

протоки полностью спадались и не визуализировались при рентгеноскопическом контроле уже через 15–20 минут после начала желчеотведения по холангиостоме.

При ультразвуковом исследовании области печени у 10 больных с механической желтухой длительностью более 12–14 суток было выявлено, что длительность желтухи не оказывала влияния на диаметр общего печеночного протока. Его диаметр у больных с холецистостомой перед декомпрессией в среднем составил 14 мм, у больных с холангиостомой – 16 мм. Во всех случаях внутрипеченочные желчные протоки были расширены. Через 20–30 минут от начала желчеотведения по холангиостоме просвет внутрипеченочных желчных протоков, как правило, не определялся, максимально выраженное уменьшение просвета общего печеночного протока происходило в течение первых 15 минут.

При декомпрессии по холецистостоме уменьшение просвета общего печеночного протока было более медленным. Через час от начала декомпрессии просвет общего печеночного протока был на 3–4 мм больше, чем после наложения холангиостомы. Ультразвуковое исследование, выполненное через 2–3 суток после наложения холецистостомы, показало, что просвет общего печеночного протока составляет от 7 до 10 мм, а при холангиостоме он, как правило, соответствовал диаметру установленного катетера. После перекрытия наружного конца дренажа при наружно-внутреннем желчеотведении общий печеночный проток расширялся до 8–9 мм.

У 14 больных с наружным желчеотведением был определен объем выделяющейся желчи. Измерение проводилось на 2, 7 и 12-е сутки после начала декомпрессии. При благоприятном течении послеоперационного периода к концу вторых суток объем выделенной желчи составлял от 370 до 500 мл. В последующие дни отмечалось постепенное увеличение количества выделяемой желчи до 520–740 мл.

Чрескожная пункция и катетеризация значительно увеличенного и неглубоко расположенного желчного пузыря в нашем исследовании не были связаны с техническими трудностями и удавались во всех случаях. Катетеризировать внутрипеченочные желчные протоки удалось в 93,7% случаев. При этом основными причинами неудач были такие факторы, как беспокойное поведение больного вследствие неадекватной аналгезии, а также выраженная извитость и уплотнение стенок желчных протоков.

Неудачи возникли в 6,1% случаев при использовании обычных методик рентгеноскопического и ультра-

звукового контроля и в 2,27% случаев при планировании пункционной траектории по трехмерным диагностическим данным.

Попытки перевода наружного дренажа в наружно-внутренний предпринимались у 8,4% больных, при этом частота успеха составила 81,8%. По нашему мнению, главными условиями, определяющими сложность выполнения этого вмешательства, являются уровень окклюзии желчных протоков и ее протяженность. Наиболее трудны для прохождения окклюзии располагающиеся сразу ниже слияния правого и левого долевых протоков.

У 36 больных, для которых наружное желчеотведение явилось окончательным паллиативным мероприятием, нами прослежена длительность функционирования дренажа. Замена дренажа потребовалась 14,6% больных, причем у 4 – неоднократно. Причиной замены дренажа у 3 больных была его инкрустация желчными солями, в одном случае – полное выпадение. В среднем от момента установки дренажа до его замены проходило 72 дня.

В целом желчеотведение при механической желтухе позволяет улучшить клиническое состояние у 81,2% больных. При наличии холангита чрескожное желчеотведение приводит к устранению проявления гнойной интоксикации у 71,5% больных в течение 4–6 суток. При этом стойкое улучшение состояния наступает в основном через 2 недели после начала дренирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобаков А. И., Мокин М. В., Бирюшев В. И., Захаров Ю. И. Механическая желтуха при раке внепеченочных желчных протоков у пациентов пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 2005. – Т. 11. № 3. – С. 50–52.
2. Орехов В. Ф. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. – 2004. – № 5. – С. 57–60.
3. Циммерман Я. С. Синдром холестаза: современные представления // Клиническая медицина. – 2009. – Т. 87. № 9. – С. 8–14.
4. Garcea G., Ong S. L., Dennison A. R., Berry D. P., G. J. Maddern Palliation of malignant obstructive jaundice // Dig. dis. sci. – 2009. – Jun. № 54 (6). – P. 1184–1198.
5. Papadopoulos V., Filippou D., Manolis E., Mimidis K. Haemostasis impairment in patients with obstructive jaundice // J. gastrointest. liver. dis. – 2007. – Jun. № 16 (2). – P. 177–186.

Поступила 25.11.2011

А. М. ПЕТРОВ, В. С. ХАБИЦОВ, М. И. АККИЕВ

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ВЕТВЛЕНИЯ ВНУТРИОРГАННОЙ ПРОТОКОВОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ

31-я городская клиническая больница,

Россия, 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42. E-mail: hirurg_2001@mail.ru

Изучены наиболее часто встречающиеся типы ветвления желчных протоков, имеющие значение для транспеченочного дренирования при желчной гипертензии различной степени выраженности. Показано, что непостоянство ветвления желчных протоков почти всех бассейнов желчеоттока и наличие инверсионных протоков свидетельствуют о необходимости индивидуального планирования как наружного, так и внутреннего желчеотведения, в особенности при внутрипеченочной блокаде желчеоттока.

A. M. PETROV, V. S. HABITSOV, M. I. AKKIEV

TOPOGRAPHIC FEATURES OF INTRAHEPATIC BILE DUCTS AND THE MAIN TYPES OF BRANCHING INTRAORGANIC DUCTAL SYSTEM OF THE LIVER

31 city clinical hospital,
Russia, 119415, Moscow, Lobachevskii street, 42. E-mail: hirurg_2001@mail.ru

The authors have studied most common types of branching bile ducts of importance for transhepatic drainage in patients with biliary hypertension of varying severity. It is shown that the variability of branching bile ducts almost all basins of bile outflow and the presence of inversion ducts demonstrates the need for individual planning as external and internal bile diversion, especially in case of intrahepatic block.

Key words: obstructive jaundice, bile ducts, bile diversion.

Успешное развитие хирургии желчных путей всегда являлось стимулом детального топографо-анатомического исследования гепатопанкреатодуоденальной зоны, при этом основное количество работ традиционно посвящается анатомии внепеченочных желчных протоков [1, 6]. Однако сведений о закономерностях ветвления внутрипеченочных желчных протоков до настоящего времени недостаточно [3]. В этой связи широкое применение чрескожного чреспеченочного дренирования больных с механической желтухой обуславливает необходимость подробного изучения топографо-анатомических закономерностей внутрипеченочных желчных протоков [2, 7].

Целью нашего исследования было изучение топографо-анатомических закономерностей внутрипеченочных желчных протоков путём исследования коррозионных препаратов печени.

Материалы и методы

Нами произведено морфологическое исследование 46 коррозионных препаратов, на основании которого мы можем присоединиться к мнению большинства исследователей о наличии трех основных форм внутриоргана деления желчных протоков: простой, смешанной и рассыпной [4, 5]. При этом мы считаем необходимым выделять две сети в расположении внутрипеченочных желчных протоков: поверхностную, расположенную ближе к висцеральной поверхности печени, и глубокую, расположенную ближе к диафрагмальной поверхности органа. Глубокая сеть правой доли печени в большинстве случаев образует самостоятельный проток, формирующийся из глубоких слоев и впадающий в правый печеночный проток. В левой доли печени самостоятельного глубокого протока, как правило, выделить не удастся. Глубокие протоки левой доли при рассыпном типе ветвления впадают в протоки, близко расположенные к висцеральной поверхности левой доли.

При описании формы протоков мы пользовались следующей классификацией, в основу которой положены описание ствола желчного протока и характер его ветвлений. По форме протока можно выделить: одностовольные (один ствол, от которого отходят мелкие боковые ветви), бифуркационные (при делении основного ствола на два равных по диаметру) и трифуркационные (при делении на три равные ветви) [5].

В настоящее время общепринятой классификацией деления внутрипеченочных желчных протоков является описание, согласно которому правый и левый печеночные протоки, погружаясь в одноименные доли, разде-

ляются на концевые передние и задние ветви. Кроме того, до деления левого и правого долевого протоков на конечные ветви от них отходят передние и задние боковые ветви, среди которых имеются постоянные и добавочные. Считается, что от левого печеночного протока отходят две передние боковые ветви (постоянная передняя боковая и добавочная передняя боковая) и три задние боковые ветви, которые являются постоянными. У правого печеночного протока различают переднюю постоянную и добавочную боковые ветви, а также постоянную заднюю боковую и добавочную к ней ветви.

В нашем исследовании неоднократно встречались отклонения от этой классификации, наиболее часто в отношении количества постоянных боковых ветвей и ветвей правого печеночного протока. Поэтому мы считаем целесообразным предложить собственную классификацию ветвления внутрипеченочного желчного дерева, в основу которой положено топографическое описание, учитывающее клинические нужды.

Результаты исследования и их обсуждение

В наших наблюдениях наиболее часто – 37 препаратов (в 80,4% случаев) – правый печеночный проток формировался из правого нижнего и правого верхнего межсегментарных протоков. Правый нижний проток своими передней нижней и задней нижней концевыми ветвями собирает желчь от нижних сегментов правой доли печени. Правый верхний проток формируется из передней верхней и задней верхней ветвей – 34 препарата (в 73,9% случаев), которые становятся заметны в области диафрагмальной поверхности правой и квадратной долей печени. Кроме того, в правый нижний проток почти всегда впадают протоки хвостатой доли.

Среди изученных нами коррозионных препаратов внутрипеченочных желчных протоков у 42 (91,3% случаев) левый печеночный проток формировался из переднего левого и заднего левого конечных протоков, которые, в свою очередь, возникали из мелких протоков левой доли печени. По ходу ствола левого печеночного протока в него обычно вливаются спереди протоки квадратной доли, а сзади – протоки хвостатой доли.

В 31 препарате (67,4% случаев) общий печеночный проток формировался дихотомически из правого и левого печеночных протоков. У 12 (26,1% случаев) он образовывался из трех протоков, в 2 случаях – из четырех протоков с образованием рассыпной формы. В одном случае количество ветвей общего печеночного протока достигло шести.

Слияние протоков вне зависимости от их количества происходило как под прямыми, так и под углами, большими 90° . В двух случаях была выявлена следующая особенность формирования общего печеночного протока. В обычном месте у переднего края поперечной борозды сливались верхний долевого и проток правой доли, несущий желчь от диафрагмальных сегментов. Проток, несущий желчь от нижних сегментов правой доли, впадал в общий ствол на 1,2–1,5 см ниже.

При рассыпной форме желчного дерева общий печеночный проток мог сливаться из трех ветвей, например, из левого печеночного, правого нижнего и правого верхнего протоков (в пяти случаях) или из левого и правого печеночных протоков и протока хвостатой доли (3 случая). В двух препаратах нам встретилось формирование общего желчного протока из четырех ветвей: в одном случае – из левого печеночного, правого нижнего протоков, передней и задней верхних ветвей правого верхнего протока, в другом случае – из левого печеночного, правого нижнего и правого верхнего протоков, а также из протока хвостатой доли.

В большинстве случаев ствол правого долевого протока является коллектором, собирающим желчь от сегментов правой доли, а также от квадратной и иногда хвостатой долей. В нашем исследовании правый печеночный проток отсутствовал в 10 случаях (21,7%), тогда как правый нижний и правый верхний протоки впадали в общий печеночный проток самостоятельно.

Мы не обнаружили топографического соответствия внутрипеченочных ветвей воротной вены ветвям правого печеночного протока. Более того, в 7 (15,2%) случаях было выявлено полное расхождение ветвления правого ствола воротной вены и правого печеночного протока.

Количество ветвей правого печеночного протока обычно достигало 3–4. Как правило, эти ветви являлись стволами правого верхнего и нижнего протоков, протоков хвостатой доли и в отдельных случаях протоков из области ложа желчного пузыря.

Правый нижний проток, принимающий желчь от висцеральных сегментов правой доли печени, в подавляющем большинстве случаев имел магистральную или дихотомическую форму, при которой наблюдалась большая протяженность передней и задней ветвей этого протока. Соответствие ветвей правого нижнего протока ветвям воротной вены почти всегда являлось частичным.

Правый верхний проток чаще всего формировался у нижней поверхности диафрагмальных сегментов правой доли и у верхней поверхности квадратной доли. В отдельных случаях в него впадают протоки ложа желчного пузыря или веточки от 1-го сегмента. В нашем исследовании ствол правого верхнего протока отсутствовал у 9 (19,5%) препаратов. В этих случаях его передние и задние верхние ветви вливались в правый печеночный проток самостоятельно. Количество основных ветвей правого верхнего протока, как правило, достигало не более четырех или пяти.

Левый печеночный проток печени был обычно расположен у переднего края поперечной борозды и сверху от левой долевого ветви воротной вены. В нашем исследовании диаметр этого протока почти в половине случаев превышал диаметр правого печеночного протока. Левый печеночный проток собирает желчь от всех сегментов левой доли печени, большей части квадратной и хвостатой долей. Это объясняет большую длину основного ствола левого печеночного протока и относительно большее количество его ветвей – в среднем от 5 до 7.

Эти анатомические особенности делают левый печеночный проток наиболее предпочтительным стволом не только для выполнения холангиографии, но и для наружного и наружно-внутреннего желчеотведения практически при любом уровне механического блока билиарного тракта. При этом немаловажным для клинической практики обстоятельством является факт, согласно которому по отношению к луковице воротной вены левый печеночный проток обычно располагается сверху, что создает безопасные условия для пункционного доступа.

Наиболее крупной ветвью левого печеночного протока является передний левый проток, в который собирается желчь от передней половины левой доли. В отдельных случаях мы наблюдали впадение в этот проток ветвей от верхних отделов левой доли. В 30 препаратах (65,2% случаев) нам удалось идентифицировать ствол заднего левого протока, собирающего желчь от дорзальных областей левой доли.

В подавляющем числе случаев желчь из квадратной доли попадала в левый печеночный проток по трем протокам, ветви которых обнаруживались также у нижней поверхности левой доли. По объему, занимаемому в паренхиме печени, протоки квадратной доли могли быть как узкими, так и широкими.

Таким образом, обобщая описание архитектоники внутрипеченочных желчных протоков, можно отметить, что в правой доле печени в основном располагаются ветви правого долевого протока и, в редких случаях, ветви левого печеночного и добавочных протоков. Выделение желчи из паренхимы квадратной доли осуществляется ветвями как правого, так и левого долевого протока. Левая доля печени секретирует желчь только в левый печеночный проток, при этом квадратную и хвостатую доли по распределению в них желчных протоков можно схематично разделить на правую и левую половины.

На нашем материале в 11 (23,9%) случаях ветви правого печеночного протока не принимали участия в желчеотведении из хвостатой доли, а в 4 (8,7%) случаях та же картина наблюдалась для левого печеночного протока.

Интересно отметить, что нами были получены 13 коррозионных препаратов (28,2%), имеющих так называемые инверсионные ветви, которые, вливаясь в один из долевого протоков, идут вместе с кровеносными сосудами до противоположного ствола и собирают желчь из противоположной части доли. Более чем в половине этих случаев инверсионные ветви вливались в правый нижний или в правый печеночный проток. В 9,7% протоки хвостатой доли вливались непосредственно в общий печеночный проток.

Истинные добавочные протоки печени, которые участвовали бы в желчеотведении помимо долевого протоков, в нашем исследовании были выявлены в двух случаях. В одном случае добавочный проток вливался в ствол общего печеночного протока, собирая желчь от висцеральных сегментов правой доли. В другом случае добавочный проток впадал в правый печеночный проток и отводил желчь от паренхимы, окружающей ложе желчного пузыря.

Непостоянство ветвления желчных протоков почти всех бассейнов желчеоттока и наличие инверсионных протоков говорят о необходимости индивидуального планирования как наружного, так и внутреннего желчеотведения, особенно если блок, вызвавший механическую желтуху, имеет внутрипеченочное расположение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артемов А. В. Алгоритм инструментальной диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны с использованием магнитно-резонансной холангиопанкреатографии // *Анналы хирургии*. – 2009. – № 2. – С. 42–46.
2. Изшин В. Г., Лукичев О. Д., Макаров Ю. И. Сравнительная характеристика различных методик чрескожных желчеотводящих вмешательств у больных механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – Т. 8. № 2. – С. 14–18.
3. Орехов В. Ф. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе // *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. – 2004. – № 5. – С. 57–60.
4. Копосова С. А., Цай Г. Е., Лаврентьев П. А., Беганская Н. С. Возрастные закономерности вне- и внутриорганных топографий

желчных протоков печени человека // *Морфология*. – 2006. – № 4. – С. 133.

5. Семенов А. В., Бекбауов С. А., Филин А. В., Богданов-Березовский А. А., Ашуба Т. М., Бурмистров Д. С., Ким Э. Ф. Анатомия внутрипеченочных желчных протоков, вариантность строения // *Хирургия*. – 2009. – № 8. – С. 67–72.

6. Bansal V., Schuchert V. D. Jaundice in the intensive care unit // *Surg. clin. north. am.* – 2006. – Dec. № 86 (6). – P. 1495–1502.

7. Tajiri T., Yoshida H., Mamada Y., Tanai N., Yokomuro S., Mizuguchi Y. Diagnosis and initial management of cholangiocarcinoma with obstructive jaundice // *World j. gastroenterol.* – 2008. – May 21. № 14 (19). – P. 3000–3005.

Поступила 20.11.2011

Е. В. РЯБЧЕНКО

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА» НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

*Отделение эндокринной хирургии Краснодарского муниципального
лечебно-диагностического объединения,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2,
тел. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru*

В статье приводятся данные о наблюдении первичной злокачественной лимфомы щитовидной железы с диагнозом «аутоиммунный тиреоидит» после проведенной тонкоигольной пункционной биопсии. Анализируются клинические проявления и особенности диагностики.

Ключевые слова: неходжкинская лимфома, аутоиммунный тиреоидит.

Е. V. RYBCHENKO

ASPECTS OF DIAGNOSTIC PATIENTS WITH A DIAGNOSIS MALIGNANT NON-HODGKIN LYMPHOMA ON THE BASE OF AUTOIMMUNE TIREOIDIT

*Department of endocrinological surgery Krasnodar municipal medicina-diagnostic association,
Russia, 350012, Krasnodar, str. Red partisan, 6/2, tel. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru*

The article presents data on the observation of primary malignant lymphoma of thyroid diagnosed with autoimmune tireoidit held after fine-needle biopsy. Analyzed the clinical manifestations and diagnostic features.

Key words: non-Hodgkin's lymphoma, autoimmune tireoidit.

Лимфома является одной из разновидностей злокачественных опухолей, поражающей прежде всего лимфатическую систему, состоящей из лимфатических узлов, объединенных системой мелких сосудов. Понятие «лимфома» объединяет более 30 родственных заболеваний, возникающих из зрелых В- и Т-клеток, различных по своим морфологическим особенностям, клиническим проявлениям, методам и исходам лечения. Различают две новые формы лимфом: неходжкинская лимфома (синонимы: лимфосаркома, ретикулосаркома) и лимфома Ходжкина (синонимы: лимфогранулематоз, болезнь Ходжкина). Неходжкинские лимфомы составляют более 80% от общего количества лимфом.

Первичная злокачественная лимфома щитовидной железы (ЩЖ), когда опухоль развивается преиму-

щественно или исключительно в щитовидной железе, по данным различных авторов, составляет от 1% до 5% всех опухолей ЩЖ [1, 5, 8, 9]. Приводимые в литературе данные о частоте лимфом ЩЖ отличаются широкой вариабельностью даже среди клиник, располагающих огромным опытом в хирургии злокачественных опухолей ЩЖ. Так, по данным В. А. Привалова и соавт., среди более 3000 оперированных больных по поводу злокачественных новообразований ЩЖ лимфосаркома была выявлена у 2,7%. А. И. Шулуто и соавт. среди 545 больных со злокачественными новообразованиями ЩЖ по данным послеоперационного гистологического исследования диагностировали у 3 больных неходжкинскую лимфому и у 1 – лимфому Ходжкина (0,7%). О. П. Богатырев и соавт. среди 537 больных с верифицированными злокачественными