

УДК 616.36-006.03-053.2

В.Н. Грона¹, В.К. Литовка², И.П. Журило¹, Г.А. Сонов¹, К.В. Латышов¹,
Е.В. Литовка², П.А. Лепихов²

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Областная детская клиническая больница, Донецк

Обобщен опыт лечения 57 детей с кистозными образованиями гепатобилиарного тракта в возрасте от одного месяца до шестнадцати лет. Кисты холедоха обнаружены у 14 пациентов, кисты печени – у 43 больных. В статье показана структура анализируемой патологии гепатобилиарного тракта и объем хирургического пособия. После оперативного лечения умер один ребенок грудного возраста с обширной лимфангиомой печени и пороком сердца. Остальные больные выздоровели.

Ключевые слова: киста, печень, холедох, дети.

Кистозные образования печени и желчевыводящих путей являются одной из актуальных проблем детского возраста. Это обусловлено относительной редкостью этой патологии, полиморфизмом клинических проявлений, сложностью лечения.

И. Фэгэршану (1976 г.) сообщает, что в 1846 году Бенджамин Броди опорожнил кисту печени пункцией. Он же считает, что первое описание кисты печени принадлежит Брисбану (1956 г.). В то же время Б. В. Петровский и соавторы (1972 г.) утверждают, что впервые киста печени описана Глотцем в 1846 году. Большинство исследователей полагают, что непаразитарные кисты печени имеют эмбриональное происхождение и являются следствием воспалительных изменений желчных путей в эмбриогенезе. В процессе эмбрионального развития происходят изменения желчных путей. При этом эпителий aberrантных желчных протоков секретирует жидкость и образуется киста. При гистологическом исследовании стенки кист выстланы эпителием, аналогичным эпителию желчных путей. Кисты могут быть истинные и ложные. Кроме того, различают кисты ретенционные, воспалительные, травматические и паразитарные. Все исследователи отмечают, что при небольших размерах солитарных кист печени клинические проявления отсутствуют или весьма скромны. Даже при больших кистах остается какое-то количество функционирующей паренхимы. Когда солитарная киста достигает достаточно больших размеров, то возникают клинические проявления в виде слабости, чувства давления в правом подребе-

рье, тошнота и иногда рвота. Последние симптомы зависят от давления кисты на желудок и двенадцатиперстную кишку [1, 4, 5].

Принято считать, что впервые о кистозном расширении общего желчного протока упоминается в работе немецкого анатома Abraham Vater в 1723 г., а первое клиническое наблюдение в английской литературе 17-летней девушки описано Halliday Douglas в 1852 г. [8]. Первая резекция кисты холедоха выполнена McWhorter в 1924 г. [9]. К 1980 году Yamaguchi собрал сообщения о 1433 наблюдениях данного заболевания и определил частоту кистозных изменений желчных протоков, достигающую 1:13000 [2, 3, 7]. Врожденное расширение общего желчного протока в 63% встречается в возрасте до 10 лет. Отмечено преобладание среди больных лиц женского пола в 4 раза по сравнению с мужским [8]. Патогенетической основой заболевания считается врожденное недоразвитие мышечного слоя стенки желчного протока, замещаемого фиброзной тканью с признаками хронического воспаления, в сочетании с нейромышечной дисфункцией сфинктера Одди и аномальным слиянием холедоха и главного панкреатического протока вне стенки двенадцатиперстной кишки [6].

Цель работы – показать структуру анализируемой патологии гепатобилиарного тракта и объем адекватного хирургического пособия.

Материал и методы

За последние 25 лет под нашим наблюдением находилось 14 больных с кистами холедо-

ха в возрасте от одного месяца до 15 лет. Все дети были женского пола. В возрасте до 1 года было 4 пациента, 2-5 лет – 7, 12-15 лет – 3 детей. Следует подчеркнуть, что болезни (синдрома) Кароли среди наших пациентов мы не наблюдали. За тот же период лечилось 43 ребенка с кистозными образованиями печени в возрасте от 1,5 до 16 лет. Паразитарные (эхинококковые) имелись у 13, врожденные (истинные) – у 10 больных, приобретенные (ложные) – у 8, опухоли кистозного характера – у 12 (лимфангиома – 9 случаев, гамартома – 3). Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов исследования для диагностики кистозных образований гепатобилиарного тракта использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), лапароскопию.

Результаты и обсуждение

Болевой абдоминальный синдром имелся у 38 детей с кистозными образованиями печени. Увеличение печени или пальпируемую опухоль выявили у 40. Общая слабость, недомогание, ухудшение аппетита наблюдались у 80% больных. Диагноз подтверждался при УЗИ: непаразитарные кисты имели четкие, ровные контуры образования, с анэхогенным содержанием; эхинококковые – утолщенную капсулу, с “двойным” контуром, иногда с кальцинацией стенок и неровной поверхностью и гетерогенной взвесью. В “молодых” кистах ультразвуковая картина напоминала непаразитарную кисту. КТ уточняло размеры и расположение кистозного образования. После предоперационной подготовки все дети были оперированы. Атипичная резекция печени с кистозным образованием выполнена у 13 больных, гемигепатэктомия – у 10. В 9 случаях (5 пациентов с врожденной и 4 с эхинококковой кистой) использовали чрезкожную пункцию кистозной полости под ультразвуковым контролем с постановкой дренажа. Для выполнения транскутанной пункции и дренирования кисты использовали аппарат для УЗИ “Toshiba Just Vision-900” (Япония) с линейным датчиком 5-10 МГц длиной 60 мм и конвексным датчиком 3-5 МГц длиной 25 мм. Для пункции и дренирования использовали набор для транскутанного дренирования катетером типа “Pig-tail” 9F. Показанием для транскутанной пункции кист печени было их глубокое интрапа-

ренхиматозное расположение в сложных анатомических участках органа и диаметр более 3 см. С целью склерозирования в просвет кисты вводили 2-5 мл 96% этилового спирта. Состояние просвета кисты контролировали ультразвукографически. После ликвидации полости кисты и отсутствия выделений из нее, дренаж убирали. Длительность стояния катетера в полости кисты составила от 7 до 15 дней. Эхинококкэктомия выполнена 7 пациентам, краевая резекция печени с кистой – 4. В ряде случаев назначали альбендазол. Умер один ребенок грудного возраста с обширной лимфангиомой печени на фоне имеющегося врожденного порока сердца. Остальные больные выздоровели.

Кисты общего желчного протока в литературе называются по-разному: врожденная кистозная трансформация, врожденное расширение, холедохоцеле и др. Классическая триада симптомов для кист холедоха по Villard (боль в животе, транзиторная желтуха и наличие опухолевидного образования в правой половине брюшной полости) среди наблюдаемых больных имела место более чем в 70% случаев.

Изучая анамнез заболевания обследуемых больных, мы установили, что у 11 из 14 наблюдаемых детей длительность симптомов до поступления в клинику колебалась в пределах 1-4 месяцев. У четырех пациентов появлению желтухи предшествовала высокая лихорадка. У 9 больных определялось увеличение печени на 3-5 см, у двух из них отмечалась спленомегалия. У 3 детей печень не увеличивалась. В связи с желтухой и гепатомегалией все дети госпитализировались в инфекционные отделения (одна больная – в клинику детских болезней с подозрением на синдром портальной гипертензии), где проводилось обследование и длительное лечение без особого эффекта. В связи с отсутствием положительной динамики в состоянии больных, клинико-лабораторными данными в пользу механической перемежающейся желтухи, болями в животе неясного генеза, пациентов направляли в хирургическое отделение. При поступлении в клинику общее состояние было средней тяжести. У 9 детей определялось увеличение в объеме живота с асимметрией за счет гепатомегалии. Только у 4 больных четко пальпировалось опухолевидное образование в правом

подреберье до 12 см в диаметре. У одного ребенка был ахоличный стул и темно-коричневая моча. Обзорная рентгенография и внутривенная холангиография с помощью йодагностики в диагноз не внесли.

Трем детям выполнена лапароскопия. У одного ребенка обнаружена плотная опухоль в гепатодуоденальной связке, у 1 девочки 1 месяца – опухолевидное образование размерами до 9 см в диаметре, исходящее из правой доли печени. Осмотреть детально последнее не удалось из-за припаянного гиперемированного большого сальника. Больная тут же прооперированна, обнаружено резкое расширение общего желчного протока. Выделить образование не представилось возможным из-за кровотечения. По вскрытии кисты выделилось до 150 мл темной желчи. Стенки кисты были удалены так, что оставался ход длиной до 6 см и диаметром до 2 см. Введенная в желчный пузырь синька выделялась в вышеописанный ход. Наложена анастомоз между двенадцатиперстной кишкой и общим желчным протоком. К анастомозу подведен марлево-резинный тампон и хлорвиниловый микроирригатор. Ребенок выздоровел. Гистологически в стенке кисты обнаружены явления воспаления, в ткани печени – лейкоцитарные инфильтраты.

Диагностические ошибки связаны с тем, что эта патология встречается редко. Поэтому дети с неясными болями в животе, перемежающейся желтухой, не поддающейся обычным методам лечения, должны подвергаться детальному обследованию, в том числе УЗИ и КТ.

Использование до операции УЗИ позволило выявить кисту общего желчного протока у 12 больных. У одного ребенка 1 месяца УЗИ не проводилось, у другого 2 лет 2 месяцев обнаружено поликистозное образование, принятое за лимфангиому (опухоль?) правой доли печени или брюшной полости. Произведена срединная лапаротомия. Обнаружена киста, занимающая всю правую половину живота, интимно связанная с печенью. На кисте расположены двенадцатиперстная кишка и желудок. Печень увеличена, дряблая, пестрая. При пункции кисты аспирировано 2500 мл застойной желчи, после чего киста спалась. Наложена цистодуоденоанастомоз. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Желтуха быстро исчезла, живот уменьшился до нормальных размеров, через 2 недели после оперативного вмешательства уровень билирубина и трансаминаз нормализовался. При контрольном УЗИ киста уменьшилась до 5 см в диаметре.

На сегодняшний день лечение кист общего желчного протока только хирургическое. Принципиальной задачей хирургического лечения кист общего желчного протока является создание условий для беспрепятственного оттока желчи в кишечник. Известные и применяемые операции можно объединить в три группы: 1) полное иссечение кисты и холецистэктомия с последующим формированием цистоеюноанастомоза с У-образно выключенной петлей тонкой кишки по Ру; 2) внутреннее дренирование посредством создания цистодуоденоанастомоза; 3) наружное дренирование кисты.

Из наблюдаемых нами больных с кистами общего желчного протока у 8 пациентов была выполнена супрадуоденальная цистодуоденостомия, у 5 – цистоеюноанастомоз по Ру, в одном случае при разрыве кисты (у ребенка семи месяцев) применено наружное дренирование как первый этап хирургического лечения. Затем, через шесть месяцев был наложен цистоеюноанастомоз по Ру. Методом выбора хирургического лечения кист общего желчного протока следует считать цистоеюноанастомоз с У-образно выключенной петлей тонкой кишки по Ру.

Для предупреждения развития послеоперационного холангита назначали антибиотики – аминогликозиды в сочетании с цефалоспоридами 2-3 поколения. На фоне коррекции гемостаза стимулировали отток желчи желчегонными препаратами (холосас, аллохол), назначали гепатопротекторы (эссенциале, лив-52, карсил, гепабене), жирорастворимые витамины (К, Е, А, Д). Наши наблюдения показывают, что явления гепатита и холангита после операции быстро регрессируют.

Все пациенты после операции выздоровели. Несостоятельности цистодуоденоанастомоза не наблюдалось. Непосредственные и отдаленные результаты удовлетворительные. Последние всецело зависели от своевременной диагностики и адекватного оперативного пособия.

В и в о д и

1. Кистозные образования гепатобилиарного тракта у детей относятся к группе редких заболеваний, что обуславливает трудности их диагностики. Тщательная оценка клинических данных и изучение анамнеза позволяют заподозрить, а УЗИ и КТ — уточнить диагноз. Вопрос об оперативной тактике при данной патологии должен решаться индивидуально.

2. Транскутанная пункция кист печени под ультразвуковым контролем является современным и перспективным методом лечения этой патологии у детей в случаях интрапаренхиматозного расположения кист диаметром не менее 3 см.

3. Методом выбора хирургического лечения кист общего желчного протока, сопровождающихся минимальным количеством осложнений, является цистоеюностомия с У-образно выключенной длинной петлей тонкой кишки по Ру.

КІСТОЗНІ УТВОРЕННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ

В.М. Грона, В.К. Литовка, І.П. Журило, Г.А. Сопов, К.В. Латышов, О.В. Литовка, П.О. Лепіхов

Узагальнено досвід лікування 57 дітей з кистозними утвореннями гепатобіліарного тракту віком від одного місяця до шістнадцяти років. Кісти холедоха виявлені у 14 пацієнтів, кісти печінки – в 43 хворих. У статті показана структура аналізованої патології гепатобіліарного тракту і об'єм хірургічного лікування. Після оперативного втручання померло одне дитя грудного віку з великою лімфангіомою печінки та пороком серця. Останні хворі видужали.

Ключові слова: кіста, печінка, холедох, діти.

CYSTIC FORMATIONS OF HEPATOBILIARY TRACT IN CHILDREN

V.N. Grona, V.K. Litovka, I.P. Zhurilo, G.A. Sopov, K.V. Latyshov, E.V. Litovka, P.A. Lepichov

The experience of treatment of 57 children with cystic formations the hepatobiliary tract in the age from one month till sixteen years was generalized. The cysts of common bile duct were discovered in 14 patients and cysts of liver in 43 patients. The structure of analyzed pathology hepatobiliary tract and size of the surgical treatment has been showed by this article. One infant with an extensive lymphangioma of liver and a heart disease has died after operative treatment. Other patients had recovered.

Key words: cyst, liver, common bile duct, children

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И. Хирургия печени. / Б.И. Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
2. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. – СПб.: Пит-Тал, 1997. – Т. 2. – 392 с.
3. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: рук. для врачей. / Г.А. Банров – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 464 с.
4. Грона В.Н. Опухоли и опухолеподобные образования у детей. / В.Н. Грона, В.К. Литовка, И.П. Журило, К.В. Латышов – Донецк: Норд Прес, 2010. – 364 с.
5. Кісти холедоха у дітей / Д.Ю. Кривченя, В.П. Притула, В.В. Яременко и др. // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 2. – С. 119-120.
6. Хирургические вмешательства при кистах желчных протоков / В.В. Цвиркун, В.А. Вишневецкий, А.В. Гаврилин и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – № 1. – С. 73-79.
7. Яременко В.В. Хірургічне лікування вад розвитку жовчовивідних шляхів у дітей: Автореф. дис... к.мед.н: 14.01.09 / В.В. Яременко. – Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця – К., 2002. – 20 с.
8. Dabbas N. Congenital choledochal malformation: not just a problem for children / N. Dabbas, M. Davenport // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2009. – Vol. 91, № 2. – P. 100-105.
9. Hewitt P.M. Choledochal cysts in adults / P.M. Hewitt, J.E. Krige, J. Terblanche // Brit. J. Surg. – 1995. – Vol. 82, № 5. – P. 382-385.

Стаття надійшла 18.03.2011