

## Кисты общего желчного протока

*И.А. Бондаренко, Е.С. Романюк, В.П. Петров, С.Е. Куприн, В.А. Кириллов*

*Военно-морской клинический госпиталь, г. Североморск*

Аномалии желчных протоков можно условно разделить на две большие группы. В первую входят атрезии, то есть врожденное отсутствие просвета протоков, и расширения желчных протоков. Ко второй группе относятся аномалии числа и расположения протоков.

Caroli и Corcos описали три формы врожденного расширения внутрипеченочных желчных протоков: изолированное расширение междольковых протоков; мешотчатое или пальцевидное расширение крупных внутрипеченочных протоков; расширение мелких протоков в сочетании с фиброангиоаденоматозом. Кисты в отличие от поликистоза печени связаны с желчными протоками и содержат желчь. Существуют, по-видимому, переходные формы, от небольшого сегментарного расширения общего желчного протока до его кистозного расширения. Наибольшее внимания среди подобных аномалий заслуживает, конечно, киста общего желчного протока. Этим термином называют врожденное расширение общего желчного протока (мегахоледох). Различают сегментарное и тотальное расширения. В последнем случае весь общий желчный проток образует кисту.

Стенка кисты состоит из плотной фиброзной ткани, часто с элементами хронического воспаления. Толщина стенки варьирует от 0,2 до 0,8 см. Киста заполнена желчью и иногда содержит камни. Этот вид аномалии в 4 раза чаще встречается у женщин.

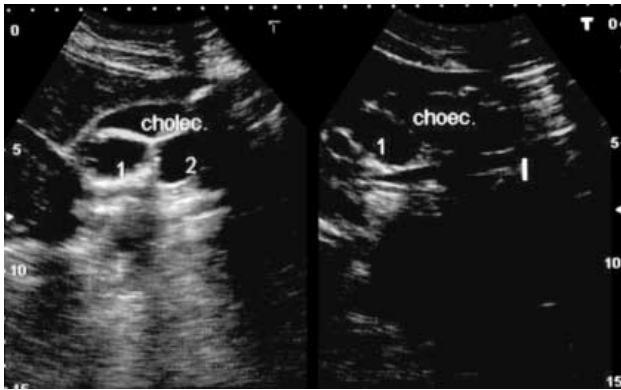
В качестве клинического примера приводим наше наблюдение.

Больная П., 34 года, поступила в 1-е хирургическое отделение госпиталя с жалобами на боли в эпигастральной области и в правом подреберье, тошноту. Из анамнеза болезни: считает себя больной в течение 2 нед, когда появились боли в эпигастральной области, тошнота, слабость; обратилась в поликлинику,

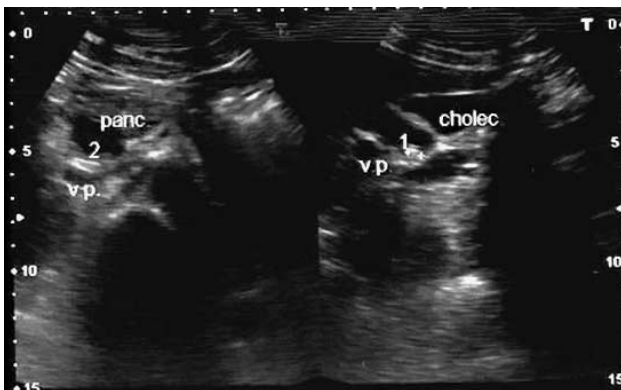
откуда была госпитализирована по неотложным показаниям с диагнозом “хронический панкреатит, обострение”. При объективном исследовании отмечается болезненность в эпигастральной области в правом подреберье при пальпации. Общеклинические анализы крови и мочи в норме; биохимические показатели крови в норме; отмечалось повышение альфа-амилазы мочи до 304,4 г/ч-л после проведения эндоскопической ретроградной холангиографии.

**Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:** отмечается незначительное расширение правого печеночного протока (4 мм), в зоне гепатикохоледоха визуализируется жидкостное образование с ровными четкими контурами, размерами 36 × 20 мм, стенки которого уплотнены, неравномерно утолщены до 3,5 мм, в просвете лоцируются множественные эхоплотные включения размером от 2 до 6 мм, последнее из которых дает дистальную эхотень. Указанное образование проксимальным концом продолжается в трубчатую структуру с шириной просвета 4 мм (правый печеночный проток), а дистальный конец через изогнутую трубчатую структуру соединен с другим жидкостным образованием размером 25 × 18 мм, которое визуализируется в области головки поджелудочной железы. Стенки его уплотнены, неравномерно утолщены до 2,5 мм, в просвете имеются мелкие (2–3 мм) эхоплотные включения, не дающие дистальных эхотеней. Заключение: две кисты общего желчного протока с наличием в их просвете множественных мелких конкрементов (рис. 1, 2).

**Компьютерная томография:** в головке поджелудочной железы определяется округлое образование однородной структуры с плотностью жидкости, четкими контурами, диаметром от 1,8 до 2,0 см, которое над ДПК кпереди от воротной вены распространяется в во-



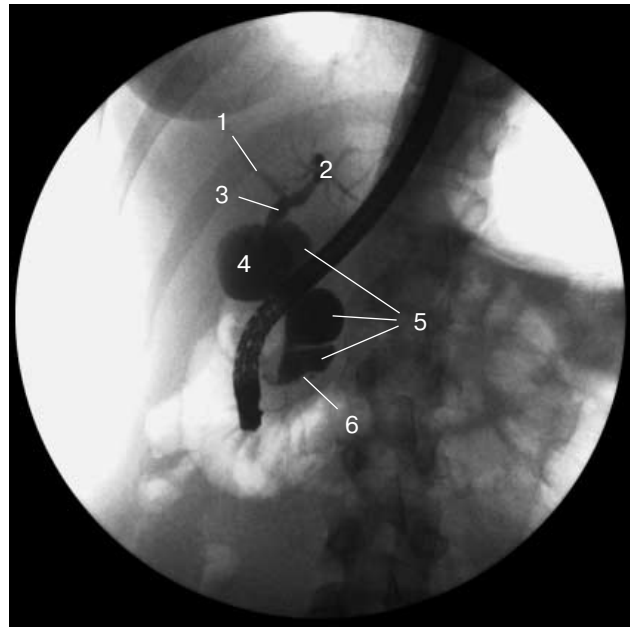
**Рис. 1.** Ультрасонограмма: 1, 2 – кисты холедоха (cholec. – просвет холедоха).



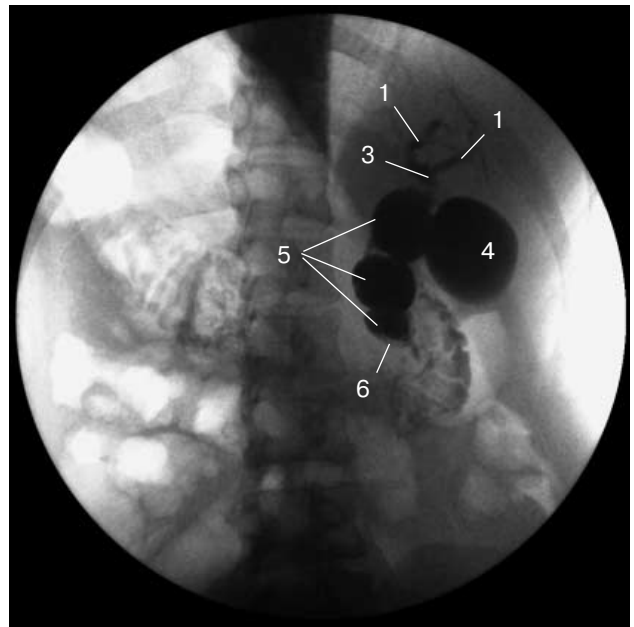
**Рис. 2.** Ультрасонограмма: 1 – конкремент в просвете кисты; 2 – киста холедоха; panc. – головка поджелудочной железы; v.p. – вирсунгов проток; cholec. – просвет холедоха.



**Рис. 3.** Спиральная компьютерная томограмма: 1 – киста общего желчного протока.



**Рис. 4.** Эндоскопическая ретроградная холангиография (лежа на животе): 1 – правый печеночный проток; 2 – левый печеночный проток; 3 – общий печеночный проток; 4 – желчный пузырь; 5 – кисты холедоха; 6 – дефект наполнения за счёт конкрементов.



**Рис. 5.** Эндоскопическая ретроградная холангиография (лежа на спине): 1 – правый печеночный проток; 2 – левый печеночный проток; 3 – общий печеночный проток; 4 – желчный пузырь; 5 – кисты холедоха; 6 – дефект наполнения за счёт конкрементов.

рота печени. Заключение: киста головки поджелудочной железы с экстрапаренхиматозным распространением в ворота печени, (киста холедоха?) (рис. 3).

**Эндоскопическая ретроградная холангиография:** через большой дуоденальный сосочек (БДС) туго контрастирован холедох и печеночные протоки. Холедох представлен 3 полостными образованиями, связанными между собой протоком шириной до 0,3 см: нижняя полость – 2,0 × 1,7 см на расстоянии до 1,0 см от БДС, средняя – 3,0 × 2,7 см и верхняя –

3,0 × 3,0 см на расстоянии до 1,2 см от слияния печеночных протоков (ширина просвета общего печеночного протока 0,7 см, долевого – 0,4 см). В верхнее полостное образование впадает желчный пузырь размером 5,0 × 4,5 см. В нижнем полостном образовании определяется дефект наполнения по нижней стенке за счет конкрементов. Заключение: кисты общего желчного протока (рис. 4, 5). При рентгеноскопии желудка, УЗИ почек и фиброэндоскопии патологических изменений не выявлено.

Объявляется подписка на книгу Издательского дома Видар-М

## Неотложная радиология.

*под ред. Б. Маринчек, Р.Ф. Донделинжер*

Данная монография представляет собой фундаментальное руководство по всем сферам неотложной радиологии. В настоящее время, в связи с развитием новых методов лучевой диагностики, роль радиологии в urgentных ситуациях стала еще более значимой. Книга написана группой ведущих европейских радиологов под руководством хорошо известных и в нашей стране профессоров Р. Донделинжера (Бельгия) и Б. Маринчека (Швейцария).

В первой части монографии описываются все виды травматических повреждений органов и систем, во второй – нетравматические неотложные состояния (острые нарушения мозгового кровообращения, кровотечения, острый живот, синдром острой боли в грудной клетке и др.). Имеется раздел, посвященный обследованию педиатрических пациентов в urgentных ситуациях. Кроме того, в монографии имеются главы, посвященные интервенционным методам лечения различных видов повреждений. В книге описывается использование всех методов лучевой диагностики – от традиционных до новейших, приводятся алгоритмы их применения в зависимости от вида патологии.

Книга рассчитана на широкий круг читателей – рентгенологов, специалистов по ультразвуковой диагностике, студентов медицинских институтов, хирургов, травматологов терапевтов и врачей других специальностей.

**Выход в свет – 1 квартал 2008 года**

**Цена подписки – 3000 руб.**