

Хирургические вмешательства при кистах желчных протоков

В. В. Цвиркун,
В. А. Вишневский,
А. В. Гаврилин,
Г. Г. Кармазановский,
Д. А. Ионкин

Институт хирургии
им. А.В.
Вишневского РАМП
(директор-академик
РАМП В.Д.
Федоров), Москва

В работе представлен опыт хирургического лечения 28 больных с различными кистозными изменениями желчных протоков. Рассмотрены особенности клинического течения и тактики обследования, характер наиболее приемлемых оперативных вмешательств. Обязательными являются прямое контрастирование билиарного тракта и срочное гистологическое исследование стенок кист. Злокачественный рост в кистах желчных протоков выявлен у 7 больных, что является главной мотивацией к выполнению радикальных операций (максимально возможному удалению измененных протоков с последующим билиодигестивным анастомозом на петле по Ру). Несостоятельность билиодигестивных анастомозов наблюдали у 4 больных (14.2%), из них у 2 при использовании стенки кисты. Умер 1 больной (3.6%).

Surgical Management of Patients with Biliary Cysts

V. V. Tsvirkun,
V. A. Vishnevsky,
A. V. Gavrilin,
G. G. Karmazanovsky,
D. A. Ionkin,

V. A. Vishnevsky
Institute of Surgery
RAMSci. (Director-
Academician RAMSci.
V. D. Fedorov.)

Medical records of surgical treatment relating to 28 patients diagnosed with biliary ducts' cysts were reviewed and analyzed. The study summarized clinical, diagnostic features and a variety of possible methods of surgical therapy. Direct cholangiography and histological exploration of the cyst's wall were compulsory procedures. All patients were treated surgically. Because of malignant tumors 7 patients (25%) were treated with extended cyst excision and Roux-en-Y choledochocysto-, hepaticojejunostomy. Postoperative biliary leakage was detected in 4 patients (14.2%), including 2 patients, in whom surgeons had to use the cyst's wall in creating biliodigestive anastomosis. 1 patient died (3.6%).

Больные кистами желчных протоков, чреватými тяжелыми осложнениями, приводящими к необратимым изменениям в желчевыводящих путях, печени и поджелудочной железе, подлежат как можно более раннему хирургическому лечению. Поэтому чаще всего этим заболеванием занимаются детские хирурги [5, 16, 17]. Однако далеко не всегда кисты желчных протоков обнаруживаются в детском возрасте. Длительно существующие патологические изменения желчных протоков у взрослых, как правило, приводят к тяжелым последствиям. Клиническая картина холангита и механической желтухи, особенно в сочетании с вторичным холелитиазом, чаще всего трактуется как желчекаменная болезнь или опухолевая обтурация билиарного тракта, а сами кисты иногда расцениваются как паразитарные [2, 6, 11, 12]. Общие хирурги, выполняя экстренные или срочные вмешательства при кистах желчных протоков, оказываются в непредвиденной ситуации и лишены возможности выполнить радикальную операцию, что приводит к новым осложнениям и продолжению заболевания, часто в еще более тяжелой форме.

Принято считать, что впервые о кистозном расширении общего желчного протока упоминается в работе Vater и Ezler в 1723 г., а первое клиническое наблюдение 17-летней девушки описано Douglas в 1852 г. [7, 10, 23]. Первая резекция кисты холедоха выполнена McWhorter в 1924 г. [14]. К сожалению, до настоящего времени большинство публикаций ограничивается рассмотрением небольшого числа собственных наблюдений без анализа отдаленных результатов или обзором сводных литературных данных. В современном отечественной литературе наиболее полным ис-

следованием выглядит работа, проведенная в НЦХ РАМН при изучении 34 больных [8]. К 1980 году Yamaguchi [27] собрал сообщения о 1433 наблюдениях данного заболевания и определил частоту кистозных изменений желчных протоков, достигающую 1:13000. Врожденное расширение общего желчного протока в 63% и более встречается в возрасте до 10 лет [3, 12, 20, 21]. Отмечено преобладание среди больных лиц женского пола - до 81% [13, 19, 27]. Патогенетической основой заболевания считается врожденное недоразвитие мышечного слоя стенки желчного протока, замещаемого фиброзной тканью с признаками хронического воспаления, в сочетании с нейромышечной дисфункцией сфинктера Одди и аномальным слиянием холедоха и главного панкреатического протока вне стенки двенадцатиперстной кишки [9,26].

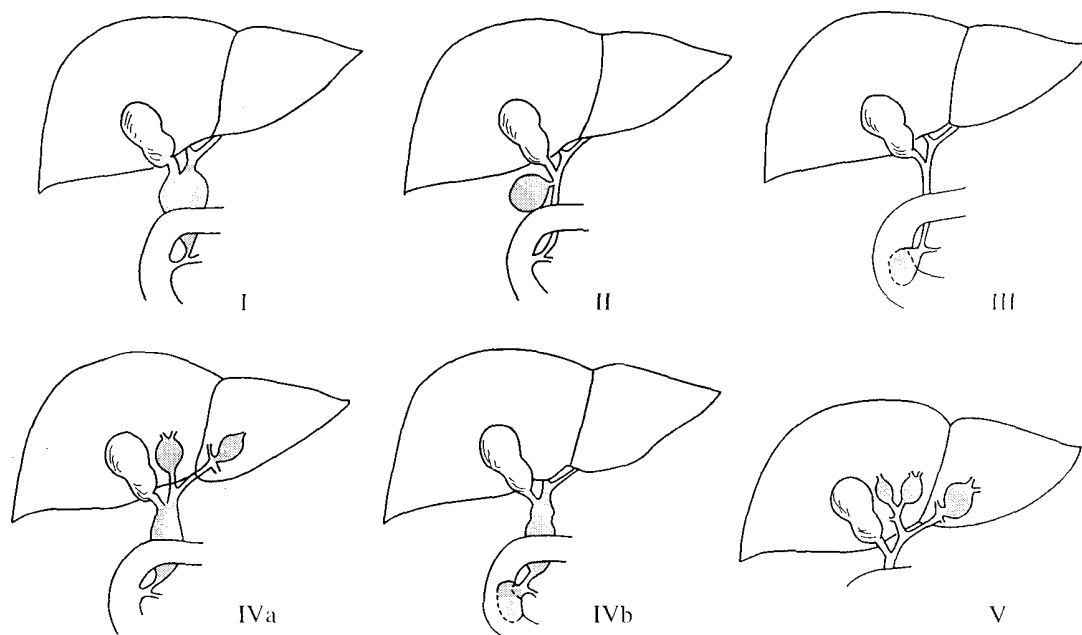


Рис. 1. Типы кистозных изменений желчных протоков (по Alonso-Lej в модификации Todani).

Материал и методы

В течение 18 лет в Институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН накоплен опыт лечения 28 взрослых больных в возрасте от 17 до 62 лет (средний возраст - 32.4 года) с различными формами кистозного перерождения желчных протоков. Женщин было 18, мужчин - 10. Все считали себя больными с детского возраста и основными жалобами были ремиттирующая желтуха и холангит. Для систематизации имеющихся наблюдений мы использовали классификацию Alonso-Lej в модификации Todani [10, 25] (рис. 1). Распределение больных согласно этой классификации представлено в таблице.

Дооперационное обследование больных с кистами желчных протоков, направленное не только на установление диагноза, но и на определение вероятного объема и характера оперативного вмешательства, помимо общеклинических исследований, включало ультразвуковое исследование (УЗИ) (рис. 2), компьютерную томографию (КТ) (рис. 3), эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХПГ), радионуклидную билиосцинтиграфию, дуплексное сканирование внутри- и

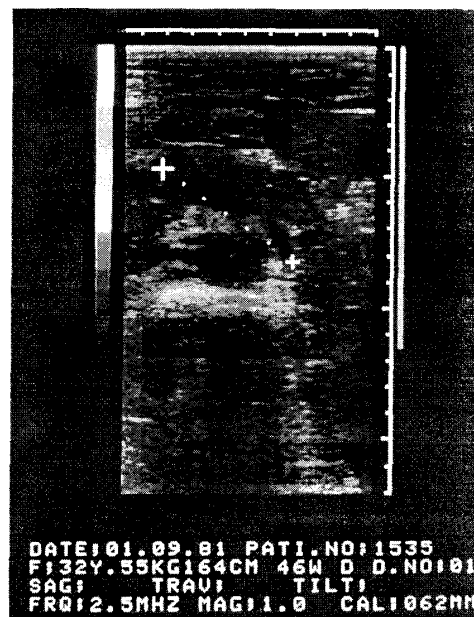


Рис. 2. УЗ-картина кисты общего желчного протока (I тип).

внепеченочных магистральных сосудов. У 18 больных для купирования выраженной желтухи и холангита выполняли наружное дренирование желчных протоков под УЗ-контролем (рис. 4).

Результаты

Диагноз во всех случаях был установлен до операции. Эффективность УЗИ и КТ составила соответственно 79.2 и 85.8%. Из 12 больных, которым была выполнена ЭРХПГ, у 9 данное

Характер операций	Типы кист (по Todani)				
	I (n = 15)	II (n = 3)	III (n = 1)	IV (n = 2)	V (n = 7)
Радикальная					
– иссечение кисты с наложением БДА (включая частичное)	13	1	1	–	–
– резекция печени с наложением БДА	–	–	–	1	6
Нерадикальная					
– цисто- и цистохоледохоеюноанастомоз	2	2	–	1	–
– диагностическая лапаротомия	–	–	–	–	1

исследование привело к обострению холангита, увеличению желтухи и необходимости срочного наружного дренирования желчных протоков или операции. Первично оперированы 16 больных, а в остальных случаях выполнены реконструктивные вмешательства после ранее перенесенных операций в других лечебных учреждениях (табл.).

Радикальной операцией при кистах внепеченочных желчных протоков мы считаем их резекцию (измененных участков) с формированием функционально полноценного билиодигестивного анастомоза (БДА), как правило, с кишечной петлей, выключенной по Ру. Выполнили 15 таких вмешательств. Приводим одно из наших наблюдений.

Больной Д., 25-летний вьетнамец, поступил с жалобами на боли, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную желтуху, повышение температуры до 39°C с потрясающими ознобами, слабость. Больным себя считал в течение трех недель до поступления, хотя с детских лет периодически ощущал боли и тяжесть в эпигастрии, больше справа. Уровень билирубина в сыворотке крови 317.2

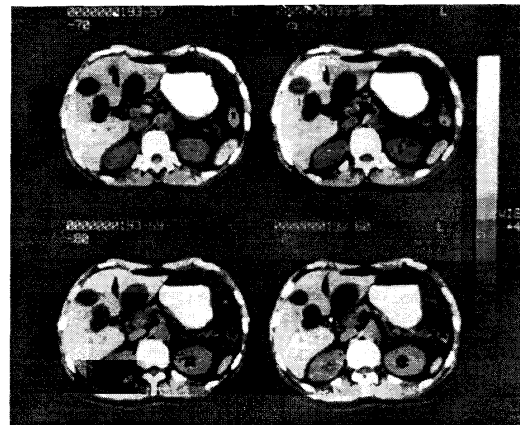


Рис. 3. КТ-картина кист внутрипеченочных желчных протоков (V тип – болезнь Кароли).



Рис. 4. Фистулохолангиограмма больного Д. после чрезкожного чрезпеченочного наружного дренирования под УЗ-контролем.

мкМоль/л. Пальпаторно в эпигастральной и мезогастральной области, вплоть до пупка определялось округлое, малоподвижное опухолевидное образование диаметром до 15 см, мягко-эластической консистенции, незначительно болезненное при пальпации. При КТ выявили резкое расширение внутрипеченочных желчных протоков, увеличенный и растянутый желчный пузырь, а также жидкостное образование до 11 см в диаметре, расцененное как киста холедоха. Однако данные УЗИ позволяли трактовать образование и как кисту головки поджелудочной железы. Для декомпрессии билиарного тракта и уточнения диагноза произведена чрескожная чреспеченочная пункция под УЗ-контролем одной из ветвей правого печеночного протока. Одновременно эвакуировано 1500 мл застойной густой желчи. При холецистографии визуализирована гигантская киста холедоха 1 типа (рис. 4).

Через 12 часов после манипуляции обнаружили продолжающееся кровотечение в полость кисты, в связи с чем больной в срочном порядке оперирован. При ревизии под печенью выявили частично спавшееся кистозное образование диаметром 15 см, на передней поверхности которого распластаны дистальные отделы желудка, двенадцатиперстная и поперечноободочная кишки. Печень серо-зеленого цвета плотной консистенции. Желчный пузырь значительно увеличен в размерах, напряжен. Диаметр проксимального отдела общего печеночного протока над кистой - 4 см. Произведены холецистэктомия и полное иссечение кистозно измененной части гепатикохоледоха после его

отделения от воротной вены и печеночных артерий, желудка, двенадцатиперстной и поперечноободочной кишок. Ретродуоденальный отдел гепатикохоледоха ниже кисты, суженный до 3 мм, прошит и перевязан. При гистологическом исследовании - стенка кисты холедоха представлена фиброзной тканью с разрастаниями грануляций, тонкостенными сосудами, участками острого гнойного и хронического воспаления; сохранившаяся местами выстилка представлена атрофичным уплощенным эпителием. С культией общего печеночного протока однорядными узловыми атравматическими швами (пролен 4/0) позадиободно анастомозирована изолированная по Ру петля тощей кишки (рис. 5). Послеоперационный период без осложнений. При контрольных обследованиях через 3, 6, 12 месяцев отмечено удовлетворительное состояние больного. Жалоб нет, внутрипеченочные желчные протоки значительно сузились.

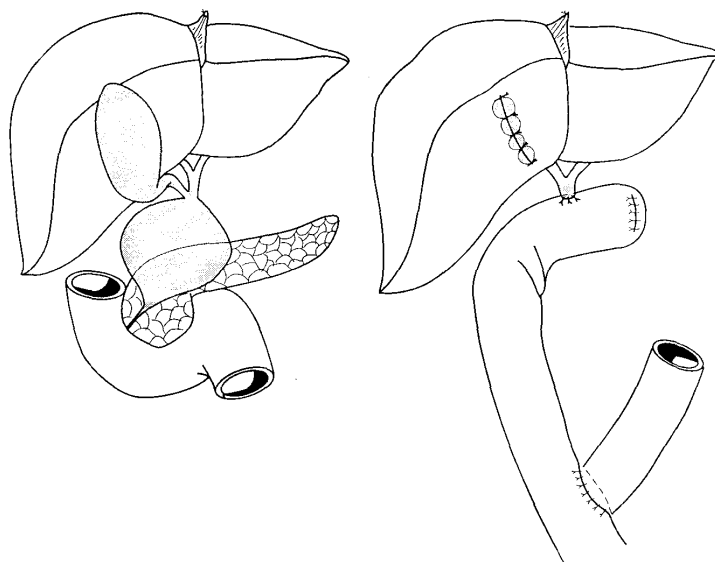


Рис. 5. Схема радикальной операции при внепеченочных кистах желчных протоков.

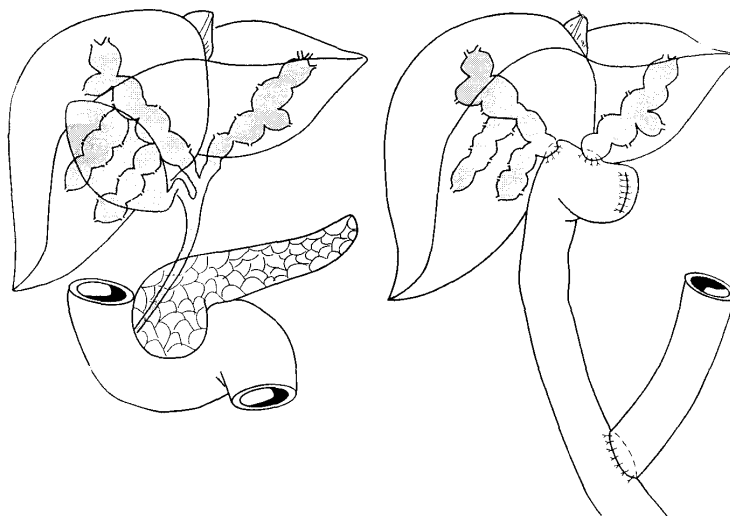


Рис. 6. Схема операции при внутрипеченочных кистах желчных протоков (болезнь Кароли).

При кистозной трансформации внутрипеченочных протоков (болезнь Кароли) радикальным вмешательством считаем резекцию дистрофически измененной части печени с формированием максимально широкого БДА (рис. 6). Таких операций выполнили 7. Приводим одно из наблюдений.

Больная Ш, 49 лет поступила с жалобами на периодические боли в правом подреберье, по поводу которых неоднократно проходила курсы консервативного лечения. В возрасте 12 лет был эпизод желтухи. При поступлении состояние удовлетворительное: желтухи нет; физикальное обследование изменений не выявляет. При инфузионной холангиографии выявлено расширение гепатикохоледоха на уровне ворот печени. При УЗИ с дуплексным сканированием в воротах печени выявлено кистозное образование овальной формы 8.0 x 4.6 см, не дифференцирующееся от III сегмента, с возможным сообщением с гепатикохоледохом, диаметр которого до 11 мм. По данным КТ это образование сдавливало желчные протоки. При ЭРПХГ контрастировался до уровня ворот печени расширенный (15мм) гепатикохоледох суженный в терминальном отделе. С подозрением на опухоль гепатикохоледоха в воротах печени больная оперирована. При интраоперационной ревизии с использованием УЗИ выявили, что образование является изолированным кистозным расширением левого печеночного протока (тип IVa). Произведена резекция умеренно атрофированной левой доли печени, холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха с БДА на петле по Ру. При срочном гистологическом исследовании выявлена цистаденокарцинома, резекция в пределах здоровых тканей. Послеоперационное течение без особенностей. При контрольном обследовании через 3, 6, 12 месяцев состояние удовлетворительное; лабораторные показатели нормальные; признаков рецидива нет.

Малигнизация кистозно перерожденных желчных протоков выявлена у 7 больных (25%): из них у 2 была внутрипеченочная киста (болезнь Кароли), у 5 - внепеченочная.

Несостоятельность билиодигестивных соустьев наблюдали у 4 больных (14.2%), причем у 2 из них были вынуждены использовать для формирования анастомоза кистозно измененные желчные протоки. Один из этих больных умер от печеночно-почечной недостаточности (3.6%).

Обсуждение

Анализ клинических проявлений мало что дает в распознавании кист желчных протоков у взрослых. Наиболее часто встречающиеся симптомы: боли в животе — 92%, желтуха — 42%, лихорадка (более 38.5°C) - 37%, пальпируемое образование - 30%, общее недомогание - 20%, потеря веса - 15% [11], при всем желанием трудно считать специфическими. Это связано с тем, что данные проявления обусловлены больше вторичными изменениями: холангиолитиазом, холангитом, панкреатитом и т.д. [1, 19, 22, 25]. Поэтому полноценная диагностика кист желчных протоков возможна лишь с помощью специальных методов. Под полноценностью следует подразумевать получение данных не только о самом существовании кисты, ее размерах и расположении. Существенно важно иметь максимально полное представление о стенках кисты на различных участках, содержанием, взаимоотношениях с окружающими органами и структурами, характере изменений в последних. Это имеет значение не только для оценки степени имеющихся патологических изменений, но и для выбора правильного способа оперативной коррекции.

Указанные данные необходимо получить на дооперационном этапе. Принципиально важно начинать обследование с неинвазивных методов, так как в противном случае при возникновении осложнений приходится действовать в экстренном порядке без необходимой информации, что ставит под сомнение возможность радикальной операции. Как правило, первоначально выполняется УЗИ и КТ [2, 8, 9, 11, 24]. Существенную помощь в моделировании предстоящего вмешательства оказывает разновидность УЗИ - дуплексное сканирование с цветным картированием сосудов как в самой печени, так и в других представляющих интерес зонах. При необходимости возможно увеличение информативности КТ с помощью контрастного усиления. Радиоизотопная билиарная сцинтиграфия, пожалуй, наиболее информативный метод в оценке функциональных изменений желчеотделения, не способна точно визуализировать анатомические изменения. Все эти неинвазивные методы практически не имеют противопоказаний и могут применяться во всех случаях.

Иная ситуация с прямым контрастированием желчных протоков. С одной стороны, только это исследование способно наглядно представить билиарный тракт и его изменения в целом, точно локализуя препятствия к желчеоттоку. С другой, она инвазивна, со всеми вытекающими отсюда последствиями, и способна, особенно при отсутствии последующего адекватного дренирования, резко обострить холангит, усилить желтуху, вплоть до развития гнойного ангиохолита и печеночной недостаточности. Поэтому, по аналогии с кистами поджелудочной железы [4], в настоящее время, мы практически не выполняем ЭРХПГ при кистах желчных протоков. Тем более, что у значительной части больных (67.8%) прямое контрастирование является неотъемлемой частью первого этапа хирургического лечения - наружного дренирования кистозно перерожденных желчных протоков, выполняемого с целью купирования холангита и желтухи. Это позволяет, правда, не во всех случаях, как в приведенном нами первом наблюдении, вывести ситуацию из разряда срочной и полноценно подготовить больного к радикальной плановой операции. В случаях, когда прямое контрастирование желчных путей не производилось до операции, последняя должна начинаться с интраоперационной холангиографии, без данных которой правильность выбора способа вмешательства будет сомнительной.

Полное единодушие проявляется авторами в отношении того, что хирургическое лечение больных с кистами желчных протоков, как и других врожденных изменений, должно осуществляться в плановом порядке после соответствующего специального обследования, позволяющего еще до операции наметить наиболее рациональный способ коррекции. Что касается последнего, то можно говорить о двух основных точках зрения. Одни [10, 21] рекомендуют формировать различные виды билиодигестивных соустьев с использованием стенок кист, которые не удаляются. Другие [1, II, 15, 18] настаивают на максимально возможном иссечении кист с последующим наложением билиодигестивного анастомоза. Промежуточную позицию занимают хирурги, предлагающие нерадикальные вмешательства только при определенных типах кист [8, 9, 18].

Учитывая достаточно высокую вероятность злокачественного роста в кистах желчных протоков и частоту рецидивов клинических проявлений вследствие неадекватного восстановления желчеоттока [15, 24, 27], целесообразно стремиться к радикальному вмешательству, то есть максимально полному удалению патологически измененных желчных протоков. Однако данное стремление не должно быть самоцелью, так как может явиться причиной тяжелых осложнений (кровотечение, панкреонекроз, повреждение элементов ворот печени). Если попытки удаления стенки кисты представляют опасность, располагая данными обязательного срочного гистологического исследования, вполне допустим отказ от них. В таких случаях, если остающаяся стенка кисты не используется при формировании БДА, она должна быть максимально возможно дезэпителизирована. Наиболее эффективным и безопасным методом является аргоновая коагуляция. Больные после операции нуждаются в диспансерном наблюдении аналогично онкологическим больным.

Список литературы

1. *Благовидов Д.Ф., Цваркун В.В., Котовский А.Е. и др.* Повторная операция по поводу врожденной кисты общего желчного протока. // Хирургия. 1982. №5. С. 121-122.
2. *Вишневский В.А., Циркун В.В., Гаврилин А.В., Ионкин Д.А.* Хирургическое лечение больных с кистами желчных протоков. - В кн. "Новые технологии в хирургической гепатологии" (Матер. III конф. Ассоциации хирургов-гепатологов). С.-Петербург, 1995. С. 355-356.
3. *Гордеев П.С., Корнеев А.П.* Кистозная трансформация желчных протоков. // Хирургия. 1991. №2. С. 145-147.
4. *Данилов М.В., Федоров В.Д.* Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995. 510 с.
5. *Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В.* Абдоминальная хирургия у детей. М.: Медицина. 1988. 416 с.
6. *Логовинов А.С., Сиваш Э.С., Ставинская А.А. и соавт.* - Врожденное кистевидное расширение внутривороточных желчных протоков. // Вестник хирургии. 1987. № 3. С. 37-39.
7. *Милонов О.Б., Гуреева Х.Ф.* Врожденные кисты билиарного тракта (обзор литературы). // Хирургия. 1982. № 1. С. 108-114.

8. Чулпанов Ф.Г. Диагностика и хирургическое лечение врожденных кистозных поражений желчных протоков. // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1995. 20 с.
9. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитанло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Київ: Здоровья, 1993. С. 203—236.
10. Alonsoi-Lej F., Rever W.B.Jr., Pessango D.J. Congenital choledochal cysts, with a report of 2, and analysis of 94 cases // Surg. Gynecol. Obstet. 1959. V. 108. P. 1-30.
11. Chen H.-M., Jail Y.-Y., Chen M.-F., et al: Surgical treatment of choledochal cyst in adults: results and long-term follow-up. Hepato-Gastroenterology. 1996. V. 43. p. 1492-1499.
12. Chijiwa K., Koga A. Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cysts // Am. J. Surg. 1993. V. 165. P. 23S-242.
13. Deidre A.K., Raymond G.B. Congenital abnormalities of the biliary tree. //Surg. 1992. V. 18. P. 149-152.
14. Hewitt P.M., Krige J.E.J., Terblanche J. Choledochal cysts in adults // Brit. J. Surg. 1995. V. 82. P. 382-385.
15. Hopkins N.F.G., Benjamin N.I.S., Thompson M.H., Williamson R.C.N. Complications of choledochal cysts in adulthood // Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1990. V. 72. P. 229-235.
16. Itakura J., Fujii H., Matsumoto Y., Suda K. Clinico-pathological studies of anomalous arrangement of the pancreaticobiliary ductal system with pancreas divisum // J Hepato-Biliary-Pancreatic Surg. 1994. V. 1. P. 240-246.
17. Kneist W. Albrecht-Fruh GW, Kurre M: Die kongenital choledochuszyste. Chir Praxis 1995. V. 4. P. 659-663.
18. Meyer J., Sulkovsky U., Kautz G. Diagnostik und chirurgische Therapie intra- und extra-hepatischer Gallengangszysten.-Aktuel. Chir., 1988. V. 23. P. 64-66.
19. Nagata E., Sakai K., Kinoshiya H., Hirohashi K. Choledochal cyst: complications of anomalous connection between the choledochus and pancreatic duct and carcinoma of the biliary tract // World J. Surg., 1986. V. 10. P. 102-110.
20. Ohi R., Yaoiota S., Kaniyama T. et al: Surgical treatment of congenital dilatation of the bile duct with special reference to late complications after total excisional operation. J PediatrSurg 1990. V. 25. P. 613-617.
21. O' Naill JA Jr: Choledochal cyst // Curr Probl Surg 1992: June. P. 363-410.
22. Rattner D. W., Schapiro R.H., Warshaw A.L. Abnormalities of the pancreatic and biliary ducts in adult patients with choledochal cysts // Arch. Surg. 1983. V. 118. P. 1068-1073.
23. Ries M. Angeborene zystische Gallengangserweiterungen.-Mscr. Kinderheilk. 1993. V. 141. P. 793-798.
24. Rossi R.L., Silvermann M.L., Braasch J.W. et al.: Carcinomas arising in cystic conditions of the bile ducts // Ann Surg. 1987. V. 205. P. 377-384.
25. Todani T., Watanabe Y., Narusue M. Et al. Congenital bile duct cysts classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst // Am. J. Surg 1977. V. 134. P. 263-269.
26. Vanderpool R., Ward L.B., Winter J.W. Choledochal cysts // Surg. Gyn. Obst. 1988. V. 167. P. 447-451.
27. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst analysis of 1.433 patients in the Japanese Literature // Am. J Surg. 1980. V. 140. P. 654-657.