Акилов Х.А., Матякубов Х.Н., Урманов Н.Т.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г.Ташкент, Узбекистан;
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и лечения различных форм кистозных трансформаций холедоха (КТХ) у детей, путем применения высокоинформативных диагностических методов и внедрения новых технологий лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 108 пациентов в возрасте от 2 мес. до 18 лет (девочек – 69 (63,9%), мальчиков – 39 (36,1%), с КТХ, наблюдавшихся в отделении детской хирургии РНЦЭМП за период с 2005 по 2023 гг. Диагностический процесс у больных с различными клиническими формами КТХ включал в себя традиционный пакет исследований, а также современные способы лучевой и эндобилиарной диагностики. Диагноз патологии гепатобилиарной системы до операции установлен у всех пациентов.

Результаты. При изучении результатов общеклинического обследования только у 62 (57,4%) детей имело место билирубинемия. Анализ клинических проявлений мало информативен в распознавании кист желчных протоков у детей. Начинать обследование следует с неинвазивных методов, для того чтобы избежать осложнений. Чаще всего используется УЗИ. УЗИ выполнено всем больным детям в 100% случаев, что позволило в 69,4% (n=75) поставить диагноз киста холедоха. При сложной трактовке происхождения обнаруженных кист у 22 (20,4%) больных явилось применение нами МСКТ после ЭРХПГ, с последующей реформацией изображения контрастированных желчных протоков. МРХПГ нами выпольнена у 24 (22,2%) пациентов, в трехмерном режиме проследить ход желчных протоков в целом, четко определить локализацию кисты и ее характеристики, состояние контуров и просвета, где может быть неоднородное содержимое и конкременты.

Приступая к освещению вопросов лечения обследованных больных, применяемая нами тактика лечения зависела от клинических форм заболевания. Так, если при неосложненных формах КТХ (72) мы придерживались одноэтапной тактики лечения с хирургической коррекцией последнего по срочным показаниям, то при осложненных формах данной патологии (36) нами в большинстве случаев применялась двухэтапная тактика лечения.

При этом на первом этапе: с целью коррекции имеющейся механической желтухи и купирования гнойного холангита проводились эндоскопические оперативные вмешательства в виде ЭРХПГ с ЭПСТ (9), ЭРХПГ с ЭПСТ и НБД (13). У 14 больных были произведены: чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) и чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Этим больным оперативные вмешательства второго этапа проводились в срочном порядке.

После осуществления соответствующих эндобилиарных вмешательств всем больным проводилась консервативная терапия.

Оперативные вмешательства традиционным лапаротомным доступом с целью паллиативной и радикальной коррекции имеющихся различных типов КТХ проводились всем 108 больным. При этом у 41 больного в ходе наложения билиодигестивного анастомоза, нами были использованы возможности металлического каркаса.

Выводы. Таким образом, широкое внедрение в лечебно-диагностический протокол различных типов и форм КТХ у детей, использование современных лучевых (МРХПГ) и эндобилиарных (ЧЧХГ и ЧЧХС) вмешательств, а также нового хирургического способа лечения данной патологии с использованием металлического каркаса, несомненно, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и существенно улучшает результаты лечения этого тяжелого контингента больных. Это выражается в уменьшении количества послеоперационных осложнений, снижении летальности и уменьшении дней пребывания больных в стационаре.