування у дітей з допечінковою формою портальної гіпертензії.

Матеріали та методи З 1990 до 2009 року в НДСЛ «ОХМАТДИТ» знаходилось на лікуванні 207 дітей з ПГ, у віці від 6 місяців до 18 років. За статтю переважали хлопчики – 111, дівчат було 96. Допечінкова форма ПГ була виявлена у 162 (78%) дітей, внутрішньопечінкова ПГ – у 8 (4%), змішана форма ПГ – у 37 (18%) пацієнтів. Перші епізоди кровотечі у 148 (71,5%) пацієнтів відбулись у віці до 5 років.

Дистальний спленоренальний анастомоз (ДСРА) виконано у 36 хворих, у 2 дітей накладання ДСРА виконано з лівою наднирничковою веною, 14 ДСРА доповнено прошиванням стравохідно-шлункового переходу (ПСШП).

У 10 дітей виконана спленектомія з накладанням проксимального спленоренального анастомозу (ПСРА) у 1 дитини доповнено ПСШП.

Спленосупраренальний анастомоз (СсРА) виконано у 24 хворих: у 17 дітей бік-в-бік, у 7 кінець наднирничкової вени в бік селезінкової вени. ПСШП як доповнення до судинному анастомозу виконано у 4 дітей. Спленоренальний анастомоз (СРА) методом бік в бік виконано у 33 хворих. За ургентними показаннями СсРА та СРА анастомози виконано у 12 дітей.

Мезентерико-кавальні анастомози (МКА) виконані у 13 дітей, в 7 випадках виконано анастомоз бік-в-бік, Н-подібні – в 6 випадках. В 4 випадках МКА виконано за ургентними показаннями.

У 39 дітей мали місце рецидивуючі кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку (ВРВСШ). Всі діти оперовані повторно. Загалом проведено 61 оперативне втручання. У 29 (74%) пацієнтів першою операцією було ПСШП. Рецидив кровотечі виник у всіх хворих в термін від 6 місяців до 3-4 років. У 23 (79%) хворого цієї групи виконані шунтуючі оперативні втручання: дистальний спленоренальний анастомоз (ДСРА) – 3, СРА бік-в-бік та СсРА кінець-в-бік – 12, МКА – 8. У 6 (21%) хворих за ургентними показаннями виконано ПСШП.

У 16 дітей виконано порто-системне шунтування на різних етапах лікування з діагностованою дисфункцією анастомозу: ДСРА – 8, СРА, СсРА – 6, МКА – 2. Ревізія ДСРА в комбінації з ПСШП виконано в 3 випадках. Пластика ДСРА з використанням судинного протезу та аутовени виконана в 2 випадках. В 3 (ДСРА) випадках виконали ПСШП в комбінації з спленектомією. Решунтування виконане у 6 пацієнтів: після СсРА виконано – МКА (1 випадок), СРА та СсРА кінець в кінець по 1 випадку; мезентеріко ренального шунтування виконано 3 МКА з аутовенозною вставкою (внутрішня яремна вена).

Інтроопераційно виконували мезентерікометрію в аркадній вені брижи тонкої кишки. Мзентерікометрія виконувалась до та після накладання судинного анастомозу для визначення ефективності зниження портального тиску.

В післяопераційному періоді ефективність шунтування контролювали за допомогою УЗД –ОЧП та ФЕГДС.

Результати досліджень та їх обговорення. Лікувальна тактика у дітей з ПГ залишається складною та остаточно невирішеною проблемою і залежить від наявності або відсутності кровотечі з ВРВ стравоходу та шлунку, форми ПГ та важкості гіперспленізму.

Із 36 хворих, яким виконали ДСРА віддалені результати вивчені у 32 (91,4%) хворих. У всіх хворих після операції відмічено підвищення кількості лейкоцитів та тромбоцитів до нормальних та субнормальних показників. Відмічено зменшення напруги і довжини ВРВСШ, вени зменшились у 20 (55,5%) хворих до І-Іст, зникли – у 3 (8,3%). У 9 (25%) хворих діаметр ВРВ (ІІІст) суттєво не змінився. ДСРА візуалізувався у 32 хворих. У 16 (44,4%) дітей із ВРВСШ в подальшому спостереженні відмічена динаміка збільшення ВРВСШ. Їм проведено курс склерозування ВРВ. Рецидив кровотечі виник у 7 (19,4%) хворих. Тромбоз шунта діагностовано у 5 хворих, у 2 зменшення діаметру анастомозу до 3-4мм з неадекватною функцією. Всі діти оперовані повторно.

У дітей котрим виконана спленектомія з ПСРА відмічено, що явища гіперспленізму зменшились протягом 3-7 днів після оперативного втручання з подальшою нормалізацією кількості лейкоцитів на 12-14 добу після операції. Відмічено, що всі хворі із спленектомією з тяжкою тромбоцитопенією в подальшому на першому році після оперативного втручання мали досить значний тромбоцитоз ($>500 \times 10^9/\text{л}$). ВРВСШ зменшились до І-Іст у всіх хворих цієї групи після оперативного лікування, при контрольному обстеженні через 12 місяців у 4 (66,6%) хворих ВРВСШ не визначено, у 2 хворих ВРВСШ було Іст. Рецидивів кровотеч не відмічалось.

В групі хворих, котрим виконано СРА, СсРА та МКА отримані результати подальшого спостереження до 5 років. Аналізуючи ендоскопічні зміни виявлено, що протягом перших 6 місяців після оперативного втручання ВРВСШ регресував до І-Іст у 47 (78%) хворих, у 13 (12%) пацієнтів варикоз залишався ІІ-ІІІст без загрози кровотечі. При вивченні віддалених результатів варикоз відсутній у 38 (63%), у 14 (23%) виявлений варикоз вен стра-

воходу І ст. При аналізі динаміки розмірів селезінки виявлено різке зменшення її об'єму на 50% одразу після оперативного втручання протягом 2-3 днів. Явища гіперспленізму зменшились протягом 3-7 днів після оперативного втручання з послідуною нормалізацією кількості лейкоцитів та тромбоцитів до нормальних та субнормальних показників на 12-14 добу після операції. Рецидив кровотечі діагностовано в 8 (15%) випадках в термін від 3-9 місяців.

В групі хворих, з попередньо проведеним ПСШП, в 79% випадків залишається можливість виконання портосистемного шунтування, як надійного метода профілактики кровотечі. В 5 випадках портосистемне шунтування (СРА, СсРА) виконано на висоті кровотечі без ПСШП.

Висновки. 1. ПГ – складна патологія, небезпечна своїми ускладненнями. В дитячому віці допечінкова форма ПГ виявляється в 78%.

2. Хворим з встановленим діагнозом допечінкової форми ПГ та загрозою кровотечі слід виконувати планові шунтуючі оперативні втручання.

3. Портосистемні анастомози так саме як ПСШП можуть використовуватися як метод зупинки кровотечі з ВРВСШ

4 У дітей, що оперуються повторно зберігається можливість для накладання шунтуючого анастомозу з добрим віддаленими результатами.

5. Тільки при неможливості рещунтування слід використовувати операцію ПСШП яке при тяжкому гіперспленізмі можливе бути поєднано з спленектомією та накладанням ПСРА.

Перспективи подальших досліджень. Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем портальної гіпертензії у дітей. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів лікування цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сравнительная оценка применения склерозирующих препаратов тромбовар и фибровейн в лечении варикозно-расширенных вен пищевода у детей при портальной гипертензии / [Картун М., Друдов А.В., Сухов М.Н. и др.] // Детская хирургия. – 2003. -№1. – С.15-17.
2. Portosystemic shunt in children: a 15-year experience / [Botha J.F., Campson B.D., Grant W.J. et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2004. – Vol.199, № 2. – P.179-185.
3. Endoscopic ligation of esophageal varices for prophylaxis of bleeding in children and adolescents with portal hypertension: preliminary results of a prospective study / [Celinska-Cedro D., Teisseyre M., Woynarowski M. et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2003. – Vol. 38, № 7. – P.1008-1011.
4. Direct bypassing of extrahepatic portal venous obstruction in children: a new technique for combined hepatic portal revascularization and treatment extrahepatic portal hypertension / [deVilleville de Goyet J., Alberti D., Clapuyt A. et al.] // J. Pediatr. Surg. – 1998. – Vol. 33, №. 4. – P.597-601.
5. Mitsunaga T. Pediatric gastroesophageal varices: treatment strategy and long-term results / T.Mitsunaga, H.Yoshida // J. Pediatr. Surg. – 2006. – Vol. 41. –P.1980-1983.
6. Bleeding esophagogastric varices from extrahepatic portal hypertension: 40 years' experience with portal-systemic shunt / [M.J.Orloff, M.S.Orloff, B.Girard, S.L.Orloff] // J. Am. Coll. Surg. – 2002. – Vol. 194, № 6. – P.717-730.
7. Extrahepatic portal hypertension in children: observations on three surgical procedures / [Rao-Anju K.L.N., Menon Goyal-Prema, Thapa B.R. et al.] // Pediatr. Surg. Int. – 2004. – Vol. 20. – P. 679-684.
8. Ryckman F.C. Causes and management of portal hypertension in the pediatric population / F.C.Ryckman, M.H.Alonso // Sanyal A.J. Clinics in Liver Disease. Vol. 5.; ed. W.B. Sanders. – Philadelphia, 2001. – P. 789-818.
9. Extrahepatic portal vein morphology in children with extrahepatic portal hypertension assessed by 3-dimensional computed tomography: a new etiology of extrahepatic portal hypertension / [Shinohara T., Ando H., Watanabe Y. et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2006. – Vol. 41. – P.812-816.

10. Wolff M. Current state of portosystemic shunt surgery / M.Wolff, A.Hirner // Langenbecks Arch Surg. – 2003. – Vol. 388, № 3. – P.141-149.

SUMMARY

DIFFERENTIAL APPROACH FOR TREATMENT OF EXTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN

Krivchenya D., Dubrovin A., Prytula V., Godik O.

The article presents results of treatment provided to 207 children with different forms of portal hypertension (HP). The majority of children, that is 162, or 78%, suffered from the extrahepatic form of PH. Shunt surgical interventions proved to be an effective and reliable method of preventing variceal vein bleeding. Shunt procedures ensure good follow-up results and are quite successful among children that underwent more than one operation.

Key words: portal hypertension, children, acute bleeding variceal veins, bypass surgery