

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ХОЛЕДОХА И КОРРЕКЦИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

УДК 616.367—006.3—089—053.2+616—08

Поступила 8.10.2009 г.

Г.М. Лукоянова, д.м.н., профессор кафедры хирургии ФПКВ¹;
В.П. Обрядов, к.м.н., доцент кафедры детской хирургии¹;
П.П. Потехин, д.м.н., профессор²;
В.Е. Шеляхин, научный сотрудник²;
Г.Ю. Цирдава, к.м.н., старший научный сотрудник²;
Е.А. Рожденкин, младший научный сотрудник²

¹ Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород;

² НИИ детской гастроэнтерологии, Н. Новгород

Представлены результаты хирургического лечения кистозной мальформации общего желчного протока, а также сочетанной и сопутствующей патологии органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Методом выбора лечения кисты общего желчного протока служило частичное иссечение стенки кисты с наложением цистодуоденоанастомоза плюс холецистэктомия. Исследовано клинико-функциональное состояние печени, поджелудочной железы, желудка, двенадцатиперстной кишки, по показаниям произведены симультантные операции сочетанной и сопутствующей патологии. Приведены отдаленные результаты применяемых оперативных методов (в сроки до 20 лет), позволивших достичь выздоровления и улучшения качества жизни оперированных больных.

Ключевые слова: киста общего желчного протока, холедохоцистодуоденоанастомоз, холецистэктомия.

English

Operative treatment of a choledoch cyst and correction of attendant pathology in children

G.M. Lukoyanova, MD, professor of the PhQIF surgery chair¹;
V.P. Obryadov, c.m.s., assistant professor of the infantile surgery chair¹;
P.P. Potekhin, MD, professor²;
V.E. Shelyakhin, scientific worker²;
G.Yu. Tsirdava, c.m.s., senior scientific worker²;
E.A. Rozhdyonkin, junior scientific worker²

¹ Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod;

² SRI of the infantile gastroenterology, N. Novgorod

The results of a surgical treatment of a general biliary duct cystic malformation as well as a combined and attendant pathology of the biliopancreatoduodenal zone organs are presented. A partial dissection of a cyst wall with a cystoduodenoanastomosis plus cholecystectomy application was a selection method of a general biliary duct cyst treatment. A clinicofunctional state of the liver, pancreas, stomach and duodenum is investigated; the simultaneous operations of a combined and attendant pathology are made according to indications. The remote results of the used operative methods (in the dates up to 20 years), permitting to achieve a recovery and improvement of the operated patient life quality, are presented.

Key words: cyst of a general biliary duct, choledochocystoduodenoanastomosis, cholecystectomy.

Для информации: Лукоянова Галина Михайловна, тел. раб. 8(831)256-03-22; e-mail: gkb40@yandex.ru.

Кистозное расширение общего желчного протока является довольно редкой аномалией желчевыводящих путей. Не существует единого мнения о причинах развития данной патологии. Часть авторов связывают ее возникновение с нарушением процесса разрешения солидной стадии развития желчевыводящей системы: образование расширенных и узких участков происходит из-за неравномерного восстановления их просвета. Другие авторы считают, что кистозное расширение образуется в результате аномального строения стенок желчных протоков, из-за этого повышение давления в общем желчном протоке в результате стеноза его дистальной части приводит к расширению последнего и образованию кисты. Некоторые авторы предполагают, что слабость стенки холедоха обусловлена эктопией в нее ткани поджелудочной железы [1—3].

Клиническая картина кисты общего желчного протока имеет характерную триаду симптомов: боли в животе (90—92%), перемежающаяся желтуха (43—70%), пальпируемое опухолевидное образование в правом подреберье (25—60%). У 20% больных клиническая картина длительное время может отсутствовать [4, 5].

Для диагностики в настоящее время применяют в основном УЗИ органов брюшной полости, компьютерную томографию и ядерно-магнитно-резонансную томографию. Их эффективность составляет 75,8—79,2%. Наиболее достоверные данные дает эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ), но в последнее время она применяется редко из-за высокой инвазивности [5].

Хирургическое лечение кист общего желчного протока включает в себя несколько методик. Одной из них является иссечение кистозно расширенного общего желчного протока с наложением гепатикоюноанастомоза на отключенной по способу Ру петле, создание билиодигестивных анастомозов с тонкой кишкой. Некоторые авторы предлагают холедохоцистодуоденостомию как операцию выбора у взрослых пациентов [3].

Частота осложнений при гепатикоюностомии на отключенной по способу Ру петле, по данным разных авторов, составляет от 15,1 до 40% [1, 4, 6, 7]. Выполнение такого вида оперативного вмешательства мотивируется авторами тем, что существует высокий риск малигнизации не иссеченной полностью кисты в более старшем и пожилом возрасте. Однако, анализируя отдаленные результаты лечения кисты общего желчного протока, Н.М. Арынов с соавт. [8] не приводит ни одного случая малигнизации неиссеченного расширенного холедоха у больных, оперированных в детском возрасте, но указывает на осложнения холедохоцистодуоденостомии, связанные с технически неправильным наложением анастомоза. Мы не встретили в литературных источниках непосредственных доказательных данных о малигнизации не иссеченной полностью кисты общего желчного протока.

В отделении хирургии Нижегородского НИИ детской гастроэнтерологии за период с 1989 по 2009 гг. прооперировано 32 больных в возрасте от 1,5 до 16 лет (25 девочек и 7 мальчиков). Следует отметить, что частота диагностики кисты общего желчного протока обратно

пропорциональна возрасту больного. В наших наблюдениях киста холедоха в возрасте до 7 лет диагностирована в 21 случае, от 8 до 12 — в 8 и от 13 до 16 — в 3.

Классическая триада симптомов отмечена только у двух больных. Болевой синдром наблюдался у 30 детей. Боли носили приступообразный характер, интенсивность их была от незначительной до выраженной. У 19 детей наблюдалась транзиторная желтуха. Явления холангита с повышением температуры тела до фебрильных значений, уровень билирубина в 3 раза выше нормы отмечены у одной пациентки.

У двух больных клиническая симптоматика отсутствовала. Киста общего желчного протока у них была выявлена при проведении УЗИ органов брюшной полости. Остальные пациенты до установления правильного диагноза неоднократно находились на лечении в стационарах и поликлиниках по месту жительства с диагнозами: кишечная колика, острый аппендицит, холецистит, холангит, вирусный гепатит.

Диагностика кист общего желчного протока в наших наблюдениях основывалась на данных УЗИ органов брюшной полости, но при кистах малого размера не всегда удавалось получить правильный диагноз. Компьютерная томография выполнена одному больному, ядерно-магнитно-резонансная томография — двум больным. Данные исследования проводили в неясных случаях, с целью дифференциальной диагностики. У одной больной диагноз был верифицирован, двум выполнили ЭРХПГ в связи с недостаточно информативными томографическими данными. Оральная и внутривенная холангиографии в настоящее время используются крайне редко, а при повышении билирубина применение их противопоказано, поэтому в неясных случаях 12 больным выполнена ЭРХПГ, у всех выявлено кистозное расширение общего желчного протока различной величины. Кроме того, у 2 больных найдено расширение главного панкреатического протока, у 1 — аномальное впадение общего желчного протока в главный панкреатический проток, у 2 — стеноз большого дуоденального сосочка, у 1 — врожденный стеноз средней трети холедоха. У одной больной наряду с кистой общего желчного протока выявлена киста головки поджелудочной железы диаметром 1 см.

При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДФС) у 27 детей выявлено обострение гастродуоденита с различной степенью активности воспалительного процесса, которая оценивалась по классификации И.В. Маева (2007 г.). У 10 больных отмечалась активность I, у 10 — II, у 7 — III степени.

Состояние печени и поджелудочной железы оценивали с помощью ультразвуковой сонографии брюшной полости (n=30), по результатам которой внутривенный холестаза выявлен у 20 больных, реактивный панкреатит — у 14.

При морфологическом исследовании слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (n=18) выявлены изменения, соответствующие диффузному пангастриту II степени тяжести и II степени активности и диффузному дуодениту II степени тяжести и II степени активности.

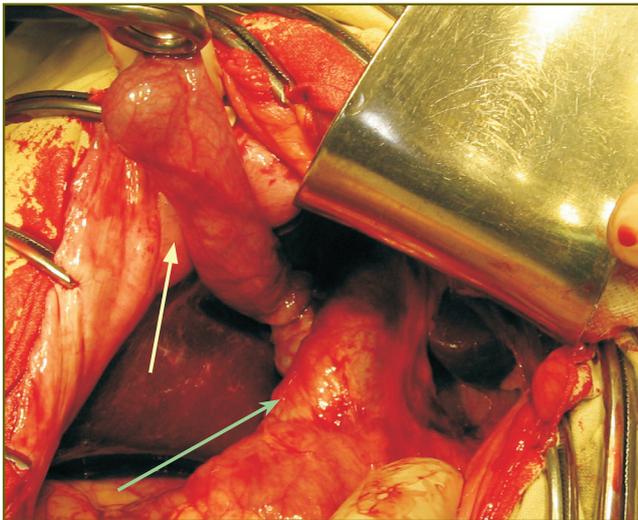


Рис. 1. Общий вид кисты холедоха и мобилизованного желчного пузыря. Стрелками указано: желтая — дряблый, атоничный, уменьшенный в размере желчный пузырь; зеленая — веретенообразная киста холедоха

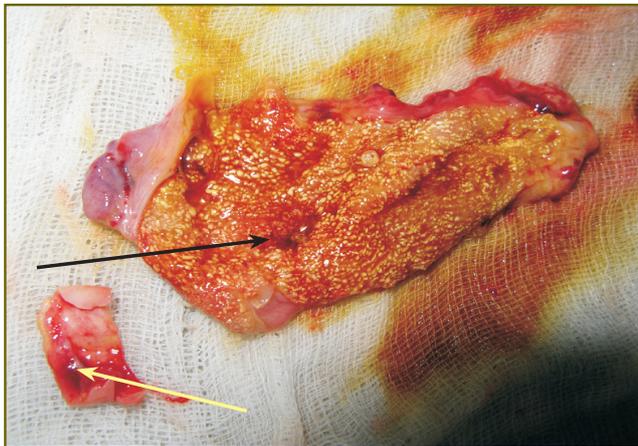


Рис. 2. Макропрепарат желчного пузыря. Стрелками указано: черная — желчный пузырь, видна холестерозно измененная слизистая; желтая — стенка кисты

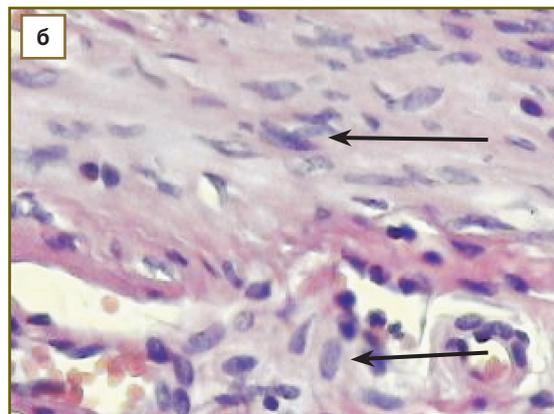
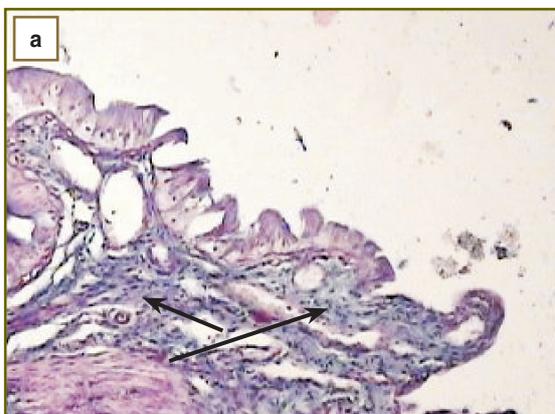


Рис. 3. Микрофото больного Н., 6 лет: а — атрофия и склероз слизистой оболочки желчного пузыря больного (накопление гликозаминогликанов помечено стрелками). Окраска альциановым синим и реактивом Шиффа. Ув. 100; б — склероз собственной пластинки и перисосудистая фибропластическая активность (фиброциты и фибробласты помечены стрелками). Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 400

При выборе метода хирургического лечения в случае отсутствия нарушения моторно-эвакуационной функции двенадцатиперстной кишки предпочтение отдавалось холедохоцистодуоденостомии. Ширина накладываемого анастомоза при этом должна быть не менее 2—2,5 см. С целью формирования желчного протока при кистах более 5 см в диаметре иссекали переднюю стенку кисты и накладывали анастомоз с горизонтальной частью двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях выполняли холецистэктомию, показаниями к которой служили хронические воспалительные изменения в желчном пузыре (рис. 1, 2), что было подтверждено гистологическим исследованием у всех больных (рис. 3).

Оперативное лечение проведено 32 больным. У 31 ребенка размеры кисты составили от 2,5 до 13 см в диаметре. 30 пациентам наложен супрадуоденальный холедохоцистодуоденоанастомоз по Финстереру (рис. 4). Двум больным из них с сочетанной патологией произведено двойное дренирование — папиллосфинктеропластика в связи со стенозом большого дуоденального соска. Одному ребенку выполнена сфинктеровирсунгопластика, так как наряду с кистой общего желчного протока была обнаружена киста головки поджелудочной железы (рис. 5).

У одной больной киста общего желчного протока была находкой на операции по поводу хронического калькулезного холецистита. Наряду с билиодигестивным анастомозом одной больной выполнена колопексия по поводу незавершенного поворота кишечника.

В одном случае ребенку 1,5 лет, поступившему в тяжелом состоянии — с выраженной желтухой, с кистой объемом до 1,5 л, занимающей практически всю брюшную полость, наложен холедохоцистоюноанастомоз.

Результаты оперативного лечения прослежены в сроки от 6 мес до 17 лет. У 29 детей получены хорошие результаты. У 8 пациентов отмечались периодические боли в животе, связанные с погрешностью в диете, которые купировались самостоятельно или снимались приемом спазмолитиков и антацидных средств. При

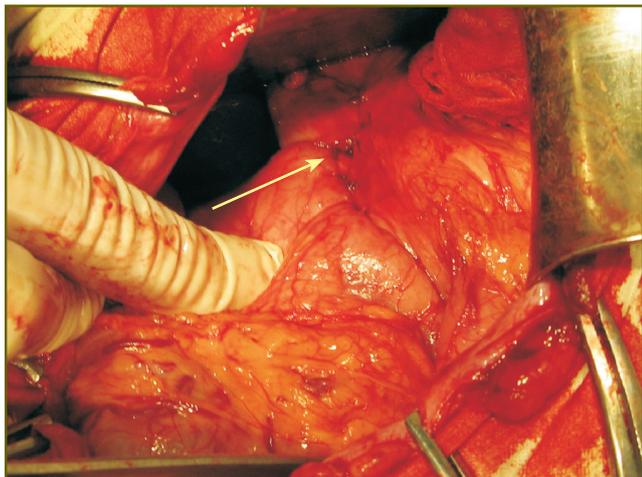


Рис. 4. Этап операции — наложенный холедохоцистодуоденоанастомоз



Рис. 5. Этап операции — иссечение передней стенки кисты холедоха

проведении ЭГДФС (n=30) хорошо прослеживался анастомоз и эвакуация желчи, воспалительных изменений в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки не наблюдалось у 6 пациентов, неактивный гастроуденит отмечался у 13 пациентов, активность воспалительного процесса I степени — у 9, активность II степени — у 2. Внутривенный холестаза встретился у 3 пациентов, реактивный панкреатит — у 2. При УЗИ органов брюшной полости ширина общего желчного протока составляла $1,8 \pm 0,4$ см.

При анализе морфологических показателей (n=16) в теле желудка в 70% случаев определялась гистологическая картина неизменной слизистой оболочки.

Поверхностный гастрит был выявлен у 30% пациентов. В нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки (n=16) активности воспаления не установлено. Данная морфологическая картина свидетельствовала о восстановлении структурно-функциональных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

У одной больной через 11 лет после операции развилась клиника панкреатита с частыми обострениями. Через 12 лет после первой операции она была оперирована по поводу хронического индуративного панкреатита, ей наложен билатеральный панкреатикоюноанастомоз. Наблюдается в течение 10 лет после повторной операции, периодически после нарушения диеты беспокоят боли в эпигастриальной области, купирующиеся приемом спазмолитиков. Работает, через 5 лет после второй операции родила ребенка.

Заключение. При кистах общего желчного протока и отсутствии нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки операцией выбора может быть холедохоцистодуоденоанастомоз с частичным иссечением кисты. Холецистэктомию считаем обязательной, так как после наложения билиодигестивного анастомоза нарушение эвакуаторной функции желчного пузыря приводит к застою желчи и прогрессированию хронического воспалительного процесса в стенке пузыря.

Литература

1. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. М: Медицина; 1982.
2. Хирургическая гастроэнтерология у детей — двадцатилетний опыт. Сборник научных трудов. Под ред. Г.М. Лукояновой. Н. Новгород, 2001; с. 71—72.
3. Троценко Д.Н., Бражникова Н.А. Клиника, диагностика и лечение кист холедоха. В кн.: Материалы Всероссийской 63-й итоговой научной студенческой конференции им. Н.И. Пирогова. Томск; 2004.
4. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М: ГЭОТАР-МЕД; 2001.
5. Хирургическая тактика при кистозной трансформации желчных протоков. Вісник морської медицини. Ін-т хірургії ім. А.В. Вишневського. М; 2001.
6. Соколов Ю.Ю. Диагностика и лечение дуоденопанкреатобилиарных аномалий у детей. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М; 2002.
7. Gastroenterology and Hepatology: The comprehensive visual reference — pancreas, with MEDLINE-Linked References. M.B. Feldman, P.P. Toskes (eds.). Electronic Press Ltd; 1996.
8. Арынов Н.М., Кожабегенов Б.И., Кожабегенов А.Б. Лечебная тактика у больных, ранее оперированных по поводу кисты холедоха. В кн.: Материалы конференции, посвященной 70-летию НЦПДХ; 2002.