

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Бабич И.И.¹, Бабич И.В.¹, Новошинов Г.В.², Сизонов В.В.²,
Мельникова С.Р.², Мельников Ю.Н.¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

² Детская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону

Введение. В настоящее время в хирургическом лечении кист общего желчного протока у детей предпочтение отдается радикальному иссечению кистозного образования холедоха. Выбор подобной тактики лечения мотивируется высоким риском малигнизации не иссеченной полости кисты в пожилом возрасте.

Проанализировать отдаленные результаты лечения кист холедоха у детей. Под нашим наблюдением в клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростов-на-Дону с 2005 по 2020 г. находились 84 пациента в возрасте от 3 мес. до 14 лет с различными вариантами кист общего желчного протока. Основным способом диагностики являлись компьютерная томография и магнитно-резонансная томография с контрастом. Данные методы исследования позволяют установить диагноз с нюансами анатомического расположения по отношению магистральным сосудам исследуемой области. В 43% случаев (36 пациентов) выполнялось радикальное иссечение кисты, при этом диаметр соустья кисты с холедохом составлял до 1 см, проходимость холедоха была полная. В 34,5% случаев (29 пациентов) отмечалось широкое основание кисты с холедохом. В данном случае выполнен цистодуоденоанастомоз «бок в бок». В 25% случаев (21 пациент) выполняли энтероцистоанастомоз на короткой петле. В 22,5% случаев (19 пациентов) определялось расширение холедоха на всем протяжении с гистологически подтвержденной гипоплазией мышечного слоя. Было выполнено формирование дуоденогепатикоанастомоза. Отдаленные результаты прослеживались в период от 1 до 5 лет. Всем пациентам проводился скрининг общеклинических, биохимических анализов, эндоскопическая визуализация двенадцатиперстной кишки с зоной анастомоза.

Результаты. В группе пациентов с иссечением кисты холедоха и узким соустьем между кистой и холедохом дети были практически здоровы, клинических и лабораторных признаков холестаза не было. При МРТ в 3,6% случаев (3 пациента) определялась умеренная деформация без признаков стеноза. В группе с цистодуоденоанастомозом только в 1,2% случаев (1 пациент) определялась рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки, клиники стеноза не было, грануляционных, папилломатозных разрастаний не отмечалось. В группе пациентов с гепатодуоденальным анастомозом признаков холестаза не выявлено. Однако в 1,2% случаев (1 пациент) наблюдалась определенная деформация двенадцатиперстной кишки с фиксированным перегибом, умеренным стенозом без клиники непроходимости.

Заключение. Полное иссечение кисты с формированием цистохоледохоанастомоза является предпочтительным. В основной группе наблюдений существенной, требующей хирургической коррекции деформации, непроходимости и атипичных разрастаний не выявлено, что определенно основанием для поиска новых малоинвазивных, атравматичных способов оперативного лечения.