



Перибилиарные кисты (обзор литературы с собственным клиническим примером)

А.П. Дунаев^{1,2,3}✉, Ж.В. Шейх^{2,4,5,6}, И.В. Шипулева¹, Р.К. Коготыжев⁷, Т.Ю. Кудрявцева¹

¹ ГБУЗ г. Москвы «Московская городская онкологическая больница №62 Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

² ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия;

³ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

⁴ ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

⁵ ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, Москва, Россия;

⁶ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия;

⁷ ГБУЗ г. Москвы «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

✉ dunaev_alexei@mail.ru

Аннотация

Перибилиарные кисты – редко встречающееся заболевание, что вызывает значительные трудности при их диагностике в клинической практике. Перибилиарные кисты являются доброкачественными образованиями, однако требуют своевременной дифференциальной диагностики с другими опухолевыми и воспалительными заболеваниями печени и желчевыводящих путей, поскольку в ряде случаев могут вызывать тяжелые осложнения вплоть до летального исхода. Классификация, описывающая их характеристики, в настоящее время в литературных источниках отсутствует.

Представлено клиническое наблюдение перибилиарных кист по данным ультразвукового исследования (УЗИ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациента, проходившего скрининговое обследование в рамках клинического испытания вакцины от COVID-19. По результатам УЗИ в воротах печени были выявлены образования, которые были расценены как патологически увеличенные лимфатические узлы. По данным МРТ-исследования эти образования имели жидкостную структуру, не сообщались с желчными протоками и при УЗИ и МРТ-исследованиях в динамике не изменили свои размеры и форму.

Ключевые слова: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, перибилиарные кисты.

Для цитирования: Дунаев А.П., Шейх Ж.В., Шипулева И.В., Коготыжев Р.К., Кудрявцева Т.Ю. Перибилиарные кисты (обзор литературы с собственным клиническим примером). *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (4): 43–47. DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00818

Peribiliary cysts (review of literature with own clinical example)

Aleksey P. Dunaev^{1,2,3}✉, Zhanna V. Sheikh^{2,4,5,6}, Irina V. Shipuleva¹, Rustam K. Kogotyzhev⁷, Tatyana Yu. Kudryavtseva¹

¹ Moscow City Oncology Hospital No. 62, Moscow, Russia;

² Central State Medical Academy, Moscow, Russia;

³ Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia;

⁴ Botkin Hospital, Moscow, Russia;

⁵ A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Moscow, Russia;

⁶ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russia;

⁷ Moscow Multidisciplinary Clinical Center “Kommunarka”, Moscow, Russia

✉ dunaev_alexei@mail.ru

Abstract

Peribiliary cysts are a rare disease, which causes significant difficulties in diagnosing them in clinical practice. Peribiliary cysts are benign formations, but they require timely differential diagnosis with other tumor and inflammatory diseases of the liver and biliary tract, since in some cases they can cause severe complications, including death. A classification describing their characteristics is currently absent in the literature.

Here we report a clinical case of peribiliary cysts revealed by ultrasonography and magnetic resonance imaging (MRI) in a patient screened within the framework of the COVID-19 vaccine clinical trial. Masses in the porta hepatis that were considered to be the abnormally enlarged lymph nodes were identified based on the ultrasonography results. According to MRI data, these masses were liquid-containing; the masses did not communicate with the bile ducts and did not change their shape or size based on the follow-up ultrasonography and MRI data.

Keywords: computed tomography, magnetic resonance imaging, peribiliary cysts.

For citation: Dunaev A.P., Sheikh Zh.V., Shipuleva I.V., Kogotyzhev R.K., Kudryavtseva T.Yu. Peribiliary cysts (review of literature with own clinical example). *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 43–47 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00818

Введение

Перибилиарные кисты являются редко встречающимися образованиями, в связи с чем зачастую возникают трудности при постановке точного диагноза. Эти кисты различаются по размеру, обычно менее 20 мм, распола-

гаются по внутрипеченочным и внепеченочным желчным протокам печени в разном количестве и не сообщаются с просветом желчных путей [1]. Иногда кисты могут располагаться близко друг к другу, имитируя многокамерное злокачественное образование и расши-

ренные желчные протоки печени. Этим обусловлена клиническая значимость таких структур, поскольку они могут имитировать кисту холедоха либо быть предвестником основного заболевания, например портальной гипертензии [2]. Выделяют следующие типы перибиллиарных кист: тип I – печеночный; тип II – внепеченочный; тип III – смешанный печеночно-внепеченочный. Наиболее часто имеет место внутривнутрипеченочная локализация. Внепеченочные кисты, по сравнению с другими кистами, чаще встречаются у женщин, нередко как одиночные жидкостные образования без сопутствующего цирроза или портальной гипертензии. Перибиллиарные кисты часто сопровождаются обструктивной желтухой, их сложнее диагностировать с помощью различных методов визуализации, а также они, как правило, требуют проведения хирургического вмешательства [2]. Хотя кисты являются доброкачественными образованиями, иногда при увеличении размеров они могут компримировать прилегающие структуры печени, что приводит к обструкции желчевыводящих путей и холангиту [2]. Дифференциальная диагностика мультикистозных поражений печени варьирует от доброкачественных поражений, не имеющих клинического значения, до злокачественных, потенциально смертельных опухолей [3]. У мужчин заболевание проявляется чаще, вероятно, за счет более высокого употребления алкоголя [4]. Могут иметь значение и другие возможные гормональные, генетические или приобретенные факторы.

Клинический случай

Пациент Г., 46 лет, проходил скрининговое обследование в рамках клинического испытания вакцины от COVID-19. По результатам ультразвукового исследования (УЗИ), выполненного в поликлинике по месту жительства, в воротах печени были выявлены образования размером до 15 мм, которые были расценены как патологически увеличенные лимфатические узлы (данные первичного УЗИ получить не удалось, в истории болезни имеется только протокол описания). Пациент был направлен на консультацию в онкологическую больницу с направительным диагнозом новообразования неопределенного или неизвестного характера печени, желчного пузыря и желчных протоков.

Пациенту была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости (рис. 1) с внутривенным контрастным усилением. Исследование проводилось на МР-томографе производства Toshiba Exlart Vantage AtlasZ 1,5 Тл с использованием гибкой фазированной катушки для тела. Данное МРТ-исследование было выполнено в кабинете МРТ ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62» ДЗМ.

По результатам МРТ-исследования по ходу холедоха, общего печеночного протока и левого печеночного протока были выявлены жидкостные образования размером от 4 до 15 мм, которые были расценены как перибиллиарные кисты, и отдельно расположенное жидкостное образование в клетчатке над головкой поджелудочной железы.

Рис. 1. МРТ брюшной полости от 21.09.2023:

а – магнитно-резонансная холангиопанкреатография (MRCP): по ходу холедоха, общего печеночного протока и левого печеночного протока определяются жидкостные образования размером до 14 мм. В клетчатке над головкой поджелудочной железы имеется отдельное образование размером 20 мм; б – T2-взвешенное изображение (T2-ВИ), сагиттальная проекция: кисты по ходу холедоха (короткие стрелки; холедох – длинная стрелка); в, г – диффузионно-взвешенные изображения (ДВИ): кисты умеренно ограничивают диффузию и имеют умеренно сниженный изменяемый коэффициент диффузии (стрелки); д – T1-взвешенное изображение с режимом жироподавления (T1-FS): венозная фаза контрастирования, стенки кист не накапливают контрастное вещество.

Fig. 1. Abdominal MRI from 21.12.2023:

а – magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP): along the common bile duct, the common bile duct, the common hepatic duct and left hepatic duct fluid formations up to 14 mm in size are determined. In the tissue, above the head of the pancreas, there is a separate formation measuring 20 mm; б – T2WI, sagittal projection: cysts along the common bile duct (short arrows; common bile duct – long arrow); в, г – DWI: cysts moderately limit diffusion and have a moderately reduced ADC (variable diffusion coefficient) (arrows); е – T1FS: venous phase of contrast, the walls of the cysts do not accumulate contrast agent.

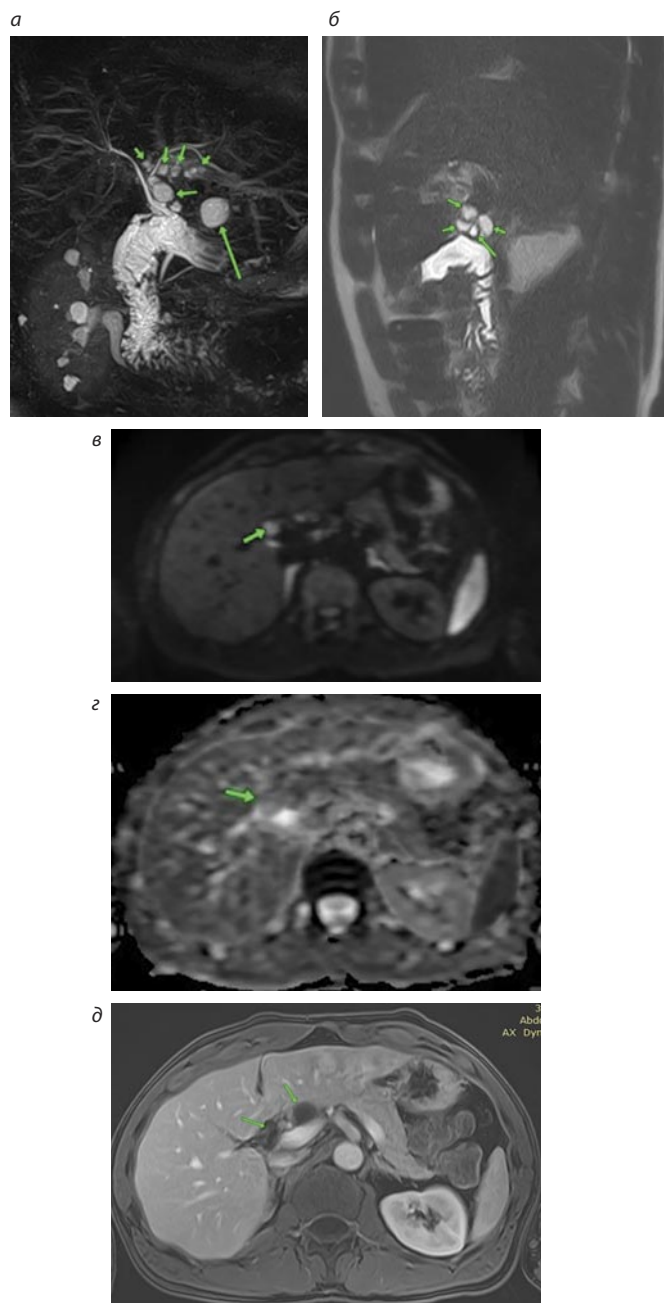


Рис. 2. МРТ-исследование брюшной полости от 27.07.2024. Размеры и количество кист по ходу холедоха и над головкой поджелудочной железы не изменились:

а – MRCP: по ходу холедоха, общего печеночного протока и левого печеночного протока сохраняются жидкостные образования размером до 15 мм (короткие стрелки). В клетчатке над головкой поджелудочной железы сохраняется жидкостное образование размером 20 мм (длинная стрелка); **б** – T2-ВИ, сагиттальная проекция: сохраняются кисты по ходу холедоха (короткие стрелки); **в, г** – ДВИ: кисты по-прежнему не ограничивают диффузию и имеют умеренно повышенный изменяемый коэффициент диффузии (стрелки); **д** – T1-FS: венозная фаза контрастирования, жидкостные образования не накапливают контрастное вещество; **е** – гепатотропное контрастное вещество выделяется через холедох, кисты на этом фоне не заполняются контрастным веществом, так как с ним не связаны.

Fig. 2. MRI examination of the abdominal cavity from 27.07.2024. The sizes of cysts along the common bile duct and above the head of the pancreas have not changed:

а – MRCP: along the common bile duct, the common hepatic duct and left hepatic duct, fluid formations up to 15 mm in size remain (short arrows). In the tissue, above the head of the pancreas, a fluid formation of 20 mm in size remains (long arrow); **б** – T2WI, sagittal projection: cysts along the common bile duct remain (short arrows); **в, г** – DWI (diffusion-weighted images): the cysts still do not restrict diffusion and have a moderately increased ADC (variable diffusion coefficient) (arrows); **д** – T1-FS: venous phase of contrast, fluid formations do not accumulate contrast agent; **е** – hepatotropic contrast agent is released through the common bile duct; cysts against this background are not filled with contrast agent, since they are not connected with it.

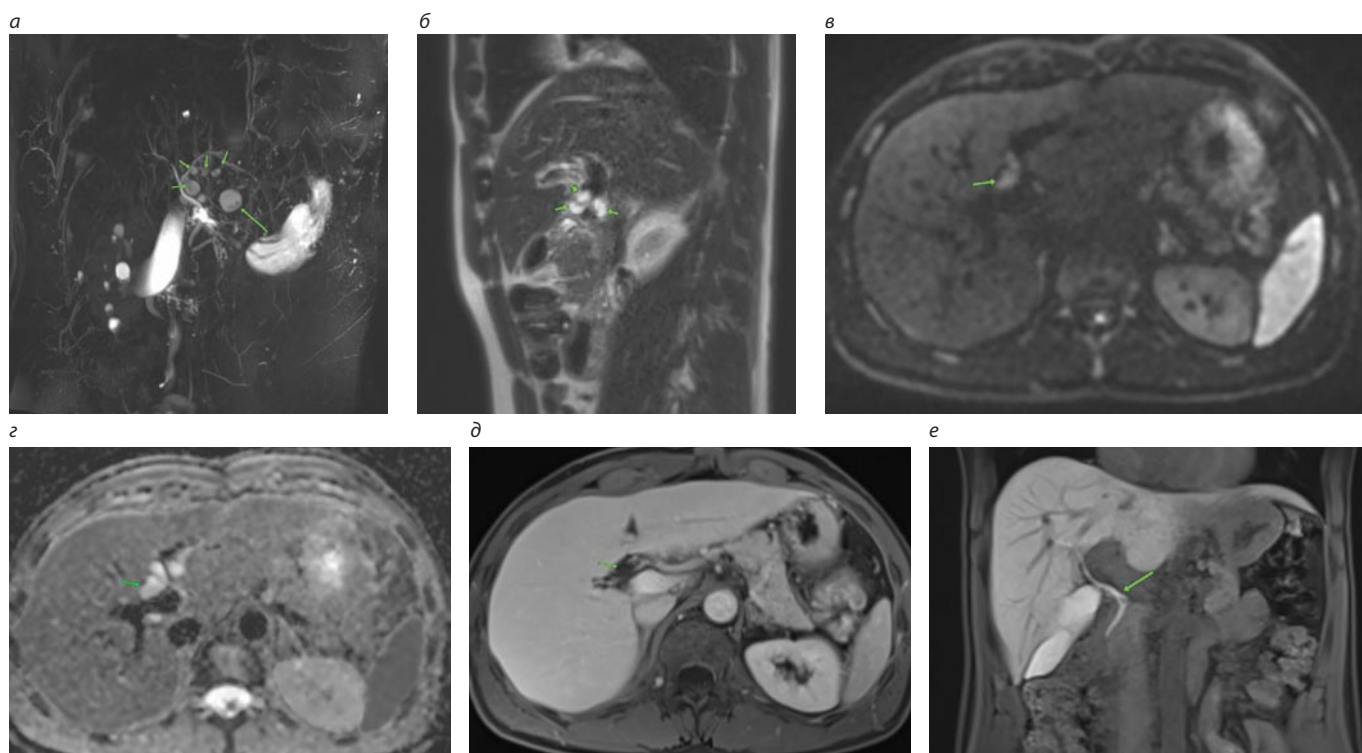


Рис. 3. Контрольное УЗИ:

а – В-режим: округлые кистозные образования с содержимым смешанной эхогенности (крупные стрелки) по ходу холедоха (тонкие стрелки); **б** – В-режим: округлое кистозное образование с содержимым смешанной эхогенности (крупная стрелка); **в** – режим цветового доплеровского картирования: округлое кистозное образование с содержимым смешанной эхогенности (стрелка), без регистрации внутреннего кровотока.

Fig. 3. Control ultrasound:

а – B-mode ultrasound: round cystic formations with contents of mixed echogenicity (large arrows) along the common bile duct (thin arrows); **б** – B-mode ultrasound: a round cystic formation with contents of mixed echogenicity (large arrow); **в** – color Doppler mapping mode: a round cystic formation with contents of mixed echogenicity (large arrow), without registration of internal blood flow.



Через 11 мес пациенту было проведено контрольное МРТ-исследование органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием гепатотроп-

ным контрастным препаратом (гадоксетовая кислота) на аппарате Seimens Magnetom Aeara с использованием гибкой фазированной катушки для тела (исследование

выполнено в кабинете МРТ ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62» ДЗМ), по данным которого количество и локализация выявляемых кистозных образований не изменились (рис. 2). В гепатоспецифическую фазу сканирования, через 40 и 150 мин, отмечается наличие контрастного препарата в общем печеночном и общем желчном протоках, а также в просвете желчного пузыря. В перибиллиарных кистах контрастное вещество не определяется, что подтверждает отсутствие связи кист с просветом желчных протоков.

При контрольном УЗИ, выполненном через 11 мес после первого исследования, также были выявлены кистозные образования в воротах печени (рис. 3). УЗИ было выполнено в ГБУЗ «Московская городская онкологическая больница №62» ДЗМ на аппарате Esaote My Lab X8 XR (Италия), конвексный датчик 3,5–5 МГц.

Таким образом, в динамике размеры и количество жидкостных образований по ходу холедоха не изменились, что подтвердило предположение об их доброкачественном характере.

Учитывая данные МРТ с внутривенным контрастированием и УЗИ в динамике, у пациента с направительным диагнозом новообразования неопределенного или неизвестного характера печени, желчного пузыря и желчных протоков и подозрением на лимфаденопатию ворот печени был исключен онкопроцесс и изменен диагноз на «перибиллиарные кисты».

Обсуждение

Перибиллиарные кисты возникают в результате кистозного расширения экстрамуральных перибиллиарных желез, расположенных по ходу внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков [4, 5].

В литературе описаны два варианта развития перибиллиарных кист [6, 7]:

1) врожденный, связанный с развитием фиброзно-кистозных заболеваний, таких как аутосомно-доминантный поликистоз почек или аутосомно-доминантный поликистоз печени;

2) вторичный по отношению к употреблению алкоголя, циррозу печени, портальной гипертензии и тромбозу воротной вены.

Генетические факторы, такие как аутосомный поликистоз почек и другие врожденные кистозные заболевания, также могут быть связаны с патогенезом перибиллиарных кист [8]. Можно обнаружить различное количество кластерных кист разного размера, распространяющихся исключительно вдоль ворот печени, по ходу портальной вены и ее ветвей, причем более крупные из них достигают 3 см в диаметре [9].

По данным литературных источников, перибиллиарные кисты в 10% случаев были одиночными и располагались по ходу внепеченочных желчевыводящих протоков (самостоятельно или в сочетании с внутрипеченочным расположением) [2].

Учитывая сложности постановки диагноза, дифференциальная диагностика перибиллиарных кист проводится с расширенными желчными протоками, кистами

при первичном склерозирующем холангите, болезнью Кароли, гамартомами, перипортальным отеком, холангиокарциномой и др.

При расширении желчных протоков кисты располагаются по обе стороны холедоха и тем самым отличаются от расширенных желчных протоков, так как они не связаны с желчным деревом.

Линейный кластер кист может имитировать симптом «нити бус», соответствующий чередующимся стриктурам и расширению желчных протоков при первичном склерозирующем холангите.

Болезнь Кароли характеризуется мультифокальным кистозным или веретенообразным расширением внутрипеченочных желчных протоков. В отличие от перибиллиарных кист, при болезни Кароли кистозные расширения связаны с желчными протоками.

Гамартумы желчных протоков обычно представляют собой множественные очаговые поражения округлой или неправильной формы почти одинакового размера (<15 мм), разбросанные по всей печени.

Перипортальный отек при компьютерной томографии проявляется как нечеткая зона пониженной плотности или как высокая интенсивность сигнала на T2-ВИ с перипортальным распределением. Это неспецифическая находка, которая может возникнуть при остром гепатите, веноокклюзионной болезни печени, после трансплантации печени или костного мозга, при травме и застойной сердечной недостаточности.

Перибиллиарные кисты могут имитировать холангиокарциному, но их можно легко отличить благодаря большому количеству, ровным краям, отсутствию дилатации желчных протоков [10–12].

Кроме того, важно дифференцировать перибиллиарные кисты от других состояний, таких как внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль желчного протока, кистозный метастаз злокачественной опухоли.

Осложнениями при перибиллиарных кистах являются холангит (из-за застоя желчи) и обструктивная желтуха, гепатолитиаз, панкреатит и инфекционное поражение перибиллиарной кисты [2]. Из-за внешнего компрессионного воздействия на желчные протоки 2% пациентов испытывали признаки и симптомы обструкции билиарного дерева [6, 13]. Также могут появляться изменения в эпителии перибиллиарной кисты, что может спровоцировать холангиокарциному и внутрипротоковую папиллярную опухоль желчного протока [2]. F. Colina и соавт. сообщили об образовании перибиллиарной кисты как о редком осложнении у пациентов после трансплантации печени [14]. При увеличении размеров эти кисты могут потребовать хирургического лечения, а разрешение симптоматической билиарной обструкции может быть достигнуто путем фенестрации кист [15, 16].

Таким образом, перибиллиарные кисты потенциально могут являться источником ошибочного диагноза, а выяснение предрасполагающих факторов и классических признаков заболевания в сочетании с использова-

нием высокотехнологичных методов лучевой диагностики позволяет уточнить диагноз и выбрать адекватную тактику ведения подобных пациентов.

Заключение

Перибиллиарные кисты редко описываются в современной литературе. У пациентов они протекают бессимптомно и обычно выявляются при лучевых исследованиях брюшной полости как случайная находка. Лучевые диагносты должны знать об этой патологии во избежание неточной постановки диагноза с последующим неадекватным лечением. Необходимо также учи-

тывать возможность прогрессирования перибиллиарных кист и связанные с этим осложнения. МРТ с внутривенным контрастированием (как внеклеточным, так и гепатотропным контрастным препаратом), а также магнитно-резонансная холангиопанкреатография являются более высокоинформативными по сравнению с УЗИ неинвазивными методами лучевой диагностики, позволяющими установить точный диагноз перибиллиарных кист.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Дунаев Алексей Петрович – канд. мед. наук, доц. каф. рентгенологии и ультразвуковой диагностики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия», доц. каф. лучевой диагностики и медицинской визуализации ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», врач-рентгенолог кабинета магнитно-резонансной томографии ГБУЗ г. Москвы «Московская городская онкологическая больница №62 ДЗМ г. Москвы». E-mail: dunaev_alexei@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6685-7782

Шейх Жанна Владимировна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. рентгенологии и радиологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», проф. каф. лучевой диагностики Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», врач-рентгенолог отд. лучевой диагностики ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П. Боткина», проф. каф. рентгенологии и ультразвуковой диагностики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия». E-mail: zhanna.sheikh@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1334-6652

Шипулева Ирина Викторовна – канд. мед. наук, зав. кабинетом магнитно-резонансной томографии ГБУЗ г. Москвы «Московская городская онкологическая больница №62 ДЗМ г. Москвы». E-mail: shipuleva@mail.ru; ORCID: 0009-0000-8904-6432

Коготыжев Рустам Казбекович – зам. глав. врача по онкологии ГБУЗ г. Москвы «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» ДЗМ г. Москвы». E-mail: mr.kogotyzeff@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-1589-6423

Кудрявцева Татьяна Юрьевна – врач-рентгенолог кабинета магнитно-резонансной томографии ГБУЗ г. Москвы «Московская городская онкологическая больница №62 ДЗМ г. Москвы». E-mail: flair@yandex.ru; ORCID: 0009-0009-3287-7281

Поступила в редакцию: 19.02.2026

Поступила после рецензирования: 20.02.2026

Принята к публикации: 26.02.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Aleksey P. Dunaev – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Central State Medical Academy, Assoc. Prof., Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), radiologist, Moscow City Oncology Hospital No. 62. E-mail: dunaev_alexei@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6685-7782

Zhanna V. Sheikh – Dr. Sci. (Med.), Full Prof., Prof., Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Prof., A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, radiologist, Botkin Hospital, Prof., Central State Medical Academy. E-mail: zhanna.sheikh@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1334-6652

Irina V. Shipuleva – Cand. Sci. (Med.), Moscow City Oncology Hospital No. 62. E-mail: shipuleva@mail.ru; ORCID: 0009-0000-8904-6432

Rustam K. Kogotyzev – Deputy Chief Doctor for Oncology, Moscow Multidisciplinary Clinical Center "Kommunarka". E-mail: mr.kogotyzeff@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-1589-6423

Tatyana Yu. Kudryavtseva – radiologist, Moscow City Oncology Hospital No. 62. E-mail: flair@yandex.ru; ORCID: 0009-0009-3287-7281

Received: 19.02.2026

Revised: 20.02.2026

Accepted: 26.02.2026