

**Каминская В.Д., Цап Н.А.**

**КИСТЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ**

Кафедра детской хирургии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kaminskaya V.D., TsapN.A.**

**CYSTS OF THE BILE DUCTS: CLINICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS  
AND ADVANCED SURGICAL TREATMENT IN CHILDREN**

Department of pediatric surgery  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: Kaminskaya\_95@mail.ru

**Аннотация.** В статье представлен анализ диагностической тактики и оперативных вмешательств у 28 детей с кистозными мальформациями холедоха (КМХ), пролеченных в клинике детской хирургии.

**Annotation.** The article presents the analysis of diagnostic tactics and surgical treatment of children with cystic choledochal malformations (СМН).

**Ключевые слова:** кисты холедоха, клиника, диагностика, лечение, дети.

**Key words:** cysts of the common bile duct, clinical and diagnostic aspects, surgery, children.

**Введение**

Кисты желчных протоков впервые описаны в 1723г. Vater и Ezler, и с тех пор сохраняется неподдельный интерес к их изучению, классифицированию и лечению. В последние годы, в т.ч. по причине разработки нового диагностического оборудования, возросли возможности ранней и достоверной диагностики этого сложного порока развития желчевыводящих путей. Учитывая невысокую частоту встречаемости (1:100000–1:150000 новорожденных), а также возможную малигнизацию в будущем, определение согласованного подхода к диагностике и лечению различных типов кист холедоха крайне важно. Основными операциями при кистозной мальформации желчного протока должны быть радикальные вмешательства, заключающиеся в максимальном иссечении кистозноизмененных стенок кисты и формировании широкого гепатикоэнтероанастомоза [3].

Кисты желчного протока составляют не более 1% всех доброкачественных заболеваний желчных путей. Встречаются чаще у детей и

женщин. В детском возрасте выявляются 80% всех кист желчных протоков. Пациенты с кистами желчных протоков до проведения хирургического вмешательства требуют тщательного исследования состояния гепатобилиарной системы. Это необходимо для определения характера и типа заболевания, четких топографо-анатомических взаимоотношений панкреатобилиарной зоны, наличия возможных осложнений, включая злокачественный процесс [1].

Заболевание носит врожденный характер и часто диагностируется в грудном и школьном возрасте. Трудность диагностики нередко обуславливает запоздалое хирургическое вмешательство на фоне холангита, механической желтухи, образование камней, развитие билиарного цирроза печени, панкреатита [2].

Технические достижения в области эндохирургии, а также совершенствование лапароскопических технологий, позволили использовать малоинвазивное лечение КМХ. Вместе с тем оптимизация результатов лечения зависит от тщательности предоперационного обследования и выбора тактики соответствующего вмешательства. В настоящее время организована работа по повышению качества оценки, улучшению классификации и ведению больных с кистами желчного протока [1].

Паллиативные операции (цистодуоденоанестемоз, холецистоэнтеростомия и др.) при кистозной трансформации холедоха патогенетически не обоснованы, так как фактически не ликвидируют заболевание, не предупреждают развитие рака, поэтому не могут применяться при данном виде патологии [4].

**Цель исследования** - анализ диагностической тактики и методов хирургического лечения детей с кистозной мальформацией холедоха.

#### **Материалы и методы исследования**

Работа основана на изучении историй болезни 28 детей с КМХ в возрасте от 1 месяца до 17 лет, оперированных за последние 20 лет в отделениях плановой хирургии, хирургии новорожденных ОДКБ, в неотложной и плановой хирургии ДГКБ №9. В клиническом материале преобладали девочки – 20 (71,4%), мальчиков было всего 8. Родились недоношенными 30,8% детей. Всем больным проведено полное клинико-лабораторное и лучевое обследование: УЗИ органов брюшной полости, гепатобилиарной зоны, МР-холангиография, динамическая сцинтиграфия гепатобилиарной системы.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Типичной триадой симптомов не проявил себя данный порок развития ЖВС ни у одного ребенка. Преобладал абдоминальный болевой симптом (92% случаев) с тошнотой, рвотой. Перемежающаяся желтуха была у 46,2% пациентов. Размер кисты составлял от 40 до 60 мм в диаметре – 84,6% случаев, у двух детей диаметр КМХ был более 60 мм. Наиболее информативный метод обследования МР-холангиография позволила установить различные патологические изменения внутренних и наружных желчных протоков на основе общепринятой классификации (5 типов по Todani). В нашем материале

наиболее частый и типичный вариант порока ЖВС – I тип по Тодани – 76,9% детей. Наряду с дилатированным холедохом имелось расширение и внутривнутрипечёночных желчных протоков – IVa тип по Тодани – в 23,1% случаев.

В подавляющем большинстве (92%) желчный пузырь был порочно изменен: деформирован (38,5%), гипоплазирован (30,8%), в остальных случаях резко сужен пузырный проток (30,7%).

Желчеотток коррегируют путем наложения билиодигестивного анастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки: позадибодочный гепатикоюноанастомоз (46,1%) холедохоюноанастомоз (53,9%). Морфология КМХ: хроническое воспаление в 69,2% случаев различной степени активности, вплоть до некроза, признаки аденомиоза (30,7%). Ближайшие послеоперационные осложнения в виде несостоятельности анастомоза (2), кровотечения из зоны анастомоза (2) ликвидированы оперативным и консервативным путем. Летальных исходов не было.

#### **Выводы:**

1. Кистозная мальформация холедоха является редким пороком развития, диагностируется в подавляющем большинстве случаев при УЗ-скрининге.

2. Наиболее информативным методом визуализации патологических изменений в наружных и внутренних желчных протоках является МР-холангиография, что позволяет установить клинический диагноз на основе классификации Тодани.

3. Оперативное вмешательство предусматривает иссечение кисты холедоха и формирование нового пути желчеоттока в виде гепатикоюноанастомоза на отключенной по Ру петле.

4. Ближайшие и отдаленные послеоперационные результаты указывают на эффективную лечебно-диагностическую тактику при КМХ.

#### **Список литературы:**

1. Морозов Д.А., Гусев А.А., Пименова Е.С. Кисты желчных протоков: современные аспекты хирургического лечения и клиническое наблюдение редкого варианта / Вопросы современной педиатрии. – 2015. – Т. 14. – № 3. – С. 412-415.

2. Эргашев Н.Ш., Якубов Э.А. Выбор хирургической тактики и способа операции при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей / Эргашев Ш.Н. // Детская хирургия – 2012. – №3. – С. 34-45.

3. Лёнюшкин А.И., Туманян Г.Т. Клинико – диагностические аспекты и тактика лечения кист желчевыводящих путей в детском возрасте / Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 3. – №3 – С. 34-38.

4. Акилов Х.А., Матякубов Х.Н. Исходы лечения кистозных трансформаций желчных протоков у детей / Вестник экстренной медицины. – 2018. – Т.11. – №1. – С. 11-15.

УДК 616.613-007.63; 616.613-089.848