

Рецидивирующая механическая желтуха при кистозной дилатации внутрипеченочных желчных протоков

Татаршаов М.Х.^{1,2}, Боташева В.С.³, Борлаков В.Р.²,
Каракотова З.Б.², Махожжев А.М.²

¹ Медицинский институт ФГБОУ ВПО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия»; 369000, г. Черкесск, ул. Космонавтов, д. 100, Российская Федерация

² РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница»; 369000, г. Черкесск, пер. Гвардейский, д. 1, Российская Федерация

³ ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»; 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 320, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение кистозной дилатации внутрипеченочных желчных протоков, осложненной обструкцией конfluence и протока правой доли печени. Приведен обзор литературы, показаны трудности дооперационной и интраоперационной диагностики, а также нестандартный выбор оперативного лечения у пациента с выраженным ожирением.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, кистозная дилатация, механическая желтуха.

Recurrent Obstructive Jaundice due to Cystic Dilatation of Intrahepatic Bile Ducts

Tatarshaov M.Kh.^{1,2}, Botasheva V.S.³, Borlakov V.R.²,
Karakotova Z.B.², Makhozhev A.M.²

¹ Institute of Medicine of North-Caucasian State Humanitarian-Technological Academy; 100, str. Kosmonavtov, Cherkessk, 369000, Russian Federation

² Karachay-Cherkessian Republic Clinical Hospital; 1, str. Gvardeyskaya, Cherkessk, 369000, Russian Federation

³ SBEI HPE «Stavropol state medical university»; 320, Mira str., Stavropol, 355017, Russian Federation

It is presented clinical observation of cystic dilatation of the intrahepatic bile ducts complicated by obstruction of confluence and liver right lobe duct. Literature review, difficulties of preoperative and intraoperative diagnosis and nonstandard surgical treatment in patient with severe obesity are presented.

Key words: liver, bile ducts, cystic dilatation, obstructive jaundice.

Среди редких заболеваний органов брюшной полости врожденное кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков, известное как болезнь Кароли, является одним из наиболее сложных и трудных как для диагностики, так и для лечения [1–4]. Впервые заболевание описано J. Caroli и соавт. в 1958 г. [5]. Частота заболевания варьирует от 1 на 50 тыс. до 1 на 2 млн человек. К началу 1996 г. в литературе опубликовано порядка 1800 наблюдений этого заболевания [6–8]. Для распознавания или подтверждения болезни Кароли используют широкий спектр современных методов диагностики: УЗИ, КТ, МРХГ, ЭРХПГ, ЧЧХГ, реже – динамическую сцинтиграфию [1, 3, 6, 9]. Учитывая малое число наблюдений и особенности проявления патологического

процесса в каждой конкретной ситуации, нет и не может быть унифицированного метода лечения этой категории больных. Применяют как миниинвазивные, так и объемные открытые оперативные вмешательства [1, 3, 6].

Механическая желтуха на почве образования конкрементов и стриктуры в пораженных внутрипеченочных желчных протоках является одним из наиболее частых осложнений болезни Кароли. Обструкция конfluence кистозно расширенными внутрипеченочными желчными протоками является редкой причиной механической желтухи. Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка 45 лет экстренно госпитализирована 14.05.2014. Жалобы на боль в правом подреберье, жел-

тушность кожного покрова, склер, периодический озноб с повышением температуры до 38 °С. В 2006 г. оперирована в одном из стационаров республики, выполнена холецистэктомия, дренирование общего желчного протока (ОЖП) по Холстеду. В дальнейшем 2–3 раза в год ее госпитализировали в стационар, в котором ранее была оперирована, по поводу рецидивирующей желтухи и холангита. При поступлении состояние удовлетворительное, ожирение 4-й степени (масса 155 кг при росте 160 см), умеренно выраженная желтушность кожи и слизистых. Выполнено УЗИ (рис. 1). В проекции III, IV, V сегментов печени кистозное образование 112 × 73 × 85 мм, множественные кисты максимального размера 85 × 42 мм. Культя пузырного протока 32 × 26 мм с гетерогенным содержимым (сладж). Признаки конкрементов до 2 мм. ОЖП 10 мм, внутривеночные желчные протоки до 9 мм. **Заключение:** кистозное образование над воротами печени, преимущественно в III, IV, V сегментах, вероятно паразитарного характера, признаки конкрементов культы пузырного протока, расширение ОЖП, внутривеночных желчных протоков (сдавление кистозным образованием), увеличение размеров и признаки жировой инфильтрации печени. ИФА на эхинококкоз — результат отрицательный. Оперирована 20.05.2014. Иссечен послеоперационный рубец в правом подреберье, лапаротомия. Печень темно-бурая, “застойная”, “мясистой”. В IV и V сегментах выпячивание на висцеральной и костальной поверхности 50 мм с инъекцией сосудов капсулы печени, инфильтрированной, толщиной до 8 мм стенкой, положительный симптом флюктуации. Культя пузырного протока 20 × 10 мм, ОЖП и общий печеночный проток (ОПП) до 10 мм, пальпаторно конкрементов нет. Избыточная культя пузырного протока иссечена. Выполнена цистикохоледохотомия — выделения желчи

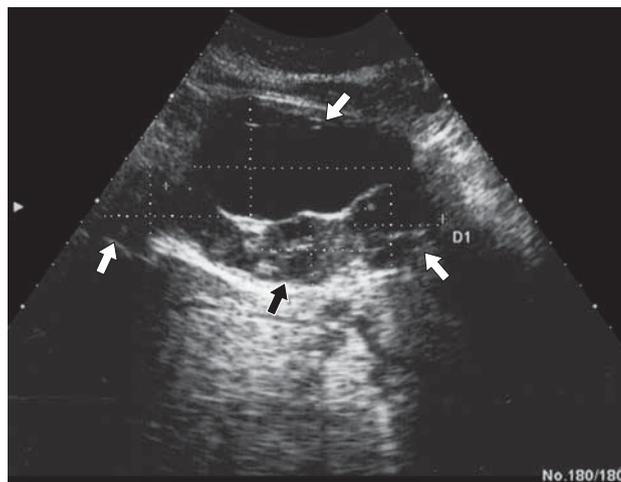


Рис. 1. Ультразвуковая сканограмма. Кистозное расширение внутривеночных желчных протоков (стрелки).

нет, зонд с оливой 4 мм свободно проходит в двенадцатиперстную кишку и в проток левой доли печени. В проток правой доли пройти не представляется возможным — препятствие в области конfluence. После извлечения зонда стала поступать зеленоватого цвета желчь. Интраоперационная холангиография неинформативна (ожирение). Пункция жидкостного образования в V сегменте, получено 50 мл серовато-гноющей жидкости. Образование расценено как эхинококковая киста с нагноением. В полость введено 30 мл 87% стерильного раствора глицерина. Рассечена стенка кисты, дочерних пузырей и хитиновой оболочки нет. Полость выстлана слизистым эпителием, занимает V и правую латеральную часть IV сегмента. Выполнена субтотальная перичистэктомия с удалением плотной фиброзно-грануляционной ткани, отграничивающей ткань печени от наружной стенки кисты и тяжами без просвета, заканчивающимися кистоз-

Татаршаов Мухарби Хаджибикович — доктор мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии Медицинского института Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии, заведующий хирургическим отделением РГБ ЛПУ “Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница”. **Боташева Валентина Салиховна** — доктор мед. наук, профессор, заведующая кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины Ставропольского государственного медицинского университета. **Борлаков Владимир Рамазанович** — канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения РГБ ЛПУ “Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница”. **Каракотова Зухра Борисовна** — врач-гепатолог терапевтического отделения РГБ ЛПУ “Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница”. **Махожев Артур Мухадинович** — врач-рентгенэндоваскулярный хирург отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения РГБ ЛПУ “Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница”.

Для корреспонденции: Татаршаов Мухарби Хаджибикович — 369000, Карачаево-Черкесская Республика, г. Черкесск, ул. Гвардейская, д. 1, Российская Федерация

Tatarshaov Mukharbi Hadzhibikirovich — Doct. of Med. Sci., Professor of the Chair of Faculty Surgery of the Medical Institute of the North-Caucasian State Humanitarian-Technological Academy, Head of the Surgical Department of the Karachay-Cherkessian Republic Clinical Hospital. **Botasheva Valentina Salikhovna** — Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Chair of Pathological Anatomy with the Course of Forensic Medicine of the Stavropol State Medical University. **Borlakov Vladimir Ramazanovich** — Cand. of Med. Sci., a Surgeon at the Surgical Department, Karachay-Cherkessian Republic Clinical Hospital. **Karakotova Zukhra Borisovna** — Hepatologist at the Therapeutic Department, Karachay-Cherkessian Republic Clinical Hospital. **Makhozhev Artur Mukhadinovich** — Endovascular Surgeon at the Department of X-ray Surgical Methods of Diagnosis and Treatment, Karachay-Cherkessian Republic Clinical Hospital.

For correspondence: Tatarshaov Mukharbi Hadzhibikirovich — 1, str. Gvardeyskaya, Cherkessk, Karachai-Cherkess Republic, 369000, Russian Federation. Phone: 8-928-389-31-99. E-mail: m.tatarshaov@mail.ru

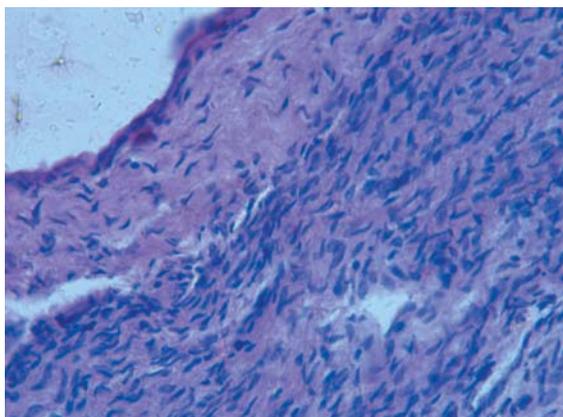


Рис. 2. Микрофото. Стенка кисты, образованная соединительной тканью. Здесь и далее – окраска гематоксилином и эозином. $\times 200$.

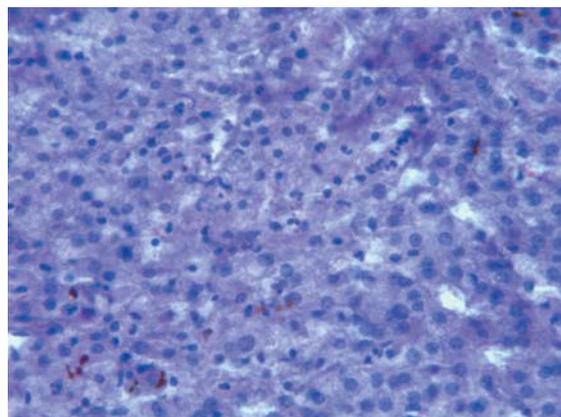


Рис. 3. Микрофото. Белковая и жировая дистрофия гепатоцитов.

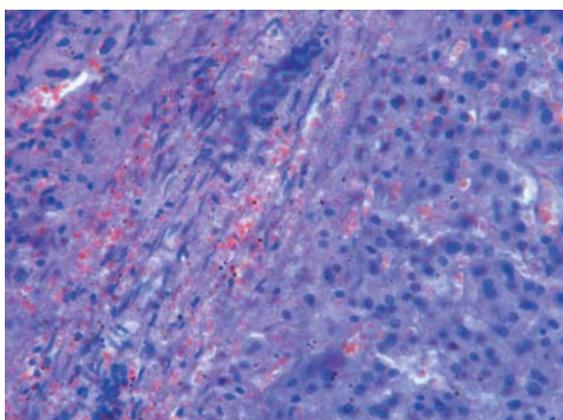


Рис. 4. Микрофото. Очаговые лимфоцитарные инфильтраты в строме печени.

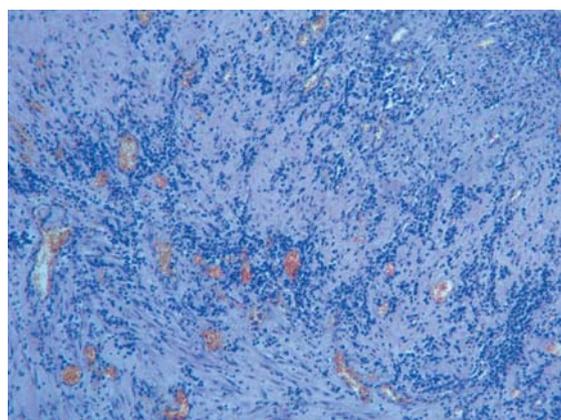


Рис. 5. Микрофото. Воспалительная инфильтрация перипортальных трактов.

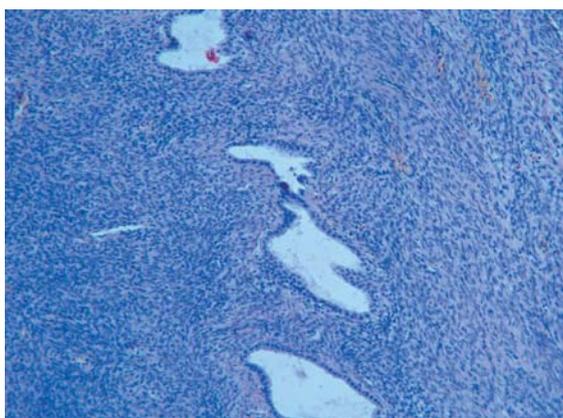


Рис. 6. Микрофото. Многочисленные разветвления желчных протоков.

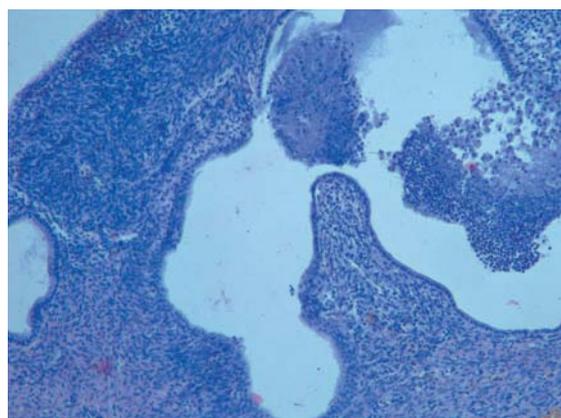


Рис. 7. Микрофото. Дивертикулы и кисты желчных протоков.

ными образованиями в паренхиме печени от 8 до 10 мм. Внутренняя выстилка оставшейся площадки в глубине IV сегмента коагулирована. В остаточную полость введены два дренажа, рана печени ушита узловыми швами. При контрольной ревизии зондом олива 4 мм свободно проходит в долевые протоки. Наружный дренаж желчевыводящих протоков через культю пузырного протока проведен в правый долевой проток. С ночи 22.05.2014 поступление желчи по на-

ружному дренажу прекратилось, отмечена атака холангита. На следующий день выполнена фистулохолангиография – контраст свободно поступает в двенадцатиперстную кишку, поступления контраста в конфлюент и долевые желчные протоки нет. Антеградное чрескожное дренирование желчных протоков технически невыполнимо ввиду нечеткого отображения внутрипеченочных желчных протоков, их небольшого диаметра, выраженного ожирения. Предпринята МСКТ

(23.05.2014): признаки кистозных изменений внутрипеченочных желчных протоков, холестаза, диффузный стеатоз печени. Выполнено гистологическое исследование удаленного кистозного образования. Стенка кисты образована грубоволокнистой соединительной тканью, местами гиалинизирована (рис. 2). Внутренняя стенка кисты выстлана однослойным кубическим эпителием, который местами уплощен. Эпителиальные клетки с дистрофическими изменениями, набухшие, цитоплазма их вакуолизирована. На значительном протяжении эпителиальная выстилка кисты разрушена и десквамирована в просвет. В наружных слоях стенки кисты определяются очаговые лимфоцитарные инфильтраты, расположенные преимущественно вокруг сосудов. Ткань печени, печеночные балки атрофированы и истончены. Гепатоциты с признаками белковой и жировой дистрофии (рис. 3). В цитоплазме гепатоцитов видны скопления липофусцина (очаговый липофусциноз). Отмечаются утолщение базальной мембраны и капилляризация синусоидов. В портальных трактах – разрастание соединительной ткани с наличием крупноочаговых лимфоцитарных инфильтратов (рис. 4). В области триад желчные протоки резко расширены, выраженный холестаз. Стенки желчных протоков утолщены и склерозированы с перифокальной воспалительной инфильтрацией. Инфильтраты состоят из лимфоцитов, гистиоцитов с примесью макрофагов, плазматических клеток и нейтрофилов (рис. 5). Таким образом, в печени картина хронического холестатического гепатита. Желчные протоки представлены в виде многочисленных разветвлений неправильной формы (рис. 6). Просветы протоков расширены, стенки их неравномерной толщины, гистологическая структура билиарной системы нарушена. Внутренняя стенка протоков выстлана кубическим эпителием. Между протоками отмечается разрастание соединительной ткани с лимфоцитарными инфильтратами. Местами отмечено значительное расширение стенок протоков с формированием дивертикулов и кист (рис. 7). Встречаются многочисленные кистовидные расширения. Обращает внимание нарушение гистологической структуры протоков, что свидетельствует об аномалии развития. Мелкие протоки облитерированы, выявлены признаки хронического холангита. Особенности гистологической картины заключаются в том, что в представленном описании процесс распространенный, хотя обычно подобные аномалии носят очаговый характер. Также нарушено типичное гистологическое строение стенки протоков, что свидетельствует об аномалии развития. 23.05.2014 в 17 ч 30 мин выполнена релапаротомия. Наружный желчный дренаж удален. Зонд с оливой 3 мм с трудом проходит зону конfluence, при этом создается впечатление о трении металла о туго надутый резиновый шарик. По извлечении зонда поступило до 5 мл мутной, зеленоватого цвета желчи. Гепатикотомия на 5 мм ниже конfluence. Выявлена полная обструкция развилки желчных протоков с переходящим на правый долевого проток

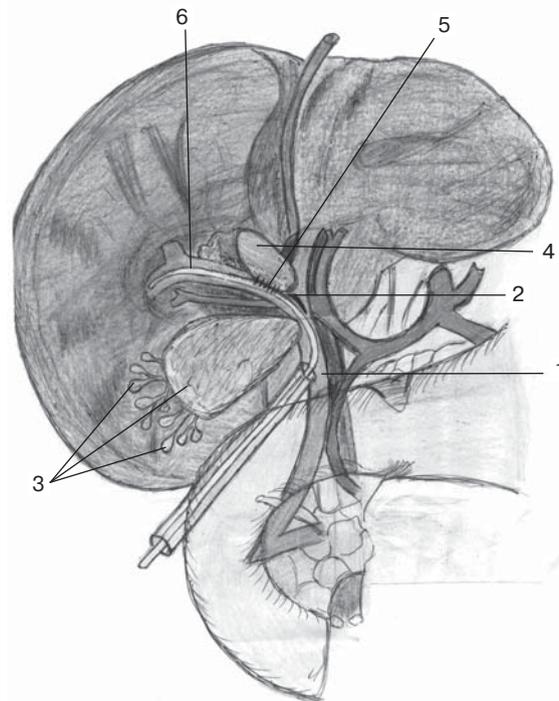


Рис. 8. Схема оперативного вмешательства. 1 – ОПП; 2 – гепатикотомная рана; 3 – удаленные при перикистэктомии кисты; 4 – киста IV сегмента, обтурирующая конfluence и проток правой доли печени; 5 – зона сформированного анастомоза; 6 – наружный дренаж желчных протоков.

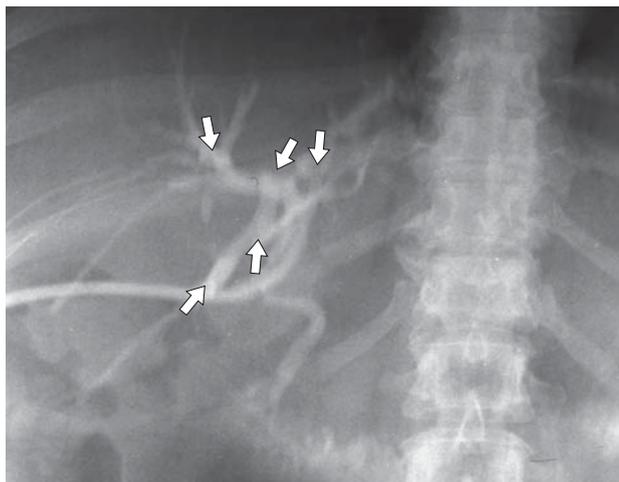


Рис. 9. Фистулохолангиограмма. Кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков (стрелки).

образованием округлой формы из IV сегмента печени. При пункции получено до 5 мл темной, застойной желчи. По каналу иглы рассечена передняя стенка конfluence с переходом на правый печеночный проток и задняя стенка кистозного образования длиной 7–8 мм, сформирован анастомоз на длину разреза. Наружный дренаж желчных протоков через культю пузырного протока в правый долевого печеночный проток. Гепатикотомная рана под конfluence ушита (рис. 8). Послеоперационное течение гладкое. Фистулохолангиография 18.06.2014 (рис. 9). Определяется множественная диффузная кистозная дилатация

желчных протоков. Контраст свободно поступает в долевые печеночные протоки, в дистальные отделы печеночных протоков, в двенадцатиперстную кишку. Наружный желчный дренаж удален 19.06.2014. Выписана из клиники в удовлетворительном состоянии 21.06.2014. Осмотрена 20.08.2015, жалоб не предъявляет.

Представленное клиническое наблюдение подтверждает необходимость применения всего комплекса диагностических мероприятий у больных механической желтухой для выявления истинной причины обструкции желчных протоков до операции и в ходе оперативного вмешательства. Одним из важных макроморфологических признаков кистозных образований при болезни Кароли, в отличие от паразитарных кист, является наличие внутренней эпителиальной выстилки.

● Список литературы

1. Курбонов К.М., Даминова Н.М. Выбор методов лечения болезни Кароли. *Анналы хирургической гепатологии*. 2009; 14 (4): 39–42.
2. Mumoli N., Cei M. Caroli disease. *Mayo Clin. Proc.* 2007; 82 (2): 208.
3. Нечитайло М.Е., Галочка И.П. Диагностика и лечение кистозной трансформации желчных протоков. Киев: Маком, 2008. 302 с.
4. Toprak O., Uzum A., Cirit M., Esi E., Inci A., Ersoy R., Tanrisev M., Ok E., Franco B. Oral-facial-digital syndrome type J. Caroli disease and cystic renal disease. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2006; 21 (6): 1705–1709.
5. Caroli J., Soupault R., Kossakowski J., Plocker L., Parodowska La dilatation polykystique congénitale des voies biliaires intra-hépatiques; essai de classification. *Sem. Hop. Paris.* 1958; 34 (8): 488–495.
6. Руководство по хирургии желчных путей; Под ред. Гальперина Э.И., Ветшева П.С. 2-е изд. М.: Видар-М, 2009. 568 с.
7. Котовский А.Е., Дюжева Т.Г., Глебов К.Г., Петрова Н.А. Эндоскопическое транспиллярное стентирование желч-

ных протоков при болезни Кароли. *Анналы хирургической гепатологии*. 2010; 15 (4): 105–109.

8. Bayraktar Y. Clinical characteristics of Caroli's disease. *World J. Gastroenterol.* 2007; 7 (13): 1930–1933. PMID: 17461492.
9. Нидерле Б., Блажек О., Брзек В., Голик Ф., Голубец Р., Йедличка Р., Кодлова Е., Новак Й., Тесарж О., Тошовский В. Хирургия желчных путей. Прага: Авиценум, 1982. С. 388–393.

● References

1. Kurbonov K.M., Daminova N.M. Treatment options of Caroli disease. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2009; 14 (4): 39–42. (In Russian)
2. Mumoli N., Cei M. Caroli disease. *Mayo Clin. Proc.* 2007; 82 (2): 208.
3. Nechitailo M.E., Galochka I.P. *Diagnostika i lechenie kistoznoi transformacii zhelchnykh protokov* [Diagnosis and treatment of cystic transformation of the bile ducts]. Kiev: Macom, 2008. 302 p. (In Russian)
4. Toprak O., Uzum A., Cirit M., Esi E., Inci A., Ersoy R., Tanrisev M., Ok E., Franco B. Oral-facial-digital syndrome type J. Caroli disease and cystic renal disease. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2006; 21 (6): 1705–1709.
5. Caroli J., Soupault R., Kossakowski J., Plocker L., Parodowska La dilatation polykystique congénitale des voies biliaires intra-hépatiques; essai de classification. *Sem. Hop. Paris.* 1958; 34 (8): 488–495.
6. *Rukovodstvo po khirurgii zhelchnykh putej* [Guidelines for biliary tract surgery] 2-e izd. Ed. Galperin E.I., Vetshev P.S. Moscow: Vidar-M., 2009. 568 p. (In Russian)
7. Kotovsky A.E., Dyuzheva T.G., Glebov K.G., Petrova N.A. Endoscopic transpapillary stenting of bile ducts in Caroli disease. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2010; 15 (4): 105–109. (In Russian)
8. Bayraktar Y. Clinical characteristics of Caroli's disease. *World J. Gastroenterol.* 2007; 7 (13): 1930–1933. PMID: 17461492.
9. Niederle B., Blazhek O., Brzek V., Polyak F., Holubec R., Jedlicka R., Kodlova E., Novak J., Tesarzh O., Tosovsky V. *Khirurgia zhelchnykh putej* [Biliary tract surgery]. Prague: Avitsenum, 1982. P. 388–393. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 03.09.2015.
Received 3 September 2015.

Комментарий

к статье М.Х. Татаршаова и соавт.
“Рецидивирующая механическая желтуха при кистозном расширении внутрипеченочных желчных протоков”

В статье представлено клиническое наблюдение, которое, по мнению авторов, является вариантом кистозного поражения желчных протоков по типу болезни Кароли. Даны определение болезни, справка о ее распространенности, современных методах диагностики. В то же время справедливо обращено внимание на многообразие клинико-инструментальных проявлений кистозных поражений печени, в том числе

и болезни Кароли. Хотя клинические данные вызывают сомнения в постановке диагноза болезни Кароли, гистологическое исследование его подтверждает.

Клиническое наблюдение, безусловно, представляет интерес, но, очевидно, его следует охарактеризовать как редкое полиморфное врожденное поражение печени, потребовавшее нестандартного этапного хирургического лечения.

Интересен также отдаленный результат лечения, который может обосновать правильность выбранной лечебной тактики.

27.11.2015

Проф. С.Г. Шаповальянц