

# ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 616.367–006–089.168

## ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ПРИВОДУ КІСТОЗНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ

М. Ю. Ничитайло, І. П. Галочка, М. С. Загрійчук, О. І. Литвин, І. І. Булик,  
А.В. Стоколос, А.І. Гуцуляк

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О.Шалімова НАМН України, м.Київ

## REOPERATIONS IN PATIENTS, SUFFERING CYSTIC TRANSFORMATION OF COMMON BILIARY DUCT

M. Yu. Nichitaylo, I. P. Galochka, M. S. Zagriyчук, O. I. Lytvyn, I. I. Bulyk,  
A.V. Stokolos, A.I. Gutsulyak

Кістозна трансформація внутрішньопечінкових та позапечінкових жовчних проток досить детально описана в літературі [1, 2]. Кісти позапечінкових жовчних проток виявляють з частотою у середньому 0,007 — 0,01% у дорослого населення [3]. Найбільш часто, за даними світової літератури, кісти СЖП спостерігають у населення країн Азії (1 на 1 000), переважно у жінок (співвідношення жінок і чоловіків від 4:1 до 3:1). В країнах Європи, зокрема в Україні, захворюваність становить 1 на 100 — 150 тис. населення, в США — 1 на 13 500, в Австралії — 1 на 15 тис.

Найбільш частими ускладненнями кіст СЖП є: цистолітиаз — у 49% хворих, холангіт — у 32%, гострий панкреатит — у 10%, гепатолітиаз — у 7%, малігнізація — у 3%, портальна гіпертензія — у 2%, хронічний панкреатит — у 2%.

Кісти СЖП класифікують залежно від їх розмірів, локалізації, кількості та інших критеріїв. Загальноприйнятою є класифікація кіст жовчних проток за Todani — Alons — Lei [4, 5]. За цією класифікацією виділяють 5 типів кіст: тип I — веретеноподібне або мішкоподібне розширення загальної печінкової протоки та СЖП (тип Ia — тотальне кістозне розширення СЖП, тип Ib — сегментарне розширення СЖП, тип Ic — веретеноподібне розширення

### Реферат

Проаналізований власний досвід лікування кіст спільної жовчної протоки (СЖП) у хворих, яким раніше здійснені неефективні оперативні втручання з цього приводу. Висвітлені основні причини безуспішності операцій, запропонований лікувально-діагностичний алгоритм, проаналізовані найближчі та віддалені результати оперативного лікування хворих.

**Ключові слова:** кіста спільної жовчної протоки; хірургічне лікування; повторні операції; гепатикоєюностомія; резекція кісти.

### Abstract

Own experience of treatment of the common biliary duct cysts was analyzed in the patients, to whom earlier noneffective operative procedures for this purpose were performed. The main causes of the operations faults were unmasked, the proposed treatment-diagnostic algorithm was proposed, immediate and remote results of operative treatment were analyzed.

**Key words:** cyst of common biliary duct; surgical treatment; reoperations; hepaticojunostomy; resection of the cyst.

СЖП); тип II — дивертикулярне розширення позапечінкових жовчних проток; тип III — розширення інтрадуоденальної частини СЖП (холедохоцеле); тип IVa — комбіноване розширення внутрішньо- та позапечінкових жовчних проток; тип IVb — множинні кісти біліарного тракту, переважно позапечінкових жовчних проток; тип V — кісти внутрішньопечінкових жовчних проток (хвороба Каролі).

Сьогодні фактично всі провідні хірурги, які мають досвід лікування таких хворих, відзначають, що оптимальним методом лікування є одноступеневе, максимально повне висічення кісти СЖП з формуванням гепатикоєюноанастомозу на петлі тонкої кишки, вимкненій за Ру.

Даних про безуспішні спроби хірургічного лікування пацієнтів з приводу кіст СЖП та тактику подальшого ведення таких пацієнтів ми не знайшли як у вітчизняній, так і зарубіжній літературі. Проаналізований власний досвід лікування хворих, яким раніше в інших лікувальних закладах виконані неефективні оперативні втручання з приводу кіст позапечінкових жовчних проток.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2008 по 2014 р. у відділі лапароскопічної хірургії та холелітиазу лікували 64 пацієнтів з приводу кістозної трансформації позапечінкових жовчних проток. Вік хворих у середньому ( $51,2 \pm 3,4$ )

року. Жінок було 47 (73,4%), чоловіків — 17 (26,6%). У 53 (82,8%) хворих в клініці виконане первинне хірургічне втручання в обсязі резекції кістозно—трансформованої ділянки СЖП, 11 (17,2%) хворих оперовані в інших хірургічних клініках з приводу кіст біліарного тракту, в тому числі 7 (63,6%) жінок та 4 (36,4%) чоловіка, віком у середньому  $(48,4 \pm 1,8)$  року.

За класифікацією Todani, у 49 (76,5%) хворих відзначені кісти типу I, після попередніх операцій у 6 (54,5%) пацієнтів — типу I, у 2 (18,0%) — типу II, у 3 (27,5%) — типу III.

Алгоритм передопераційного обстеження включав проведення УЗД, КТ, МРТ, МРПХГ, лабораторні дослідження, визначення вмісту онкомаркерів СА 19—9, РЕА, альфа—фетопротейну. У хворих після раніше виконаних операцій за наявності зовнішнього дренажа СЖП обов'язково проводили фістулографію. Для детального аналізу отриманих результатів та розробки ефективного лікувально—діагностичного алгоритму хворі розподілені на дві групи. У 53 (82,8%) пацієнтів (I група) оперативне втручання виконане в клініці вперше, 11 (17,2%) хворих (II група) раніше оперовані на поза-

печінкових жовчних протоках в інших клініках. В обох групах оцінювали такі основні критерії: тривалість лікування у стаціонарі, обстеження до операції, об'єм крововтрати та гемотрансфузії, частоту інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, тривалість післяопераційного періоду, рівень післяопераційної аналгезії, якість життя у найближчому та віддаленому післяопераційному періоді. Також брали до уваги дані біохімічного аналізу крові, зокрема рівень білірубину, активність АЛТ, АСТ, лужної фосфатази та інші показники на різних етапах протягом періоду госпіталізації.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Частота кістозної трансформації жовчних проток свідчить про актуальність проблеми та необхідність розробки максимально ефективного лікувально—діагностичного алгоритму у таких хворих [6]. Вважаємо, що хворих необхідно відразу після встановлення діагнозу направляти до спеціалізованих центрів, що мають достатній досвід гепатобілярної хірургії. Неадекватні, недостатньо ефективні, а інколи й абсолютно необгрунтовані спроби хі-

рургічної допомоги в клініках за відсутності достатнього досвіду лікування таких хворих зумовлюють значне погіршення результатів хірургічного лікування, виконання двох хірургічних операцій або більше замість однієї. Завдяки впровадженню сучасних методів діагностики встановити правильний діагноз до операції вдається більш ніж у 90% хворих [7]. За нашими даними, з 64 хворих, яких лікували в останні 5 років у клініці, вірний діагноз кісти СЖП спеціалісти установ, які направили пацієнта, встановили у 53 (82,8%). Цей показник дещо нижчий, ніж за даними світової літератури. Очевидно, це пов'язане з недостатнім забезпеченням вітчизняних стаціонарів сучасним діагностичним обладнанням. На етапі доопераційного обстеження нами правильний діагноз встановлений у 62 (96,8%) пацієнтів. В II групі вірний діагноз до першої операції був встановлений лише у 6 (54,5%) хворих, що свідчить про недостатній обсяг передопераційного обстеження. На момент госпіталізації в клініку діагноз кісти СЖП правильно встановлений у 9 (81,8%) хворих. У 2 (18,2%) навіть після першої операції, коли під час лапаротомії були можливості адекватно оцінити хірургічне захворювання, коректний діагноз не встановлений. Це пов'язане з тим, що хірурги непрофільних клінік не мають достатнього досвіду. Крім того, напружена кіста СЖП може симулювати пухлину панкреатобілярної зони, що змушує багатьох хірургів відмовитись від подальшого розширення обсягу операції та здійснити експлоративну лапаротомію. Операції, раніше виконані у хворих II групи, наведені у *табл.1*.

Отже, у 7 (63,6%) пацієнтів при госпіталізації виявлений зовнішній дренаж СЖП, що дало можливість виконати діагностичну фістулографію, а також забезпечувало декompresію біліарного дерева, щоб запобігти обтураційній жовтяниці. У 4 (36,4%) хворих, госпіталізованих у різні строки після накладання білідигестивних анастомозів, встановлені стриктура анастомозу, гнійний холангіт та обтураційна жовтяниця.

Таблиця 1. Операції, виконані у хворих II групи

Операція	Кількість хворих	
	абс.	%
Зовнішнє дренажування кісти	4	36,3
Холецистектомія, зовнішнє дренажування СЖП за Піковським	2	18,2
Холецистектомія, цистодуоденостомія	1	9,1
Цистоеюностомія на петлі тонкої кишки з браунівським співустям	2	18,2
Часткове висічення кісти з формуванням гепатикоєюноанастомозу на петлі тонкої кишки, вимкненій за Ру	1	9,1
Лапаротомія, холецистостомія	1	9,1

Таблиця 2. Операції з приводу СЖП, виконані після неефективних оперативних втручань

Операція	Кількість хворих
Холецистектомія, видалення кісти, гепатикоєюноностомія на петлі тонкої кишки, вимкненій за Ру, кінець у бік	5
Видалення кісти, бігепатикоєюноностомія на петлі тонкої кишки, вимкненій за Ру, кінець у бік	2
Роз'єднання раніше сформованого білідигестивного анастомозу, видалення кісти, гепатикоєюноностомія на петлі тонкої кишки, вимкненій за Ру, кінець у бік	4

У цих пацієнтів для верифікації діагнозу ми проводили МРПХГ та РПХГ, інформативність яких становила 98,6%. Хворі з зовнішнім дренажем СЖП госпіталізовані у строки до 2 міс після першої операції, після накладання білідигестивних анастомозів — від 1 до 5 років, з ознаками стриктури анастомозу та обтураційної жовтяниці. По 2 операції і більше здійснено у 3 (27,3%) пацієнтів, що зумовлене підтіканням жовчі та виникненням локального — в 1 (9,1%) та розлитого — у 2 (18,2%) жовчного перитоніту.

В усіх хворих виконані оперативні втручання в клініці (табл. 2).

В усіх ситуаціях ми намагаємось виділити стінки кісти з навколишніх тканин до місця максимального лікоподібного звуження. Після циркулярного виділення дистального відділу СЖП його перев'язуємо, прошиваємо та пересікаємо. Шляхом тракції кісти в бік проксимального відділу СЖП мобілізуємо стінки кісти до неуражених тканин, відсікаємо препарат. Забезпечивши необхідний діаметр жовчної протоки, формуємо гепатикоєюноанастомоз кінцем у бік на петлі тонкої кишки, вимкненій за Ру. Для цього накладуємо переважно двохрядний вузловий шов з використанням монофіламентного шовного матеріалу PDS 4.0. Обов'язково виконуємо холецистектомію, якщо вона не була здійснена під час першого оперативного втручання.

Особливістю виконання втручань у хворих, оперованих повторно, є деякі технічні умови, що погіршують результати остаточної операції. Це, зокрема, тяжкий стан хворого внаслідок раніше виконаної операції, порушення функцій органів і систем різної тяжкості, спричинене основним захворюванням. Так, незважаючи на наявність у більшості хворих зовнішнього дренажу СЖП або холецистостоми, обтураційна жовтяниця та печінкова недостатність різної тяжкості виникли у 8 (72,7%). Саме тому важливим є вибір оптимальних строків повторної операції. За наявності та функціонування зовнішнього дренажу СЖП або холецистостоми та

Таблиця 3. Основні критерії оцінки результатів оперативного лікування кіст СЖП в групах хворих

Критерій	Характеристика критерія в групах	
	I	II
Тривалість операції, хв ( $\bar{x} \pm m$ )	178 ± 34	245 ± 36
Об'єм крововтрати, об'єм гемотрансфузії, мл ( $\bar{x} \pm m$ )	153 ± 17	387 ± 92
Суб'єктивна оцінка якості анастомозу хірургом, балів	4 – 5	3 – 4
Частота інтраопераційних ускладнень, % ( $\bar{x} \pm m$ )	2,1 ± 0,9	5,6 ± 2,1
Строки нормалізації рівня білірубіну та активності трансаміназ після операції, дів ( $\bar{x} \pm m$ )	6,4 ± 2,7	12,8 ± 6,9
Частота ускладнень раннього післяопераційного періоду, % ( $\bar{x} \pm m$ )	1,4 ± 0,3	4,6 ± 2,9
Рівень та тривалість знеболення після операції, дів ( $\bar{x} \pm m$ )	1,8 ± 0,4 – наркотичні, 3,4 ± 1,2 – ненаркотичні анагетика	2,9 ± 1,5 – наркотичні, 6,2 ± 3,1 – ненаркотичні анагетика
Строки нормалізації перистальтики за даними аускультції, дів ( $\bar{x} \pm m$ )	2,4 ± 1,2	3,8 ± 1,9
Строки відновлення фізичної активності, дів ( $\bar{x} \pm m$ )	1,9 ± 0,8	2,8 ± 1,2
Строки початку харчування природним шляхом, дів ( $\bar{x} \pm m$ )	2,1 ± 1,5	3,5 ± 1,4

нечітко вираженої обтураційної жовтяниці оптимальним вважаємо виконання повторної операції через 1,5 – 2 міс; при виявленні стриктури білідигестивного анастомозу — відразу після встановлення діагнозу.

Ще один чинник, що ускладнює технічне виконання повторної операції, це виражений спайковий процес, особливо у віддалені строки після формування первинного білідигестивного анастомозу. Крім того, попередньо сформовані анастомози не завжди легко диференціювати, а зміни анатомії спричиняють збільшення тривалості виконання повторного оперативного втручання. Основні критерії оперативного лікування хворих двох груп наведені у табл. 3.

Отже, фактично за всіма параметрами результати первинних операцій вдвічі і більше перевищують такі після повторних втручань. Так, тривалість операції збільшується у середньому на 67 хв, що зумовлене запальними змінами після операції та порушенням анатомічних співвідносин у черевній порожнині. Частота інтраопераційної кровотечі збільшена у середньому на 3,5%, що зумовило збільшення інтраопераційної крововтрати у середньому

на 234 мл. У 4 (36,4%) хворих вимушено здійснювали компенсаторну гемотрансфузію внаслідок значної інтраопераційної крововтрати. Важливим вважаємо суб'єктивну бальну оцінку оперуючим хірургом якості сформованого анастомозу за власно розробленим опитувальником. Оскільки під час першої операції здійснюють спроби дисекції кісти, СЖП та навколишніх структур, кукса жовчної протоки, з якою формують гепатикоєюноанастомоз, перебуває у значно гіршому стані, ніж під час первинної операції. Це не лише утруднює технічне формування анастомозу, а й є фактором ризику виникнення неспроможності його швів у найближчому післяопераційному періоді та формування стриктури у віддалені строки після операції.

Строки нормалізації функції печінки, відновлення перистальтики та інші критерії також значно кращі у хворих I групи, що свідчить про переваги одноетапного хірургічного втручання у спеціалізованому стаціонарі.

Ми проаналізували якість життя пацієнтів у строки 3, 6, 9 і 12 міс після операції з використанням загальноприйнятого опитувальника

SF—36 та інтегрального критерію якості життя.

Якість життя як задовільну 82,4% пацієнтів I групи оцінювали вже через 6 міс після операції, II групи — 44,2%. Лише через 1 рік після повторної операції 79,8% пацієнтів II групи оцінили якість життя як задовільну.

Ще один важливий критерій — частота формування стриктури білідигестивних анастомозів. У I групі через 5 років після операції з приводу кісти СЖП стриктура гепатикоєноанастомозу виникла в 1 (1,9%) хворого, що потребувало здійснення регепатикоєностомії. У цього пацієнта діагностоване супутне захворювання сполучної тканини (колагеноз), що очевидно,

спричинило стриктуру анастомозу. У II групі в одного пацієнта стриктура анастомозу виникла через 4 роки, в одного — через 5 років після повторної операції, в обох здійснено регепатикоєностомію.

Щодо ведення післяопераційного періоду, тактика в обох групах суттєво не різнилась, проте, тривалість та інтенсивність антибактеріальної, протизапальної та знеболювальної терапії у хворих II групи були значно більшими.

## ВИСНОВКИ

1. У хворих за кістозної трансформації позапечінкових жовчних проток операцією вибору є видалення кісти з формуванням гепатикоєноанастомозу на петлі тонкої

кишки, вимкненій за Ру, що у 98% з них забезпечує задовільний результат у віддаленому післяопераційному періоді.

2. При повторній операції у хворих з приводу кіст позапечінкових жовчних проток збільшується ризик виникнення стриктури білідигестивних анастомозів.

3. Хірургічну корекцію кістозної трансформації позапечінкових жовчних проток слід виконувати у високоспеціалізованих хірургічних центрах, які мають достатній арсенал інструментально—лабораторних методів обстеження та застосовують мультидисциплінарний підхід до вибору хірургічної тактики.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Kutsumi H. Case of bile duct dilation complicated by hypertrophy of the cystic wall / H. Kutsumi, E. Yasutomi, H. Shiomi // *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi*. — 2014. — Vol. 111, N 7. — P. 1441 — 1444.
2. Diao M. Coagulopathy in a subtype of choledochal cyst and management strategy / M. Diao, L. Li, W. Cheng // *World J. Gastroenterol*. — 2014. — Vol. 20, N 30. — P. 10606 — 10612.
3. Recurrent acute pancreatitis as a long—term complication of congenital choledochal cyst surgery / F. Martinez—Rodenas, G. Torres—Soberano, J. M. Vila—Plana [et al.] // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 2014. — Vol. 106, N 3. — P. 230 — 232.
4. Type II intrapancreatic choledochal malignant cyst in adults: duodenopancreatectomy / M. A. Jimenez—Ballester, V. Soria—Aledo, J. G. Marin—Lorenzo [et al.] // *Ibid.* — P. 223 — 226.
5. Gadelhak N. Diagnosis and management of choledochal cyst: 20 years of single center experience / N. Gadelhak, A. Shehta, H. Hamed // *World J. Gastroenterol*. — 2014. — Vol. 20, N 22. — P. 7061.
6. Singham J. Choledochal cysts. Part 1 of 3: Classification and pathogenesis / J. Singham, E. M. Yoshida, C. H. Scudamore // *Can. J. Surg.* — 2009. — Vol. 52, N 5. — P. 434 — 440.
7. Hae Kyung Lee. Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review/ Hae Kyung Lee, Seong Jin Park, Bum Ha Yi // *Korean J. Radiol.* — 2009. — Vol. 10, N 1. — P. 71 — 80.

