

УДК 616.366-022-036.12-089-053.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Г.М. Лукоянова, д. м. н., профессор, **В.Е. Шеляхин**, младший научный сотрудник,
Г.Ю. Цирдава, к. м. н., **П.П. Потехин**, д. м. н., профессор, Нижегородский научно-исследовательский институт детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий

У больных с хроническим калькулёзным холециститом и врождённой патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей оперативное лечение показано при установлении диагноза. У больных с сочетанной патологией показана соответствующая оперативная коррекция имеющейся патологии. Для определения структурно-функциональных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки показано гистологическое исследование до и после оперативного лечения.

The surgical treatment is prescribed after diagnosing for the patients with chronic calculous cholecystitis and native pathology of gall-bladder and biliary tracts. For the patients with associated pathology suitable surgical correction of certain pathology is prescribed. To determine structural and functional characteristics of mucous tunic of stomach and duodenum histological analysis is suitable before and after surgical treatment.

Хронический холецистит и желчнокаменная болезнь в детском возрасте за последние 10 лет увеличились с 0,1% до 1%. Хронический воспалительный процесс в желчном пузыре всегда является вторичным и возникает на фоне нарушения оттока желчи. Затруднение оттока желчи возникает при повышении давления в пузырном или общем желчном протоке. Нарушения развиваются вследствие пороков развития желчного пузыря, таких как врождённая гипоплазия, удвоение, дивертикулы, блуждающий желчный пузырь, перегибы и перетяжки, а также желчных протоков: сифонопатия, гипоплазия пузырного протока, агенезия пузырного протока, аномалии впадения пузырного протока, киста общего желчного протока, врождённый

стенотоз холедоха, холедохоцеле. Данные врождённые аномалии определяются с частотой 17-20%. Приобретённые причины включают в себя как функциональные: дискинезии желчевыводящих путей, дуоденальная гипертензия, так и органические: рубцовые деформации желчного пузыря и желчевыводящих протоков, стенозирующий папиллит, сдавление желчных протоков извне, висцероптоз и др.

В отделении хирургической гастроэнтерологии оперировано 61 ребёнок, из них 17 мальчиков и 44 девочки, в возрасте от 4 до 17 лет. Хирургическое лечение по поводу хронического калькулёзного холецистита произведено у 30 больных, бескаменного холецистита – у 15, кисты общего желчного протока – у 12,



агенезии желчного пузыря – у 1. У 1 больной, наряду с хроническим калькулёзным холециститом, была обнаружена киста холедоха, заполненная камнями. Двое больных оперированы в экстренном порядке: один – по поводу гангренозно-перфоративного калькулёзного холецистита, второй – флегмонозного калькулёзного холецистита. Давность заболевания составила от 1 года до 14 лет, в среднем 4,5 года.

В клинической картине у 39 больных отмечались жалобы на боли в животе приступообразного характера, возникающие после погрешности в диете или при физической нагрузке, боли в животе без определённой локализации наблюдались у 20 детей. Интенсивность и продолжительность болевого синдрома была различной (от 30 минут до нескольких суток). Диспептические расстройства наблюдались у 22 больных. Лихорадка имела место у 7, нарушение сна, раздражительность, головные боли были у 9 пациентов, желтуха отмечена у 6 больных.

У 3 больных патология желчевыводящих путей выявлена при обследовании по поводу заболеваний, не связанных с желчевыводящей системой. У 1 – калькулёзный холецистит выявлен при обследовании по поводу муковисцидоза, у 1 – киста общего желчного протока диагностирована при обследовании по поводу лимфаденопатии, у 1 – калькулез желчного пузыря обнаружен при обследовании по поводу пиелонефрита.

При оценке объективного статуса болезненность в правом подреберье выявлена у 36, пузырьные симптомы – у 16, увеличение печени – у 11, иктеричность склер – у 5, симптомы перитонита: разлитого – у 1, местного – у 2 больных.

Основным методом диагностики хронического холецистита является сонографическое исследование органов брюшной полости с определением функции желчного пузыря. Калькулёзный холецистит диагностирован у 28 больных, бескаменный – у 11, холестероз желчного пузыря – у 1, полипоз желчного пузыря – у 2. Деформации желчного пузыря выявлены у 18 детей, но по результатам оперативного лечения подтверждены лишь в 8 случаях. У всех больных моторная функция желчного пузыря была снижена. Кистозная мальформация общего желчного протока выявлена у 5 пациентов. Размеры кисты варьировали от 2,5 до 13 см в диаметре. Холестатические изменения печени выявлены у 34 пациентов, признаки реактивного панкреатита – у 23. У 2 больных диагностирован хронический панкреатит.

Дуоденальное зондирование проведено 20 больным, при котором у 18 детей выявлена дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому гипокинетическому типу.

При холеграфии конкременты желчного пузыря выявлены у 5, киста общего желчного протока – у 1, бескаменный холецистит – у 5, отключённый желчный пузырь – у 1 ребёнка. Моторная функция желчного пузыря была снижена у 9 пациентов.

С целью уточнения диагноза эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография проведена 16 больным. Извитой суженный пузырьный проток (сифонопатия) выявлен у 3, киста общего желчного протока – у 6, удвоение желчного пузыря – у 1, стеноз большого дуоденального соска – у 3, стеноз средней

трети холедоха – у 1, бескаменный холецистит – у 2 детей. Эзофагогастродуоденофиброскопия выполнена 52 больным. Из них у 46 были явления хронического гастродуоденита в стадии обострения, изолированный дуоденит в стадии обострения – у 3 больных, изолированный гастрит – у 1. У 1 больного выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у 1 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 1 – эрозивный гастродуоденит. У 4 больных, наряду с хроническим гастродуоденитом, был эрозивный эзофагит, вследствие гастроэзофагеального рефлюкса, у 18 – дуоденогастральный рефлюкс.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта проведено 15 больным, из них 10 проведена релаксационная дуоденография. У 9 больных выявлена хроническая дуоденальная непроходимость, у 1 – незавершённый поворот кишечника, у 1 – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

При морфологическом исследовании слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки до операции у всех больных отмечалась картина диффузного пангастрита и дуоденита II степени активности и II степени тяжести. У ряда больных определялись структурные показатели в двенадцатиперстной кишке, характерные для атрофии слизистой оболочки: снижалась высота ворсинок, определялась дистопия дуоденальных желёз, наблюдались очаги фиброза в собственной пластинке. Изменялись показатели гистохимической активности, проявляющиеся в сужении ШИК-позитивной окраски щёточной каймы ворсинок, на фоне максимально интенсивной окраски эпителия дуоденальных желёз. Снижалось количество экзокриноцитов и определялось крайне неравномерное распределение апикулярно зернистых клеток в криптах луковицы и нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки с нахождением крипт с единичными апикулярно зернистыми клетками. Перечисленные особенности эпителиального пласта свидетельствовали не только о снижении его функциональных свойств, но и выраженной дисрегенерации.

Характер оперативного вмешательства включал: традиционную срединную лапаротомию, которая была выполнена 37 больным, из них по поводу кисты общего желчного протока – 12, хронического калькулёзного холецистита – 13, бескаменного холецистита – 11. Всем больным выполнена холецистэктомия, 13 из них произведена коррекция сочетанной патологии: рассечение связки Трейца по поводу хронической дуоденальной непроходимости, выполнено у 9 детей; папиллосфинктеропластика при стенозирующем папиллите произведена 3 больным; 1 больному с камнем в терминальном отделе холедоха – удаление камня и папиллосфинктеропластика.

Больным с сопутствующей патологией, наряду с холецистэктомией, произведена соответствующая коррекция: больному с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – селективная проксимальная ваготомия; больному с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы – операция Ниссена, крурорафия; больному с незавершённым поворотом кишечника – колопексия; больному с муковисцидозом – денервация печёночной артерии.

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена 13 больным:

12 – по поводу хронического калькулёзного холецистита, 1 больной с аномалией развития желчного пузыря. У больной с агенезией желчного пузыря проведена лапароскопическая ревизия желчевыводящих путей.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа произведена 7 больным с калькулёзным холециститом, 2 – по поводу полипоза желчного пузыря и 1 – по поводу флегмонозного калькулёзного холецистита.

Размер конкрементов варьировал от 2-3 мм до 3-4 см в диаметре, форма была различной. У всех детей камни по составу были пигментными либо смешанными.

По поводу кистозной мальформации общего желчного протока и хронических изменений в желчном пузыре оперированы 12 больных: из них у 5 больных при размерах кисты более 5 см в диаметре произведено частичное иссечение передней стенки кисты и наложен супрадуоденальный холедохоцистодуоденоанастомоз по Финстереру, у 6 детей при кистах меньшего диаметра иссечения кисты не производили. Ширина анастомоза была не менее 2 см. Одному больному с гигантской кистой холедоха объёмом 1,5 литра наложен холедохоцистоеюноанастомоз с брауновским соустьем. Во всех случаях выполнена холецистэктомия. Хронические изменения в удалённом желчном пузыре у всех больных подтверждено гистологическим исследованием.

В послеоперационном периоде все пациенты обследованы в сроки от 6 месяцев до 13 лет. У всех – восстановлена трудоспособность и активный образ жизни. У 53 детей обострения гастродуоденита, наблюдаемого до операции, не отмечалось. У 8 пациентов периодически возникало обострение хронического гастродуоденита; у 4 детей отмечался дуоденогастральный рефлюкс; у 1 – гастроэзофагеальный рефлюкс; у 6 – явления холестаза. У больного с сопутствующим хроническим панкреатитом обострение заболевания наблюдалось значительно реже.

При анализе морфологических показателей в теле желудка определялась гистологическая картина неизменённой слизистой в 70% случаев. Поверхностный гастрит был выявлен у 30% пациентов при слабой степени моноклеарной инфильтрации

собственной пластинки слизистой оболочки. В слизистой оболочке антрального отдела выявлялось снижение высоты поверхностно-ямочного эпителия и эпителиальных желёз. В обоих отделах желудка при гистохимическом анализе определялась сохранность электропроводности к красителям всех видов эпителия, однако ШИК-позитивная окраска поверхностно-ямочного эпителия была умеренной интенсивности. При обзорном анализе срезов слизистой оболочки луковицы и нисходящих отделов двенадцатиперстной кишки структурно-функциональные показатели соответствовали картине поверхностного дуоденита. Обращало внимание присутствие дистопированных дуоденальных желёз в слизистой оболочке луковицы на фоне минимальной клеточной плотности инфильтрата межкриптално. В нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки у всех прооперированных больных активности воспаления не определялось. Указанная морфологическая картина свидетельствовала о восстановлении структурно-функциональных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Таким образом, у больных с хроническим калькулёзным холециститом и врождённой патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей оперативное лечение показано при установлении диагноза. У больных с сочетанной патологией показана соответствующая оперативная коррекция имеющейся патологии. Для определения структурно-функциональных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки показано гистологическое исследование до и после оперативного лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Особенности желчно-каменной болезни в детском возрасте: Учебное пособие. – М., 2002. – С. 9.
2. Запруднов А.М., Богомаз Л.В., Харитонов Л.А. Аномалии билиарного тракта у детей // Медицинская газета, № 78. – 07 октября 2005.
3. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. – М., 1982. – С. 240-242.
4. Лукьянова Г.М. Хирургическая гастроэнтерология у детей – двадцатилетний опыт/Сборник научных трудов. – Н. Новгород, 2001. – С. 77-78.