



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

7 (93) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (93)

2026

Июль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.36-007-053.2-073.7

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КИСТОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Н.Ш. Эргашев^{1,2} <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru
Э.А. Якубов¹ <https://orcid.org/0000-0001-8366-6323> E-mail: yakubov.e.a.1972@mail.ru

¹ Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

² Детский Национальный медицинский центр, Узбекистан г. Ташкент, Яшнабадский р-он, ул. Паркентская, 294 Тел: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz

✓ Резюме

Результаты. В статье представлены аспекты диагностики и верификации кистозных аномалий желчных протоков с другими заболеваниями гепато-панкреато-дуоденальной зоны протекающие сходными клиническими признаками и данными выявляемые при специальных методах исследования. Подробно освещены отличительные признаки с истинными, паразитарными кистами и опухолями печени, патологиями желчевыделительной системы, поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки. Авторами подчеркивается о необходимости комплексного подхода с использованием высокоинформативных, чувствительных (ультразвуковых, МРТ, лучевых и эндоскопических) методов исследований позволяющее выявить специфических признаков для отдельных органических поражений.

Ключевые слова: Билиарные мальформации, патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны, дифференциальная диагностика, дети.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CYSTIC MALFORMATIONS OF THE BILIARY TRACT IN CHILDREN

N.Sh. Ergashev^{1,2} <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru
E.A. Yakubov¹ <https://orcid.org/0000-0001-8366-6323> E-mail: yakubov.e.a.1972@mail.ru

¹Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Children's National Medical Center, Uzbekistan Tashkent, Yashnabad district,
st. Parkentskaya, 294 Tel: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz

✓ Resume

The article presents aspects of diagnosis and verification of cystic anomalies of the bile ducts with other diseases of the hepatopancreatoduodenal zone occurring with similar clinical signs and data revealed by special research methods. The distinctive features of true and parasitic cysts and tumors of the liver, pathologies of the biliary system, pancreas and duodenum are covered in detail. The authors emphasize the need for a comprehensive approach using highly informative, sensitive (ultrasound, MRI, radiation and endoscopic) research methods that allow identifying specific signs for individual organ lesions.

Key words: Biliary malformations, pathologies of the hepatopancreatoduodenal zone, differential diagnostics, children.

BOLALARDA SAFRO'T YO'LLARINING KISTIK MALFORMATSIYALARINI DIFFERENSIAL TASHXIS QILISH

N.Sh. Ergashev^{1,2} <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru
E.A. Yakubov¹ <https://orcid.org/0000-0001-8366-6323> E-mail: yakubov.e.a.1972@mail.ru

¹Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston, Farobiy ko'chasi, 2,
Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Bolalar Milliy Tibbiyot Markazi, O'zbekiston, Toshkent, Yashnobod tumani,
ko'cha. Parkentskaya, 294 Tel: +998 (95) 341-00-03 E-mail: info@bmtm.uz

✓ **Rezyume**

Maqolada o't yo'llarining kistali anomaliyalarini gepatopankreatoduodenal zonaning boshqa kasalliklari bilan birga tashxislash va tekshirish jihatlari keltirilgan bo'lib, ular o'xshash klinik belgilar va maxsus tadqiqot usullari bilan aniqlangan ma'lumotlar bilan kechadi. Jigarning haqiqiy va parazit kistalari va o'smalarining o'ziga xos xususiyatlari, o't yo'li tizimi, oshqozon osti bezi va o'n ikki barmoqli ichak patologiyalari batafsil yoritilgan. Mualliflar individual organlarning shikastlanishlari uchun o'ziga xos belgilarni aniqlash imkonini beruvchi yuqori informatsion, sezgir (ultratovush, MRT, nurlanish va endoskopik) tadqiqot usullaridan foydalangan holda kompleks yondashuv zarurligini ta'kidlaydilar.

Kalit so'zlar: O't yo'llarining malformatsiyasi, gepatopankreatoduodenal zonaning patologiyalari, differentsial diagnostika, bolalar.

Актуальность

Билиарные кисты (БК) - мальформации характеризующиеся кистозными расширениями как внепеченочных, так и внутрипеченочных желчных протоков, часто локализующейся на уровне общего желчного протока (ОЖП), представляющее корригируемый порок развития с благоприятным прогнозом для жизни. [1, 2]. Основной задачей диагностического этапа при кистозных мальформациях желчных протоков является установление типа кист холедоха и проведение дифференциальной диагностики с широким кругом заболеваний печени, желчного пузыря (ЖП), панкреатодуоденальной зоны, протекающее сходными клиническими проявлениями и данными вспомогательных методов диагностики, требующее отдельные подходы при выборе хирургической тактики. Исключение малигнизации у пациентов с кистами желчных протоков имеет важное значение, поскольку заболеваемость гепатобилиарными опухолями у этой категории больных составляет от 2,5 до 28% [3, 4, 5].

Возникновение злокачественного процесса не ограничивается областью кисты, а распространяется на всю гепатобилиарную и панкреатическую протоковую систему, сохраняя высокую частоту даже в отдалённые сроки после хирургической их резекции [6, 7, 8].

Wu GS, et al. (2003) изучив свойства желчи с врожденными аномалиями доказали значительно большая пролиферативная активность желчи у больных с врожденными БК, что и обуславливают повышенный риск развития холангиокарциномы у таких пациентов [9]. Представленные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода в диагностике с использованием высокоинформативных, чувствительных и специфических методов исследований.

Цель исследования: оптимизация комплексной диагностики кистозных поражений билиарного тракта со сходными заболеваниями печени, желчевыделительной системы, панкреатодуоденальной зоны врожденного и приобретенного генеза у детей.

Материал и методы

В период с 2019 по 2026 гг. в клинических базах кафедры детской хирургии ТГМУ находились на обследовании и лечении 122 детей с кистозными мальформациями билиарного тракта. Возраст больных колебалось от 15 дней до 16 лет, среди них: девочки – 87 (71,3%), мальчики – 35 (28,7%). В 43 (35,2%) наблюдениях потребовалось проведения дифференциальной диагностики с сходными заболеваниями гепатобилиарного тракта, панкреатодуоденальной зоны врожденного и приобретенного генеза. Диагностику осуществляли на основании изучения анамнеза и проведенных комплекса дооперационных клиничко-лабораторных, инструментальных (УЗИ, МСКТ, МРХПГ, ФЭГДС, рентгенологических: обзорная рентгенография и контрастное исследование ЖКТ) и специальных методов исследований. При составлении окончательного диагноза учитывали результаты морфологических исследований биопсийного или операционного материалов.

Результат и обсуждения

В настоящее время при кистах желчных протоков наиболее признанной считается классификация F. Alonso-Lej (1959) в модификации T. Todani (1977), различающее несколько подтипов при I и IV типа и наличие V типа – кисты внутрипеченочных протоков, при

относительно нормальном внепеченочных – болезнь Кароли. Указанная классификация дополнены атипичными формами – (Forme fruste (FF) – аномалия панкреатобилиарных протоков без расширения (nondilated type) при которых, образующий общий канал, охватывающее умеренно эктазированные вне- и внутрипеченочные протоки, протекают характерными признаками для кисты холедоха [10]. Присутствие атипичной формы должны быть определены с учетом возрастного диаметра холедоха при наличии признаков общего длинного канала выявляемые при специальных методах исследований. По утверждению отдельных авторов каждый тип кистозных мальформаций может отличаться вариациями, имеет определенные характерные осложнения и требуют индивидуальных подходов в дифференциальной диагностике и выборе тактики лечение при обычном и осложненном их течении [11, 1, 3].

Таблица 1.

Нозологические формы, возраст колебания и пол больных, потребовавшее проведения дифференциальной диагностики с кистами билиарного тракта (n=43)

Орган поражения	Формы поражения	Колебания возраста больных	Пол больных	
			Мальчики	Девочки
Патологии печени (n=20):	Непаразитарные кисты (n=3)	От 6 мес. до 8 лет	1	2
	Паразитарные кисты (n=8)	4 - 16 лет	5	3
	Опухоли (n - 9)	От 4 мес. до 6 лет	4	5
Патологии ЖВС* (n=15):	Кистозная форма атрезии желчных протоков (n=6)	1,5 - 4 мес.	2	4
	Удвоения желчного пузыря (УЖП) (n=1)	5 лет	1	-
	Деформации ЖП (n=3)	2 - 14 лет	-	3
	Желчекаменная болезнь (ЖКБ) (n=5)	От 10 мес. до 15 лет	2	3
Патологии ПЖ (n=6):	Кисты (n=4)	От 5 мес. до 7 лет	3	1
	Опухоли (n=2)	От 8 мес. до 2 лет	-	2
Кистозное удвоение ДПК (n=1)		9 лет	1	-
Киста полости малого сальника (n=1)		6 лет	1	-
Всего	n=43		20	23

Примечание. *ЖВС – желчевыделительная система.

Нозологические формы заболеваний печени, ЖП, поджелудочной железы (ПЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), требовавшее проведения дифференциальной диагностику, приведены в таблице - 1. Несмотря на общность наличия кистозного образования в пределах паренхимы, воротах печени и прилегающих отделах не зависимо от генеза (врожденный, приобретенный, паразитарного происхождения) имеющиеся солидный, жидкостный или смешанный характер структуры, они имеют отличия в зависимости от органной принадлежности и характера поражения, выявляемые по ходу комплексного исследования.

Как видна из таблицы, нозологические формы заболеваний, потребовавшей проведения дифференциальную диагностику состоит из кистозных поражений различной локализации в органах гепато-панкреато-дуоденальной зоны. Преобладала встречаемость паразитарных кист печени при относительной средней частоты солитарных кист печени и ПЖ. В единичных случаях наблюдались кистозное удвоение ДПК и киста в полости малого сальника. Диагностические сложности возникли при опухолях печени и ПЖ доброкачественного и

злокачественного характера, характеризующиеся наличием опухолевидного образования в их проекции, имеющие отдельные сходные клинические признаки с кистозными поражениями билиарного тракта. Аномалии ЖВС: кистозная форма билиарных атрезии, УЖП, различные деформации ЖП и ЖКБ не только имеет сходные клинические признаки и идентичные данные при вспомогательных методах диагностики, но и требуют особые тактики при планировании лечебной тактики, что подтверждают необходимости проведения дифференциальной диагностики. Причиной диагностических и оперативно-тактических ошибок служили неправильная трактовка клинических проявлений, носящий неспецифический общий характер для указанных заболеваний и недоучет особенностей строения, локализации кистозного образования по данным УЗИ и лучевых методов диагностики.

Общими проявлениями для истинных и паразитарных кист печени является определение одиночных или множественных полостных образований анэхогенным содержимым с ровными четкими контурами различного диаметра, локализующиеся в любых отделах печени: субкапсулярно, в толще паренхимы или вступающее на поверхности органа. Отдельные особенности позволяет верификацию истинных кист печени от паразитарных и кистозных расширений желчных протоков. Истинные кисты печени обычно является одиночными, имеет различные формы и размеры, окруженные фиброзной капсулой, не позволяет связи с желчными протоками и препятствуют быстрому росту, обеспечивая стабильность формы и размеров кисты (рис.1).

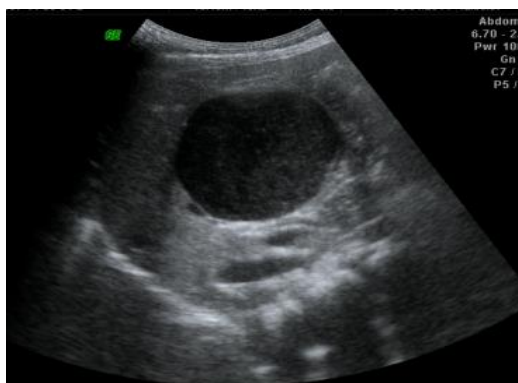


Рис. 1. Эхоскопическая картина солитарной кисты печени

Как правило размеры их может меняться по мере прогрессирования заболевания или возникновения осложнений (разрыв, нагноение). Паразитарные кисты, может быть, одиночными или множественными, имея различные размеры отдельных кист. Для них характерными являются относительно высокая плотность содержимого кисты, наличие дополнительного сигнала от хитиновой оболочки и неоднородность внутреннего содержимого из-за наличия дочерних пузырей (рис. 2).



Рис. 2. Эхоскопическая картина паразитарной кисты печени: отмечается анэхогенное кистозное образование с четкой фиброзной капсулой и множественными дочерними кистами меньшего размера

Отличительными особенностями БК является расширение различной степени вне- и внутripеченочных протоков в зависимости от типа кистозного расширения. Такое различие

можно определить при проведении функциональной эхохолецистографии в динамике до и после приема (через 30-45 минут) «желчегонного завтрака» (яичного желтка), оказывающее холекинетическое действие. При этом наблюдается сокращение ЖП или кистозного образования, проявляющееся в изменении их размеров и формы (или одного из них), отличающихся от первоначального, что является характерным изменением со стороны ЖП и кистозного расширения при БК (рис.3).

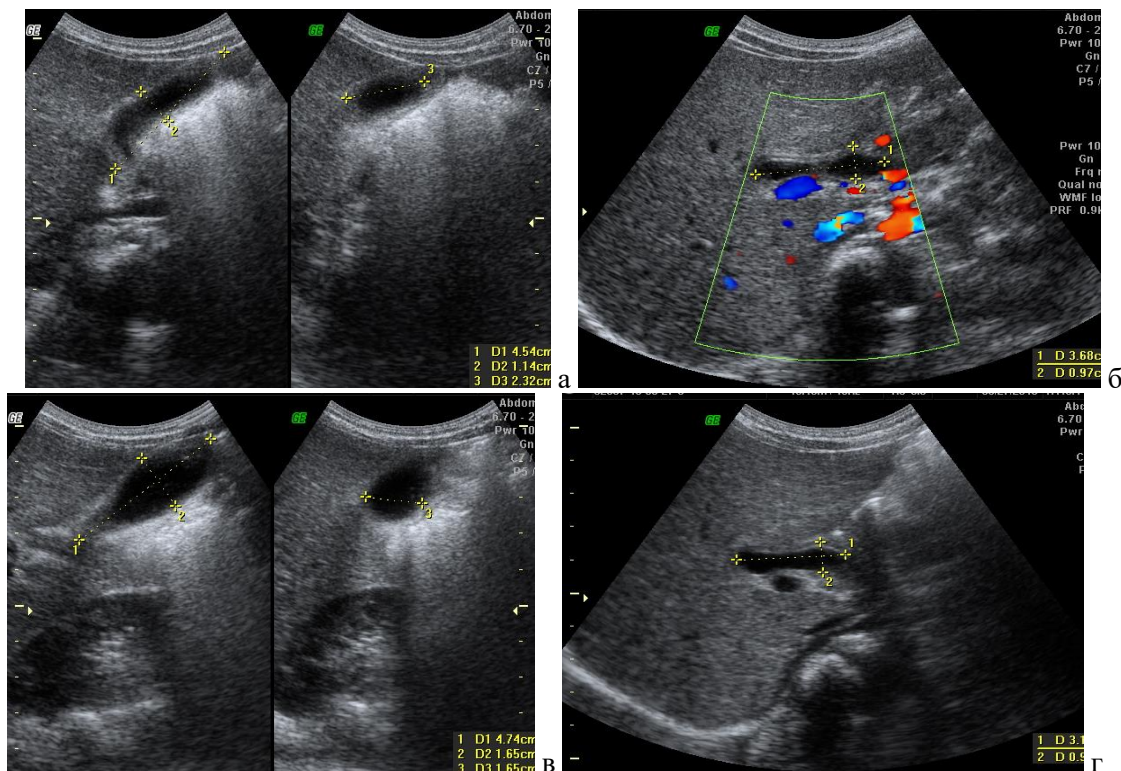


Рис. 3. Эхоскопическая картина ЖП и кистозно-расширенного холедоха до (а, б) и после (в, г) желчегонного завтрака: отмечается незначительное увеличение размеров ЖП и кистозно-расширенного холедоха; больная К. 3 лет. ИБ: №2269

В 24 (55,8%) случаях был заметно изменились форма и размеры кистозного образования и ЖП.

При солитарных и паразитарных кистах печени размеры патологических образований и визуализация желчных протоков при динамической функциональной эхохолецистографии остается без изменений.

При опухолях печени (гепатобластома – 3, доброкачественные опухоли – 3: гемартома – 2, гемангиома – 1). Изучение анамнестических данных показала скудность начальных клинических признаков так при доброкачественных так и злокачественных опухолях печени. Из 6 больных лишь у 3 наблюдались периодические боли в животе, тошнота, рвота, анорексия, слабость, постепенное потеря веса. У больных гепатобластомами участились беспокойство ребенка, боли в животе, отмечены увеличение размеров печени и окружности живота, периодические подъемы температуры тела и рвота. В анализах крови выявлены нормохромная, анемия, повышение уровня печеночных ферментов и щелочной фосфатазы при умеренном повышении уровень общего билирубина. При гепатобластоме характерным был значительное повышения уровня альфа-фетопротейна (АФР). УЗИ брюшной полости позволяет определить кистозный очаг солидного характера и исключают патологии почки, кисты холедоха, истинные и паразитарные кисты печени. При очаговых поражениях печени оценка характера и интенсивности васкуляризации с констатацией отсутствия или наличие сосудов в очаге поражения, по его периферии степень их распространенности и определение вида кровотока имеет важное значение для идентификации сосудистых мальформаций печени от злокачественных новообразований. При лучевых методах диагностики выявляется увеличение

печени и очаги кальцификатов. КТ с контрастированием дает наиболее полную информацию о местном распространении опухоли и состоянии регионарных лимфатических узлов (рис. 4).

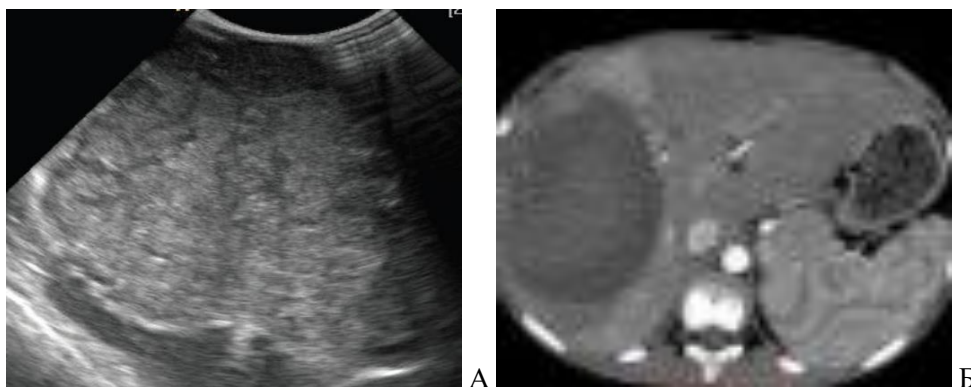


Рис. 4. УЗИ и КТ печени при опухолях. А) эхограмма опухоли печени в обычном режиме: опухоль визуализируется недостаточно четко;
Б) КТ изображении без контрастного усиления: отмечается гетерогенное объемное образование с низкой плотностью и четкими границами

При обнаружении кистозного образования в воротах печени в 6 наблюдениях (у новорожденных и детей грудного возраста) синдромом холестаза дифференциальная диагностика проводилась с кистозной формой билиарной атрезии, являющиеся вариантами обструктивной холангиопатии, ошибочно принимаемую за кисту холедоха [12, 13].

Отличительными признаками неосложненных форм кист холедоха является более благоприятное, малосимптомное течение, позволяющее отсрочить проведения оперативного вмешательства. При кистозной форме билиарной атрезии характерными является нарастающие явления печеночной недостаточности. В дифференциальной диагностике помогает результаты УЗИ гепатобилиарного тракта и МРТ-холангиографии с учетом следующих критерий: при кист холедоха –расширения внутрипеченочных желчных протоков различной степени, распространяющиеся на внепеченочные в виде веретенообразного или шаровидной формы, наличие нормального, увеличенного и нередко меньшего размера, причудливый формы ЖП, содержащее желчь; при кистозной формы билиарной атрезии – отсутствие расширения внутрипеченочных протоков, определение фиброзного тяжа или наличие кистозного образования, обычно небольшого диаметра, заканчивающиеся в воротах печени, дистальных отделов ОЖП не удается определить. ЖП обычно гипоплазирован или атрезирован с уплотненными стенками без содержимого или небольшого количество слизи. В наших наблюдениях с кистозной формой билиарной атрезии из 6 больных у 3 (50%) окончательный диагноз был установлен при диагностической лапароскопии или во время открытого оперативного вмешательства дополненной ИОХГ, позволявшее отсутствие связи кистозно-расширенного внепеченочного желчного протока с просветом кишечника и внутрипеченочными протоками. Киста в 4 наблюдениях был заполнена слизью, в 2 – слабоокрашенным желчным содержимым, что свидетельствуют об отсутствии или степени сохранности связи с внутрипечёночными протоками.

Анализ собственного наблюдения и литературных данных свидетельствует о сложности и обязательной необходимости дифференциальной диагностики УЖП с II типом кистозного расширения – дивертикулом ОЖП.

В одном из наших наблюдений диагностические трудности возникли при УЖП у ребенка 5 лет. Определение дополнительного кистозного образование в области ворота печени при УЗИ и МСКТ служил основанием для установления предварительного диагноза кисты холедоха. При операции выявлена УЖП соответствующее I типу - два отдельные Y-образные желчные пузыри сливаясь в шеечном отделе образуя единый пузырный проток, впадающий в ОЖП по классификации Харлафтис и др. (1977) [14]. Подробно об этом случае изложено в статье Эргашева Н.Ш. и др. (2025) [15] (рис. 5)



Рис. 5. Макропрепарат УЖП. Больной М. 5 лет. ИБ: №1568

Различные деформации ЖП с нарушением формы и эвакуаторной способности ЖП, сопровождавшихся с абдоминальным болевым синдромом и признаками холестаза, наблюдавшихся у 3 больных, удалось легко дифференцировать при проведении комплекса дооперационных исследований. При ультразвуковых и МРТ-холангиографических исследованиях четко констатируется форма и причин деформаций ЖП при отсутствии изменений в положения и размерах вне и внутривнутрипеченочных желчных протоков.

При ЖКБ у детей дифференциальная диагностика с кистозными аномалиями желчных протоков возникает при развитии осложнений в виде острого холангита, панкреатита и обтурации желчного протока конкрементами. ЖКБ у детей четко подтверждается при помощи УЗИ.

Исследование позволяет выявить наличие конкрементов в ЖП или в билиарном тракте, при наличии или отсутствия аномалии развития билиарной системы. Характерным является утолщение стенок ЖП, что свидетельствует о воспалительном процессе (рис. 6).

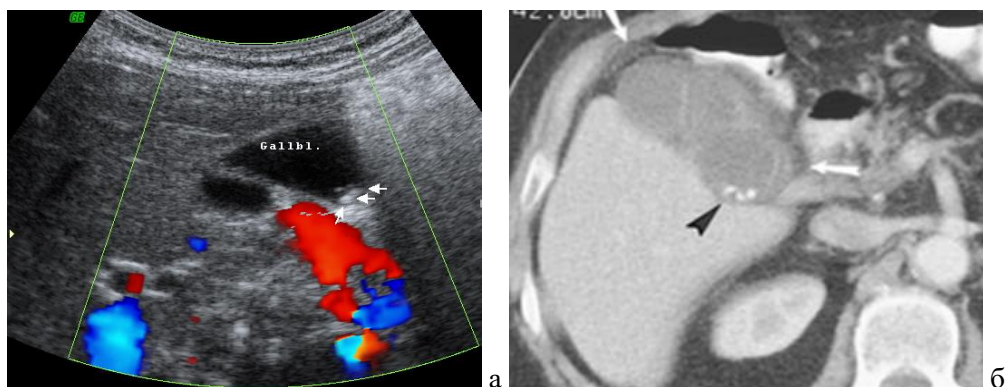


Рис. 6. Эхокартина и КТ-картина ЖКБ с БК. Больная М. 5 лет. ИБ: №1523

Для более точного определения типа конкрементов и характер осложнений можно использовать МРТ-холангиографию и лучевые методы диагностики. Биохимический анализ крови обнаруживает гиперхолестеринемию, также возможного повышения содержание билирубина. В клиническом анализе крови выявляются общие признаки воспаления (лейкоцитоз, увеличение СОЭ и др.). Холелитиаз у детей может быть одним из проявлений врожденной, наследственной патологии или инфекционно-паразитарных заболеваний, поэтому возникает необходимость в проведении дополнительных обследований для уточнения причины ЖКБ.

Распознавание патологий ПЖ в условиях нарастающего их роста у детей является сложной задачей, справиться с которой возможна при комплексной оценки состояния заинтересованных органов. При кистозных мальформациях желчных протоков наиболее часто дифференциальная диагностика приходится проводить с опухолями доброкачественного или злокачественного генеза расположенные в головке и теле ПЖ. Среди них часто наблюдается кисты и редко

встречающийся солидная псевдопапиллярная опухоль ПЖ, относящийся к новообразованиям с неизвестным гистогенезом, низкой степенью злокачественности и сравнительно благоприятным прогнозом при раннем его выявлении.

Часто кисты и опухоли ПЖ в ранних этапах развития протекает бессимптомно, жалобы, обусловленные ими, появляются при поздних стадиях заболевания и значительном увеличении их размеров с прорастанием и с компрессией соседних органов. Больные ощущают тяжесть и боль в верхних отделах живота, возможно появление симптомов механической желтухи за счет сдавления панкреатической части ОЖП. Боль может локализоваться в области пупка или распространяется на поясницу [16]. Основой диагностики кист и опухолей ПЖ являются инструментальные методы обследования: УЗИ, КТ с внутривенным контрастированием и МРТ-холангиография, позволяющее установить наличие образования в ПЖ, связь кисты с протоковой ее системой и билиарным трактом. Отличительными особенностями кист и опухолей ПЖ от кистозных мальформаций билиарного тракта являются наличие единичных или множественных перегородок и кистозно-солидный характер образования с тенденцией компрессии, и прорастания элементов печечно-дуоденальной связки и сдавления просвета ДПК (рис. 7).

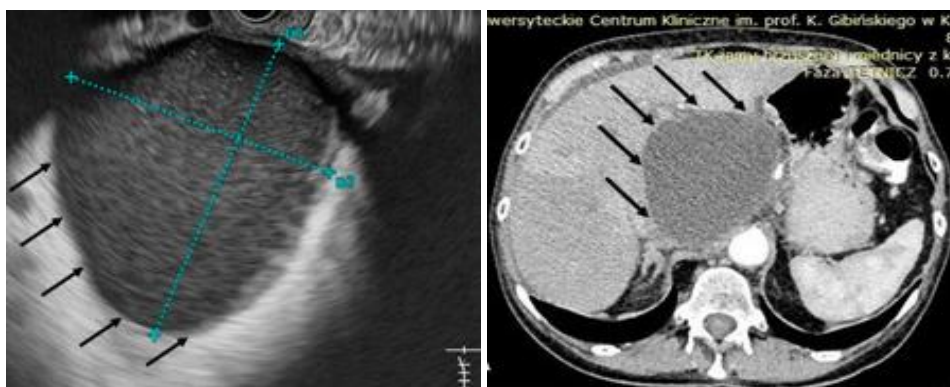


Рис. 7. УЗИ и КТ при опухоли головки ПЖ
(из статьи автора Kluszczyk P, et al. 2025)

При кистозных аномалиях желчных протоков, особенно III типа – кистозного расширения дистального отдела ОЖП, выступающий в просвет ДПК, именуемое также – холедохоцеле (ХЦ), возникает необходимость в проведении дифференциальной диагностики с патологией ДПК: с кистозным его удвоением (у 1), кистой сальниковой сумки (у 1). ХЦ является одной из редких форм кистозных мальформаций билиарного тракта. Начальные клинические признаки широко варьируют и являются неспецифичными. Особенности клинических проявлений ХЦ с учетом литературных данных представлены в опубликованной нами статье [17]. Sarris and Tsang (1989) с учетом анатомии панкреатобилиарной системы различали два варианта ХЦ: тип А и тип В [18] (рис.8).

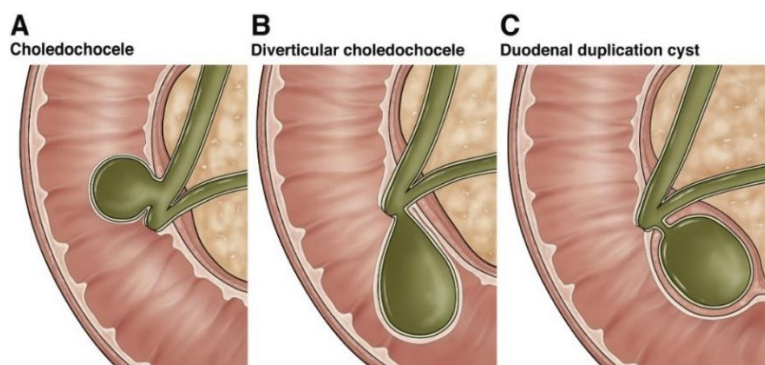


Рис. 8. Схематическое изображение вариантов ХЦ: истинная ХЦ (а); дивертикулярная ХЦ (б); ХЦ при кистозном удвоении ДПК (с) (из статьи автора Karthi Keyan M, et al. 2019)

При типе А интрамуральный желчный проток открывается в кистозно-расширенный сегмент, который сообщается с просветом ДПК через отдельное отверстие. Тип В представляет собой дивертикул внутриампулярного общего канала, расположенный дистальнее ампулярного отверстия и открывающийся в просвет ДПК. Также наблюдается дупликационная киста ДПК с вовлечением подслизисто расположенного дивертикула, исходящего из зоны Фатерова сосочка.

При кистозном удвоения ДПК образование в ее стенке локализуется в противоположной стороне или вдали от дуоденального сосочка (рис. 9).

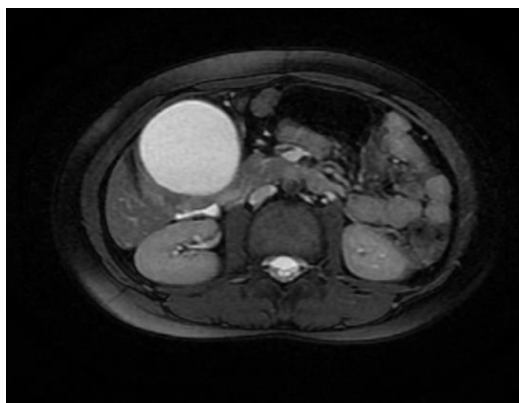


Рис. 9. МСКТ картина кистозного удвоения ДПК. Больная С. 9 лет.
ИБ: №2095

Верификация диагноза в подобных случаях проводится с помощью гастродуоденоскопии, позволяющее установить наличие вариантов патологии ДПК различного генеза и дополненное в случае необходимости ретроградным контрастированием панкреатобилиарного тракта и гистологическим исследованием биопсийного материала [19] (рис. 10).

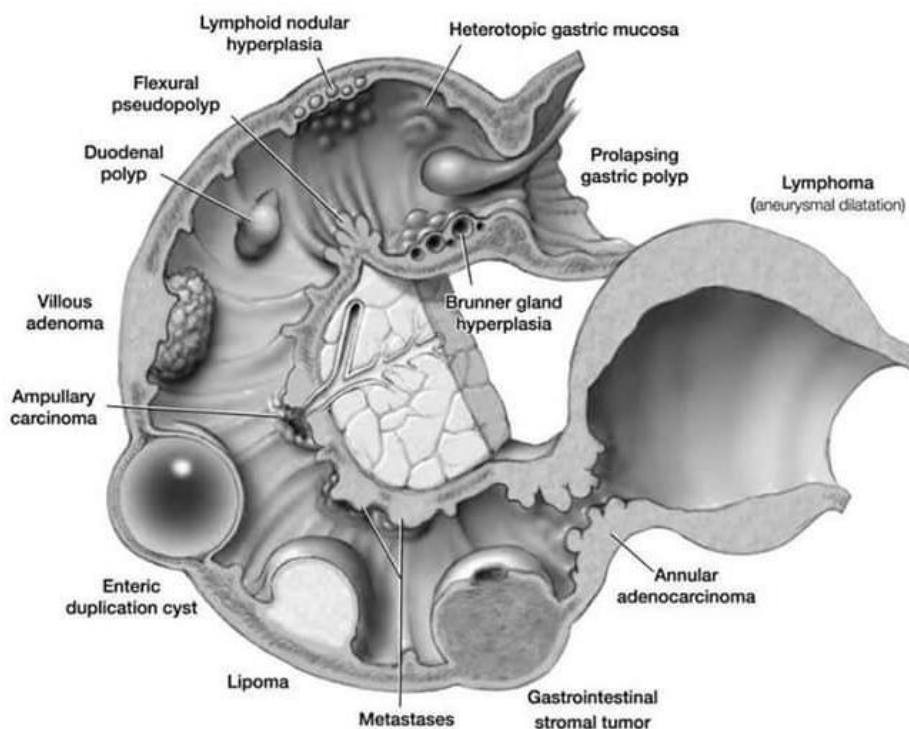


Рис. 10. Место локализации и вид кистозных удвоений или других образований в ДПК (из статьи автора Ulysse Laplanche et al. 2024)

Данный подход позволяет также дифференциации ХЦ от дупликационной кисты ДПК в случаях малигнизации или доброкачественных образований виде глубокого кистозного энтерита в ампуле Фатера [20]. Лабораторные исследования выявляют повышения уровня амилазы, липазы и активности трансаминаз. Окончательный диагноз устанавливаются с учетом данных эндоскопической и операционной биопсии.

Киста малого сальника у детей – редкое, преимущественно врожденное доброкачественное образование, представляющее собой полость с жидкостью, которое было выявлено у одного ребенка. Отмечались боли в животе, чувство тяжести в эпигастральной области и рвота. Диагноз был установлен с помощью УЗИ и КТ. УЗИ является основным методом, позволяющим обнаружить образование, а КТ брюшной полости помогает уточнить его локализацию и взаимосвязь с окружающими органами (рис. 11).



Рис. 11. Эхокартина кисты полости малого сальника у ребенка 6 лет.

По мере увеличения размеров кисты клинические симптомы становились более выраженными, в связи с чем ребенку была проведена плановая лапароскопическая операция с полным удалением образования.

Заключение

В заключении можно отметить, что клинические проявления кистозных аномалий желчных протоков, как и другие заболевания, сопровождающиеся сходными признаками и наличием кистозного или солидного образования в гепато-панкреато-дуоденальной зоне, требующее проведения дифференциальную диагностику, не носит специфический характер. Присутствия отдельных или ряд признаков может служить проявлением любого из этих заболеваний или происходящих содружественных изменений в них при возникновении различных осложнений из-за их тесных анатомо-физиологических особенностей и возникающих функциональных нарушений при изолированном их поражении.

Для установления окончательного диагноза необходимо проведение комплекса, взаимно дополняющих методов исследования, позволяющее выявить характерные и специфические признаки для отдельных заболеваний, что имеет важное значение для выбора соответствующей тактики лечения. Дополнение УЗИ, МРТ холангиографии, КТ печени и желчных протоков с фиброгастродуоденоскопией, в случае необходимости ретроградным контрастированием билиарного тракта, при учете специфических лабораторных данных являются основой для установления окончательного диагноза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Нгуен Тхан Лим, Черемнов ВС, Козлов ЮА. Киста общего желчного протока – современное состояние проблемы. Детская хирургия. 2021;25(1):37-43. doi:10.18821/1560-9510-2021-25-1-37-43. [1]
2. Eiamkulbutr S, Tubjareon C, Sanpavat A, et al. Diseases of bile duct in children. World J Gastroenterol. 2024;30(9):1043-1072. doi:10.3748/wjg.v30.i9.1043. [2]

3. Soares KC, Kim Y, Spolverato G, et al. Presentation and clinical outcomes of choledochal cysts in children and adults: a multi-institutional analysis. *JAMA Surg.* 2015;150(6):577-584. doi:10.1001/jamasurg.2015.0226. [3]
4. Iwano K, Kurita A, Yazumi S. Carcinoma in situ of the perihilar bile duct diagnosed by peroral cholangioscopy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2022;29:e84-e85. [4]
5. Durgun AV, Ergün S, Turgut BC, et al. Biliary cysts in adults: Cerrahpaşa experience. *Turk J Surg.* 2023;39(4):315-320. [5]
6. Морозов ДА, Гусев АА, Пименова ЕС. Кисты желчных протоков: современные аспекты хирургического лечения и клиническое наблюдение редкого варианта. *Вопросы современной педиатрии.* 2015;14(3):412-415. doi:10.15690/vsp.v14i3.1380. [6]
7. Гранов ДА, Шаповал СВ, Боровик ВВ. Хирургическое лечение врождённой кисты общего жёлчного протока с последующим развитием холангиокарциномы. *Вестник хирургии имени И.И. Грекова.* 2016;175(6):82-85. [7]
8. Ishibashi H, Shimada M, Kamisawa T, et al. Japanese clinical practice guidelines for congenital biliary dilatation. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017;24:1-16. doi:10.1002/jhbp.415. [8]
9. Wu GS, Zou SQ, Luo XW, et al. Proliferative activity of bile from congenital choledochal cyst patients. *World J Gastroenterol.* 2003;9(1):184-187. doi:10.3748/wjg.v9.i1.184. [9]
10. Lilly JR, Stellin GP, Karrer FM. Forme fruste choledochal cyst. *J Pediatr Surg.* 1985;20(4):449-451. doi:10.1016/S0022-3468(85)80030-5. [10]
11. Эргашев НШ, Якубов ЭА. Клинические вариации кистозных трансформаций желчных протоков у детей. *Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.* 2016;(1):79-83. [11]
12. Борисова ИИ, Каган АВ, Караваева СА, и др. Кистозная форма билиарной атрезии. Опыт лечения. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* 2020;10(1):17-24. doi:10.17816/psaic603. [12]
13. Zhou LY, Guan BY, Li L, et al. Objective differential characteristics of cystic biliary atresia and choledochal cysts in neonates and young infants: sonographic findings. *J Ultrasound Med.* 2012;31(6):833-841. doi:10.7863/jum.2012.31.6.833. [13]
14. Ahunayizhi A, Zhang XL, Chen Q, et al. Laparoscopic management of gallstones in a duplicate gallbladder with double cystic ducts: a case report. *World J Gastrointest Surg.* 2025;17(9):110796. doi:10.4240/wjgs.v17.i9.110796. [14]
15. Эргашев НШ, Якубов ЭА, Отаназаров ЖУ. Ошибки и осложнения на этапах диагностики и оперативного лечения при удвоении желчного пузыря: обзор литературы и описание клинического случая у ребёнка. *Новый день в медицине.* 2025;11(85):68-75. [15]
16. Kluszczuk P, Tobiasz A, Madej A, et al. Pancreatic pseudocysts: evolution of treatment approaches. *J Clin Med.* 2025;14(17):6152. doi:10.3390/jcm14176152. [16]
17. Эргашев НШ, Якубов ЭА, Отаназаров ЖУ. Киста холедоха III типа: особенности диагностики, выбора тактики лечения, обзор литературы и описание случая у ребёнка. *Journal of IQRO.* 2025;18(1):143-151. [17]
18. Karthi Keyan M, Soundara Rajan L, Karthi M, et al. Type B choledochocoele vs duodenal duplication cyst: a diagnostic dilemma and its management: a case report. *J Med Case Rep.* 2019;13:160. doi:10.1186/s13256-019-2010-2. [18]
19. Laplanche U, Montalva L, Dara P, et al. Enucleation for intestinal duplications: a comparative study with intestinal resection and anastomosis. *Pediatr Surg Int.* 2024;40(1):167. doi:10.1007/s00383-024-05749-2. [19]
20. You KW, Park SW, Lee GS, et al. A case of enteritis cystica profunda in the ampulla of Vater mimicking choledochocoele. *Clin Endosc.* 2013;46(2):178-181. doi:10.5946/ce.2013.46.2.178. [20]

Поступила 20.06.2026