

на правах рукописи

Королева Анна Александровна

Диагностика и выбор метода хирургического лечения кистозных трансформаций желчных протоков у взрослых.

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2017

**Работа выполнена в ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Научный руководитель

доктор медицинских наук,
профессор

Вишневский В.А.

Официальные оппоненты:

Шабунин Алексей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой хирургии ФГБОУ ДПО РМАПО, главный врач ГКБ им. С.П. Боткина Департамента Здравоохранения города Москвы, Заслуженный врач города Москвы, Заслуженный врач Российской Федерации, главный хирург Департамента здравоохранения Москвы.

Цвиркун Виктор Викторович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Московского клинического научного центра, заместитель главного врача по научной работе ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр ДЗМ.

Ведущая организация: ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Защита состоится «___»_____2017 г. в ___ часов

на заседании диссертационного совета Д 208 124.01 при ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Адрес: 117977, Москва, ул. Б.Серпуховская, д.27.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Автореферат разослан «___»_____2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Сапелкин С.В.

Автореферат

Общая характеристика работы.

Актуальность работы.

Кистозная трансформация желчных протоков – одна из редких аномалий развития билиарного тракта, поражающая как внепеченочные, так и внутripеченочные желчные протоки.

Наиболее часто данная аномалия встречается среди жителей стран Юго-Восточной Азии, причем независимо от расы отмечается преобладание данной нозологии у лиц женского пола. Соотношение женщин и мужчин составляет от 4:1 до 3:1 [Вишнеvский В.А.1998; De Vries J,S., 2002; Hosoki T., 2004.; Singham J., 2009].

До настоящего времени причины и патогенез кистозной трансформации ЖП окончательно не установлены. В числе факторов, способствующих кистозной трансформации указывается: врожденное недоразвитие мышечного слоя стенки протоков и аномальное панкреатобилиарное соустье, когда главный панкреатический проток и общий желчный проток соединяются вне ампулы фатерова сосочка и формируют длинный общий канал, где желчь и сок поджелудочной железы смешиваются и создаются условия для активации панкреатических ферментов с постоянным рефлюксом панкреатического сока в гепатикохоледох [Sugiyama M., 2004; Туманян Г.Т., 2005].

У взрослых кисты ЖП проявляются рецидивирующим холангитом и желтухой вследствие развития хронического воспаления на фоне холангиолитиаза и стриктур в кистозноизмененной протоковой системе [Sarin Y.K., 2005; Yamashita K., 2005; Ускова Н.Г., 2012].

Наиболее опасным осложнением кист ЖП является их малигнизация [Jan Y.Y. 2000; Singham M. 2004; Sugita R. 2015]. Частота озлокачествления кист ЖП достигает 30% [Kamisawa T. 2008; Tadokoro H., 2012; Morine Y., 2013; Soares K.C., 2014]. Причинами малигнизации считают хроническое воспаление в

билиарном дереве, рефлюкс панкреатического сока в желчные протоки, холелитиаз [Imazu M., 2001; Jeong I.H., 2005; Jensen K.K., 2015].

Сложность диагностики кистозной трансформации ЖП обусловлена относительной редкостью патологии, многообразием её форм с поражением различных отделов желчевыводящей системы, наличием осложнений, характерных для других заболеваний гепатобилиарной зоны [Singham J., 2004; Jensen K.K., 2015].

Отсутствие единого подхода к выбору объема операции при кистах желчных протоков (от частичного иссечения стенок кисты до резекции желчных протоков) требует дальнейшего изучения и оценки отдаленных результатов различных операций [Serwenka H., 2013].

При малигнизации кист желчных протоков представляется весьма важным изучение морфологических особенностей опухоли, а также поиск новых прогностических маркеров малигнизации.

В связи с этим улучшение диагностики кистозных трансформаций желчных протоков и определение оптимальной хирургической тактики в отношении пациентов с кистами желчных протоков представляется актуальной и требующей дальнейшего изучения проблемой.

Цель: повышение эффективности диагностики и хирургического лечения пациентов с кистозной трансформацией ЖП.

Задачи:

- 1) изучить возможности инструментальных методов исследования в дифференциальной диагностике кист желчных протоков.
- 2) изучить отдаленные результаты различных вариантов хирургического лечения кистозной трансформации желчных протоков.
- 3) уточнить оптимальный вариант операции в зависимости от типа кистозной трансформации желчных протоков.

Научная новизна

Впервые в России на основании уникального опыта лечения в Институте хирургии им. А.В. Вишневского 38 больных с редкой аномалией

- кистозной трансформацией желчных протоков проведен сравнительный анализ операций внутреннего дренирования кисты и радикального иссечения кистозно-измененных желчных протоков.

Определена частота малигнизации кистозной трансформации желчных протоков после выполнения дренирующих операций по данным лучевых методов исследования.

Предложен оптимальный вариант хирургического лечения больных с кистозной трансформацией желчных протоков, позволяющий избежать рецидива заболевания и малигнизации.

Теоретическое и практическое значение.

Оптимизирован спектр лабораторных и инструментальных методов исследования.

Уточнен вариант хирургического лечения пациентов с кистозной трансформацией желчных протоков.

Положения, выносимые на защиту:

1. Алгоритм инструментальной диагностики кист желчных протоков должен включать в себя УЗИ как скрининговый метод исследования, МРТ+МРХГ - как уточняющий метод диагностики. КТ с внутривенным болюсным контрастированием выполняется при подозрении на малигнизацию кисты желчного протока. Анализ крови на онкомаркер СА19-9 рекомендуется делать всем пациентам, которые ранее перенесли операции внутреннего дренирования и при подозрении на малигнизацию.
2. Операции внутреннего дренирования кист желчных протоков является порочной операцией ввиду высокой частоты послеоперационных осложнений и малигнизации.
3. Методом выбора хирургического лечения следует считать:
 - при кисте ЖП I типа по Todani – резекцию кистозноизмененного желчного протока с ГЕА;
 - при кистозной трансформации ЖП II типа - изолированная резекция

кисты;

- при кистах ЖП IV типа (сочетанное поражение внепеченочных и унилобарное поражение внутripеченочных желчных протоков) – резекция печени с резекцией ОЖП + ГЕА.

Внедрение в практику.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую деятельность отдела абдоминальной хирургии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России; в клиническую практику отделения хирургии ФГБУ "Федеральный научный клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России; а также в учебный процесс кафедры эндоскопической хирургии ФГБОУ Высшего Образования "Московский Государственный Медико-стоматологический Университет имени А.И. Евдокимова" Минздрава России и опубликованы в центральной печати.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность и обоснованность результатов и выводов диссертационной работы подтверждаются их репрезентативностью за счет изучения и сравнения отдаленных результатов хирургического лечения 38 больных кистозной трансформацией желчных протоков.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на конгрессах и съездах:

1. XXI Международный Конгресс ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ 9-12 сентября, 2014 г. Пермь;
2. Всероссийская научно-практическая конференция «Новые технологии в хирургии», 16-17 декабря 2014г., Санкт-Петербург;
3. XII Съезд хирургов России, 7-9 ноября 2015г., Ростов-на Дону;
4. HPB SurG, Lyon, France, 13th November, 2015;

5. Пленум Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ при участии Главных внештатных специалистов-хирургов регионов России, 14-15 апреля 2016 г., Челябинск;
6. XXIII Международный Конгресс Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 14-16 сентября 2016 г., Минск;

Апробация работы проведена 10.03.17 г. на заседании проблемной комиссии с участием научных сотрудников отдела абдоминальной хирургии, клинико-диагностического отделения с группой клинической иммунологии, отдела лучевой диагностики и эндоскопического отделения ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.

Личный вклад автора

Анализ данных отечественной и зарубежной литературы, ретроспективный анализ историй болезни и результатов обследования пациентов (в том числе данные гистологического исследования), статистическая обработка и обобщение полученных результатов выполнены лично автором. Автор принимал непосредственное участие в ведении пациентов и ассистенции во время операций с начала прохождения обучения в аспирантуре в ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России в 2013 году.

Публикация материалов исследования

По теме диссертационной работы опубликованы 12 печатных работ, в том числе 3 статьи в журналах, рекомендуемых ВАК, 1 статья и 8 тезисов в отечественной и зарубежной печати.

Структура и объём диссертации.

Диссертация состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа изложена на 112 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 54 рисунками, содержит 12 таблиц. Список литературы включает 134 источника (35 отечественных и 99 иностранных).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 14.01.17 – хирургия.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалы и методы исследования

Объектом исследования являлись пациенты отделения хирургической гепатологии и панкреатологии ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (директор – д.м.н., профессор, академик РАН Ревишвили А.Ш.).

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 38 пациентов с кистозной трансформацией ЖП, проходивших обследование и лечение с мая 2002 по май 2016 года.

Все пациенты с кистозной трансформацией желчных протоков были разделены на 2 группы: 1-ю составили ранее не оперированные (n=17), 2-ю – перенесшие ранее различные вмешательства по поводу кист желчных протоков (n=21).

Возраст пациентов в обеих группах варьировал в пределах от 25 до 75 лет. Средний возраст в обеих группах составил $41,1 \pm 13,5$ года. Преобладали пациенты среднего и пожилого возраста (более 50%). Мужчин было – 6 (16%), женщин – 32 (84%).

Распределение пациентов в зависимости от типа кистозной трансформации желчных протоков по T.Todani, представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от типа кист желчных протоков.

Тип кисты	I группа ранее не оперированные абс.ч.(%)	II группа перенесшие ранее различные вмешательства абс.ч.(%)	Количество больных
I	13(76%)	16(76,2%)	29 (76,3%)
II	1(6%)	-	1 (2,6%)
III	-	-	0 (0%)
IVa	3(18%)	2(9,5%)	5 (13,2%)
IVb	-	2(9,5%)	2 (5,3%)
V	-	1(4,7%)	1 (2,6%)
всего	17(100%)	21(100%)	38 (100%)

В обеих группах преобладали пациенты с кистозной трансформацией желчных протоков I и IVa типов по T.Todani (76,3% и 13,2% соответственно).

Характер ранее выполненных вмешательств у пациентов II группы представлен в таблице 2.

Таблица 2. Варианты оперативных вмешательств, выполненных до поступления в ИХВ.

Характер вмешательства		Количество больных	Осложнения
I. Внутреннее дренирование кист желчных протоков	А) Цистодуоденоанастомоз (ЦДА)	7	Рефлюкс-холангит (4), стриктура ЦДА (3), цистолитиаз (4) Малигнизация кисты ЖП (3), мех.желтуха (3)
	Б) Цистоеюноанастомоз (ЦЕА)	3	Рецидивирующий холангит, стриктура ЦЭА, цистолитиаз; Малигнизация (1), мех. желтуха (1)
	Г) Холедохоеюноанастомоз	1	Абсцедирование кисты внутрипеченочных желчных протоков, стриктура БДА
	Д) Эндоскопическое внутренне дренирование желчных путей (ЭПСТ)	2	Рецидивирующий холангит (2), цистолитиаз (1); Малигнизация КЖП, гемобилия+мех. желтуха (1)
II. Холецистэктомия (без дренирования ЖП) - Традиционная - 5 - Лапароскопическая - 3		8	Болевой синдром, рецидивирующий холангит, рецидивирующая желтуха (1); Рецидивирующий холангит, абсцедирование печени (1)
Всего:		21	

Операции внутреннего дренирования кистозноизмененного ОЖП в анамнезе перенесли 13 (61,9%) больных, холецистэктомия была выполнена 8 (38,1%) пациентам.

Статистическая обработка.

Полученные результаты исследования были обработаны вариационно-статистическим методом. При статистической обработке вычислялись: среднеарифметические величины сгруппированного ряда (M), ошибка средней арифметической (m), среднее квадратичное отклонение (δ). При оценке существенности различий между средними величинами вычислялся коэффициент достоверности (P) по t -критерию Фишера-Стьюдента. За уровень достоверности была принята вероятность различия 95,0% ($p < 0,05$).

Были рассчитаны чувствительность, специфичность и точность результатов инструментальных методов исследования (УЗИ, МСКТ, ЭРПХГ, МРПХГ) в выявлении кист ЖП.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализируя клинические проявления заболевания у пациентов с кистами желчных протоков, включенных в исследование, мы пришли к выводу, что специфических симптомов клинического течения кистозной трансформации желчных протоков нет, как правило, клиническая картина связана с развитием различных осложнений.

Клинические проявления заболевания во 2 группе (ранее оперированных пациентов) больных объяснялись не столько длительностью заболевания, сколько неэффективностью предшествующих хирургических вмешательств.

Анализ результатов обследования указанных пациентов свидетельствует о том, что в клинических и биохимических анализах крови достоверных различий между больными обеих групп выявлено не было ($p > 0,05$).

Статистически достоверно было подтверждено повышение уровня СА 19-9 при малигнизации кист ($p \leq 0,05$).

При инструментальной диагностике учитывались такие критерии в верификации кистозной трансформации желчных протоков, как толщина стенки, наличие неровностей, содержимое кистозноизмененных протоков, плотность содержимого, наличие включений, наличие тканевого компонента в полости кисты (что в свою очередь указывало на малигнизацию). Так же

изучались диагностические возможности в установлении диагноза кистозной трансформации желчных протоков, сравнение точности, специфичности, чувствительности лучевых методов в данной нозологии и причины ложноотрицательных результатов (табл. 3).

Таблица 3. Информативность методов инструментальной диагностики в выявлении кистозной трансформации ЖП

<i>Метод диагностики</i>	<i>Показатели</i>		
	<i>Чувствительность, %</i>	<i>Специфичность, %</i>	<i>Точность, %</i>
УЗИ	86,8	83,3	86,8
МСКТ	93,3	100	93,3
ЭРХПГ	100	100	100
МРТ	88,9	88,9	88,9
МРТ+МРХГ	100	100	100

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости было выполнено 38 пациентам, при этом кистозная трансформация желчных протоков была выявлена у 33 (86,8%) больных. В пяти (13,2%) случаях результат был ложноотрицательный. При этом в 4 (10,5%) случаях ложноотрицательные показатели были в группе ранее оперированных пациентов. Причиной стала выраженная аэрохолия, которая затрудняла визуализацию гепатодуоденальной связки. В 1-ой группе, в одном случае (2,6%) ложноотрицательный результат получен у больного с гигантской кистой ОЖП, принятой при УЗИ за кисту головки поджелудочной железы.

В большинстве случаев кисты общего желчного протока (I тип) доступны для УЗ-диагностики в группе не оперированных ранее пациентов. У больных, перенесших операцию внутреннего дренирования кисты, существуют объективные сложности УЗИ-исследования, приводящие к ложноотрицательным результатам.

Диагностическая точность данного метода у пациентов I группы составила 93,8%, во II группе - 87,9%.

Спиральная компьютерная томография брюшной полости выполнена 15 пациентам, что позволило выявить кистозную трансформацию желчных протоков у 14 (93,3%) больных. В 1 (6,7%) случае у пациента первой группы результат был ложноотрицательный. Вместо кисты ЖП диагностирован рак ОЖП. Причиной диагностической ошибки послужила визуализация тканевого компонента (инвагинированная стенка кистозноизмененного ОЖП в полость кисты) в полости ОЖП, что было расценено как рак гепатикохоледоха.

При МСКТ IV типа кистозной трансформации внутривнутрипеченочные желчные протоки кистообразно расширены, стенки кист не накапливают контрастного препарата, в полости кистозного образования определяется жидкостное содержимое плотностью до 18 - 20 ед. Н, при болюсном контрастном усилении градиент накопления отсутствует, в просвете возможна визуализация наличия конкрементов. МСКТ с болюсным контрастным усилением позволяет четко визуализировать ангиоархитектонику ГДС, области ворот печени и внутривнутрипеченочную архитектонику сосудов.

При малигнизации КЖП визуализируется утолщенная стенка кисты и солидный компонент в её просвете, накапливающий контрастное вещество.

Магнитная резонансная томография брюшной полости выполнена 34 пациентам, 16 пациентам в сочетании с МРХГ.

МРТ позволило выявить кистозную трансформацию ЖП - в 16 (88,9%) случаях из 18. В 2 случаях (11,1 %) у пациентов I и II групп при МРТ выявлены ложноотрицательные результаты. У пациентки первой группы киста общего желчного протока была расценена как расширение гепатикохоледоха ввиду стенотического сужения в терминальном отделе. У больной второй группы малигнизированная киста внутривнутрипеченочных ЖП была принята за гепатоцеллюлярный рак.

Установить причину ложноотрицательных результатов в данном случае не представилось возможным в связи с малым количеством выборки.

Чувствительность МРХГ в выявление кистозной трансформации желчных протоков составила 100%, специфичность – 100%, точность – 100% у пациентов обеих групп. У двух пациентов после ранее перенесенного оперативного лечения с ложноотрицательными результатами при УЗИ МРХГ позволила установить диагноз кистозной трансформации ЖП. При малигнизированных кистах, МРХГ визуализирует наличие сопряженных с кистозноизмененным ОЖП билиарных структур. МРХГ позволила выявить аномальное панкреатобилиарное соустье у 8 (23,5%) пациентов, при диагностике IVa типа кистозной трансформации ЖП – визуализировать кистознорасширенные внутриспеченочные протоки.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография была выполнена 4 (10,5%) пациентам, кистозная трансформация была выявлена у 4 (100%) больных. Во всех 4 случаях эта манипуляция переросла в лечебную. Чувствительность метода ЭРХПГ составила 100%, специфичность – 100%, точность – 100%, что соответствует литературным данным.

ЭРХПГ ни в одном случае не была включена в план рутинных инструментальных диагностических мероприятий, так как полностью заменяема неинвазивной МРХГ.

Показанием к ЭРХПГ всегда служили осложнения кистозной трансформацией желчных протоков – желтуха, холангит, холелитиаз. В каждом случае планировалось проведение последующего ретроградного эндоскопического дренирующего вмешательства, направленного на купирование указанных состояний в дооперационном периоде.

При сравнении чувствительности, специфичности и диагностической точности представленных методов, выявлены статистически достоверные различия ($p \leq 0,05$) между (УЗИ, КТ, МРТ) и МРТ+МРХГ.

Отсутствие стандартизированных протоколов исследования и малое число пациентов не позволило сравнить точность, специфичность и чувствительность КТ и МРТ в диагностике малигнизированных кист желчных протоков.

Таким образом, на основе проведенного анализа чувствительности, специфичности, точности инструментальных методов диагностики у пациентов с кистами желчных протоков можно сделать следующие выводы:

скрининговым методом диагностики может служить УЗИ органов брюшной полости;

уточняющим методом диагностики может быть МРТ в сочетании с МРХГ.

ЭРХПГ, имея уровень чувствительности, специфичности, точности, приближающийся к 100%, не должна использоваться в рутинной диагностике кист желчных протоков. ЭРХПГ необходимо выполнять у пациентов с осложненным течением кистозной трансформацией (желтуха, холелитиаз, холангит) для выполнения предоперационного дренирующего вмешательства (ЭПСТ, литоэкстракция, стентирование ЖП, назобилиарное дренирование).

КТ с внутривенным болюсным контрастированием целесообразно выполнять в качестве подтверждения диагноза малигнизированной кисты, а также для более точной топической диагностики ангиоархитектоники области ГДС, определения сосудистой инвазии опухоли.

Было оперировано 38 пациентов. Резекция кистозноизмененного общего желчного протока была выполнена 29 больным (76,3 %), в том числе и пациентке с малигнизированной кистой гепатикохоледоха. У 4 больных оперативное лечение было дополнено резекцией печени в том или ином объеме (10,5 %). Принцип операции заключался в формировании широкого билиодигестивного анастомоза с прецизионным сопоставлением слизистых.

У одной больной со II типом кисты общего желчного протока была выполнена резекция кистозного образования, без вмешательства на гепатикохоледохе.

В остальных 4 случаях, у больных с малигнизированными кистами было выполнено паллиативное оперативное вмешательство (табл. 4).

Таблица 4. Оперативные вмешательства.

Операции	Группы		Всего
	I (первичные операции)	II (повторные операции)	
Кисты желчных протоков без малигнизации			
Резекция кистозноизмененных желчных протоков с формированием ГЕА на выключенной петле по Ру.	14 (82,3%)	14 (66,7%)	28 (73,7%)
Атипичная резекция 4s печени, резекция кистозноизмененного ГХ, биГЭА по Ру	2 (11,8%)	-	2 (5,3%)
Левосторонняя ковальная лобэктомия, реконструкция ГЕА по Ру	-	1 (4,8%)	1 (2,6%)
ЛГГЭ, резекция 1 сегмента печени, резекция гепатикохоледоха, ГЕА по Ру	-	1 (4,8%)	1 (2,6%)
Лапароскопическая резекция кисты 2 тип	1 (5,9%)		1 (2,6%)
Малигнизированные кисты			
Резекция кистозноизмененных желчных протоков с формированием ГЕА на выключенной петле по Ру.		1(4,8%)	1 (2,6%)
ЛГГЭ, РЧА s5,6,7; Резекция ОЖП, пластика ГЕА.	-	1(4,8%)	1 (2,6%)
Обходной гастроэнтероанастомоз	-	1 (4,8%)	1 (2,6%)
Эксплоративная лапаротомия	-	2 (9,5%)	2 (5,3%)
ВСЕГО	17 (100%)	21 (100%)	38 (100%)

У 12 (32%) пациентов было выполнено ИОУЗИ. Ввиду кистозного поражения внутрипеченочных желчных протоков позволило точно определить зону резекции печени, у повторно-оперированных больных определить зону

анастомоза, в случае малигнизированных кист, при радикальном объеме операции с помощью данного метода было визуализированы все элементы гепатодуоденальной связки, интимно прилежащие к опухоли.

У 10 (27%) больных выполнялось срочное гистологическое исследование удаленного препарата, в случае малигнизированной кисты срочное гистологическое исследование проводилось также краев резекции до результата R0.

В раннем послеоперационном периоде преобладали такие осложнения как холангит (13%), желудочно-кишечное (5%) и внутрибрюшное кровотечения (18%), острый панкреатит (18%) и частичная несостоятельность билиодигестивного анастомоза (32%). Холангит и частичная несостоятельность БДА по количеству преобладали в группе ранее оперированных пациентов, что, по нашему мнению, стало следствием оперативного лечения на рубцово-измененных протоках с хроническими воспалительными явлениями.

У 3 больных первой группы развилось внутрибрюшное кровотечение аррозивного характера на фоне нарастания явлений острого панкреатита. Причиной стало максимально радикальное удаление кистозноизмененного общего желчного протока в интрапанкреатической части. По данным литературы частота развития аррозивного кровотечения после оперативного вмешательства на поджелудочной железе варьирует 5-28% (диаграмма 1)

Диаграмма № 1. Ранние послеоперационные осложнения в группах пациентов.



При сравнении ранних послеоперационных осложнений у больных обеих групп статистически достоверных отличий выявлено не было ($p > 0,05$).

Нами было проведено сравнение отдаленных результатов операций внутреннего дренирования кист ОЖП и радикального иссечения кистозноизмененных желчных протоков (в части случаев это потребовало резекции печени). Для оценки полученных отдаленных результатов разных методов оперативного лечения кистозной трансформации ЖП, были сформированы группы пациентов. Группу А составляли больные, перенесшие операции внутреннего дренирования кистозноизмененного желчного протока, группу В – больные, которым в институте хирургии им А.В. Вишневского было выполнено хирургическое лечение в радикальном объеме с иссечением кистозноизмененных протоков.

У больных, которые перенесли операции с сохранением стенок кисты желчных протоков, в послеоперационном периоде сохранялись явления холангита, механической желтухи, холангиолитиаз. Именно в этой группе были пациенты с малигнизацией кисты (38,5%) спустя 20-30 лет после операции. Всем больным требовалась предоперационная подготовка для разрешения осложнений кист. Только у одной пациентки с малигнизированной кистой удалось выполнить операцию в радикальном объеме, остальным ввиду распространенности процесса были выполнены паллиативные хирургические вмешательства.

Операции внутреннего дренирования не обеспечивали адекватного оттока желчи из полости кисты, не препятствовали забросу панкреатического секрета в полость кист, а также добавлялся рефлюкс кишечного содержимого в просвет кист. Все это продолжало поддерживать хроническое воспаление стенок кистозноизмененного желчного протока, а в ряде случаев привело к малигнизации кист ЖП. Количество и виды осложнений данных операций соответствуют литературным данным.

В группе пациентов, перенесших резекцию кистозноизмененных ЖП (в ряде случаев с резекцией печени), результаты в большинстве были хорошими.

Неудовлетворительными результаты в группе В, определялись развитием стриктуры билиодигестивного анастомоза (5,9 %). Ни в одном случае после резекции не развились опухоли желчных протоков. Процент стриктур соответствовал литературным данным [Koornstra JJ et. Al, 2008].

У пациентки со II типом кисты, которой была выполнена резекция кистозного образования без вмешательства на общем желчном протоке, спустя три года после операции патологических изменений в зоне оперативного вмешательства выявлено не было (табл. 5).

Таблица № 5. Сравнения отдаленных результатов операции внутреннего дренирования кист ЖП и радикального иссечения кистозной трансформации ЖП.

Жалобы	Группа А	Группа В
Стриктуры БДА	4 (31%)	1 (5,9 %)
Боли в правом подреберье	13(100%)	1 (5,9 %)
Холангит	8 (61,5%)	1 (5,9 %)
Механическая желтуха	6 (46,2%)	1 (5,9 %)
Холангиолитиаз	7(53,8%)	-
Малигнизация	5 (38,5%)	-
Всего больных	13 (100%)	17(100%)

Различия между группами при сравнении полученных отдаленных результатов оказались статистически значимы ($p < 0,05$). В группе А результаты всех 13 операций внутреннего дренирования кист ОЖП были неудовлетворительными. Всех пациентов беспокоили боли в области верхних отделов живота, примерно в половине случаев отмечена механическая желтуха, холелитиаз, в 61,5% - холангит. Только среди пациентов этой группы, выявлены малигнизированные кисты (через 25-38 лет после операции):

после ЦДА – 3 пациента с малигнизацией

после ЦЕА – 1 больной

после ЭПСТ – 1 пациентка с малигнизированной кистой ОЖП.

В группе В все пациенты, за исключением одной больной, с кистой II типа, перенесли резекцию кистозноизмененных желчных протоков с гепатикоюностомией по Ру, в 11,8 % случаев - в сочетании с резекцией печени. Отдаленные результаты в этой группе определились состоянием билиодигестивного анастомоза. Так в одном случае (5,9 %) была диагностирована стриктура анастомоза, обуславливающая развитие холангита, механической желтухи. Пациентка была оперирована - выполнена реконструкция ГЕА.

Операции внутреннего дренирования кист ЖП обеспечивают лишь временное купирование симптомов и не приводят к адекватному дренированию кисты. Сохраняя дефектные стенки кисты с нарушенной иннервацией, при выполнении ее внутреннего дренирования, хирург сохраняет условия для задержки эвакуации желчи, условия для продолжения рефлюкса в кисту панкреатического сока (при АПБС), добавляя еще и рефлюкс в просвет кисты кишечного содержимого. Так при длительном воздействии указанных сред на стенки кисты сохраняются все условия хронизации воспалительного процесса в кистах, приводящего в ряде случаев к малигнизации.

Таким образом считаем, что операции внутреннего дренирования кист ЖП являются неоправданными и должны быть изъяты из арсенала лечения пациентов с кистозной трансформацией желчных протоков. При кистозной трансформации желчных протоков I и IVb типов необходимо выполнять иссечение кистозноизмененного желчного протока, при IVa типе рекомендуется произвести иссечение протока в сочетании с резекцией печени.

При кистах желчных протоков V типа (Кароли) возможность резекционных вмешательств ограничена. При осложненном течении КЖП в этом случае должен рассматриваться вопрос о выполнении трансплантации печени.

При малигнизации кист желчных протоков показано удаление кистозноизмененного желчного протока с выполнением срочного гистологического исследования краев резекции. К сожалению после повторных операций возможность радикального вмешательства крайне низка.

Таким образом, в результате исследования были показаны высокие диагностические возможности УЗИ, МРТ+МРХГ, КТ, а также неудовлетворительные результаты операций внутреннего дренирования кистозноизмененного желчного протока. В то же время доказана целесообразность первичного оперативного вмешательства при кистах желчных протоков ввиду небольшого количества послеоперационных осложнений и статистически достоверных лучших отдаленных результатов.

ВЫВОДЫ

1. Чувствительность, специфичность, диагностическая точность инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ, МРХПГ) в диагностике кист желчных протоков соответственно составляют при УЗИ – 86,8%; 83,3%, 86,8%; при КТ – 93,3%; 100%; 93,3%; при МРТ+МРХГ 100%; 100%; 100%.

2. Операции внутреннего дренирования кист желчных протоков в 100% случаях сопровождаются осложнениями, при этом малигнизация развивается в 38% случаев, что отсутствует при радикальном хирургическом лечении.

3. Оптимальным вариантом хирургического лечения кистозной трансформации является резекция кистозноизмененных желчных протоков.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Оптимальным вариантом диагностики кистозной трансформации желчных протоков считается УЗИ органов брюшной полости и МРТ, дополненная режимом МРХГ.

В случае подозрения на малигнизацию кисты ЖП следует прибегнуть к выполнению МСКТ брюшной полости с внутривенным болюсным усилением.

2. При повторно-реконструктивных операциях по поводу кистозной трансформации желчных протоков всем больным необходимо выполнять анализ крови на уровень онкомаркеров СА 19-9, а также интраоперационно проводить срочное гистологическое исследование краев резекции.

3. При диагностике кист желчных протоков в непрофильных учреждениях рекомендуется направление пациентов в специализированные отделения

хирургии печени и желчных протоков.

4. При развитии желтухи и холангита на фоне кистозной трансформации желчных протоков рекомендуется выполнение ретроградного или антеградного дренирования желчных протоков с последующей радикальной операцией.

5. Пациенты с кистами желчных протоков требуют диспансерного наблюдения с целью раннего выявления возможных осложнений, в том числе и малигнизации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Лапароскопическое лечение кистозной трансформации общего желчного протока (тип II по Todani) / Жариков Ю.О., Ионкин Д.А., **Королева А.А.**, Андрейцева О.И., Чжао А.В. // «Эндоскопическая хирургия». 2015. №6. Т.21. Стр.72-76.
2. Повторные операции у больных с кистозными трансформациями желчных протоков. / **Королева А.А.**, Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Вишневский В.А.// «Практическая медицина». 2016. №5 (97). Стр.96-104.
3. Кистозная трансформация желчных протоков: диагностика и дифференциальная диагностика на этапах хирургического лечения / Степанова Ю.А., **Королева А.А.**, Ионкин Д.А., шуракова А.Б., Солодина Е.Н., Вишневский В.А. // **Анналы хирургической гепатологии.**
4. Хирургическая тактика при кистах желчных протоков / **Королева А.А.**, Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Вишневский В.А. // «Высокотехнологическая медицина». 2016. №3. Стр.31-39.
5. Особенности хирургической тактики при кистозной трансформации желчных протоков у взрослых пациентов / Вишневский В.А., Ионкин Д.А., **Королева А.А.**// Актуальные вопросы клинической медицины. Юбилейный сборник научных трудов межведомственной научно-практической конференции, посвященной 25-летию Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по г.Москве».2014 г. стр.42-46.

6. Тактика хирургического лечения при кистозной трансформации желчных протоков: первичные и повторные операции / Ионкин Д.А., **Королева А.А.**, Шуракова А.Б., Степанова Ю.А. // Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии». Пермь. 9-12 сентября. 2014. Стр.36-38.
7. Особенности повторных операций при кистозной трансформации желчных протоков у больных зрелого возраста / Вишневский В.А., Ионкин Д.А., **Королева А.А.**, Шуракова А.Б.// Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в хирургии». Санкт-Петербург. 16-17.12.
8. Лапароскопическое удаление кисты общего желчного протока (II типа по Tadani) / Чжао А.В., Ионкин Д.А., Андрейцева О.И., Циганков В.Н., Жариков Ю.О., **Королева А.А.**, Шуракова А.Б.// Материалы XII Съезда хирургов России. Ростов-на Дону. 7-9.10. 2015 г. «Альманах инситута Хирургии им. А.В.Вишневского» 2015.№2 стр.108-109.
9. Динамический мониторинг состояния пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу кистозной трансформации желчных протоков. / Степанова Ю.А., Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., **Королева А.А.**, Вишневский В.А. // Материалы Пленума Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ при участии Главных внештатных специалистов-хирургов регионов России. Челябинск, 14-15 апреля 2016 г.; 99-101.
10. Опыт лечения пациентов с кистозной трансформацией желчных протоков. / **Королева А.А.**, Тупикин К.А., Кожемякина В.В., Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Шуракова А.Б., Вишневский В.А. // Хирургия. Восточная Европа. Приложение. 2016. XXIII Международный Конгресс Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Материалы конгресса. Минск. 14-16.09. 2016.стр.47-48.

11. Оценка отдалённых результатов дренирующих оперативных вмешательств при кистозных трансформациях желчных протоков / **Королева А.А.**, Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Вишневский В.А. // Материалы V Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Байкальские встречи. Актуальные вопросы лучевой диагностики». Улан-Удэ, Республика Бурятия, 16 - 17 мая 2017 г.
12. Оценка частоты малигнизации кистозной трансформации желчных протоков / **Королева А.А.**, Вишневский В.А., Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Чжао А.В. // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ при участии Главных внештатных специалистов-хирургов регионов России. Новосибирск, 20-21 апреля 2017 г.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АПБС - аномальное панкреатобилиарное соустье

ГЕА - гепатикоеюноанастомоз

ЖП – желчный проток

ИОУЗИ –интраоперационное ультразвуковое исследование

КТ – компьютерная томография

МРПХГ –магниторезонансная панкреатохолангиография

МРТ – магниторезонансная томография

СКТ - спиральная томография

ОЖП – общий желчный проток

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦДА - цистодуоденоанастомоз

ЦЕА - цистоеюноанастомоз

ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия