

Летальных исходов при ранениях прямой кишки не было. Отдаленные результаты прослежены у 16 детей. Функциональные результаты ранений прямой кишки без повреждения сфинктера были хорошими. В случаях, связанных с нарушением целостности сфинктера, плохие результаты получены в двух наблюдениях, и в 1 случае функция анального жома восстановлена после повторной операции.

Выводы:

1. Любое ранение прямой кишки следует рассматривать как тяжелую травму, которая может создавать трудности в диагностике и требует индивидуального выбора объема операции.
2. В ранние сроки с момента травмы проведение операции можно сочетать с активным дренированием раны параректальной клетчатки, что позволило у 16 раненых избежать наложения противоестественного заднего прохода.

Литература:

1. Губов Ю.П., Зелинская Н.А., Бушенев М.И. Особенности диагностики и ошибки при колотых повреждениях промежности у детей. – Вестн. хир., 1980, № 5, с. 98–101.
2. Еловой М.М., Авило В.В., Соколовская С.С. Особенности диагностики и лечения ранений прямой кишки у детей. – Здоровоохр. Бел., 1985, № 6, с. 61–63.

МЕЗЕНТЕРИКО-ПОРТАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Заполянский А.В.¹, Аверин В.И.², Колесников Э.М.²,
Кандратьева О.В.¹, Коростелев О.Ю.¹**

¹*Республиканский научно-практический центр
детской хирургии, Минск*

²*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Введение. Внепеченочная обструкция воротной вены является главной причиной синдрома портальной гипертензии в детском возрасте [1, 2]. Внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) у детей может приводить к рецидивирующим кровотечениям из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), спленомегалии и прогрессирующему гиперспленизму.

Успехи медикаментозной терапии, эндоскопических методов лечения (склерозирование и лигирование ВРВП) значительно снизили необходимость выполнения экстренных оперативных вмешательств. Мезентери-ко-портальное шунтирование (МПШ) является единственным физиологи-

ческим и анатомическим вариантом шунтирующих операций, который позволяет выполнить радикальную коррекцию ВПГ у детей [3, 4].

Цель исследования – определить эффективность МПШ в лечении детей с ВПГ.

Материал и методы исследования. За период с 2011 по 2015 год в РНПЦ детской хирургии МПШ выполнено у 9 детей с внепеченочной обструкцией воротной вены. Средний возраст пациентов составил 7 лет (3,5 года – 15 лет). У 3 детей в анамнезе отмечалась катетеризация пупочной вены в период новорожденности, у 2 – гнойный омфалит, у 4 заболевание носило идиопатический характер. Рецидивирующее кровотечение из ВРВП было в анамнезе у 5 детей, при этом двое из них оперированы по срочным показаниям в связи с некупирующимся кровотечением. У всех пациентов отмечалась значительная спленомегалия (в среднем + 6 см ниже края левой реберной дуги) и выраженные явления гиперспленизма: количество тромбоцитов ниже $85 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитов – ниже $2,5 \times 10^9/\text{л}$. Варикоз вен пищевода 3 степени диагностирован у 4 пациентов, 2 степени – у 5 детей.

Обследование пациентов перед операцией включало: общеклинические анализы, оценку показателей свертывающей системы и биохимических параметров функции печени, биопсию печени (по показаниям), УЗИ воротной системы с доплерографией и мультифазную КТ-ангиографию брюшной полости для оценки проходимости системы воротной вены и ее внутрипеченочных ветвей.

Операцию выполняли из верхнесрединного доступа. Ревизия пупочной части левой ветви воротной вены выполнялась в Rex-синусе. Окончательное решение о выполнении МПШ принималось после оценки эндотелиальной выстилки вены и интенсивности ретроградного кровотока. Во всех случаях левая внутренняя яремная вена использовалась как венозный конduit между верхней брыжеечной и левой ветвью воротной вены.

Результаты и их обсуждение. Среднее время операции составило 380 ± 45 мин., а интраоперационная кровопотеря 250 ± 60 мл. В послеоперационном периоде для профилактики тромбоза шунта применялись низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, фрагмин) в течение первых 10 дней. Средний срок пребывания в отделении интенсивной терапии составил 3 суток.

Послеоперационные осложнения в виде стойкого хилоперитонеума возникли у 1 ребенка, что потребовало проведения длительного консервативного лечения.

Средний срок наблюдения после операции составил 16 месяцев. Эффективная декомпрессия воротной системы подтверждалась уменьшением размеров селезенки, которое отмечалось сразу после операции. Уже через 3 месяца после вмешательства у 5/9 пациентов при пальпации живота спленомегалия не определялась, а у 4 детей селезенка сократилась на 3,5 см. У всех пациентов отмечалось постепенное купирование явлений гипер-

спленизма: через 6 месяцев после операции количество тромбоцитов составило $130 \pm 15 \times 10^9/\text{л}$.

За время наблюдения рецидивов кровотечения из ВРВП не было. Контрольные ЭГДС через 3 и 6 месяцев после МПШ демонстрировали положительную динамику: уменьшение степени варикоза и регресс застойной портальной гастропатии. Важно отметить, что операция оказалась эффективна для остановки тяжелого кровотечения из ВРВП. У 2 пациентов, оперированных по срочным показаниям, достигнут стабильный гемостаз, что, по-видимому, связано с немедленной декомпрессией гастроэзофагального бассейна и ВРВП.

Контрольные УЗИ через 1, 3 и 7 дней, а в последующем через 3 и 6 месяцев после операции демонстрировали хорошую функцию шунта: при среднем диаметре 7,8 мм, максимальная скорость кровотока составила $33,6 \pm 5,6$ см/с, а объемный кровоток – 830 ± 90 мл/мин. Восстановленный гепатопетальный кровоток способствовал постепенному увеличению диаметра внутриворотных ветвей воротной вены и уменьшению количества коллатералей в области ворот печени.

Через 1 год после операции тромбоз шунта отмечен у 1/9 ребенка (11%), что проявилось увеличением размеров селезенки и нарастанием гиперспленизма. Таким образом, проходимость шунта в послеоперационном периоде составила 89%.

Выводы. Операция МПШ восстанавливает физиологический гепатопетальный кровоток и эффективно ликвидирует симптомы портальной гипертензии у детей с внепеченочной обструкцией воротной вены.

Литература:

1. Khanna, R. Non-cirrhotic portal hypertension – diagnosis and management / R. Khanna, S. Sarin K. // J. Hepatol. – 2014. – Vol. 60, № 2. – P. 421–441.
2. Meso-Rex bypass – a procedure to cure prehepatic portal hypertension: the insight and the inside / F. di Francesco [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2014. – Vol. 218, № 2. – P.23–36.
3. Meso-Rex bypass for extrahepatic portal vein obstruction in children / F. Guérin [et al.] // Br. J. Surg. – 2013. – Vol. 100, № 12. – P. 1606–1613.
4. Treatment of extrahepatic portal hypertension in children by mesenteric-to-left portal vein bypass: a new physiological procedure / J. de Ville de Goyet [et al.] // Eur. J. Surg. – 1999. – Vol. 165. – P. 777–781.