

К ВОПРОСУ О КИСТОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Цап Н.А., Пономарева С.Ю., Винокурова Н.В., Жуков В.А., Таразанов Ю.А.

Уральская государственная медицинская академия.

Детская городская клиническая больница №9

Кистозные мальформации желчевыводящих протоков (ЖВП), в основе которых лежит врожденная дисплазия их стенок, химическая и энзимная деструкция стенок холедоха в результате панкреатобилиарного рефлюкса, относят к редкому пороку развития желчевыводящих путей. Классификация Alonso-Lej выделяет 5 типов аномалий развития желчных протоков, в т.ч. и болезнь Кароли, и атипичную форму FF. Все типы мальформаций желчевыводящих путей, кроме V типа, требуют хирургической коррекции восстановления пассажа желчи.

Цель работы заключалась в оценке клинической картины, информативности методов диагностики и результатов реконструкции путей желчоттока. В клинике детской хирургии УГМА за последние 5 лет оперированы 19 детей с кистами общего желчного протока. Заболевание преимущественно встречается у девочек - 57,1%, более половины всех наблюдений приходится на детей первых 10 лет жизни.

Клиническая картина заболевания, представляющая собой классическую триаду: боли в животе, желтуху и пальпируемое в правом подреберье опухолевидное образование, наблюдалась в 5 случаях (26,3%). У большинства детей (68,4%) отмечались по крайней мере два признака. Ведущие симптомы боль (64,3%) и желтуха (57,1%) на догоспитальном этапе приводили к ошибочному диагнозу вирусного гепатита и довольно длительному, но безуспешному лечению якобы инфекционного процесса. У 21,4% больных желтуха сопровождалась одно-двукратной рвотой. Субфебрильная лихорадка имела место у 4 человек (21%), что свидетельствует и о воспалительных изменениях в желчевыводящих путях. Сопутствующие заболевания печени и желчных путей, такие как хронический гепатит и калькулезный холецистит, выявлены у 64,3% детей.

В комплекс до- и послеоперационного обследования включали полное клинико-лабораторное исследование и наиболее информативные методы лучевой визуализации: УЗИ, КТ, радиоизотопную сцинтиграфию гепатобилиарной системы, дуоденографию. Последняя указывает на смещение прилежащих органов кистой, если она имеет большие размеры.

Ультрасонография билиарного тракта – лучший метод, с которого следует начинать обследование ребенка при подозрении на кистозную мальформацию желчных путей, достоверность этого исследования оказалась 100% даже при малых размерах кистозного расширения общего желчного протока. Компьютерная томография точно определяет взаимосвязь кисты холедоха с окружающими анатомическими структурами подпеченочного пространства, толщину и воспалительные изменения стенок кисты, характер внутрипросветного содержимого, аномалии желчного пузыря, степень кистозной мальформации внутрипеченочных желчных ходов. Радионуклидная сцинтиграфия ГБС помогает выявить сочетанную внутрипеченочную кистозную болезнь, наличие частичной билиарной обструкции, функциональные нарушения желчного пузыря.

Интраоперационно у 94,7% больных была обнаружена классическая веретенообразная дилатация общего желчного протока, размеры которой варьировали от 2 до 10 см. В 38,6% случаев из полости кисты извлечены плотная замазкообразная масса и конкременты.

Оперативное лечение предусматривало реконструкцию желчного протока, осуществляемое двумя основными методами:

- наложение холедоходуоденоанастомоза (31,6 %),
- иссечение стенок кисты с формированием с остаточной частью позадибодочного цистоюноанастомоза на отключенной петле по Ру (68,4%) в сочетании с холецистэктомией при впадении пузырного протока на уровне кистозного расширения.

Для создания цистоюно- и межкишечного «конец в бок» анастомозов использовали шовный материал биосин. Завершали операцию дренированием подпеченочного пространства. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений.

Дети обследованы в период от 3 месяцев до 3 лет после реконструктивной операции. Жалобы на периодические неинтенсивные самопроизвольно исчезающие боли в правом подреберье предъявляли 26,3% обследованных. Эпизодов желтухи, лихорадки не возникало. Патологических изменений биохимических анализов не выявлено. Динамические данные КТ и ультрасонографии внутри- и внепеченочного билиарного тракта свидетельствовали об исчезновении (63,2%) или резком уменьшении (36,8%) кистозной мальформации. Гепатобилиарная сцинтиграфия показала отсутствие признаков холестаза у всех оперированных детей.

Таким образом, лечебно-диагностический стандарт при кистозных мальформациях ЖВП предусматривает: а) наличие симптомов классической клинической триады у ребенка служит показанием для ультрасонографического исследования желчевыводящей

системы с целью выявления сѣ кистозной аномалии; б/ УЗИ и компьютерная томография гепатобилиарной зоны дают полную информацию о порочном строении ЖВП, размерах и локализации кист, соотношении с соседними структурами, наличии внутриспросветных структур; в/ комплексная лучевая диагностика и оперативная реконструкция – создание позадибодочного гепатикоцистоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле позволяет ликвидировать обструкцию желчеоттока и приводит к регрессу кистозной аномалии.

ОСЛОЖНЕННЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО ТРѢХ ЛЕТ

Макаров П.А., Лобанов Ю.Я., Потапенко Ю.В.

Уральская государственная медицинская академия,

Детская городская клиническая больница №9

Особенности клинического течения острого аппендицита, темпы развития деструктивного процесса в червеобразном отростке и брюшинном покрове зависят от возраста ребенка, локализации аппендикса, сроков заболевания, иммунного статуса пациента, что в комплексе и создает сложности для диагностики этого частого заболевания у детей, особенно раннего возраста.

Проведен многофакторный анализ (ретроспективный и в реальном времени) 54 историй болезней детей раннего возраста (дети до 3-х лет) с различными формами аппендикулярного перитонита, находившихся на лечении в неотложной хирургической клинике за последние 5 лет (1999 – 2003 годы).

Негативное отношение маленького пациента к осмотру, особенности течения, симулирующие другие заболевания, создают предпосылки для трудностей диагностики у детей раннего возраста, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. В нашем клиническом материале диагностические ошибки медицинских работников имели место у 26 (48,1 %) детей. Необходимо отметить, что у детей старше 3-х лет за указанный период процент ошибок был более низкий и составил 30,8 %. Наиболее часто ошибаются участковые педиатры (7 детей), принимая клинику аппендицита за проявления ОРЗ, и врачи – инфекционисты (7 детей), когда лечат аппендицит под маской кишечной инфекции. Длительное наблюдение за больными в условиях хирургического стационара и запоздалое проведение активных методов диагностики привело к задержке оперативного вмешательства у 5 детей. 7 детей наблюдались врачами скорой помощи и соматических отделений.

Дети раннего возраста составили 13,6 % от детей всех возрастов, поступивших в клинику с перитонитом за изучаемый период. Среди них незначительно преобладали