

ная жидкость. Киста вскрыта – просвет её с желудком не сообщается, имеется каллёзная язва стенки 1,0x1,5 см в проекции эктопированного участка поджелудочной железы. После лигирования и рассечения питающих сосудов выполнено иссечение стенок кистозного удвоения по свободному краю с последующей демукозацией задней (общей с желудком) стенки. Выполнено ушивание серозно-мышечного слоя над демукозированной поверхностью с восстановлением передней стенки сальниковой сумки.

Гистологическое исследование №7803-10 от 12.02.2015 г.: стенка кистозного образования имеет строение стенки желудка, с отёком, очаговыми кровоизлияниями в слизистую и серозную оболочки, эктопия ткани поджелудочной железы в серозную оболочку и межмышечные слои.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. УЗИ контроль от 16.02.2015 г.: патологии не выявлено. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 9 сутки после операции.

Данное сообщение иллюстрирует редкую патологию желудка, точное распознавание которой часто возможно лишь интраоперационно и после гистологического исследования. Операцией выбора в данных случаях, на наш взгляд, является субмукозная резекция удвоения.

Литература:

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. – СПб.: ИЧП «Хардфорд», 1996. –Т. 1. – С. 329.
2. Григович И. Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей. – Л.: Медицина, 1985. – С. 115.
3. Журило И.П., Фоменко С.А., Литовка В.К., Перунский В.П., Лепихов П.А., Гунькин А.Ю. Редкие варианты удвоения пищеварительного тракта у детей. – «Вестник неотложной и восстановительной медицины». – 2011. – №2. – С.177–182.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Новицкая С.К.², Дегтярев Ю.Г.¹, Никифоров А.Н.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск

²РНПЦ детской хирургии, Минск, Беларусь

Введение. Кистозная дилатация желчных протоков является редкой врожденной аномалией неизвестной этиологии, чаще встречается у девочек, с распространенностью 1 на 100–150 000 живорожденных.

Цель исследования – для определения закономерностей клинического проявления, диагностических ошибок, и отдаленных результатов проведен анализ лечения 38 детей кистами общего желчного протока,

находившихся на лечении в Детском хирургическом центре г. Минска в период с 1974 по 2014 гг.

В «классическом» варианте патология проявлялась триадой: желтухой, болью, и опухолевидным образованием в брюшной полости. Редкость этой классической триады, увеличение числа пациентов в последние годы, наличие поздней диагностики и возрастающие возможности диагностики и технических возможностей хирургической техники побудило нас пересмотреть наши подходы и опыт лечения данной патологии.

Материал и методы исследования. В период с 1974 по 2014 гг. 38 детей (27 девочек, 11 мальчиков) находились на лечении в стационаре с кистами холедоха. Анатомическая классификация строилась на основе классификации Todani. Возраст пациентов колебалась от 0 до 15 лет (среднее 2,3 года); более двух третей пациентов были в возрасте до 5 лет. У двух пациентов киста общего желчного протока была обнаружена при дородовом УЗИ.

Результаты и их обсуждение. Из 38 пациентов после рождения у 23 (69%) была отмечена желтуха, связанная с болью в животе. Желтуха, как правило, носила рецидивирующий характер. Тринадцать (18%) пациентов, представленные только с болью в животе, которые часто рецидивирующий, и два (3%) только с опухолевидным образованием. Классическая триада желтуха, боли и правой пальпируемое образование в правом подреберье присутствовал только в четырех (6%) пациентов. Семь из этих пациентов имели признаки панкреатита. Двое детей перенесли спонтанную перфорацию кист холедоха. Дополнительные симптомы были рвота у семи пациентов, лихорадка, обусловленная холангитом. Сопутствующие врожденные аномалии были выявлены в девяти пациентов: почечные пороки развития мочевых путей в пяти, сердечных аномалий у двоих, один ребенок с аномалией позвоночника.

Обращает на себя внимание позднее поступление пациентов в стационар для хирургического лечения. Причины задержки диагностики и направления детей с кистами общего желчного протока в хирургический стационар: желтуха, диагностируемая как: гепатит (n=6), паразитарные инвазии (n=1), острый холецистит (n=1) длительная физиологическая желтуха новорожденных (n=1).

Не всегда правильно трактовалось увеличение амилаза крови (при острым и рецидивирующем панкреатите), несмотря на повторяющиеся эпизоды болей в животе (n=2). Киста общего желчного протока должна быть всегда заподозрена при дифференциальной диагностике желтухи и панкреатита. При этом пациенты требуют тщательного исследования анатомического строения гепатобилиарной системы пациента с высоким разрешением УЗИ, КТ или МРТ с контрастированием сосудистого русла. Это определяется тем, что диаметр желчных протоков менее 3–5 мм у здоровых детей и менее 2 мм у новорожденных.

Считаем, что такие пациенты должны быть оперированы после установления диагноза, чтобы избежать риска осложнений. Вторичный билиарный цирроз может развиваться в раннем возрасте. Перфорации кисты произошли у детей 1 и 2 месяцев.

Кроме того, у новорожденных детей при сочетании гипербилирубинемии и кистозным расширением желчных протоков могут быть варианты внепеченочной желчной атрезии. Операция при данной патологии должна быть выполнена в период новорожденности. Радикальной операцией является удаление кисты и гепатикоеюностомия с отключением петли кишки по Ру. В настоящее время, как метод выбора для всех типов кист холедоха. Удаление кисты устраняет практически все возможные осложнения и может быть выполнена безопасно даже у новорожденных детей. Существует ряд доказательств, что даже у пациентов с билиарным циррозом и портальной гипертензии возможна регрессия заболевания после хирургического лечения.

19 пациентов подверглись радикальной операции – удалению кисты с гепатикоеюностомией с отключением петли кишки по Рувкачестве основного метода операции. 15 пациентам в более раннем периоде выполнялась цистоеюностомия, потому что иссечение кисты технически было слишком опасным.

Хирургические осложнения отмечены у семи из 38 пациентов после первичного удаления кисты: кровотечения потребовали повторной операции у двух пациентов, спаечная непроходимость кишечника возникла в двух, желчные перитониты у 2 пациентов из-за несостоятельности билиодигестивных анастомозов.

Осложнениями кист были: рецидивирующие панкреатиты, перфорация, холангит, вторичный билиарный цирроз печени, портальная гипертензия.

Ранний и поздние послеоперационные периоды у остальных детей протекали без осложнений; био-функциональные тесты печени отмечены в норме у 18 пациентов.

Выводы:

1. При лечении детей с тяжелой или рецидивирующей болью в животе должен контролироваться уровень амилазы в плазме, и при его повышении – выполнение УЗИ и при необходимости МРТ гепатобилиарной системы.
2. Операцией выбора при лечении кист холедоха является удаление кисты и гепатикоеюностомия с отключением петли кишки по Ру. В настоящее время она показана для всех типов кист холедоха. Удаление кисты устраняет практически все возможные осложнения и может быть выполнена даже у новорожденных детей.