

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии Кировская государственная медицинская академия

За последние годы прослеживается тенденция к увеличению заболеваемости холециститом среди детей. Детским хирургам приходится встречаться с острым и хроническим воспалением желчного пузыря и наружных протоков, с желчнокаменным холециститом. В определенной степени это обусловлено улучшением диагностики заболевания, когда, наряду с традиционными методами, получили признание и широко утвердились скрининговые методики, в частности, метод ультразвукового исследования (УЗИ) наружной билиарной системы.

У детей решающим этиологическим фактором воспаления являются инфекционные агенты, которые проникают в желчный пузырь гематогенно, лимфогенно и энтерогенно из двенадцатиперстной кишки. Важным условием для размножения инфекции считается застой желчи в желчном пузыре, обусловленный у 65% больных (В. Г. Акопян, 1982) различными аномалиями развития желчного пузыря и наружных желчных протоков.

В детской хирургической клинике КГМА за период с 1988 по 2000 год включительно оперативно пролечено 15 больных.

В основном это были дети школьного возраста (8-14 лет) - 13 больных. С острым холециститом - один больной, с хроническим калькулезным холециститом - девять и с хроническим некалькулезным - трое больных.

Детей дошкольной возрастной группы было двое - один мальчик в возрасте трех лет оперирован по поводу острого и одна девочка пяти лет - по поводу хронического калькулезного холецистита.

Клиника холецистита характеризовалась различными по интенсивности болями в правом подреберье, у пяти больных упорными, сопровождающимися многократной рвотой с желчью, повышенной температурой. У восьми больных был положительным симптом Ортугера справа. Желтушности склер и кожных покровов отмечено не было ни у одного больного.

Целенаправленное обследование у четырех больных начинали с оральной холецистографии, у двоих больных выявлен перегиб и деформация желчного пузыря и пузырного протока. Еще у двоих больных пузырь не контрастировался, и им была выполнена внутривенная холангиоцистография, выявившая деформацию в шейечном отделе желчного пузыря. С 1991 г. в клинике для диагностики холецистита стало применяться ультразвуковое исследование (УЗИ).

На основании данных клинического обследования ставились показания к оперативному лечению. Всем больным выполнена холецистэктомия от шейки, двум больным - с дренированием желчного протока. На операции у пяти больных выявлены эмбриональные спайки тела и шейки желчного пузыря, деформации и стеноз пузырного протока.

При гистологическом исследовании у всех оперированных больных выявлено хроническое воспаление стенки желчного пузыря и пузырного протока.

У одного трехлетнего мальчика приступ холецистита носил четко выраженный острый характер. Ребенок был взят на операцию с предположительным диагнозом острого аппендицита с подпеченочным расположением червеобразного отростка, осложненного аппендикулярным инфильтратом. При ревизии органов брюшной полости был обнаружен деструктивно измененный желчный пузырь. Выполнена холецистэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое исследование подтвердило диагноз флегмонозного холецистита, перихолецистита.

Средний послеоперационный койко-день составил 14,9 дней. У всех больных изучены отдаленные результаты оперативного лечения в сроки от 2 до 13 лет, поздних осложнений послеоперационного периода не отмечено, все дети по физическому развитию соответствуют возрасту.

Оценивая ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения холецистита, можно отметить хорошие компенсаторные возможности детей после холецистэктомии, а значит - и благоприятный прогноз в будущем. Напомним также, что большинство детей с холециститами - это дети старшего и подросткового возраста, а в связи с расширением возрастного диапазона педиатрии до 18-летнего возраста детским хирургам все чаще придется сталкиваться с патологией наружных желчных путей.