

ЭНДОСКЛЕРОЗИРОВАНИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шевелевич Н.Н., Кандратьева О.В., Мазынский Д.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра детской хирургии,*

Республиканский научно-практический центр детской хирургии, г. Минск

Ключевые слова: портальная гипертензия, хирургия, эндоскопическое склерозирование

Резюме: в работе представлен анализ результатов эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода у 24 пациентов с синдромом портальной гипертензии в возрасте от 1 года до 17 лет, проходивших лечение в РНПЦ детская хирургии в период с 1 января 2020 года по 1 февраля 2022 года. В каждом случае было выполнено от 1 до 10 сеансов склеротерапии за весь период лечения, в 63% случаев достигнут положительный эффект.

Resume: in work an analysis of the results of endoscopic sclerosis of esophageal varices in 24 patients with portal hypertension syndrome aged 1 to 17 years who were treated at the The Children's Surgery National Applied Research Hospital in the period from January 1, 2020 to February 1, 2022 is presented. In each case, from 1 to 10 sessions of sclerotherapy were performed, a positive effect was achieved in 63% of cases.

Актуальность. Актуальность проблемы лечения детей с синдромом портальной гипертензии обусловлена ростом встречаемости данного заболевания, что, безусловно, напрямую связано с улучшением уровня оказания неонатальной помощи и выживаемости в настоящее время. Наиболее опасным осложнением портальной гипертензии являются кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), которые занимают первое место среди неязвенных кровотечений у детей и зачастую носят рецидивирующий характер, приводя, при отсутствии должного лечения и профилактирования, к летальному исходу. Это играет значительную роль в росте инвалидности детского населения, ухудшении качества и продолжительности жизни, снижении уровня социальной адаптации [1]. В настоящее время используется ряд передовых методов лечения синдрома портальной гипертензии, однако заявлять, что разработан радикальный способ, позволяющий восстановить кровоток в воротной вене и ее ветвях в печени с одновременным снижением портального давления, пока рано. Все методы хирургического, эндоскопического и медикаментозного лечения синдрома портальной гипертензии направлены на лечение и профилактику кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Опыт работ последнего десятилетия показывает, что даже шунтирующие операции, искусственно формирующие портокавальные анастомозы, зачастую осложняются возникновением портосистемной энцефалопатии, печеночной недостаточности, тромбозами шунта и вызывают снижение портальной перфузии печени [2]. В связи с этим значительные перспективы имеет применение малоинвазивного метода эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода, позволяющего выборочно облитерировать расширенные вены непосредственно в подслизистом слое, сохраняя параэзофагиальные коллатерали, не ухудшая при этом функции печени [3, 4].

Материалы и методы. В РНПЦ Детской хирургии в период с 1 января 2020 года по 1 февраля 2022 года проходили лечение 24 пациента в возрасте от 1 года до 17 лет. Из них 14 мальчиков и 10 девочек. Некоторые пациенты до применения эндоскопического склерозирования были оперированы по поводу синдрома портальной гипертензии и ее осложнений. Были выполнены операции мезентерико-портального шунтирования, дистального и проксимального спленоренального шунтирования, разобщения кардиоэзофагеального венозного бассейна с формированием органных анастомозов, спленэктомия. Использовался склерозирующий препарат Этоксисклерол 0,5%, 1,0 % и 3%. Выполнялось от одного до трех обкалываний за курс. Количество склерозанта в ходе эндоскопического вмешательства составляло от 1 до 10 мл. При выраженном варикозном расширении вен пищевода процедуру завершали постановкой зонда-обтуратора с целью повышения склерозирующего эффекта и профилактики кровотечения. Контрольные обследования с возможным повторным курсом эндосклерозирования выполнялись через 3-6 месяцев, в зависимости от степени ВРВП. Склеротерапия сочеталась по показаниям с препаратами, снижающими уровень портального давления, улучшающими плазменный и сосудистый гемостаз, репаративными, гепатопротективными и антибактериальными лекарственными средствами.



Рис. 1 – Варикозно расширенные вены пищевода третьей степени у двухлетнего пациента.



Рис. 2 – Введение вспененного склерозанта.

Результаты и их обсуждение. Эффективность использования метода эндоскопической склеротерапии оценивалась по следующим критериям: 1) хороший эф-

факт (пациенты, у которых после начала эндоскопического лечения не наблюдалось пищеводных кровотечений или их рецидивов, отмечается существенное снижение степени ВРВП) – 15 (63%) человек; 2) удовлетворительный эффект (пациенты, у которых после начала эндоскопического лечения не наблюдалось пищеводных кровотечений или их рецидивов, однако существенное снижение степени ВРВП не отмечается) – 8 (33%); отсутствие эффекта (степень варикозно расширенных вен пищевода не снизилась, возникло пищеводное кровотечение с необходимостью наблюдения в отделении анестезиологии и реанимации) - 1 (4%) человек.

Особое внимание в последнее время было уделено применению опыта флебологической хирургии, так как при диаметре варикозно расширенной вены более 1 мм использование вспененного раствора этоксисклерола позволяло снизить концентрацию (0,5% против 1% и 3%) и количество вводимого препарата (1-3 мл против 3-10 при жидкостном введении). Для получения вспененного склерозанта 0,5 мл раствора этоксисклерола 0,5% смешиваем с 2 мл атмосферного воздуха, вспениваем и получаем 2,5-3 мл рабочего раствора.

Выводы. Таким образом, в большинстве случаев эндоскопическое склерозирование эффективно в лечении варикозно расширенных вен пищевода у детей с синдромом портальной гипертензии. Пенная склеротерапия по эффективности превосходит жидкостное введение, требует меньшее количество сеансов, следовательно и анестезиологического пособия в виде эндотрахеальных наркозов. Несомненное экономическое преимущество пенной склеротерапии – за один сеанс используется до 3 мл раствора этоксисклерола 0,5 %, в отличие от жидкостной, где может вводиться до 10 мл раствора однократно.

Литература

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. Разумовский А.Ю., Минина Т.П., Степаненко С.М. и др. Центральная гемодинамика при хирургическом лечении детей с синдромом внепеченочной портальной гипертензии// Детская хирургия. 2001. №2. С. 26-30.
4. 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.