



10. Pang D., Dias M.S., Ahab-Barmada M. Split cord malformation: Part I: A unified theory of embryogenesis for double spinal cord malformations. *Neurosurgery* 1992; 31: 451-480.
11. Kumar Raj., Singhal Namit. Outcome of meningomyelo/lipomeningomyelo in children of Northern India. *Pediatr. Neurosurg.* 2007; 43: 7-14
12. Ersahin Y., Mutluer S., Kocaman S.D. Split spinal cord malformation in children. *J. Neurosurg.* 1998; 88: 57-65.
13. Pang D. Split cord malformation: Part II; Clinical syndrome. *Neurosurgery.* 1992; 31: 481-500.
14. Martin K., Krastel A., Hamer J. et al. Symptomatology and diagnosis of diastematomyelia in children. *Neuroradiology.* 1978; 16: 89-90.
15. Ульрих Э.В. Аномалии позвоночника у детей (руководства для врачей) – СПб.: «СОТИС», 1995; 335.
16. McMaster M.J. Spinal growth and congenital deformity of the spine. *Spine.* 2006; 31: 2284-2287.
17. Schijman E. Split spinal cord malformations. Report of 22 cases and review of the literature. *Child's Nerv. Syst.* 2003; 19: 96-103.
18. Sinha S., Agarwal P., Mahapatra A.K. Split cord malformations: an experience of 203 cases. *Childs Nerv. Syst.* 2006; 22: 3-7.
19. Jindal A., Kansal S., Mahapatra A.K. Split cord malformation with partial eveniraion of diaphragm. A case report. *J. Neurosurg.* 2000; 93: 309-311.
20. Goldberg C., Fenelon G., Blake N. et al. Diastematomyelia: a critical review of the natural historj and treatment. *Spine.* 1984; 9: 367-372.
21. Naidich T.P., Raband C. Congenital anomalies of the spine and spinal cord. *Rev. Neuroradiol.* 1992; 5 (I): 113-130.
22. Westcott M.A., Dynes M.C., Remer E.M. et el. Congenital and acquired orthopedic abnormalities in patients with myelomeningocele. *Radiographics.* 1992; 12: 1155-1173.
23. McLone D.G. Results of treatment of children born with meningomyelocele. *Clin Neurosurg.* 1983; 30: 407-412.
24. McLone D.G., Dias L, Kaplan W.E. Concepts in management of spina bifida. *Concepts Pediatr. Neurosurg.* Basel, Karger. 1985; 5: 97-106.
25. McLone D.G., Choix M., Di Rocco C. et al. Occult dysraphism and the tethered spinal cord lipomas. *Pediatric. Neurosurg.* 1999; 61-78.
26. Ульрих Э.В., Елякин Д.В. Этапы и методы диагностики диастематомии в детском возрасте. *Детская хирургия.* 2000; 4: 4-6.
27. Трофимова Т.Н. Семич В.Н. Методы интроскопии в диагностике диастематомии. *Вестник рентгенологии и радиологии.* 1997; 4: 41-43.

## ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ У ДЕТЕЙ, КАК СЛЕДСТВИЕ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Н.Н. Ахпаров, Э.А. Ойнарбаева, В.Е. Литош, С.Б. Сулейманова

НЦ педиатрии и детской хирургии Минздрава Республики Казахстан, г.Алматы

Среди множества врожденных пороков и аномалий развития органов пищеварительной системы у детей особое место занимает кистозная трансформация общего желчного протока [1,2]. До недавнего времени данное заболевание представляло большие трудности в диагностике и хирургической коррекции, сопровождалось высокой летальностью и инвалидизирующими осложнениями [4].

В связи с этим большое значение приобретает проблема ранней диагностики заболевания, поскольку развитие вторичных патологических процессов значительно отягощает течение болезни и состояние больного. Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больной Аб-ла А., 5 лет, поступил в октябре 2007г. в клинику НЦ педиатрии и детской хирургии (г. Алматы) с жалобами на желтушность кожных покровов, боли в правом подреберье, увеличение размеров живота. Из анамнеза: болеет с марта 2007 года, был установлен диагноз: вирусный гепатит «А».

Лечение в инфекционной больнице г. Шымкент с 30.05.07. по 13.06.07. При исследовании крови- маркеры гепатита не выявлены. На ультрасонографии обнаружен камень холедоха размером 0.9см.

Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы желтушные, склеры интенсивно субиктеричные. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела нормальная. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии не обнаружено. Живот увеличен в объеме, мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Керра, Мерфи слабо положительные. Печень выступает из-под края реберной дуги +6.5 +5.5см. Стул со склонностью к запорам.

**В общем анализе крови:** - анемия Iст (Hb 90г/л), повышенное СОЭ 60мм/час.

**Билирубинемия:** общий билирубин (100.3 мкмоль/л), за счет прямой фракции (89.6 мкмоль/л), АлАт- 0.37, АсАт- 0.45. Коагулограмма- снижение

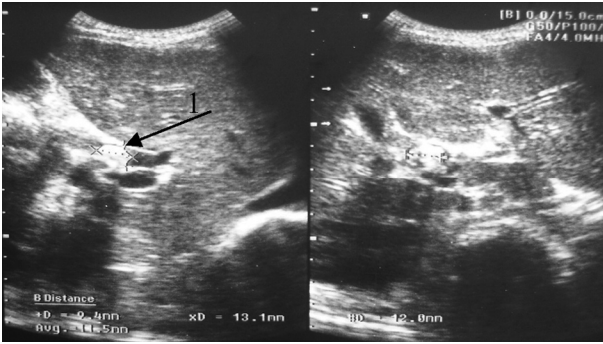


Рис.1 Ультрасонография печени и желчевыводящих путей (1 – камень в холедохе).

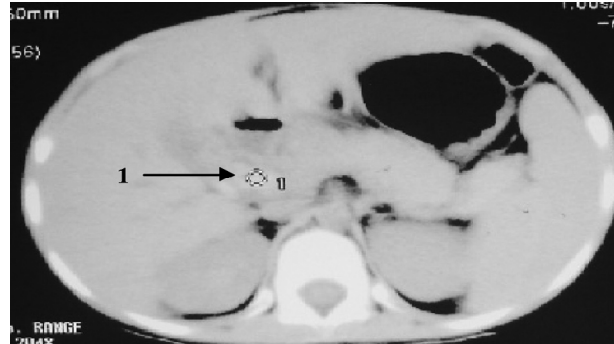


Рис.2 Компьютерная томография желчевыводящих путей (1 – камень в холедохе).

свертывания в I фазе. Результаты анализа крови на маркеры гепатита А, В, С, D, E- отрицательные.

**Ультрасонография печени и желчевыводящих путей.** Правая доля печени +3.0см. Ниже края реберной дуги. ВПД 112мм, I сегмент 67мм. К- 0.28. Эхогенность паренхимы диффузно повышена, не однородна. Воротная вена расширена, сдавлена расширенным холедохом (постстенотическое расширение), ствол диаметром 9мм, левая ветвь 8.2мм, скоростные показатели в пределах нормы. Холедох расширен до 10мм, в просвете локализуется эхоплотная тень 10 x 13.1 x 12мм (рис.1, 1), со слабо выраженной акустической дорожкой; стенки холедоха уплотнены, утолщены. Желчный пузырь 55 x 10.6мм, стенки неравномерно утолщены, диаметр 2.4мм – 3.8мм, местами двухконтурные, пристеночная густая желчь. Поджелудочная железа головка 12.7мм, тело 13мм, хвост 15мм, средней эхогенности. Множественные мелкие эхоплотные сигналы паренхимы. Заключение: Желчекаменная болезнь. Конкремент холедоха. Хронический калькулезный холангит. Диффузные изменения в печени. Хронический холецистохолангит. Реактивные изменения в поджелудочной железе.

#### Компьютерная томография.

Отмечается конкремент холедоха (Рис 2, 1) и желчного пузыря. Фиброэзофагодуоденоскопия. Заключение: Хронический гастродуоденит, вне обострения. С предварительным диагнозом: Желчекаменная болезнь, холедохолитиаз, механическая желтуха, ребенок взят на операцию. Произведен разрез по Федорову справа. При ревизии печень увеличена, плотная, обычного цвета. Стенки желчного пузыря фиброзно изменены, спаяны с петлями тонкого кишечника. Общий желчный проток расширен до 1.5см, в просвете пальпируется конкремент диаметром 1.2см. Пузырный проток, желчный пузырь освобождены от спаек. Желчный пузырь вскрыт через пузырный проток, произведено раздробление камня, удаление его мелких частей, трехкратно промыт 0.9% раствором NaCl. Ревизированы правый и левый печеночные протоки, конкрементов нет. Холедох расширен, стенки утолщены, Инфильтрированы. Произведена холецистэктомия, дренирование пузырного протока по Пиковскому.

Интраоперационно: через дренаж по Пиковскому проведена холангиография (Рис.3) водорастворимым контрастным веществом (Омниopak),

отмечено расширение холедоха и левого печеночного протока.

**Гистологическое исследование желчного пузыря.** Выявлено десквамирование большей части покровного эпителия. Отмечается атрофия, лимфоидная инфильтрация и явления фиброза в слизистой оболочке. Мышечный слой гипертрофирован. Заключение: хронический бескаменный холецистит.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Дренаж из брюшной полости удален на третьи сутки после операции, дренаж по Пиковскому удален на 12 сутки, рана зажила первичным натяжением.

На контрольной ультрасонографии печени - последняя в размерах сократилась, холедох 4.1мм. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой. Рекомендована контрольная госпитализация через 6 месяцев.

В катамнезе через 6 месяцев. Общее состояние на момент поступления средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, склеры

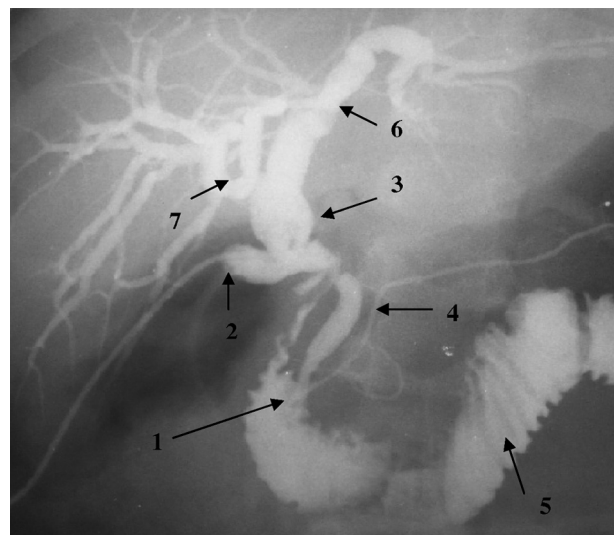


Рис.3 Интраоперационная холангиография (1 – сфинктер Одди, 2 – остаточный расширенный пузырный проток, 3 – расширенный общий желчный проток, 4 – Вирсунгов проток, 5 – 12 перстная кишка, 6 - левый печеночный проток, 7 - правый печеночный проток).



иктеричны. Физически не отстают. Нормотермия. Соматически со стороны бронхо- легочной и сердечно- сосудистой систем без патологических изменений. Живот увеличен в объеме за счет асцита и гепатоспленомегалии. Симптомы Ортнера, Керра, Мерфи слабо положительны. Печень выступает из-под края реберной дуги +3.0см, селезенка на +1.0см. Стул со склонностью к запорам, перемежающийся. Моча темная.

### **Ультрасонография печени и желчевыводящих путей.**

Печень выступает из- под края реберной дуги +3.0см. ВПД- 125мм, воротная вена – 10.9мм, холедох- расширен 7.4- 9.1- 13.8мм, в просвете визуализируются эхоплотные тени, первая диаметром 6.9мм, вторая– 11.8мм,

без акустической дорожки. Эхогенность печени снижена, переваскулярная реакция, углы сглажены. Заключение: Гепатоспленомегалия, расширение внутрипеченочных желчных протоков. Расширение холедоха, в просвете эхоплотные тени (некальцинированные конкременты), один из которых сдавливает правую ветвь воротной вены.

**Допплерография сосудов печени** - воротная вена 10.9мм, скорость 12.5мл/сек, в области ворот расширены внутрипеченочные протоки и левый желчный проток. Левая ветвь диаметром 8.4мм, скорость 13.7мл/сек; правая- образование в холедохе деформирует и сдавливает- в данном участке определяется реверс со скоростью 12.7мл/сек. Диаметр в месте сужения 7.7мм, пристеночный участок – 10.9мм, постстеночный- 10.0мм.

**Фиброэзофагогастродуоденоскопия** - пищевод проходим, в области кардиальной розетки визуализируются 3-4 варикозные вены диаметром 0.2см, протяженностью от 1.0 до 2.0см. Кардия смыкается. Желудок, 12 перстная кишка не изменены. Заключение: Варикозное расширение вен нижней трети пищевода Iст.

На основании проведенных исследований выставлен заключительный диагноз: Веретенообразная кистозная трансформация общего желчного протока. Конкремент холедоха. Хронический калькулезный холангит.

Ребенок взят на операцию. Правосторонним доступом по Федорову вскрыта брюшная полость. При ревизии спайки у ворот печени, последние устранены острым и тупым путем, выделен холедох с конкрементом. Произведено рассечение кисты до печеночного протока, диаметр последнего 1.5см. В полости кисты обнаружены желчные камни, последние удалены. Киста экстирпирована, протоки промыты под давлением до чистых вод. На уровне 20см от связки Трейтца произведено отсечение тощей кишки. Наложена обходной У- образный гепатикоюноанастомоз по Ру, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал адекватно. Дренаж удален на третьи сутки. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой, с рекомендациями контрольной госпитализации через 3 месяца.

**Гистологическое исследование конкрементов:** микроструктура и химический состав желчных камней соответствует холестеринному типу.

Спустя 3 месяца. Общее состояние средней степени тяжести. На контрольной ультрасонографии печени – картина удовлетворительная.

Таким образом, наше наблюдение свидетельствует о том, что клиническая симптоматика кистозной трансформации общего желчного протока очень разнообразна и неспецифична, что затрудняет раннюю диагностику. При холедохолитиазе необходимо использование комплекса методов исследования. Основной причиной образования камней в общем желчном протоке является кистозная трансформация холедоха. Экстирпация кисты холедоха и гепатикоюноанастомоз по Ру являются эффективной коррекцией кистозной трансформации общего желчного протока и его осложнений.

### **Литература:**

1. Frederick M. Karrer, and Jeffrey C. Pence. Operative Pediatric Surgery, New York, 2003; с 775 – 787.
2. К.У.Ашкрафт, Т.М. Холдер Детская хирургия. СПб, 1996; Т.2: с 169-175.
3. Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов, А.Ю. Разумовский. Детская хирургия. Москва, 2009; глава 19 «Киста общего желчного протока», с 135-149.
4. Ким Л.А., Алиев М.А., Ленюшкин А.И., Арынов Н.М. Хирургия кистозной трансформации общего желчного протока у детей и подростков. Алматы, 1998г; 95с.