

# СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

А.Д. Ефременко, С.А. Салимовская, А.Н. Иванов,  
В.В. Валеев, М.В. Михеев, А.В. Артеменко\*  
ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ, Москва

## A CASE STUDY OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN A 5-YEAR-OLD CHILD

A.D. Efremenko, S.A. Salimovskaya, A.N. Ivanov,  
V.V. Valeev, M.V. Mikheev, A.V. Artemenko\*  
Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: andart@bk.ru

### Аннотация

Авторы описывают клиническое наблюдение редко встречающегося хронического калькулезного холецистита у ребенка 5 лет, потребовавшего хирургического лечения.

**Ключевые слова:** холецистит, желчнокаменная болезнь, дети.

### Abstract

The authors describe a rare case of chronic calculous cholecystitis that required surgery treatment in a 5-years-old patient.

**Key words:** cholecystitis in children, calculous cholecystitis in children.

*Ссылка для цитирования: Ефременко А.Д., Салимовская С.А., Иванов А.Н., Валеев В.В., Михеев М.В., Артеменко А.В. Случай хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у ребенка 5 лет. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019; 4: 180-182.*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях.

При образовании камней в желчном пузыре говорят о холецистолитиазе, в общем желчном протоке — о холедохолитиазе, во внутрипеченочных протоках — о внутрипеченочном холелитиазе.

Холелитиаз у детей является мультифакториальным заболеванием.

Основное значение в камнеобразовании у детей придается наследственным факторам в сочетании с общими обменными нарушениями и аномалиями развития желчевыводящей системы. Формирование конкрементов у детей не сопровождается острым воспалительным процессом в желчном пузыре. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта являются факторами, способствующими развитию желчнокаменной болезни у детей.

В последние десятилетия отмечается рост частоты ЖКБ у детей. Среди детей до 7 лет мальчи-

ки болеют в 2 раза чаще, чем девочки. В возрасте от 7 до 9 лет соотношение мальчиков и девочек становятся 1:1, в 10-12 лет — 1:2, а в подростковом возрасте — 1:3 [3-4].

Клиническая картина желчнокаменной болезни у детей дошкольного возраста напоминает приступ гипертонической дискинезии желчевыводящих путей, а у старших детей протекает под маской эзофагита, хронического гастродуоденита, язвенной болезни.

Основным методом лечения желчнокаменной болезни у детей при неэффективности консервативной терапии является лапароскопическая холецистэктомия вследствие малой инвазивности методики и сокращения сроков реабилитации после оперативного вмешательства [1-2], что соответствует клиническим рекомендациям РФ по диагностике и лечению желчнокаменной болезни у детей от 2016 г.

- Детям до 3 лет выполнять оперативное лечение рекомендовано только при рецидивирующих болях в животе. В этом возрасте возможно спонтанное растворение конкрементов.

- Рекомендовано проведение планового оперативного вмешательства в возрасте от 4 до 12

лет, так как данный возраст является оптимальным. По немногочисленным клиническим наблюдениям удаление шокового органа в этом возрасте не приводит к нарушению функциональной способности печени и желчных путей, формированию постхолецистэктомического синдрома.

- В настоящее время хирургическое вмешательство рекомендовано проводить подросткам только по экстренным показаниям [3–4].

### Приводим собственное наблюдение

**Пациент А.**, 5 лет, поступил в детское хирургическое отделение ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ для планового оперативного лечения желчнокаменной болезни. Из анамнеза известно, что в возрасте 3 лет ребенок был госпитализирован в педиатрическое отделение с жалобами на боли в животе, при обследовании выявлены камни желчного пузыря. После выписки наблюдался педиатром в течение 2 лет, получал консервативную терапию препаратом урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк), диетотерапию. При контрольных ультразвуковых исследованиях камни желчного пузыря сохраняются, последнее исследование от 17.05.2018 г., заключение: печень не увеличена, желчный пузырь размером 69×27 см, овальной формы, ровные контуры, стенки не утолщены, определяются конкременты размером 1.43×0.56 см, внутри-внепеченочные протоки не расширены (рис. 1).

На протяжении 2 лет приступообразных болей в животе не было. Однако в течение последнего месяца после завтрака (обычно каша) или на голодный желудок жалобы на кратковременные боли в животе, легкая тошнота, которые купируются самостоятельно. Стул регулярный, оформленный.

При осмотре: язык обложен белесоватым налетом, суховат. Живот не вздут, симметричный, дыхательная экскурсия брюшной стенки не ограничена. При пальпации живот не напряжен, безболезненный в эпигастриальной области и правом подреберье. Печень по краю реберной дуги. Симптомы Щеткина—Блюмберга, Раздольского, Керра, Грекова—Ортнера, Мерфи отрицательные. Опухолевидных образований в брюшной полости не определяется.

С учетом возраста ребенка, отсутствия динамики заболевания на фоне консервативной терапии сделан вывод о наличии показаний к хирургическому лечению, согласно рекомендациям РФ по диагностике и лечению желчнокаменной болезни у детей от 2016 г. Выполнено оперативное вмешательство: лапароскопическая хо-

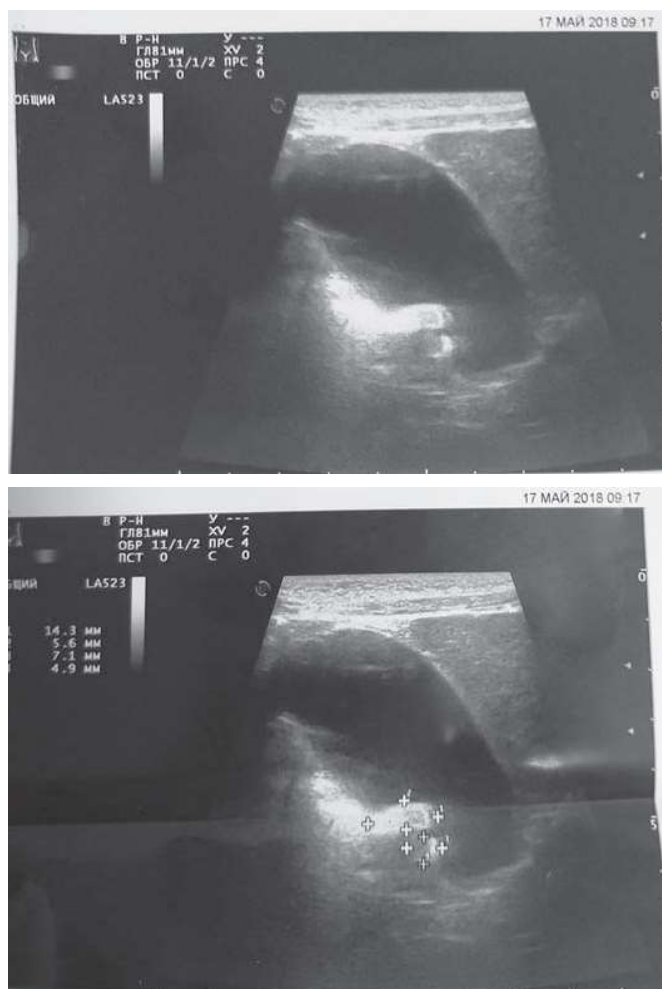


Рис. 1. УЗ-картина желчного пузыря по операции.

лецистэктомия под эндотрахеальным наркозом, после обработки операционного поля, наложен пневмоперитонеум над пупком 11 мм рт.ст. CO<sub>2</sub>, введен троакар диаметром 5 мм. При ревизии желчный пузырь расположен в типичном месте, в небольших спайках, стенка утолщена. Введены дополнительно 3 троакара в правой подвздошной области, эпигастрии и подреберье. Мобилизованы шейка желчного пузыря, карман Гартмана, выделен треугольник Кало, клипированы пузырная артерия, пузырный проток, выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Брюшная полость осушена. Страховочный дренаж в подреберье. Послеоперационный период протекал гладко. Страховочный дренаж удален на 1-е послеоперационные сутки. Проводилась антибактериальная (цефотаксим 70 мг/кг в сутки), симптоматическая терапия. Швы сняты на 7-е послеоперационные сутки.

По результатам гистологического заключения отмечается разрастание полей фиброзной ткани и лимфоплазмозитарная инфильтрация в слизистом и подслизистом слоях желчного пузыря — картина хронического холецистита.



Рис. 2. Фото пациента через 3 нед. после операции.

Выписан домой в удовлетворительном состоянии. На контрольном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости через 3 нед. и 1 год после операции - печень не увеличена. Эхогенность и структура не изменены. Очаговые образования не определяются. Биохимические показатели крови (АЛТ, АСТ, белок, билирубин и его фракции) в пределах нормы.

На рис. 2 представлено фото пациента через 3 нед. после операции.

Данный клинический случай подтверждает эффективность современных щадящих хирургических методов лечения при неэффективности консервативной терапии желчнокаменной болезни у детей дошкольного возраста.

*Обсуждение вопросов о тактике лечения ЖКБ, мнение педиатров, гастроэнтерологов относительно постхолецистэктомического синдрома.*

Следует помнить о возрастных особенностях желчнокаменной болезни. При бессимптомном камненосительстве до 3 лет и в подростковом возрасте следует отдать предпочтение медикаментозной терапии, хирургическое лечение выполнять только при наличии рецидивирующего болевого синдрома. Плановое опе-

ративное вмешательство рекомендуется в возрасте от 4 до 12 лет, так как удаление шокового органа в этом возрасте не приводит к нарушению функциональной способности печени и желчных путей, формированию постхолецистэктомического синдрома [3].

В постоперационный период дети наблюдаются во II группе здоровья еще 2 года с проведением противорецидивной терапии.

В случаях успешного литолиза желчных камней или лапароскопической холецистэктомии рецидивов камнеобразования не выявляется.

Современный этап развития эндовидеохирургии характеризуется разработкой и внедрением в клиническую практику целого направления минимально-инвазивных оперативных вмешательств, находящихся на стыке оперативной эндоскопии и лапароскопической хирургии.

Основными задачами этих хирургических технологий являются увеличение безопасности операции, снижение травматичности операционного доступа, достижение превосходного косметического результата, уменьшение послеоперационного болевого синдрома, ранняя реабилитация больных.

В настоящее время определились два основных направления развития этих операций:

1. Чреспросветные эндоскопические операции через естественные отверстия организма (вагалище, рот, задний проход, мочеиспускательный канал) - NOTES (Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery).

2. Одноинцизионные (однопортовые) операции SILS (SingleIncisionLaparoscopicSurgery) [5-6].

Оба эти направления перспективны и в детской практике при выборе метода холецистэктомии.

В настоящее время следует отдать предпочтение лапароскопической холецистэктомии ввиду малотравматичности метода по сравнению с открытым доступом. Приведенный клинический случай показывает, что лапароскопическая холецистэктомия является безопасным и эффективным методом лечения ЖКБ у детей.

### Литература

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Залихин Д.В. Лапароскопическая холецистэктомия у детей. *Детская хирургия*. 1998; 2: 20-25 [Dronov A.F., Poddubny I.V., Zalikhin D.V. Laparoscopic cholecystectomy in children. *Pediatric surgery*. 1998; 2: 20-25. In Russian].
2. Shawn D.S., Walter S.A., Daniel J.O. Cholecystectomy in the Pediatric Population. *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* 2008; 4: 127-130.

3. Клинические рекомендации: Желчнокаменная болезнь у детей. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2016. с. 21 [Clinical recommendations: Cholelithiasis in children. Ministry Of Health Of The Russian Federation. 2016. p. 21. In Russian].

4. Харитонова Л.А., Запруднов А.М. Желчнокаменная болезнь у детей. Учебное пособие по педиатрии для врачей первичного звена здравоохранения. М.: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава; 2008. с. 56 [Kharitonova L.A., Zaprudnov A.M. Cholelithiasis in children textbook of paediatrics for doctors in primary care. Moscow: RSMU; 2008. p. 56. In Russian].

5. Swanström L.L., Khajanchee Y., Abbas M.A. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery: The Future of Gastrointestinal Surgery. Perm. J. 2008; 12(2):42–7.

6. Decarli L.A., Zorron R., Branco A. et al. New hybrid approach for NOTES transvaginal cholecystectomy: preliminary clinical experience. Surg. Innov. 2009 Jun; 16(2): 181–6. doi: 10.1177/1553350609339375.

Конфликт интересов отсутствует

---