

КИСТОЗНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА

¹ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш»

³ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики
Таджикистан

Введение. Киста общего желчного протока (КОЖП) – редкая патология, встречающаяся в хирургии детского возраста. Врожденное расширение желчевыводящих протоков приводит к их обструкции, составляя около 1% всех доброкачественных заболеваний желчных протоков. Её распространённость составляет 1 случай на 15 000 рождённых живыми, с основным распространением в азиатских странах. Среди пациентов детей с КОЖП 40% – девочки. При этом заболевание наиболее часто встречается в восточных странах (1 на 1000 населения), реже в Европе (1 на 100 000) и Америке (1 на 150 000).

Цель исследования – улучшение хирургического лечения детей с кистозными трансформациями общего желчного протока путем разнообразных методов.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 20 детей с КОЖП, которые были оперированы в клинике детской хирургии ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» на базе торакоабдоминального отделения ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» в период с января 2014 по декабрь 2023 гг. Мальчиков было 8, девочек – 12. Возраст детей варьировал от 1,5 до 12 лет, с наибольшим числом пациентов в возрастной группе от 2 до 7 лет.

Дети были разделены на три группы в зависимости от метода оперативного вмешательства: традиционный открытый способ операции, минилапаротомный доступ и лапароскопически-ассистированный способ. Диагностика перед операцией включала анамнестические данные, клинический осмотр, лабораторные анализы, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию с контрастированием и, в некоторых случаях, магнитно-резонансную холангиографию. Это исследование дает ценную информацию о результативности различных методов хирургического лечения КОЖП у детей и может быть полезным для оптимизации таких процедур в будущем.

Результаты исследования. В среднем размер кисты во всех группах составил $6,4 \pm 2,2$ см. Полное энтеральное питание стало возможным на 4, 3 и 2 сутки по группам соответственно. Трое детей первой группы поступили с перфорацией кисты и развитием желчного перитонита, требующим экстренной лапаротомии и санации. Улучшение общего состояния позволило провести плановую радикальную операцию для создания гепатикоюноанастомоза. Двое других детей первой группы, имеющих неудачу после первой операции, были повторно прооперированы. У 2 (10,5%) детей первой группы возникли осложнения, такие как кровотечение и спаечная кишечная непроходимость, требующие различных вмешательств. У одного пациента второй группы отмечено желчеистечение, прекратившееся самостоятельно. Средняя продолжительность операции составила $86,3 \pm 12,2$ минуты в первой группе и $88,3 \pm 6,2$; $98,3 \pm 12,6$ минуты во второй и третьей соответственно. Продолжительность пребывания в стационаре после операции



составила в среднем $14,4 \pm 3,4$; $9,93 \pm 2,08$; $9,73 \pm 1,8$ суток соответственно. Обструктивной желтухи и холангита в отдаленном периоде не отмечено. У одного больного первой группы отмечен летальный исход. Анализ показал, что у детей второй и третьей группы осложнений меньше, чем у детей первой группы.

Выводы. Применение минилапаротомного и миниинвазивного методов при лечении кист общего желчного протока у детей является наиболее безопасным и перспективным, снижая частоту осложнений.