

УДК 616.316-003.4-089]053.2

© Х. А. АКИЛОВ, Х. Н. МАТЯКУБОВ

Республіканський науковий центр екстреної медичної допомоги, Ташкентський інститут удосконалення лікарів, Республіка Узбекистан

Віддалені результати хірургічного лікування кістозних трансформацій холедоха у дітей

H. A. AKYLOV, H. N. MATIAKUBOV

Republican Scientific Centre of Emergency Care, Tashkent Institute of Doctors' Improving, Uzbekistan

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CYSTIC CHOLEDOCHAL TRANSFORMATIONS IN CHILDREN

У статті подано аналіз даних обстеження 18 хворих із природженою кістозною трансформацією холедоха, що перебували на лікуванні у відділенні невідкладної хірургії дитячого віку РНЦЕМД з 2005 до 2010 рр. З 18 оперованих дітей: у 4 випадках накладений супрадуоденальний холедоходуоденоанастомоз, у 3 випадках – гепатикоентероанастомоз на виключеній за Ру петлі тонкої кишки, в 1 одному випадку – кістодуоденоанастомоз, в 1 одному – зовнішнє дренивання холедоха за Керр (у зв'язку з перфорацією кісти холедоха), і в 9 випадках – гепатикоентероанастомоз із каркасным кільцем на виключеній за Ру петлі тонкої кишки.

The article is based on the analysis of survey data of 18 patients with congenital choledochal cystic transformation who were treated in the emergency department of surgery of childhood Republican research center of emergency medicine since 2005 to 2010. Among the 18 operated children: 4 cases imposed supraduodenal choledohoduodenoanastomosis, in 3 cases – gepaticoenteroanastomosis on off on Roux loop of small intestine, in one case – cystoduodenoanastomosis, in other – external drainage of choledochal Kerr (in conjunction with perforated choledochal cyst) and in 9 cases – gepaticoenteroanostomosis with a reinforcing ring at the disabled to Roux loop of small intestine.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Вади розвитку жовчовивідних шляхів (ЖШ) у дітей, зокрема кістозні трансформації, займають одне з перших місць серед всіх вад розвитку травного тракту [1], внаслідок чого дана проблема є вельми актуальною.

На даний час операції внутрішнього дренивання кіст зовнішніх ЖШ становлять історичний інтерес. Після цих операцій нерідко розвиваються висхідний холангіт, неспроможність швів анастомозу, а також мають місце утворення каменів у жовчних протоках і малігнізація залишеної кістозно зміненої тканини [2, 3, 4].

Все вищеперелічене указує на те, що операцією вибору є радикальна резекція кісти з подальшою реконструкцією зовнішніх ЖШ, це підтверджується даними, отриманими і в наших дослідженнях. На даний час найпоширенішим і радикальним методом вибору є гепатикоентероанастомія на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки з антирефлюксним захистом [5, 6]; підкреслимо, що єдиної думки щодо цього питання в літературі немає.

Недоліком даного методу є наявність “голодної” кишки, а також нефізіологічне надходження жовчі в

термінальний відділ клубової кишки, що приводить до дисбалансу травлення в просвіті дванадцятипалої кишки. За даними ряду авторів [5, 7], найхарактернішим ускладненням після гепатикоентероанастомії на ізольованій за Ру петлі тонкої кишки є холангіт, який виникає в 3–8 % випадків, навіть незважаючи на наявність антирефлюксного захисту.

Матеріали і методи. Основа роботи – результати обстеження і лікування 18 дітей із природженою кістозною трансформацією позапечінкових жовчних проток, прооперованих за період 2005–2010 рр. у відділенні екстреної хірургії дитячого віку Республіканського наукового центру екстреної медичної допомоги (РНЦЕМД). Віддалені результати оперативного втручання прослідкували у всіх пацієнтів у терміни від 3 місяців до 5 років.

Із 18 оперованих дітей: у 4 випадках накладений супрадуоденальний холедоходуоденоанастомоз, в 3 випадках – гепатикоентероанастомоз на виключеній за Ру петлі тонкої кишки, в одному випадку – кістодуоденоанастомоз, в одному – зовнішнє дренивання холедоха за Керр (через перфорацію кісти холедоха) і в 9 випадках – гепатико-

ентероанастомоз із каркасным кільцем на виключеній за Ру петлі тонкої кишки. Після виписування із стаціонару дітей запрошували на контрольне обстеження, мінімальний термін спостереження – 3 місяці, максимальний – 5 років.

Під час контрольної госпіталізації звертали увагу на такі параметри: а) скарги на біль у животі, його характер, тривалість, локалізацію, зв'язок із прийманням їжі, а також наявність нудоти і блювання; б) виникнення симптомів механічної жовтяниці і холангіту.

У клініці проводили обстеження з використанням лабораторних методів дослідження, а також методів інструментальної діагностики (УЗД, мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ), фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС), рентгенографія ШКТ із контрастною речовиною).

Клінічна оцінка віддалених результатів лікування була основана на виявленні скарг із виділенням таких найтипівіших синдромів, як больовий і жовтяничний.

Віддалені результати хірургічного лікування оцінювали як добрі і задовільні.

Добрий результат констатували за відсутності таких клінічних проявів, як больовий абдомінальний синдром і жовтяниця. При біохімічному дослідженні крові звертали увагу на показники білірубину (прямого і загального) і печінкових ферментів (АЛТ, АСТ, тимолову пробу). При копрологічному дослідженні констатували повне збереження екзокринних функцій печінки і підшлункової залози. Під час проведення УЗД органів черевної порожнини відзначали відсутність або ж мінімальні реактивні зміни з боку підшлункової залози.

При МСКТ дослідженні спостерігається задовільне стояння кільця і нормальний діаметр внутрішньопечінкових жовчних проток.

Задовільний результат – спостерігали за наявності клінічних проявів, що істотно не впливають на соціальну адаптацію хворого. Були такі прояви, як больовий абдомінальний синдром, що виникає з частотою 1–2 рази на 6 місяців, зазвичай минає самостійно. Жовтяниці не було. Діти помірно відставали у фізичному розвитку. У загальному аналізі крові у 23 % дітей відмічено невиражені ознаки анемії (аліментарного характеру); у біохімічному аналізі крові показники загального і прямого білірубину були в межах вікової норми; іноді відзначали помірне підвищення печінкових проб (у 1,5–2 рази вище за вікову норму). Копрологічне дослідження, як правило, підтверджувало задовільну екзокринну функцію печінки і підшлункової залози. На УЗД спостерігали реактивні зміни з боку підшлункової залози. При ФЕГДС привертали

увагу запальні зміни з боку слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки; надходження жовчі в просвіт травної трубки задовільне; ділянка анастомозу без ознак запалення.

На рентгенологічному дослідженні ШКТ із контрастною речовиною визначали наявність рефлюксу на відстань 2–3 см; контрастна речовина у внутрішньопечінкові жовчні протоки не потрапляла.

Віддалені результати прослідкували у 18 хворих (100 % від загальної кількості пацієнтів) у терміни від 3 місяців до 5 років.

Результати досліджень та їх обговорення. Загальна кількість позитивних результатів склала 80 %. У 20 % випадків отримано задовільні результати.

У групі хворих, оперованих із використанням нових технологій, віддалені результати простежили у всіх 9 випадках; добрі результати отримано в 85,7 % випадків. Незважаючи на наявність ускладнень у ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів із гепатикоєноанастомозом, віддалені результати хороші.

В одному випадку ускладнення не було специфічним для операції на жовчних протоках: на 6-ту добу після операції дитина була оперована з приводу ДВЗ-синдрому, ускладненого гемоперитонеумом.

Як ілюстрацію наводимо витяг з історії хвороби. Хворий М. віком 8 років перебував у відділенні дитячої хірургії РНЦЕМД з 25.11.09 до 17.12.09 р. (історія хвороби № 41124). З анамнезу відомо, що дитина 22.08.09 р. прооперована в районній лікарні з приводу закритої травми черевної порожнини. Виконано лапаротомію, виявлено утвор в підпечінковій ділянці (“гематому”), яку було дреновано назовні. Протягом 3 місяців захворювання рецидивувало: напади болю в правому підребер'ї, що супроводжувалися блюванням, підвищенням температури, пожовтінням шкірних покривів і знебарвленням випорожнень. За місцем проживання лікування не отримував. З приводу тривалого витікання жовчі по дренажу дитина була направлена в РНЦЕМД.

Під час госпіталізації хлопчик скаржився на біль у правому підребер'ї, періодичну жовтяницю, наявність дренажної трубки з виділенням за добу близько 400 мл.

Шкірні покриви світлі; склери субіктеричні. Серцево-легенева діяльність задовільна. ЧД – 19 за хвилину; АТ – 110/70, ЧСС – 90 за хвилину. При пальпації живіт м'який, болочий у правому підребер'ї та епігастрії. Патологічний утвор у животі не пальпується. Край печінки +1+1,5 см. Виділення блідого забарвлення, сеча світла.

Показники загального аналізу крові і загального аналізу сечі без відхилень від норми. Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін – 8,2,

прямий – 1,02 мкмоль/л; АЛТ – 62,5 u/l; АСТ – 51,5 u/l; тимолова проба – 6,0 SH од.; інші показники в межах вікової норми.

Фістулографія (рис. 1) – після введення через катетер 5 мл 76 % тріомбразу контрастовано тіль жовчного міхура і загальної жовчної протоки, а також додатково контрастовано додаткову порожнину розміром 4,0×3,8 см із нерівномірними нечіткими контурами в проекції 2–3 поперекових хребців. На знімку визначається також тіль від катетера.



Рис. 1. Фістулограма.

УЗД (рис. 2) – паренхіма печінки дифузно ущільнена, в ділянці воріт визначається анехогенний овальної форми утвір розмірами до 4,3×2,0 см, в центрі гіперехогенний, лінійний ехосигнал – дренаж. Жовчний міхур деформований, розміром 5,1×2,1 см. Стінки ущільнені – 0,3 см.

На ретроградній холангіопанкреатографії (РХПГ) (рис. 3) – після контрастування 76 % роз-



Рис. 2. Картина УЗД.

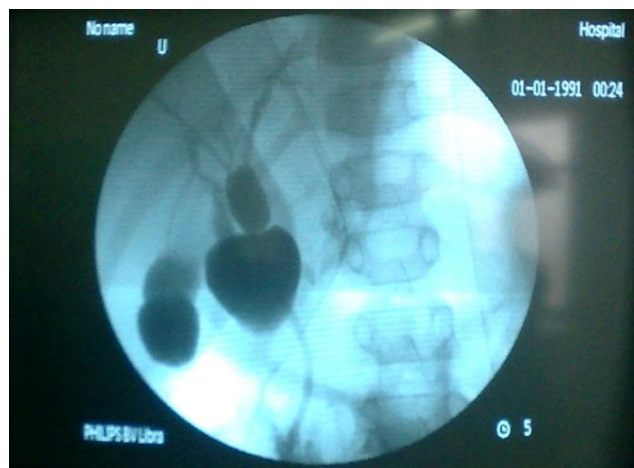


Рис. 3. РХПГ.

чином тріомбразу (20,0 мл) холедох кістозний, розширений до 4,0 см, тіль гомогенна. Внутрішньопечінкові протоки не розширені. Термінальний відділ холедоха так само не розширений протягом 1,5 см, ширина даної ділянки до 0,4–0,6 см у діаметрі. Жовчний міхур контрастується розмірами 7,5×3,0 см, контури рівні, тіль гомогенна. Вірсунгова протока в діаметрі до 0,2 см, тіль гомогенна. Евакуація контрасту з проток сповільнена.

Висновок. Кістозне розширення холедоха.

На МСКТ (рис. 4) – печінка однорідної структури, розміри 16,6×8,6 см, щільність паренхіми +49 од. Н, контури рівні, чіткі. Внутрішньопечінкові протоки не розширені. Жовчний міхур – 2,0×1,4 см, з контрастованим вмістом щільністю +880 од. Н. Контрастований холедох у проксимальному відділі діаметром 3,7 мм, в середньо-нижньому відділі розширений до 24 мм.

Дитині в плановому порядку виконано повторне оперативне втручання (03.12.09 р.) – лапарото-



Рис. 4. МСКТ.

мію. Холецистоектомія (ХЕК). Висікання кісти гепатикохоледоха. Гепатикоентероанастомоз із каркасним кільцем на виключеній за Ру петлі тонкої кишки. Дренування черевної порожнини.

Кіста холедоха щільна, з рубцево зміненими стінками аж до лівої і правої печінкових проток, з дуже вираженим перифокальним склерозом.

Проведено максимальне висікання кістозної трансформованої стінки гепатикохоледоха із залишенням кукси в ділянці воріт завдовжки до 1 см, з діаметром у цій частині до 1,5 см.

Далі, відступивши приблизно до 50 см від зв'язки Трейтца, проведено виключення петлі тонкої кишки за Ру, довжина виключеної ділянки – 40 см. Далі накладено гепатикоентероанастомоз на каркасному кільці з медичної сталі, діаметр кільця 1,6 см. Кільце імплантовано між двома рядами швів анастомозу (вікрил 4-0) (рис. 5).

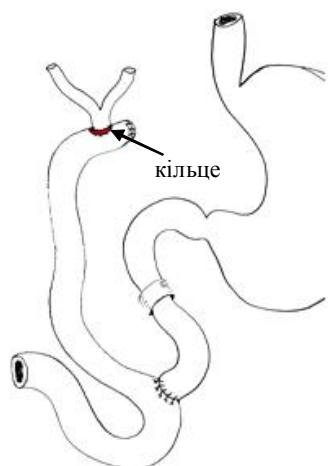


Рис. 5. Схема операції.

У післяопераційному періоді на 3-тю добу спостерігали витікання жовчі по дренажній трубці близько 200 мл. За даними УЗД (3-тя доба після операції) в черевній порожнині вільна рідина не визначається. За даними УЗД в динаміці (8-ма доба після операції) у момент огляду визначається вільна рідина в правому бічному каналі і малому тазу, у вигляді прошарку. УЗД в динаміці (9-та доба після операції) – стан з позитивною динамікою; вільна рідина в черевній порожнині не визначається. Дренажні трубки видалено на 9-ту добу після операції.

Загальний аналіз крові і загальний аналіз сечі при виписуванні – без відхилень від норми. Біохімічний аналіз крові при виписуванні: загальний білірубін – 8,2 ммоль/л; АЛТ – 32,5 u/l; АСТ – 29,5 u/l; тимолова проба – 4,0 SH од.; решта показників у межах вікової норми. Гістологія: стінка холедоха з явищами хронічного запалення; стінка кісти складається із сполучної тканини; є дистрофічні і запальні зміни.

Дитину виписано додому в задовільному стані на 22-гу добу після операції. Катмнез проведено в терміни 3-6 місяців після оперативного втручання.

На рентгенографії ШКТ (рис. 6) із сульфатом барію стоячи через 20 хв близько 10 % контрасту в петлях порожньої кишки, рельєф їх не змінений, звичайний перистий, перистальтика кишечника активна. В процесі обстеження протягом 10 хв спостерігається заповнення контрастом петель порожньої кишки, при цьому рефлюкс у вимкнений відділ кишки і печінкові протоки не визначається.

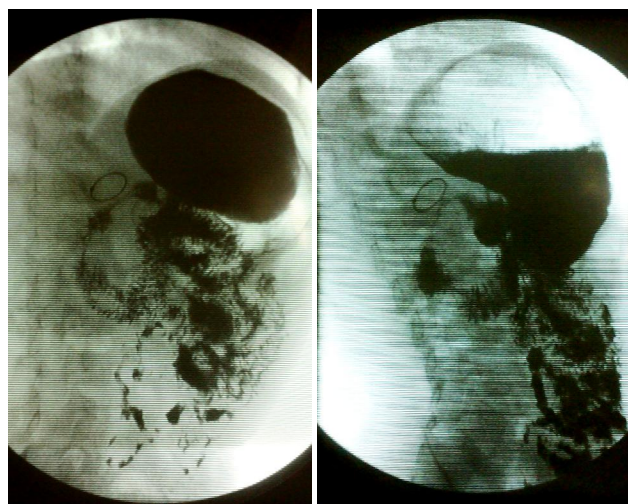


Рис. 6. Рентгенограма ШКТ із контрастуванням після операції.

На МСКТ (рис. 7) – отримано КТ зображення черевної порожнини і заочеревинного простору в спіральному режимі з подальшою мультипланарною реконструкцією на тлі контрастування органів ШКТ водорозчинним контрастом.

Печінка розмірами 13,0×6,0см, щільністю +60 од. Н, контури рівні, чіткі, структура однорідна. Внутрішньопечінкові протоки не розширені.

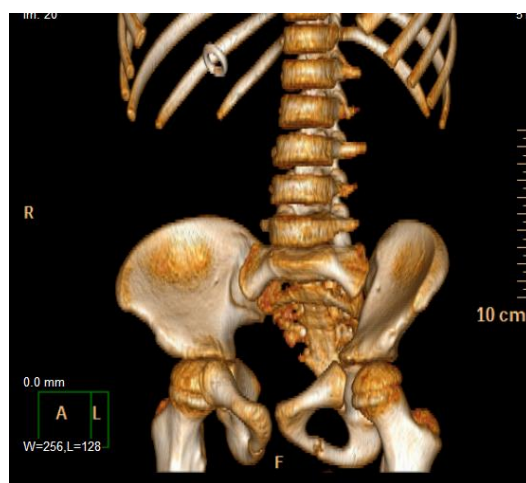


Рис. 7. МСКТ ШКТ із контрастуванням після операції.

У проекції воріт печінки відзначається металеве кільце діаметром 17 мм.

Жовчний міхур – не диференціюється.

Підшлункова залоза часточкової структури, підковоподібної форми розмірами: головка – 14 мм, тіло – 15 мм, хвіст – 14 мм, щільністю +40 од. Н.

Парапанкреатична клітковина без особливостей.

При УЗД – печінка не збільшена. Права частка – 9,1 см, ліва частка печінки – 5,0 см. Капсула печінки чітка, візуалізується на всьому протязі. Паренхіма однорідна, звукопровідність – значно знижена. Судинна архітектоніка не змінена, V/portae – 0,5 см, внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені.

Суб'єктивно хлопчик відчуває себе добре; за даними біохімічних аналізів крові – без відхилень від вікової норми. На УЗД зберігається помірне дифузне ущільнення печінки.

Таким чином, досвід, накопичений у відділенні дитячої хірургії РНЦЕМД, дозволив виявити деякі

закономірності в діагностиці, виборі методу і термінів оперативного лікування, а також принципах патогенетичної реабілітації дітей із кістами зовнішніх жовчовивідних шляхів.

Висновки. 1. Накопичений досвід дозволяє нам рекомендувати такий алгоритм обстеження дітей із кістозною трансформацією холедоха – УЗД, ретроградна холангіографія, МСКТ із контрастуванням і реконструкцією.

2. Із методів оперативного лікування вважаємо найбільш перспективним максимальне посічення кістозно змінених стінок гепатикохоледоха і накладення гепатикоєюноанастомозу на виключеній за Ру петлі кишки на металевому каркасному кільці.

3. В умовах, коли достатня протяжність виключеного відділу тонкої кишки виключає можливість рефлюкс-холангіту, каркасне кільце гарантує стабільність діаметра камери анастомозу і виключає його рубцювання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акилов Х. А. Некоторые аспекты диагностики и хирургического лечения кистозного расширения внепеченочных желчных путей / Х. А. Акилов, А. Ш. Асабаев, М. Э. Каримов // Вестник морской медицины (Одесса). – 2003, № 2. – С. 10-12.
2. Соколов Ю. Ю. Диагностика и лечение дуоденопанкреато-билиарных аномалий у детей / Ю. Ю. Соколов : автореф. дис. на соискание учёной степени д-ра мед. наук. – М., 2002. – 41 с.
3. Степанов А. Э. Хирургические аспекты лечения пороков развития желчевыводящих путей у детей / А. Э. Степанов, Н. Д. Шумов, Н. В. Фокин // Сборник материалов конференции “Новое в гепатологии”. – М., 2002.
4. Operative treatment of congenital stenoses of the intrahepatic

bile ducts in patients with choledochal cyst / H. Ando, K. Kaneko, F. Ito [et al.] // Am. J. Surg. – 1997. – 173. – P. 491–494.

5. Miyano T. Choledochal cyst: Special emphasis on the usefulness of intraoperative endoscopy / T. Miyano, A. Yamataka, Y. Kato // J. Pediatr. Surg. – 1995. – Vol. 30, № 3. – P. 482–484.

6. Sgro M. Caroli's disease: prenatal diagnosis, postnatal outcome and genetic analysis / M. Sgro, S. Rossetti, T. Barozzino // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2004. – Vol. 23(1). – P. 73–76.

7. Tashjian D. B. Duodenal atresia with an anomalous common bile duct masquerading as a midgut volvulus / D. B. Tashjian, K. P. Moriarty // J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol. 36, № 6. – P. 956–957.

Отримано 10.02.12