

ОРИГИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РЕДКОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Е.И. Брехов, В.В. Калинин, А.В. Сычев*

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

AN ORIGINAL SURGICAL INTERVENTION FOR A RARE COMBINED PATHOLOGY OF THE ABDOMINAL ORGANS. A CLINICAL CASE

E.I. Brekhov, V.V. Kalinnikov, A.V. Sychev*

Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

E-mail: unmc-surgery@yandex.ru

Аннотация

В связи с возросшими диагностическими возможностями на сегодняшний день отмечается увеличение числа пациентов с сочетанием хирургической патологии, требующим проведения симультанных операций.

Приводится клиническое наблюдение хирургического лечения пациента с декомпенсированным язвенным стенозом выходного отдела желудка в сочетании с кистой гепатикохоледоха на фоне желчнокаменной болезни и хронического калькулезного холецистита. В связи с наличием вышеуказанной патологии выполнена симультанная операция: резекция 2/3 желудка по Бальфуру; холецистэктомия; резекция гепатикохоледоха; гепатикоэюностомия; дренирование брюшной полости. Результат гистологического исследования: киста общего желчного протока; ранних и поздних послеоперационных осложнений не отмечено.

Таким образом, следует признать правильной хирургическую тактику, объем резекций и реконструктивно-восстановительное построение оперативного вмешательства при данной сочетанной патологии.

Ключевые слова: кисты желчных протоков, киста гепатикохоледоха, дилатация желчных протоков, резекция общего желчного протока, сочетанная операция, симультанная операция.

Abstract

Due to the recently improved quality of modern diagnostics, one can see a tendency in increasing the number of patients with combined surgical diseases who may have simultaneous surgical interventions.

The authors describe a clinical case of surgical treatment of a patient with decompensated ulcerative stenosis in the pylorus in combination with a hepaticocholedochal cyst and chronic calculous cholecystitis. Due to such combined pathology, it was decided to make a simultaneous surgical intervention: resection of 2/3 of the stomach by Balfour, cholecystectomy, hepatic-choledochus resection, hepaticoeunostomy, drainage of the abdominal cavity. Histological examination: common bile duct cyst. No early and late postoperative complications were registered.

Thus, it should be admitted that the performed surgical intervention, volume of resections and reconstructive-restorative surgical tactics were a correct surgical decision in this patient.

Key words: bile duct cysts, hepaticocholedoch cyst, dilation of bile ducts, resection of common bile duct, combined surgical interventions, simultaneous surgery.

Ссылка для цитирования: Брехов Е.И., Калинин В.В., Сычев А.В. Оригинальная хирургическая операция при редкой сочетанной патологии органов брюшной полости. Клинический случай. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2022; 1: 96–99.

В связи с возросшими диагностическими возможностями на сегодняшний день отмечается увеличение числа пациентов с сочетанием хирургической патологии, требующим проведения симультанных операций. Это операции, позволяющие одномоментно устранить патологию двух и более органов по поводу их самостоятельной патологии. Тем не менее при имеющихся возможностях по оказанию требующегося объема хирургического вмешательства у этой категории пациентов далеко не всегда выполняются подобные оперативные вмешательства. Зачастую производятся повторные операции по поводу развившихся осложнений сопутствующей хирургической патологии, не скорректированной в ходе ранее выполненной операции.

Невысокое количество производимых симультанных операций не соответствует реальной потребности. Это обусловлено отсутствием общепринятых четких, обобщенных подходов в лечении пациентов с сочетанной хирургической патологией.

Возросшие диагностические возможности современной медицины, развитие реанимационно-анестезиологической службы, повсеместное внедрение инновационных технологий, обеспечивающих уменьшение интраоперационной травмы и времени вмешательства, создают возможности для расширения объема оперативных вмешательств и одномоментного выполнения двух и более вмешательств у пациентов с сочетанной хирургической патологией.

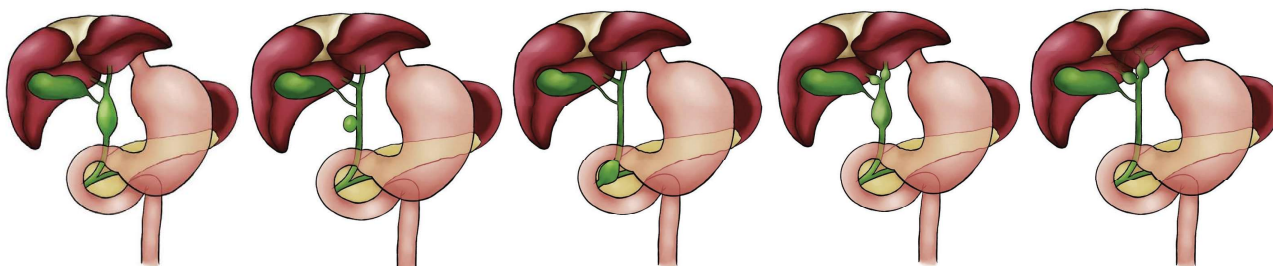


Рис. 1. Киста желчного протока 1-го типа

Рис. 2. Киста желчного протока 2-го типа

Рис. 3. Киста желчного протока 3-го типа

Рис. 4. Киста желчного протока 4-го типа

Рис. 5. Киста желчного протока 5-го типа

Рассматривая сочетание различных хирургических заболеваний брюшной полости, прежде всего необходимо остановиться на органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Наиболее часто прослеживается взаимосвязь между заболеванием одного органа и возникновением патологии в другом, иногда без клинически значимых жалоб и симптомов.

Существующие многочисленные исследования выявили тесную связь всех отделов пищеварительной системы.

Анатомические и функциональные изменения в одном органе приводят к патологическому нарушению функций остальных органов ЖКТ. Выявлена обусловленность сочетания дискинезии желчных путей и нарушений физиологических процессов пилородуоденальной зоны, что приводит к развитию функциональных, а затем и органических патологических изменений.

Последовательность проведения этапов выполняемой операции на органах ЖКТ определяется принципами асептики и обусловлена степенью бактериального обсеменения органа. Начинать вмешательство по поводу сочетанной патологии следует с более чистых этапов.

Обладая достаточным клиническим общехирургическим опытом работы, тем не менее мы столкнулись с ранее не встречавшимся сочетанным поражением внепеченочных желчных протоков и выходного отдела желудка. Сами по себе оба заболевания и их осложнения известны, но встречаются с разной частотой. И если язвенный стеноз выходного отдела желудка – достаточно часто встречающееся по сей день осложнение, то кистозные дилатации желчного дерева, вовлекающие в процесс как внепеченочные, так и внутрипеченочные желчные пути, являются довольно редкой аномалией. Распространенность кист желчных протоков колеблется в диапазоне от одного случая на 13 000 человек до одного случая на 2 000 000 человек. Кистозные изменения желчных протоков чаще встречаются в странах Азии, чем в Европе и Америке [1, 2].

На сегодняшний день выделяют следующие варианты кист:

- тип 1 (рис. 1) – кистозная мешкообразная или веретенообразная дилатация общего желчного протока (самый частый тип, 90–95% случаев);
- тип 1А – мешкообразна в конфигурации и вовлекает весь общий желчный проток или большую его часть;
- тип 1В – мешкообразна и вовлекает ограниченный сегмент желчного протока;
- тип 1С – более веретенообразна в конфигурации и вовлекает большую часть или весь гепатикохоледох;
- тип 2 (рис. 2) – дивертикул общего желчного протока;
- тип 3 (рис. 3) – холедохоцеле, кистозная дилатация дистальной части общего желчного протока;

- тип 4 (рис. 4) – кистозная мешкообразная или веретенообразная дилатация общего желчного протока, связанная с кистозной веретенообразной или мешкообразной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков;
- тип 5 (рис. 5) – кистозная веретенообразная или мешкообразная дилатация внутрипеченочных желчных протоков, связанная с нормальным общим желчным протоком; может быть связана с печеночным фиброзом (ассоциация упоминается как болезнь Кароли).

В типах 1 и 4 соотношение между женщинами и мужчинами приблизительно 4:1, а во 2-м, 3-м и 5-м типах кисты встречаются с равной частотой у обоих полов.

Кистозные трансформации в желчных протоках выявляются у пациентов в любом возрасте. Около 60% обнаруживаются у детей до 10 лет [3]. В группе пациентов старшего возраста 30% кист [4]. Имеются редкие наблюдения, когда кисты желчного протока диагностированы пренатально при УЗИ плода на сроке беременности 15 недель, в раннем послеродовом периоде новорожденным выполнено хирургическое пособие [3].

Кисты 1-го типа очень вариабельны по размерам и объему, который может составлять несколько сотен миллилитров желчи, содержащей большое количество панкреатических ферментов. Так же сильно варьирует и толщина стенки [1, 2, 4–6].

Риск развития рака в стенке кисты общего желчного протока и в оставленном желчном дереве после удаления кисты является установленным фактом. Канцерогенез, как считается, обусловлен длительным стазом желчи и хроническим воспалением с развитием метаплазии. Наиболее частые морфологические варианты – аденосквамозный и мелкоклеточный рак [7].

Жалобы и клинические проявления у пациентов с данной патологией бедны и неспецифичны. Это обуславливает необходимость детального обследования гепатопанкреатобилиарной зоны при подозрении на наличие кист желчных протоков для уточнения варианта заболевания, анатомо-топографических особенностей и выявления осложнений.

При выявлении кист или ятрогений в ходе оперативного вмешательства предпочтителен выбор более простых вариантов операции. Это касается выбора анастомозов или варианта наружного дренирования, что позволяет не усложнять ход хирургического пособия. Тем не менее наши наблюдения пациентов с эксклюзивной сочетанной патологией показывают, что возможны иные виды реконструктивных вмешательств.

Окончательно диагноз формулируется по результатам гистологических исследований. В послеоперационном периоде всем пациентам не менее 5 лет необходимо про-

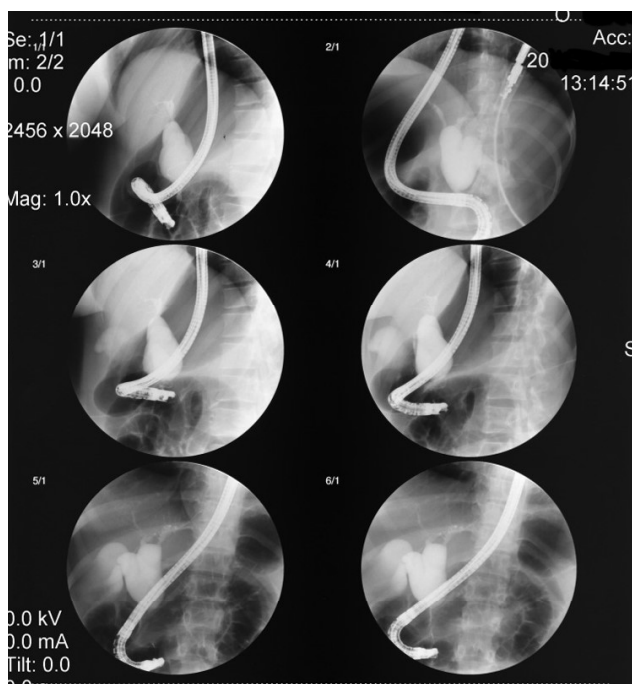


Рис. 6. Ретроградная холангиопанкреатография

водить периодические диспансерные осмотры, позволяющие выявить развитие малигнизации [7–9].

Материалы и методы

В данном наблюдении представлен пациент, у которого имеется сочетание декомпенсированного язвенного стеноза антрального отдела желудка и кисты гепатикохоледоха, которая была выявлена на этапе предоперационного обследования.

Жалобы *при поступлении* на тяжесть после приема пищи, рвоту съеденной пищей. Из анамнеза известно, что около 30 лет назад диагностировали язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, адекватного лечения не проводилось. Периодически отмечал обострение заболевания, также не лечился. За последний год стали часто беспокоить жалобы на тяжесть после приема пищи, рвоту съеденной пищей.

При обследовании. УЗИ: расширение холедоха до 13 мм, внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки не расширены, вирсунгов проток расширен до 4,2 мм. ЭГДС: стеноз привратника, признаки нарушения эвакуации из желудка, рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. РН-метрия: натошак регистрируется гипацидность. Рентгенография желудка: желудок растянут, дно достигает малого таза, начало эвакуации через 1,5 часа, через 24 часа желудок содержит основную массу бария, часть ее в толстой кишке, уровень в луковице двенадцатиперстной кишки; заключение: стеноз постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. УЗ-ангиография печени и поджелудочной железы: в среднем отделе холедоха определяется мешкообразное, веретенообразное расширение до 1,9 см на протяжении 4,0 см; дистальный отдел холедоха до 0,27 см; желчный пузырь размерами 6,2 × 3,5 см, деформирован, с перегибом в теле; вирсунгов проток не расширен. Ретроградная холангиопанкреатография: заполнен холедох на протяжении 4 см, диаметр на данном участке до 3 см, далее заполняются два расширенных меш-



Рис. 7. МР-холангиография

кообразных расширения размерами 7 × 3 см, выше контрастируются нерасширенные внутрипеченочные протоки; одновременно заполняются нерасширенный вирсунгов проток, нерасширенный пузырный проток и большой желчный пузырь с перетяжкой в области шейки; заключение: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, кисты гепатикохоледоха (рис. 6).

МР-холангиография: внутрипеченочные желчные протоки не расширены, размерами в поперечнике до 2 мм, сливаются в расширенный общий печеночный проток размерами до 16 мм в поперечнике, протяженностью 19 мм. Желчный пузырь размерами 31 × 48 мм, с перегибом в области шейки, с мелкими конкрементами до 2 мм. Пузырный проток расширен до 15 мм, протяженностью до 18 мм (в просвете множество мелких конкрементов 4–5 мм). Расширенный пузырный и общий печеночный протоки сливаются в расширенный холедох размерами в поперечнике до 20 мм, протяженностью 24 мм. Холедох в дистальных отделах конически суживается до 1–2 мм на протяжении 10 мм. В просвете холедоха также определяются мелкие множественные конкременты до 2 мм. Вирсунгов проток в поперечнике 1–2 мм (рис. 7).

На основании полученных результатов обследования сформулирован диагноз: декомпенсированный язвенный стеноз выходного отдела желудка; желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит; кисты гепатикохоледоха.

Пациенту выполнена операция: резекция 2/3 желудка по Бальфуру; холецистэктомия; резекция гепатикохоледоха; гепатикоеюностомия; дренирование брюшной полости.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии желудок гигантских размеров, антральный отдел его находится в малом тазу. В области бульбодуоденального перехода имеется инфильтрат, при разделении которого выявлена язва в зоне фатерова сосочка, пенетрирующая в головку поджелудочной железы, с практически полным стенозированием этой зоны. Кроме того, обнаружено, что общий печеночный и желчный про-

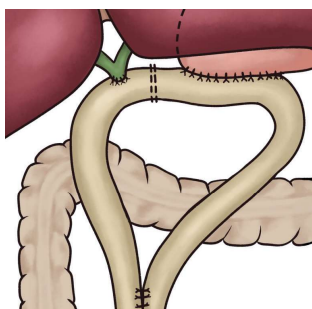


Рис. 8. Результат выполненного хирургического вмешательства (схема)

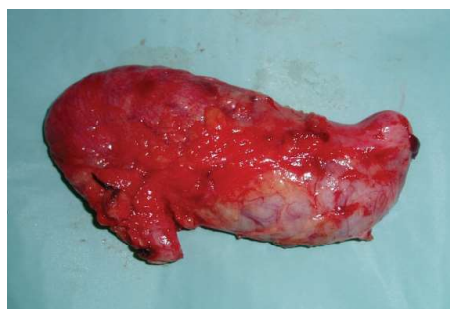


Рис. 9. Макропрепарат

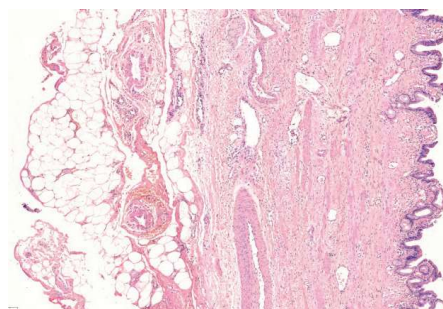


Рис. 10. Гистологические препараты стенки кисты общего желчного протока

токи значительно расширены в связи с наличием кистозного образования до 5,0 см в диаметре. Желчный пузырь обычной формы, размерами 12×6,0×6,0 см, в просвете определяются конкременты. В связи с локализацией язвы в зоне фатерова сосочка мобилизация двенадцатиперстной кишки осуществлялась на открытой культуре. По мере выполнения этого этапа операции стало очевидно, что ретродуоденальная часть общего желчного протока значительно сужена вследствие рубцового перерождения. Одновременно с этим стало очевидно, что необходимы резекция внепеченочных желчных протоков в связи с выявленной кистой 1-го типа и проведение соответствующей реконструкции.

Операция в дальнейшем проходила в следующей последовательности. Выполнена резекция 2/3 желудка, культя двенадцатиперстной кишки ушита по стандартной методике. Затем произведена холецистэктомия от шейки. Проксимально мобилизован кистозно измененный гепатикохоледох до бифуркации и пересечен. На границе супрадуоденальной и ретродуоденальной частей общий желчный проток также пересечен. Дистальная культя протока со склеротично измененными стенками значительно сужена, ушита двухрядным швом. Непрерывность ЖКТ восстановлена гастроэнтеро-с энтеро-энтероанастомозом по Брауну. Культя гепатикохоледоха анастомозирована с тощей кишкой двухрядным швом «конец в бок». Гастроэнтеро- и гепатикоюноанастомоз разобщены с помощью механического шва, наложенного на петлю тощей кишки (рис. 8, 9). Дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан на 12-е сутки после операции.

Результат гистологического исследования: киста общего желчного протока (рис. 10).

Проводилось динамическое наблюдение в течение 5 лет. Малигнизации и других поздних осложнений не выявлено. Пациент трудоспособен, социально адаптирован.

Таким образом, следует признать правильной хирургическую тактику, объем резекций и реконструктивно-восстановительное построение оперативного вмешательства при данной (уникальной) сочетанной патологии: декомпенсированном язвенном стенозе выходного отдела желудка и кисте гепатикохоледоха 1-го типа.

Заключение

Учитывая уникальность самой сочетанной патологии и выполненной хирургической операции, было бы неправомерно рекомендовать ее для применения в обычной хирургической практике. Однако, поскольку возможность повторения подобного сочетания патологических состо-

яний категорически отвергнуть нельзя, целесообразно в этом случае использовать конструктивное построение представленной нами операции.

Литература

1. Todani T., Watanabe Y., Toki A., Morotomi Y. Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type Ic and IVA cysts with primary ductal stricture // *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* — 2003. — V. 10. — P. 340–344.
2. 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. — № 2. — P. 263–269.
3. Милонов О.В., Гуреева Х.В. Врожденные кисты билиарного тракта (обзор литературы) // *Хирургия.* — 1982. — № 1. — С. 108–114. [Milonov O.V., Gureeva H.V. Congenital cysts of the biliary tract (literature review) // *Chirurgia.* — 1982. — № 1. — P. 108–114. In Russian].
4. Tadokoro H., Takase M. Recent advances in choledochal cysts // *Open J Gastroenterol.* — 2012. — V. 2. — P. 145–154.
5. Miyano T., Yamataka A., Kato Y. Choledochal cysts: special emphasis on the usefulness of intraoperative endoscopy // *J Pediatr. Surg.* — 1995. — V. 30. — № 3. — P. 482–484.
6. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst. Analysis of 1433 patients in the Japanese literature // *Am J Surg.* — 1980. — V. 140. — № 5. — P. 653–657.
7. Bismuth H., Krissat J. Choledochal cystic malignancies // *Ann Oncol.* — 1999. — V. 10. — Suppl. 4. — P. 94–98.
8. Морозов Д.А., Гусев А.А., Пименова Е.С. Кисты желчных протоков: современные аспекты хирургического лечения и клиническое наблюдение редкого варианта // *Вопросы современной педиатрии* — 2015. — Т. 14. — № 3. — С. 412–415. [Morozov D.A., Gusev A.A., Pimenova E.S. Bile duct cysts: current aspects of surgical treatment and clinical observation of a rare variant // *Voprosi sovremennoy pediatrii.* — 2015. — T. 14. — № 3. — P. 412–415. In Russian].
9. Черноусов А.Ф., Егоров А.В., Ветшев Ф.П. и др. Хирургическое лечение кистозных заболеваний желчных протоков // *Хирургия.* — 2016. — № 1. — С. 85–92. [Chernousov A.F., Egorov A.V., Vetshev F.P. et al. Surgical treatment of cystic diseases of the bile ducts // *Hirurgia.* — 2016. — № 1. — P. 85–92. In Russian].

Благодарность

Иллюстрации к статье «Оригинальная хирургическая операция при редкой сочетанной патологии органов брюшной полости. Клинический случай». Художник Е.М. Гусева.