

Н.А. Цап, С.Ю. Комарова, Н.В. Винокурова, И.П. Огарков

К ЗАВЕРШЕНИЮ СПОРОВ О ПОКАЗАНИЯХ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России,

ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1»,

МАУ «Детская городская клиническая больница №9», г. Екатеринбург

Введение

На современном этапе холелитиаз является актуальной проблемой детской хирургии и гастроэнтерологии. Своеобразным триггером изучения патологии билиарного тракта в детском возрасте стала желчнокаменная болезнь, которая уже и не «новое» заболевание в педиатрии. Камни в желчных протоках у детей стали обнаруживаться чаще. Накапливаются данные о генетических аспектах желчнокаменной болезни у детей. Операцией выбора при неосложнённом течении является лапароскопическая холецистэктомия. Также остаётся дискуссионным вопрос о необходимости литолитической терапии.

Цель исследования - обоснование показаний к лапароскопической холецистэктомии на основе ретроспективного анализа клинических случаев холелитиаза, холедохолитиаза и полипов желчного пузыря у детей.

Материалы и методы

В клинике детской хирургии за период с 2007 по 2013 год были оперированы 194 ребенка по поводу желчнокаменной болезни. В большинстве случаев показанием к лапароскопической холецистэктомии являлся холелитиаз. Нами были изучены 66 историй болезни детей в возрасте от 2 до 17 лет (32 мальчика и 34 девочки), в клиническом течении заболевания которых преобладала болевая форма.

Разработанный диагностический алгоритм позволяет провести детям комплексное обследование для верификации наличия конкрементов и нарушения функции желчного пузыря. Методы лучевой диагностики на сегодняшний день позволяют поставить достоверный диагноз. Обязательными методиками для определения показаний к операции мы считаем оценку функции желчного пузыря по данным УЗИ желчного пузыря с кинетикой и динамической радиоизотопной скинтиграфии гепатобилиарной системы, при которой в 32% случаев был выявлен афункциональный («отключенный») желчный пузырь

и в 41% случаев - дисфункциональные нарушения по гипомоторному типу.

Результаты и обсуждение

Среднее время от момента установления диагноза до проведения операции составило 2 года 3 месяца, в течение которых 65,5% детей получали литолитическую терапию, которая в 100% случаев была не эффективна. На основании анамнеза заболевания и проведённого обследования были сформулированы следующие показания к операции: 1. Безуспешность и бесперспективность медикаментозного лечения 2. Наличие единичного конкремента более 5 мм в диаметре или множественные конкременты 3. «Отключенный» желчный пузырь 4. Высокая вероятность развития осложнений.

Методика лапароскопической холецистэктомии у детей существенно не отличается от таковой у взрослых. Используются 4 троакара (два 10 мм и два 5 мм), которые располагают следующим образом: первый (10 мм троакар) - по нижнему краю пупочного кольца - для лапароскопа, второй (5 мм) - по правой передне-аксиллярной линии на 4-5 см отступая от рёберной дуги - для захвата и фиксации дна желчного пузыря, третий (5 мм) - по правой СКЛ в 3 см от рёберной дуги - для захвата шейки желчного пузыря и кармана Гартмана, четвёртый (10 мм) - на середине расстояния между мечевидным отростком и пупком - для введения диссектора и в последующем клипс-аппликатора. Положение пациента - с приподнятым головным концом и наклоном влево. Операция включает в себя следующие этапы:

1. Пункция брюшной полости, создание пневмоперитонеума 10-14 мм.рт.ст. и введение троакаров.

2. Выделение желчного пузыря из спаек и мобилизация его шейки.

3. Выделение и пересечение пузырного протока и пузырной артерии.

4. Отделение желчного пузыря от его ложа.

5. Экстракция желчного пузыря из брюшной полости в контейнере.

6. Санация и дренирование брюшной полости по показаниям.

7. Окончание операции. В нашей клинике в некоторых случаях использовалась модификация количества троакаров (3 вместо 4-х).

Интраоперационно частота встречаемости спаечного процесса составила 27%, эмбриональные спайки были обнаружены всего в 3% случаев, а деформированный желчный пузырь - в 9%. При макроскопическом исследовании в подавляющем большинстве случаев мы видим нарушения строения в желчном пузыре – множество краевых мембран. Гистологическое исследование выявило атрофию слизистой в 82,7% случаев, склероз стенки желчного пузыря - в 10,3% и аденоматоз - в 25,2% случаев, что говорит о необратимых структурно-функциональных нарушениях желчного пузыря и ещё раз подтверждает обоснованность показаний к лапароскопической холецистэктомии. Интраоперационные осложнения встретились лишь в 2-х случаях: это были травма гепатико-холедоха и желчный перитонит. В обоих случаях была проведена конверсия (переход на лапаротомию). Исход был благоприятный.

Выводы

1. Современные методы диагностики (ДГБСГ, УЗИ желчного пузыря с кинетикой, КТ, МРТ-холангиография) позволяют поставить достоверный диагноз холецистолитиаза и холедохолитиаза.

2. Принцип литолитической терапии, пропагандируемый гастроэнтерологами, мы считаем нецелесообразным.

3. Результаты гистологических исследований желчного пузыря подтверждают необходимость своевременного оперативного лечения пациентов с холецистолитиазом.

4. В 97% случаев проводится стандартная лапароскопическая холецистэктомия.

5. Лапароскопическая холецистэктомия является малотравматичным и эффективным оперативным вмешательством в лечении детей с холелитиазом.

Литература

1. Алянгин В.Г. Оптимизация методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни у детей / В.Г. Алянгин // Дисс. ... канд.мед.наук. - Уфа, 2000.- С. 128.

2. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей. / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котловский / Под редакцией Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 440с.:ил

3. Запруднов А.М., Харитонов Л.А. Билиарная патология у детей. – М., МИА, 2008.- С.188-260.

4. Стальмахович В.Н. Наш опыт лапароскопической холецистэктомии у детей / Эндоскопическая хирургия у детей: Тезисы научных работ симпозиума по эндоскопической хирургии у детей. - Уфа, БГМУ, 2002. - С. 137- 138.