

2. Абаев Ю.К., Прокопчук Н.Р., Адарченко Н.В. Эффективность антисептиков и значение микрофлоры в процессе раневого заживления // *Детская хирургия*. - 2008. - №1. - С. 25-29.
3. Ахмедов У.У. Циркуляция микроорганизмов в хирургических стационарах и их гигиеническое и эпидемиологическое значение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Душанбе, 2000. - 13 с.
4. Бухарин О.В., Валишева А.В., Гильмутдинова Ф.Г. и др. Экология микроорганизмов человека. - Екатеринбург: УрО РАН, 2006. - 156 с.
5. Гриценко В.А., Иванов Ю.Б. Роль персистентных свойств микроорганизмов в патогенезе эндогенных инфекций // *Журнал микробиол.* - 2009. - №4. - С. 66-71.
6. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология. - СПб.: ФОЛИАНТ, 2006. - 360 с.
7. Мерзабекян Ю.Р., Добровольский С.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи // *Хирургия*. - 2008. - №1. - С. 66-71.
8. Никитенко В.И., Захаров В.В., Бородин А.В. и др. Роль транслокации бактерий в патогенезе хирургической инфекции // *Хирургия*. - 2001. - №2. - С. 63-66.
9. Стручков И.В., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Руководство по гнойной хирургии. - М.: Медицина, 1984. - 285 с.
10. Троицкий А. В., Ларин А.В., Лысенко Е.Р. и др. Вариант редкого течения ложной аневризмы левой подвздошной артерии // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 1998. - Т. 4, №1. - С. 123-133.
11. Усвятцов Б.Я., Бухарин О.В., Хлопко Ю.А. Структурно-функциональная характеристика микросимбиоза человека // *Журнал микробиол.* - 2009.-№4. - С. 4-8.
12. Can Gonen, Arzu Topeli, Yesim S. Cetinkaya. Prosthetic Valve Endocarditis Caused by *Salmonella enteritidis* // *Scand J Infect Dis*. - 2003. №36. - P.72-75.
13. Collier M. Recognition and management of wound infections // *United Lincolnshire Hospitals NHS Trust*. - Октябрь. 2004г. - Режим доступа: <http://www.worldwidewounds.com/2004/january/Collier/Management-of-Wound-infections.html>
14. Patrick Pessaux, Simon Msika, David Atalla et al. Risk Factors for Postoperative Infectious Complications in Noncolorectal Abdominal Surgery // *Arch Surg*. - 2003. - Vol. 138. - P. 314-324.
15. Peschel A., Collins L.V. Staphylococcal resistance to antimicrobial peptides of mammalian and bacterial origin // *Peptides*. - 2001. - Vol. 22, №10. - P. 1651-1659.

**Координаты для связи с авторами:** Лайман Елена Федоровна — зав. микробиологической лабораторией, врач-бактериолог лесозаводского филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», аспирант кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии ВГМУ, тел.: 8(42354) 21-254, e-mail: [laimanss@mail.ru](mailto:laimanss@mail.ru); Шаркова Валентина Александровна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии ВГМУ, тел.: 8-964-437-70-55; Кузнецова Наталья Алексеевна — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. лаборатории молекулярной эпидемиологии НИИ эпидемиологии и микробиологии Сибирского отделения РАМН, тел.: 8-924-268-95-20; Баранова Наталья Анатольевна — биолог микробиологической лаборатории Лесозаводского филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», тел.: 8-950-297-27-23; Шарафуллина Ирина Дмитриевна — врач-хирург поликлиники МУЗ ЦРБ пос. Кировский, тел.: 8-914-732-71-98; Федоренко Александр Тимофеевич — зав. хирургическим отделением, врач-хирург, МУЗ ЦРБ пос. Кировский, тел.: 8-423-542-15-07; Гуркалюк Владимир Александрович — врач-хирург, МУЗ ЦРБ пос. Кировский, тел.: 8-423-542-15-07; Карташов Игорь Юрьевич — врач-хирург, МУЗ ЦРБ пос. Кировский, тел.: 8-914-653-10-11.



УДК 616.367 - 089

Н.В. Ташкинов<sup>1</sup>, Н.Н. Кузнецов<sup>2</sup>, Н.А. Куликова<sup>1</sup>

## СЛУЧАЙ БОЛЬШОЙ КИСТЫ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ВЗРОСЛОЙ БОЛЬНОЙ

*Дальневосточный государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 3, тел.: 8(4212) 32-63-93, e-mail: [наука@mail.fesmu.ru](mailto:наука@mail.fesmu.ru);  
Городская клиническая больница № 11<sup>2</sup>, 680015, ул. Аксенова, 41, г. Хабаровск*

Кистой холедоха называется врожденное или приобретенное расширение общего желчного протока. Кисты холедоха встречаются приблизительно в 1 случае на 100-150 тыс. населения. Около 80% кист являются врожденными и диагностируются в возрасте до 10 лет, в то время

как у взрослых эта патология встречается редко [8, 9]. По мнению ряда авторов [2], причинами образования кист холедоха у взрослых являются слабость стенки желчного протока, обструкция дистального отдела холедоха и рефлюкс панкреатических ферментов в общий желчный

проток. Клиническая и лабораторная диагностика кист холедоха малоинформативна. Наиболее информативными методами являются УЗИ, КТ, МРТ и ЭРХПГ [2, 3, 5, 6]. Применение «диатермической» ЭРХГ расширяет диагностические возможности метода ретроградного контрастирования холедоха [7].

Лечение кист холедоха — оперативное. Основные виды операций: внутреннее дренирование (цистохоледоходуодено- или цистохоледохоэюноанастомоз с созданием У-образного межкишечного анастомоза или реже анастомоза «бок в бок») и частичное или полное иссечение кисты с формированием цистохоледохо- или гепатикодигестивного анастомоза. Сложность и опасность вмешательства с резекцией стенки кисты возрастают, но отдаленные результаты лучше. Одним из важных аргументов в пользу удаления кист является то, что у 2,5-3,2% пациентов в отдаленном периоде в кисте развивается злокачественная опухоль [4]. Представляем случай кисты холедоха, развившейся у взрослой больной.

*Больная К., 53 лет, поступила в городскую клиническую больницу № 11 04.06.11 г. с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, общую слабость. Последнее обострение развилось 03.06.11 г., когда после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье. Отмечала подобные приступы в течение последних лет. Лечилась стационарно и амбулаторно с временным эффектом. Во время предыдущего приступа (16.05.11 г.) была госпитализирована в Дорожную клиническую больницу ст. Хабаровск-I с диагнозом: ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холелитиаз, механическая желтуха, вторичный билиарный панкреатит среднетяжелого течения. Несмотря на проведение УЗИ, диагноз кисты холедоха установлен не был. Контрастирование желчевыводящих протоков через устье большого дуоденального сосочка не удалось. От оперативного лечения больная отказалась.*

*Anamnesis vitae. В детском возрасте жалоб на патологию со стороны желчевыводящей системы не предъявляла. Другие заболевания отрицает. Операций не было, травм не отмечала. Гемотрансфузии не проводились. Аллергологический анамнез — реакция на фолиевую кислоту. Вредные привычки отрицает. Наследственность неотягощена.*

*Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричны. Отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС — 80 в мин, АД — 130/80 мм рт.ст. Живот не вздут, равномерно участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Симптомы Кера, Орнтера положительные. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.*

*При поступлении было выявлено увеличение общего билирубина до 40 мкмоль/л, прямого до 15 мкмоль/л. По УЗИ размеры левой доли печени — 4,0 см; правой доли — 11,9 см. Край печени острый, ровный, паренхима повышенной зернистости. Эхогенность средняя. Внутривенные ходы расширены до 0,3 мм; левый долевым — до 0,6 мм, правый долевым — до 0,4 мм. Желчный пузырь уменьшен в размерах до 3,5 на 1,1 см, толщина стенки 0,3 см, в*

## Резюме

В статье представлен случай диагностики и лечения большой кисты холедоха у взрослой пациентки. Заболевание манифестировало во взрослом возрасте, хотя приблизительно в 80% случаев кисты холедоха являются врожденными и обычно диагностируются у детей. Применение УЗИ не всегда позволяет точно диагностировать данную патологию. Транспапиллярная ЭРХГ не позволила контрастировать желчные протоки и диагностировать заболевание. Применение «диатермической» ЭРХПГ дало возможность получить контрастирование гепатикохоледоха и установить точный диагноз. Больной произведено наложение холедохоэюноанастомоза на отключенной петле тонкой кишки по Ру с хорошим ближайшим результатом.

*Ключевые слова:* киста холедоха, ЭРХПГ.

N.V. Tashkinov, N.N. Kuznetsov, N.A. Kulikova

## A CASE OF LARGE CHOLEDOCHOCELE IN ADULT

*Far Eastern state medical university;  
Municipal clinical hospital № 11, Khabarovsk*

## Summary

The article presents the case of choledochocoele in adult. The clinical picture of the disease appeared only in adult, although approximately in 80% of cases choledochocoele is congenital and is usually diagnoses in childhood. The ultrasound was not possible to diagnose choledochocoele. The transpapillary ERCP was not possible to contrast bile ducts and to diagnose choledochocoele too. The «diathermy» ERCP allowed to contrast choledochocoele and provided an accurate diagnosis. The patient underwent Roux-choledochojejunostomy with good result.

*Key words:* choledochocoele, ERCP.

*полости конкрементов не выявлено. Гепатикохоледох лоцируется в виде жидкостного образования размерами 2,7 на 6,3 см, в просвете множественные конкременты размерами от 1,0 до 2,0 см. Поджелудочная железа без изменений. Свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке не обнаружено. Выполнена дуоденоскопия, при которой закатеризовать устье большого дуоденального сосочка не удалось (папиллостеноз?). Произведена «диатермическая» ЭРХГ путем «прожигания» супрапапиллярного отдела холедоха проксимальнее устья сосочка приблизительно на 1,0 см. После введения 40 мл 76% верографина получено изображение гепатикохоледоха размерами 4,5 на 7,5 см, конкременты в нем. Заключение: киста холедоха, холедохолитиаз.*

*На основании проведенных методов исследования были установлены показания к оперативному лечению. 06.06.11 г. было произведено оперативное вмешательство под эндотрахеальным наркозом. Выполнена верхне-средняя лапаротомия. При ревизии брюшной полости установлено, что выпота в брюшной полости нет, холедох расширен до 5,0 см на всем протяжении, полностью заполнен конкрементами. Установлен диагноз: киста холедоха, холедохолитиаз. Патологии со стороны других органов не выявлено. Была выполнена холецистэктомия от шейки, холедохотомия, при которой было удалено большое количество конкрементов черного цвета раз-*

личной формы и размеров. Удалить кисту холедоха не представлялось возможным, был наложен холедохоеюноанастомоз на отключенной петле тонкой кишки по Ру, дренирование подпеченочного пространства.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка получала антибиотики, инфузионную терапию со спазмолитиками, антисекреторную терапию, обезбоживание. Динамическое наблюдение показало купирование признаков желтухи (в биохимическом анализе крови отмечено снижение общего билирубина до 18 мкмоль/л, прямого — до 7 мкмоль/л.). Дренаж удален на 3 сут. Швы сняты на 10 сут. Заживление первичным натяжением.

Выписана в удовлетворительном состоянии 15.06.11 г. под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства.

Представленное наблюдение наглядно демонстрирует возможности комплексного применения УЗИ и «диатермической» ЭРХПГ в диагностике кисты холедоха, которая проявилась только во взрослом возрасте.

#### Л и т е р а т у р а

1. Белеков Ж.О., Мамажанов У.А. Хирургическая тактика при кистах общего желчного протока // Ан. хирургии. - 2004. - №5. - С. 68-70
2. Брехов Е.И., Калинин В.В., Коробов М.В. Кисты желчных протоков // Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2006. - №10. - С. 23-26
3. Ничитайло М.Е., Грубник В.В. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. - Киев: Здоров'я, 2005. - 425 с.

4. Раздорин В.А., Свинцов Е.Л. Кистоподобное расширение общего желчного протока // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1998. - Т. 157, №18. - С. 80-81.

5. Полежаев В.П., Пивоваров П.И. Диагностика и хирургическое лечение кисты общего желчного протока // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2002. - №1. - С. 122-124.

6. Baj M., Sengnuta S., O'Dannell L. Choledochocoele of the Cystic Duct: A Case Report // The Internet Journal of Gastroenterology. - 2002. - Vol. 1, №2.

7. Caletti G., Vetucchi G., Bolondi I. et al. Diathermy ERCP: An alternative method for endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in jaundice patients // Gastrointest. Endosc. - 1980. - Vol. 26, №1. - P. 13-15.

8. Todani T., Watanabe Y., Narusue M. Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures and review of 37 cases including cancer arising from choledocal cyst // Am.J.Surg. - 1977. - Vol. 134. - P. 263-269.

9. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1,433 patients in the Japanese literature // Am.J.Surg. - 1980. - Vol. 140. - P. 653-657.

**Координаты для связи с авторами:** Ташкинов Николай Владимирович — доктор мед. наук, профессор, проректор по научной и инновационной работе ДВГМУ, тел.: +7-962-222-7268, e-mail: taschkinov@mail.ru; Кузнецов Николай Николаевич — врач-хирург Городской клинической больницы №11; Куликова Наталья Александровна — аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ДВГМУ.

