

## СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ РАСШИРЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ


Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

**Введения.** Проблема лечения кистозных расширений желчных протоков (КРЖП) у детей до сих пор широко дискутируется в гепатобилиарной хирургии. Лечение данной аномалии исключительно хирургическое. Среди авторов нет единого мнения о способах проведения оперативного лечения при КРЖП у детей.

**Цель исследования.** Проанализировать различные способы оперативного лечения кистозных расширений желчных протоков у детей по материалам клиники.

**Материал и методы исследования.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 1990-2024 годы находились на обследовании и лечении 106 больных с КРЖП в возрасте от 15 дней до 16 лет. Всем больным проведено оперативное лечение. В зависимости от возраста, клинического течения и вида расширения проводились различные способы операций.

**Результаты и обсуждение.** Распределение больных по типу кистозного расширения проведено в соответствии с классификацией Alonso-Lej F. дополнениями Todani T. и Lilly J.R.: I тип – кистозное расширение общего желчного протока (74 – 69,8%); IV тип – кистозное расширение вне- и внутрипеченочных протоков (29 – 27,4%); атипичные формы (АФ) представлены в виде незначительного расширения внепеченочных протоков и внутрипеченочного кистозного поражения (3 – 2,8%). II, III и V тип кистозного расширения в наших наблюдениях не наблюдались. Из 106 больных у 66 (62,3%) проведено наложение гепатикоэнтеростомии по Ру, у 5 (4,7%) наложение портоэнтероанастомоз по Касаи на отключенной петле Ру, у 14 (13,2%) наложение гепатикодуоденоанастомоз, у 3 (0,3%) наложение кистоэнтероанастомоз с частичным иссечением кисты, у 4 (3,8%) наложение кистодуоденоанастомоз с частичным иссечением кисты, у 13 (12,2%) наружное дренирование кисты, у 1 (0,1%) ушивание разрыва кисты без дренирования. У 23 (21,7%) из 106 больных было проведено поэтапная тактика лечения. Абсолютные показания к наружному дренированию при кистах желчных протоков должны быть строго ограничены и сведены к следующему: при травматическом разрыве кисты, осложнившимся разлитым желчным перитонитом; при нагноениях содержимого кисты или выраженных гнойных холангитах, не поддающихся консервативной терапии; у новорожденных и детей грудного возраста с явлениями выраженной гипербилирубинемии и печеночной недостаточности. Часть больных, перенесшие операции наружного дренирование кисты, по улучшению состояния были оперированы повторно радикально. При первично установленном диагнозе КРЖП тактика и способ операции зависел от их размеров и формы, характера осложнений самого заболевания. При этом у 85 больных предпочтения отдавалось радикальной тактике – тотальной кистэктомии, холецистэктомии и наложения билиодигестивного анастомоза. Наложение кистодуоденостомии (у 4) или кистоэнтеростомии по Roux (у 2) с частичным иссечением кисты проводилось 6 больным. Из них 2 были оперированы в нашей клинике до 2000 года, 4 ошибочно или безуспешно ранее были оперированы в других стационарах. Лапаротомия у этих больных ошибочно была проведена с подозрением на эхинококк печени, инвагинация кишечника, первичный перитонит. Растерянность и отсутствие опыта



хирурга по радикальному лечению кист общего желчного протока у данных больных служили причиной завершения операции наружным отведением желчи. Реконструкция внепеченочных желчных протоков с восстановлением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку проводилось у 14 (13,2%) больных при технических сложностях, обусловленные с повышенной кровоточивостью при мобилизации кисты из массивных спаек вокруг кисты, распространяющиеся на прилегающие органы после перенесенной ошибочной или не радикальной первичной операции, а также при воспалительном процессе вокруг кисты с билиарной гипертензией. У 9 из 14 больных гепатико- или холедоходуodenостомия произведена по способу клиники: с клапанным механизмом (5) или с реконструкцией желчных протоков (4).

С постоянным развитием лапароскопической хирургии в детском возрасте у 6 (0,6%) из 106 больных проведено лапароскопическая резекция кисты с наложением билиодигестивного анастомоза: гепатикоэнтеростомия - 3, портоэнтероанастомоз по Касаи – 1; гепатикодуоденостомия – 2.

При оперативном вмешательстве по поводу КРЖП независимо от способа внутреннего дренирования холецистэктомия следует считать обязательной манипуляцией, в связи с тем, что желчный пузырь тоже вовлекается в патологический процесс. Удаление желчного пузыря у больных с КРЖП следует считать обязательной манипуляцией при оперативном вмешательстве независимо от способа внутреннего дренирования желчи.

В заключение следует отметить, что выбор хирургической тактики при КРЖП зависит от размеров и формы кистозного расширения, а также от выраженности воспалительного или спаечного процесса гепатодуоденальной зоны.