

CLINICAL CASE OF THE STRUCTURE OF THE EXTENDED LIVER PROTECTIVE SYSTEM OF THE LIVER IN THE PATIENT 36 YEARS

Prikhodko V.S.¹, Al-Akel I.², Khoronko E.Y.³ (Russian Federation)

Email: Prikhodko558@scientifictext.ru

¹Prikhodko Valentina Sergeevna – Student;

²Al-Akel Ibragim – Student;

³Khoronko Evgeniy Yuryevich – Assistant,

DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1, MEDICAL-PROPHYLACTIC FACULTY,
ROSTOV STATE MEDICAL UNIVERSITY,
ROSTOV-ON-DON

Abstract: strictures of the extrahepatic ductal system are a complication of diseases or damage to the organs of the hepatobiliary system. Less commonly, strictures are inflammatory or as a result of primary sclerosing cholangitis. In 95-97.4% of cases, the disease is the result of iatrogenic damage to the bile ducts, improper drainage, or gross surgical procedures on the ducts during cholecystectomy. Repeated reconstructive and restorative operations on the biliary ducts are one of the most difficult in abdominal surgery. Postoperative mortality range is from 5-10%, and the number of recurrences of the disease exceeds 20%. This report presents a case of surgical treatment of the hepatic extrahepatic ductal system stricture.

Keywords: biliary tract strictures, liver, surgical treatment.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СТРИКТУРЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПРОТОКОВОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТА 36 ЛЕТ

Приходько В.С.¹, Аль-Акел И.², Хоронько Е.Ю.³ (Российская Федерация)

¹Приходько Валентина Сергеевна – студент;

²Аль-Акел Ибрагим – студент,

³Хоронько Евгений Юрьевич – ассистент,

кафедра хирургических болезней № 1, лечебно-профилактический факультет,
Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону

Аннотация: стриктуры внепеченочной протоковой системы являются осложнением заболеваний или повреждений органов гепатобилиарной системы. Реже стриктуры имеют воспалительный характер или возникают в результате первичного склерозирующего холангита. В 95-97.4% случаев заболевание является следствием ятрогенного повреждения желчных протоков, неправильного их дренирования или грубых хирургических манипуляций на протоках во время выполнения холецистэктомии. Повторные реконструктивные и восстановительные операции на желчевыводящих протоках - одни из наиболее сложных в абдоминальной хирургии. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 5-10%, а число рецидивов заболевания превышает 20%. В данной работе представлен случай хирургического лечения стриктуры внепеченочной протоковой системы печени.

Ключевые слова: стриктуры желчных путей, печень, хирургическое лечение.

Стриктура внепеченочной протоковой системы печени - это сужение и облитерация просвета желчных путей травматического или рубцово-воспалительного генеза. Стриктуры желчных протоков приводят к развитию холестаза, появлению болей в подреберье, желтухи, интоксикации, лихорадки.

Клинический случай: пациент М. 36 лет госпитализирован в хирургическое отделение клиники Ростовского государственного медицинского университета 24.09.18 г. с жалобами на боли в эпигастрии, тяжесть после еды, боли в области пупка, желтизну кожных покровов. Считает себя больным с мая 2017 г, когда впервые появились боли в правом подреберье. При обращении в ЛПУ по месту жительства выполнено УЗИ ОБП от 08.06.17 г. В области V-VI-VII сегментов печени визуализировано неправильное образование с неоднородным гиперэхогенным содержимым размерами 86x89x55 мм. Согласно заключению УЗИ ОБП (ультразвуковое исследование органов брюшной полости): гепатомегалия, образование правой доли печени (эхинококкоз). Заключение СКТ ОБП (спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости) от 08.06.17 г.: признаки патологического образования печени – эхинококковая киста.

Пациент консультирован инфекционистом, выполнено иммунологическое исследование сыворотки крови (IgG к Echinococcus granulosus) – результат положительный. Установлен диагноз: паразитарная киста печени (эхинококкоз).

Было выполнено оперативное вмешательство в объеме: лапаротомия (27.07.17г.), открывая эхинококкэктомия, дренирование брюшной полости. Течение оперативного вмешательства осложнилось остановкой сердечной деятельности, длительностью не более 3-4 мин. После проведения реанимационных мероприятий сердечная деятельность восстановлена. В послеоперационном периоде с целью исключения развития тромбоза легочной артерии выполнено СКТ ОГК (спиральная компьютерная томография органов грудной клетки) с контрастированием - ТЭЛА не подтверждена. С целью исключения наличия инсульта выполнено СКТ головного мозга с контрастированием - геморрагический инсульт исключен. В послеоперационном периоде в лабораторных анализах отмечено планомерное повышение уровня общего билирубина с максимальным значением до 239 мкмоль/л с преобладанием непрямой фракции. Одновременно с этим отмечалось повышение маркеров холестаза ЩФ (щелочная фосфатаза).

Отмечено снижение общего билирубина до 77 мкмоль/л, отмечена умеренная положительная динамика в виде снижения маркеров холестаза.

18.07.17 г. пациент предъявил жалобы на общую слабость, головокружение. У пациента отмечена кратковременная потеря сознания при изменении положения тела (встал с кровати). Проведен cito анализ крови на уровень гемоглобина – 59 г/л. Развилась многократная рвота застойным желудочным отделяемым с геморрагическим компонентом (по типу «кофейной гущи»). Пациент был переведен в ПИТ (палату интенсивной терапии). В условиях ПИТ выполнено ЭФГДС (эзофагогастродуоденофиброскопия), при котором по передней стенке луковицы 12-перстной кишки определяется относительно фиксированный сгусток крови до 1 см в диаметре ярко красного цвета. Заключение: Острая язва луковицы 12-перстной кишки. Состоявшееся кровотечение Forrest I-B.

07.08.17 г. пациенту выполнено РПХГ (ретроградная панкреатохолангиография) и ЭПСТ (эндоскопическая папиллосфинктеротомия) - эндоскоп введен свободно в нисходящую ветвь 12-перстной кишки, где на обычном месте определяются БДС небольших размеров, с округлым устьем, в кишку поступает светлое прозрачное содержимое. В устье БДС введен катетер, холедох контрастирован на протяжении 6-7 см, в проксимальный отдел контраст не поступает, стекает в холедох. Типичным способом в режиме резания проведено рассечение интрамуральной части холедоха. В папиллотомическое отверстие многократно проводились проводники, катетеры, однако проксимальные отделы не пройдены. Отмечается поступление следов желчи. Кровотечения нет.

Была проведена операция (08.08.17 г.) – лапаротомия, наружное дренирование нагноившейся кисты правой доли печени, холецистэктомия, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Керру, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде выполнялись гемотрансфузии, после чего стало отмечаться нарастание уровня билирубина, преимущественно за счет непрямой фракции. Через 30 суток после операции при проведении фистулографии под контролем компьютерной томографии и достоверном поступлении контраста в 12-перстную кишку удален дренаж Керра из просвета холедоха. На момент выписки у пациента имеется дренаж из полости кисты печени, проведенный через ее паренхиму в правом подреберье, по дренажу выделялось до 200 мл желчи в сутки, кал окрашен. 14.09.17 г выписан с улучшением.

В январе 2018 г. пациент стал отмечать повышение температуры до 38,8С преимущественно в вечернее время. 11.01.18 г выполнено МРТ ОБП (магнитно-резонансная томография органов брюшной полости). Заключение исследования: признаки крупного поддиафрагмального абсцесса с компрессией поверхности печени, гепатоспленомегалии, диффузных изменений печени, патологического очага области VIII-го сегмента, возможно, субкапсулярный абсцесс, нарушения архитектоники внепеченых желчных протоков с формированием желчного блока, лимфаденопатии брюшной полости.

Обратился в хирургическое отделение клиники РостГМУ (11.01.18 г.), где был выявлен поддиафрагмальный абсцесс. Выполнено оперативное вмешательство (12.01.18 г.) в объеме: лапаротомия, ревизия брюшной полости, вскрытие и дренирование поддиафрагмального абсцесса. Периодически отмечает повышение температуры до 39С с ознобом, нарушение оттока желчи по дренажу.

Пациент консультирован хирургом клиники РостГМУ (24.09.18 г.), согласно осмотру рекомендована госпитализация для консервативной терапии с дальнейшим решением об оперативном вмешательстве. Прогноз благоприятный.

Список литературы / References

1. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Варава А.Б., Трифонов С.А. / *Анналы хирургической гепатологии*. Том 22. № 3, 2017. С. 11-18.
2. Климов А.Е. / *Диагностика и хирургическое лечение стриктур желчных протоков*, 2005. С. 231-248.
3. Артемьева Н.Н., Вишневский В.А., Кулезнева Ю.В. / *Повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков*, 2018. С. 87-97.