

## **Кистозная трансформация желчевыводящих протоков: хирургическое лечение и отдаленные результаты**

М. Е. Ничитайло,  
И. П. Галочка,  
А. В. Скумс,  
А. Н. Литвиненко,  
П. В. Огородник.  
Институт клинической  
и экспериментальной  
хирургии АМН  
Украины (директор -  
член.кор. АМН  
Украины проф. В.Ф.  
Саенко) г. Киев.

В работе представлен опыт хирургического лечения 56 больных с различными типами кистозной трансформации желчевыводящих протоков. Представлена тактика обследования, различные виды оперативного лечения, проанализирован характер послеоперационных осложнений. Резекция кистозно-трансформированного гепатохоледоха с последующей гепати-коеюностомией на петле по Ру была выполнена 31 пациенту. Рассмотрены отдаленные результаты в сроки наблюдения от 4 мес. до 20 лет. Малигнизация в стенке кисты выявлена у 2 больных (3,5%). Умер один больной (1,7%).

## **Cystic transformation of bile ducts: surgical management and remote results**

М.Е..Nechitaito,  
I.P.Galochka,  
A.V. Scums,  
A.N.Lilvinenko,  
P.V.Ogorodnik  
Institute of the Clinical  
and Experimented  
Surgery AMSci of  
Ukraine (Director-  
Acadernician  
V. F. Saenko) Kiev

An experience of the surgical management of 56 different types of bile duct cystic transformation patients is presented. It's accompanied the diagnostic tactics, different types of surgical operations and analysis of postoperative morbidity. In 31 patients cystic bile duct resection with consequent hepaticojejunostomy on Ruox-en-Y loop was performed. Remote results were studied from 4 months to 20 years terms. Malignization in the cystic wall was discovered in 2 (3,5%) cases. Died 1 (1,7%) patient.

Врожденная кистозная трансформация желчных протоков (КТЖП) является редкой аномалией развития желчевыводящей системы. К началу 1996 года в современной литературе опубликованы сведения о немногим более чем 1800 наблюдений этого заболевания [17]. В большинстве случаев, это заболевание диагностируется в грудном и детском возрасте, соответственно 25% у пациентов первого года жизни, и 60% в первые 10 лет [10]. Врожденная природа этого заболевания признана большинством авторов [3, 13, 19]. Среди возможных причин называют врожденную слабость стенки общего желчного протока (ОЖП), сочетающуюся с аномальным панкреатобилиарным соединением (АПБС), т.н. «синдром длинного общего канала», рефлюкс панкреатических энзимов в билиарную систему, теорию «узкой доли» [6, 11, 16]. Однако ни одна из этих теорий не может в полной мере объяснить причину возникновения кистозной трансформации желчевыводящей системы.

Редкость этого заболевания, скудность специфической, патогномичной симптоматики, недостаточная осведомленность с клиникой и подходами к лечению широкого круга врачей, побудила нас обобщить и опубликовать накопленный опыт в диагностике и лечении этого патологического состояния.

### **Материал и методы**

За период с 1978 по июль 1998 года в ИКЭХ АМН Украины находились на лечении 56 больных с различными типами КТЖП, в возрасте от 5 до 67 лет (средний возраст 32,6 года). Женщин было 40, мужчин 16. Детей в возраст от 5 до 16 лет было 11. У подавляющего большинства взрослых первые признаки заболевания (желтуха, холангит; пальпируемое кистозное

образование) появились в возрасте до 20 лет, и трактовались как проявления желчекаменной болезни, острого панкреатита, обтурационной желтухи опухолевого генеза. В дооперационном обследовании больных использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), с пункцией под УЗИ-контролем и последующей холангиографией, компьютерную томографию (КТ), эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию (ЭРПХГ), чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ). Характер выполненных оперативных вмешательств в зависимости от типа КТЖП представлен в таблице 1.

Таблица 1

**Характер выполненных оперативных вмешательств в зависимости от типа КТЖП.**

	Типы трансформации кистозной цисти					
	N=35	N=3	N=4	N=6	IV а N=3	V N=5
Иссечение кисты, гепаткоэюностомия	20	1	-	3	2	5
Цистоеюностомия	8	-	-	2	1	-
Цистодуоденостомия	7	-	-	1	-	-
Трансдуоденальное иссечение кисты, трансдуоденальная сфинктеропластика	-	-	4	-	-	-
Иссечение кисты, пластика ОЖП на Т-образном дренаже	-	2	-	-	-	-

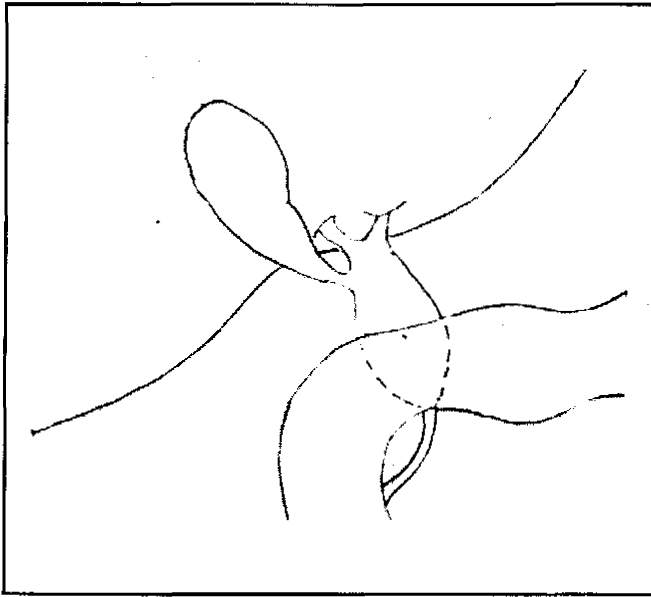
Во всех случаях независимо от типа КТЖП выполняли холецистэктомию. Если в период с 1978 по 1989 год основным способом была цистодуоденостомия, то с 1989 года мы отказались от использования ДПК при формировании билиодигестивного анастомоза. Для систематизации имеющихся наблюдений мы использовали классификацию Alonso-Lej в модификации Todani [ 19] (рис 1).

**Результаты**

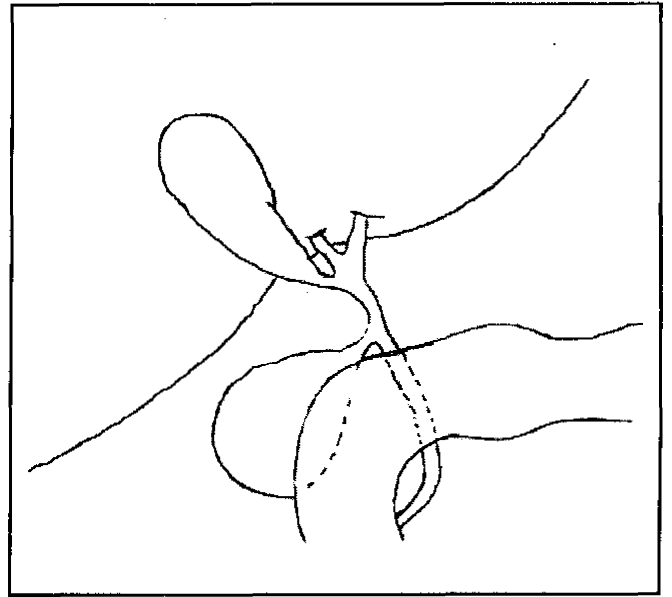
Используя комплексное обследование, диагноз КТЖП во всех случаях был установлен до операции. Информативность УЗИ составила 84,5%. ЭРПХГ была выполнена 35 пациентам с информативностью 97,1 %. Ввиду риска обострения холангита ЭРПХГ производили за сутки, либо непосредственно перед операцией. У 10 больных выполнили ЧЧХГ с информативностью 100%.

Из 56 пациентов в клинике первично оперированы 44, повторно -12 пациентов, после вмешательств выполненных в других лечебных учреждениях. Анализ ранних и поздних послеоперационных осложнений, в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства представлен в таблице 2. Сроки наблюдения составили от 4 месяцев до 20 лет. Один больной, которому цистодуоденостомия (ЦДС) была выполнена по жизненным показаниям, умер от печеночно-почечной недостаточности, развившейся в послеоперационном периоде на фоне билиарного цирроза печени. Малигнизация в стенке кисты была выявлена у 2 больных (3,5%), причем у 1 пациента после ранее произведенной ЦЕС. На наш взгляд, оптимальной операцией при КТЖП, является резекция кистозно измененного гепатохоледоха с последующим формированием высокого гепатикоэюноанастомоза (ГЕА) на тощекишечной петле, выключенной по Ру.

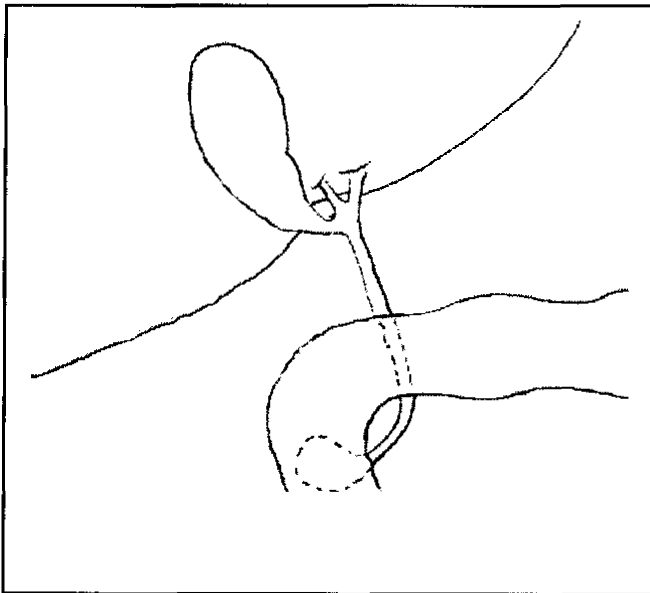
ТИПЫ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТOKОВ  
(по Alonso-Ley в модификации Todani)



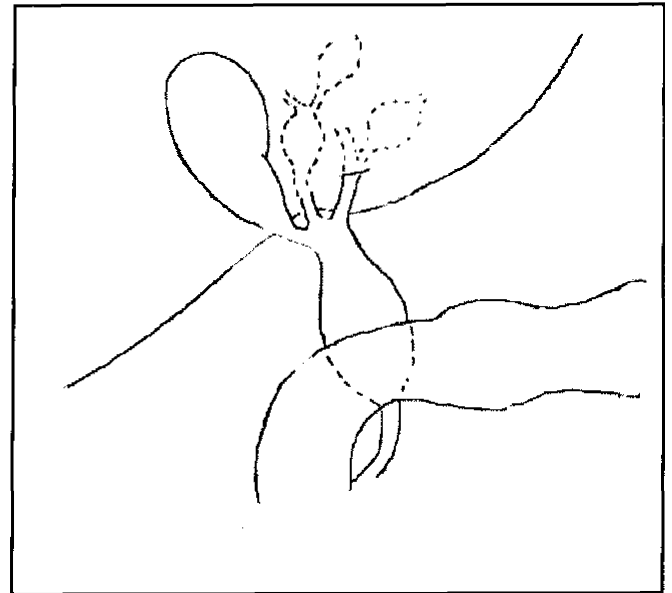
ТИП I



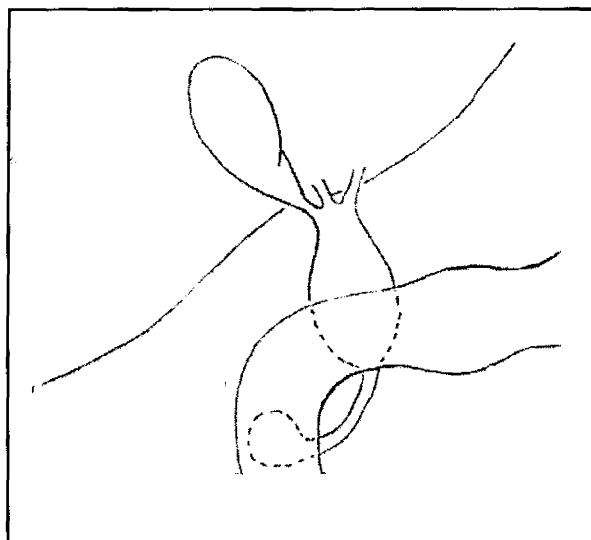
ТИП II



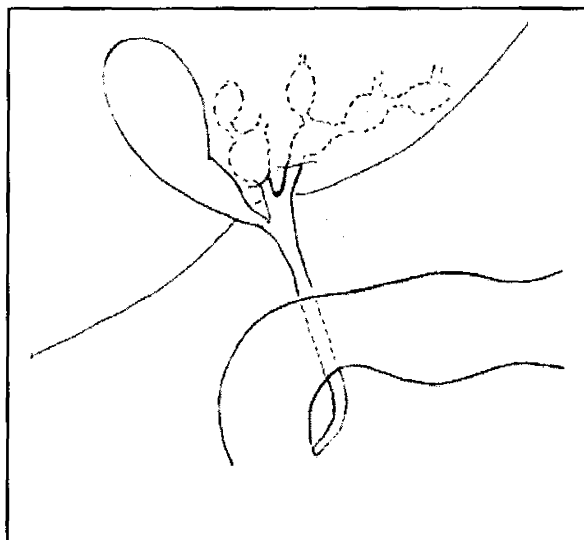
ТИП III



ТИП IVa



ТИП IVб



ТИП V (болезнь Кароли)

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений в зависимости от вида выполняемого вмешательства.

Характер осложнений	Вид операции				
	Резекция кисты, гепатикоеюностомия n=31	Цистоеюностомия n=11	Цистодуоденостомия n=8	Резекция кисты, пластика ОЖП на транспеченочном дренаже n=2	Трансдуоденальная резекция кисты, трансдуоденальная сфинктеропластика n=4
<b>РАННИЕ:</b>					
1. Нагноение операционной раны	2	1	-	-	1
2. Пневмония	5	2	1	-	-
3. Несостоятельность билиодигестивного анастомоза	1	2	-	-	-
4. Временный наружный свищ	-	-	1	-	-
<b>ПОЗДНИЕ:</b>					
1. Стеноз билиодигестивного анастомоза	1	6	6	-	-
2. Цистолитиаз	-	5	5	-	-
3. Холангит	3	8	7	-	-
4. Малигнизация стенки кисты	-	1	-	-	-

Таких вмешательств было выполнено 31. В случае кистозной трансформации IV б типа, сочетающейся с вирусангиолиптозом, произвели цистэктомию, вирусангиолиптомию, с последующей гепатико- и -панкреатикоюностомией на тощекишечной петле, выключенной по Ру.

Приводим наше наблюдение.

Больная Т. 28 лет, поступила в отделение хирургии печени и поджелудочной железы 14. 08. 95 с жалобами на тупую боль в правой половине живота, слабость, похудание, отсутствие аппетита, наблюдавшееся несколько лет. Месяц тому назад по месту жительства выполнена диагностическая лапаротомия. Выявлено опухолевидное образование, расположенное между нижним краем печени и поджелудочной железой (ПЖ), расцененное как киста ПЖ. При осмотре больная удовлетворительного питания. Кожа, видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, в правой подреберной области определяется опухолевидное образование диаметром 15 см, умеренно болезненное и незначительно подвижное. Анализ крови: эр.  $3,8 \times 10^{12}$  в 1 л, Hb-115 г/ л, л.  $5,9 \times 10^9$  в 1 л, СОЭ 15 мм/ ч, билирубин 17,3 мкмоль/ л, активность аланинаминотрансферазы 2,16 ммоль/(ч.л), аспартатаминотрансферазы 0,68 ммоль/(ч.л). Ультразвуковое исследование: печень не увеличена, холангит. Желчный пузырь деформирован перетяжками, стенки утолщены. Между нижним краем печени и головкой ПЖ определяется жидкостное образование диаметром 16 см, связанное с головкой ПЖ. Ткань железы плотная. Почки, селезенка не увеличены. 28.08. 95 г больная оперирована. При ревизии выявлено опухолевидное образование мягкоэластической консистенции, диаметром 15 см, являющееся продолжением расширенного до 2 см общего печеночного протока. Диагноз: киста общего желчного протока. Желчный пузырь небольших размеров, конкрементов не содержит. Пузырный проток впадает в полость кисты. Киста вскрыта, удалено до 500 мл желчи с конкрементами. Произведена резекция кисты с пересечением общего печеночного протока на уровне развилки, с сохранением последней, холецистэктомия. При выделении кисты установлено, что устье протока ПЖ открывается в полость кисты и закупорено конкрементами. Вирусангиолиптомию. Последовательно сформированы гепатикоюно- и панкреатикоюноанастомозы на петле кишки, выключенной по Ру При гистологическом исследовании установлено, что стенка кисты образована грубой фиброзной тканью, на внутренней поверхности имеется небольшой пласт соединительной ткани, инфильтрированной нейтрофильными гранулоцитами. Эпителия на внутренней поверхности нет Течение послеоперационного периода без осложнений. На 10-е сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена в течение 2 лет - здорова.

С 1996 года, после резекции кистозно измененного ОЖП производим тщательную ревизию области развилки и долевого протока печени, с целью обнаружения врожденных стенозов. Из 13 пациентов септальные стенозы были выявлены у 6 (с использованием холедохоскопа - у 2 больных, визуально - у 3, при помощи видеокамеры операционного лапароскопа- в 1 случае). У 5 пациентов проксимальнее сужения отмечено камнеобразование, причем по своему химическому составу конкременты были идентичны содержащимся в кистозно трансформированных внепеченочных ЖП. По методике Nasami Ando во всех случаях стенозы были иссечены, слизистая протоков тщательно ушита одиночными узловыми швами проленом 5.0. В сроки наблюдения от 3 месяцев до 2 лет все пациенты здоровы, жалоб не предъявляют.

### **Обсуждение**

В отечественной и зарубежной литературе это заболевание называют «киста холедоха», «билиарная киста», «холедохоцеле» и др. Мы отдаем предпочтение термину «кистозная трансформация желчевыводящих протоков», поскольку он включает кисты, расположенные как вне-, так и внутривнутрипеченочно.

Несомненно, что на начальном этапе диагностического поиска необходимо использовать неинвазивные методы исследования - УЗИ и КТ. Однако, этого явно недостаточно при наличии АПБС - «длинного общего канала». Только прямое контрастирование может дать бесценную объективную информацию о типе АПБС, наличии стенозов внутривнутрипеченочных ЖП. Особенно

информативна ЭРПХГ и ЧЧХГ при определении хирургической тактики у больных, ранее оперированных по поводу КТЖП. Альтернативу инвазивным методам исследования может составить только трехмерная КТ [6].

В отношении хирургической тактики у больных с КТЖП в последние годы достигнуто единодушие: кистознотрансформированные ЖП необходимо резецировать, ввиду высокого злокачественного потенциала стенки кисты (до 28%) [17, 18], с последующей ГЕА по Ру. Операции внутреннего дренирования с сохранением стенок кисты неприемлемы. При НДС и ЦЕС в просвете кишки происходит активация панкреатических энзимов энтерокиназой интестинального сока и вследствие многократной факторизации рубцевание цистоэнтероанастомоза с высокой скоростью наступает у 73%, холангит у 88%, цистолитиаз у 25%, гепатолитиаз у 33% больных, что требует повторной операции у 70% ранее оперированных [6, 7, 8, 12, 20]. В этой группе больных риск возникновения рака возрастает до 57,7% [15]. Иная картина наблюдается после иссечения кистозноизмененных ЖП и ГЕА по Ру, что позволяет предотвратить тяжелый регургитационный холангит, рубцевание анастомоза, разобщить АПБС и т. о. свести к минимуму риск злокачественного перерождения [13,18]. Следует формировать максимально широкий ГЕА на уровне развилки долевых протоков однорядным узловым швом монофиламентной нитью (с использованием прецизионной техники) на тощекишечной петле длиной не менее 80 см., выключенной по Ру ГЕА в воротах печени имеет ряд преимуществ: хорошее сопоставление анастомозируемых тканей; с использованием пластики долевых протоков, можно создать максимально широкий ГЕА; печеночная паренхима поддерживает каркасность долевых протоков; несостоятельность или стриктура редко развиваются ввиду хорошего кровоснабжения области развилки долевых протоков [6,14,20].

Несомненно, пристальное внимание, следует уделять стенозам внутривнутрипеченочных ЖП, которые поддерживают стаз желчи, провоцируя холангит и камнеобразование. При обнаружении септальных или мембранозных стенозов они должны быть иссечены, а при локализации далеко в долевых протоках разрушены баллонной дилатацией [4, 5].

В своей практике мы не прибегали к предложенной некоторыми авторами билиоеюнодуоденальной реконструкции, которая сохраняет естественный пассаж желчи в ДПК. Созданная в ходе этой операции тонкокишечная вставка действует антирефлюксно, активно способствует опорожнению внутривнутрипеченочных ЖП, что особенно показано при КТЖП IVa и V типа, однако необходимость формирования еще двух анастомозов, неизученность отдаленных результатов, сдерживают применение этой методики [6,9]. Очевидно, этот тип операций является оптимальным, и с дальнейшим накоплением опыта реконструктивной билиарной хирургии весьма перспективен и требует дальнейшего изучения.

## **Список литературы**

1. Земсков В. С., Бобров О.Е., Шелемба М. В. Хирургическое лечение билиарной кисты. // *Клиническая хирургия. 1992. № II. С. 1-3.*
2. Скумс А. В., Галочка И.П. Наблюдение кисты общего желчного протока в сочетании с вируснохолитиазом. // *Кяинмеская хирургия. 1997. № 9-10. с. 104.*
3. Шалимов А. А., Шалимов С, А., Ничитайло М, Е., Доманский Б. В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев. Здоров'я. 1993. с. 226-236.
4. Ando H., Ito T., Kaneko K. et al. Congenital stenosis of the bile duct associated with choledochal cyst. // *J. Amer. Col. Surg. 1995. V. 181. P. 426-430.*
5. Ando H., Ito T., Kaneko K. et al. Operative treatment of congenital stenosis of the intrahepatic bile ducts in patients with choledochal cysts. // *Amer. J. Surg. 1997. V. 173. P. 491-494.*
6. Balistreri W. F., Ohi R., Todani T., Tsuchida Y. Hepatobiliary, pancreatic and splenic disease in children: Medical and surgical management. 1997. Elsevier SciencB.V.P.261-286.
7. Cotalini G. B., Sabbatini A., Marmorale C. et al. Congenital cyst of choledochus. A case report and review of the literature. // *Minerva Chirurgica. 1994. V.42.P. 1335-1341.*

8. Chijiwa K., Koga A. *Surgical management and long-term follow-up patients with choledochal cysts.* //Am. J. Surg. 1997. V. 165. P. 238-242. .
9. Henne-Bruns D., Kremer D., Tronke F. et al. «Endoscopy friendly» resection technique of choledochal cysts. //Endoscopy. 1993. V. 35. P. 176-178.
10. Hewitt P.M., Krige J.M., Bomman P.C. et al. *Choledochal cyst in pregnancy: a therapeutic dilemma.* //J. Am. Col. Surg. 1995. V. 181. P. 237-240.
11. Kato T., Hebiguchi T., Matsuda K. et al. *Action of pancreatic juice on the bile duct: pathogenesis of congenital choledochal cyst.* //J. Pediatr. Surg. 1981. V. 16. P. 156-151.
12. Katyal D., Lees G. M. *Choledochal cysts: a retrospective review of 28 patients and review of the literature.* //Can. J. Surg. 1992. V. 35. P. 584-588.
13. Niemann H., Schippers E., Truong S. et al. *Todani type I choledochal cyst- diagnosis and surgical therapy.* //Chirurg. 1994. V. 65. P. 1147-1149.
14. Myburgh J.A. *The Hepp-Couinaud approach to strictures of the bile ducts. Injuries, choledochal cysts and pancreatitis.* //Ann. Surg. 1993. V. 218. P. 615-620.
15. Rush E., Podesta L., Morris M. et al. *Late surgical complications of the choledochal cystoenterostomy.* //Am. Surgeon. 1994. V. 60. P. 620-624.
16. Schweizer P., Schweizer M. *Pancreatobiliary long common channel syndrome and congenital anomalous dilatation of the choledochal duct study of 46 patients.* //Europ. J. Surg. 1993. V. 3. P. 15-21.
17. Stadler P.A., Desbiolles A. M., Neff U. *Choledochus carcinoma in choledochal cyst a rarity. Presentation of the disease with a case report.* //Swiss. Surgery. 1996. V. 3. P. 123-126.
18. Stain S.C., Guthrie C. R., Yellin A. E. et al. *Choledochal cyst in the adult.* //Ann. Surg. 1995. V. 222. P. 128-133.
19. 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.
20. Todani T., Watanabe Y., Toki A. et al. *Surgical treatment of choledochal cysts in children.* //J. Hep. Bil. Pancr. Surg. 1996. V. 3. P. 417-422.