

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЯ СЕКЦИИ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ МОСКОВСКОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАДИОЛОГОВ

Председатель секции: профессор Ю.Д. Волынский
Зам. председателя: член-корр. РАМН Б.И. Долгушин,
член-корр. РАМН Л.С. Коков
Секретарь: К.В. Петрушин

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
от 29 сентября 2009 года

Председатель: профессор Ю.Д. Волынский

ДОКЛАД

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

**Ю.А. Поляев, Р.В. Гарбузов, А.И. Голенищев,
А.А. Мыльников, А.В. Мосин, А.В. Петрушин**

*ГУ Российская детская клиническая больница
Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию, Москва, Россия*

Рассматривалось рентгенохирургическое лечение 129 детей. Из них 25 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией, 41 больной с наследственной гемолитической анемией, 24 пациента с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, 5 больных с гемангиомами, 35 пациентов с непаразитарными кистами. В первых трех группах дети были всех возрастов, а в двух последних – старше 4 лет.

Клиническая картина наследственной гемолитической анемии характеризуется гипербилирубинемией за счет непрямой фракции, ане-

мией, спленомегалией. Манифестация заболевания происходит в детском и подростковом возрасте. Оно может осложняться миелоидной остеопатией, желчными пигментными пятнами. У 50% больных старшего возраста и подростков с неудаленной селезенкой диагностируется желчнокаменная болезнь.

Наиболее тяжелое осложнение – сопровождающийся выраженной анемией гемолитический криз, требующий переливания крови. В гематологической практике идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура встречается у 40% детей с геморрагическим синдромом.

Отмечается большая частота развития серьезных осложнений, из которых внутричерепное кровоизлияние происходит у 3,3–5% пациентов. До сих пор основное лечение при этих заболеваниях – спленэктомия, которая зачастую имеет и выраженные нежелательные эффекты.

Возрастает риск инфекционных осложнений, вплоть до сепсиса, у 3,5% больных и у 60% из этого числа они заканчиваются летально. Смертельный исход от бактериальных инфекций в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших спленэктомию до 5 лет, составляет один случай на 300 больных в год. Возникают технические сложности при проведении спленэктомии, обусловленные кровотечениями во время и после операции. Послеоперационная летальность – 3–12%. Все это обуславливает актуальность применения рентгенохирургических методов лечения у детей этой группы.

Впервые Siegelman в 1971 г. предложил ввести в селезеночную артерию вазопрессин, вызывающий спазм, с последующим развитием инфаркта селезенки. F. Maddison в 1973 г. выполнил первую эмболизацию этого органа с использованием вазопрессина у больного с тяжелым преморбидным фоном и выраженной картиной гиперспленизма. D. Spigos в 1979 г. предложил заменить тотальную одномоментную окклюзию селезенки частичной поэтапной, что позволило избежать множества осложнений.

В нашей стране наиболее полно материалы по эндоваскулярной окклюзии селезенки представлены в работах Л.Н. Готмана, Г.Н. Захарова, И.Х. Рабкина, Ю.А. Поляева, А.Ю. Никанорова. У детей с наследственной гемолитической анемией легкой степени (10 пациентов) количество Hb и ретикулоцитов в крови практически соответствовало норме. У 26 больных отмечалась анемия средней степени тяжести и ретикулоцитоз в среднем 30‰. Тяжелая степень сопровождалась выраженной анемией и ретикулоцитозом. Во всех группах показатель непрямого билирубина был повышен.

В детской клинической больнице была принята методика двухэтапной эндоваскулярной окклюзии селезенки с целью подавления ее патологической функции. Трансфеморальным доступом последовательно проводили селективную катетеризацию селезеночной артерии. По ней в дистальном направлении продвигали катетер до тех пор, пока не визуализировались короткие артерии, кровоснабжающие

поджелудочную железу (профилактика панкреатита). Окклюзию выполняли сферами гидрогеля 0,3–0,5 мм, добиваясь на первом этапе выключения 75–80% паренхимы. В постокклюзионном периоде отмечался болевой синдром за счет перитонеальной реакции с максимумом на 3–5-й день. В течение 5–7 дней выполняли анальгетическую, инфузионную и антибиотикотерапию.

Через 3–5 месяцев после первого назначали второй этап. В сроки наблюдения до 6 месяцев билирубин нормализовался у всех пациентов, при легкой и средней степени количество Hb и ретикулоцитов было нормальным, при средней степени тяжести сохранялись анемия и ретикулоцитоз.

При внепеченочной форме портальной гипертензии показаниями к проведению эндоваскулярной окклюзии считались не только проявления гиперспленизма (снижение содержания тромбоцитов ниже 30×10^9), но и наличие «сброса» венозной крови по коротким венам в систему вен пищевода и желудка. В этом случае применяли дистальную окклюзию сферами гидрогеля.

В клинической больнице получили лечение 40 пациентов с доброкачественными объемными образованиями селезенки, 5 больных – с гемангиомами, 35 детей – с кистами. Клиническая картина характеризовалась наличием боли в правом боку или чувством тяжести, некоторые отмечали тошноту, рвоту, у них пальпировалась опухоль в брюшной полости. Но эти симптомы отмечены нами только при больших размерах образований (более 7–10 см в диаметре).

Кисты и гемангиомы малых размеров не имеют клинических проявлений. По данным литературы самое грозное осложнение при доброкачественных объемных образованиях селезенки – ее разрыв при незначительной травме, сопровождаемый выраженным кровотечением. У нас такого наблюдения не было.

Кроме общеклинического, предоперационное обследование включало ультразвуковое исследование + дуплексное сканирование (УЗИ + ДС) и анализ крови на эхинококк и онкомаркеры, что позволило исключить злокачественный и паразитарный характер заболевания. Гемангиома более 30 мм, ее активный рост, сочетание этой патологии с обширными гемангиомами других локализаций, множественные гемангиомы менее 30 мм считаются

показаниями к проведению ее эндоваскулярной окклюзии.

При проведении ангиографии отмечено, что гемангиомы селезенки визуализируются как гиперэхогенные образования округлой формы, без нарушений фазности кровотока. В первое время мы применяли неселективную дистальную окклюзию сферами гидрогеля, что приводило к эмболизации не только самой гемангиомы, но и здоровой паренхимы. В послеоперационном периоде отмечался болевой синдром, что потребовало проведения соответствующего лечения. Учитывая это, мы приняли тактику селективной окклюзии только артерий 3–4-го порядка (как правило, внутриорганных), питающих гемангиому. Селективную окклюзию проводили цилиндрами гидрогеля 0,5–0,6 мм, то есть использовали проксимальный вариант окклюзии.

Таким образом, преимущества селективной окклюзии селезенки перед неселективной при гемангиоме – сохраняется здоровая паренхима, «спокойный» послеоперационный период с отсутствием перитонеального болевого синдрома, нет необходимости длительной инфузионной терапии и обезболивания, не требуется антибактериальная терапия, и на 3–4-й день ребенок может быть выписан домой. При последующем наблюдении (до 5 лет) отмечается регрессия или отсутствие роста гемангиомы.

При проведении эндоваскулярной окклюзии селезенки мы столкнулись с определенными трудностями. При сложном анатомическом варианте отхождения селезеночной артерии от чревного ствола катетеризация с помощью обычной техники была невозможна. В таких случаях мы использовали коаксиальную технику с применением микрокатетера (Rapid-Transit 2,4 F с внутренним просветом под "21 Cook), эмболизацию проводили частицами ПВА 0,1–0,3 мм.

При грубом манипулировании в бассейне селезеночной артерии возникал стойкий спазм, и приходилось переносить операцию. В последнее время осложнений после проведения эндоваскулярной окклюзии селезенки не отмечено. В начальном периоде у одного ребенка был абсцесс селезенки, потребовавший спленэктомии. Осложнений, связанных с артериальным доступом, не было.

Непаразитарные кисты селезенки встречаются в 2% от всех ее новообразований. В основном дети были старшей возрастной группы, так как при малых размерах кист клиниче-

ских проявлений не выявлено. Пункцию кисты брали под общей анестезией, под ультразвуковым наведением. Положение больного – на боку с подложенным валиком. После установки катетера проводили контрастирование кисты, что позволило установить его точно в ней и исключить выброс рентгеноконтрастного средства (РКС) в брюшную полость.

Далее следовали склерозирование кисты 95%-ным этиловым спиртом (его объем равняется 1/2 аспирированного содержимого кисты), 5-минутная экспозиция, потом к катетеру подключали систему активной аспирации.

Склерозирование повторяли еще 3–4 раза с интервалом 2–3 дня до полного слипания кисты. Если при пункции происходила травма контралатеральной стенки с «выбросом» РКС в брюшную полость, введение спирта откладывали на сутки. Если при проведении повторного контрастирования выброса РКС не отмечалось, выполняли склерозирование кисты.

Таким образом, рентгенохирургические способы лечения заболеваний селезенки у детей не уступают по эффективности традиционным методам, а в некоторых случаях более предпочтительны, поскольку малоинвазивны и легко переносятся детьми, что сокращает сроки нахождения больных в стационаре.

Вопрос: Почему гемангиомы селезенки имеют шаровидную форму?

Ответ: В гемангиоме происходит неконтролируемый рост сосудов, распространяющийся во все стороны, что обуславливает такую ее форму.

Вопрос: Какие особенности ангиоархитектоники селезенки?

Ответ: Как правило, основной ствол делится дихотомически, разделяя зоны кровоснабжения на 2 половины – нижнюю и верхнюю.

Вопрос: Были случаи кровоснабжения гемангиом селезенки из коротких артерий поджелудочной железы?

Ответ: Нет.

Заключительное слово председателя. В докладе представлен очень интересный материал. Стоит отметить высокий технический уровень проведенной работы, так как манипуляции в бассейне селезеночной артерии у детей довольно сложны, особенно в интрапаренхиматозных артериях. Еще раз показано, что рентгенохирургические методы лечения с успехом применяются в педиатрической практике. ■