АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЫ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

ANALYSIS OF CLINICAL CASE OF CICATRICAL STRICTURE OF HEPATOCOCHOLEDOCH

Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Уракова Анастасия Витальевна - студент, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Теркулова Айна Айдеровна - студент, Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Styazhkina S.N. phac-surg@igma.udm.ru

Urakova A.V. Panterikan@mail.ru

Terkulova A.A. terkulova.ayna@mail.ru

Аннотация

Рубцовые стриктуры желчных протоков являются осложнением заболеваний или их повреждений при операциях на органах гепатобилиарной системы. Редко рубцовые стриктуры имеют воспалительный характер или возникают в результате первичного склерозирующего холангита. Однако, в 95-97,4% случаев заболевание является следствием ятрогенного повреждения желчных протоков, неправильного их дренирования или грубых хирургических манипуляций на протоках во время холецистэктомии. Специфическим осложнением является лишь термическое повреждение стенки общего желчного и правого печёночного протоков, которое проявляется развитием стриктуры через 3-4 месяца после операции [1, с.28].

Annotation

Scar strictures of the bile ducts are a complication of diseases or their injuries during operations on the organs of the hepatobiliary system. Rarely, scar strictures are inflammatory or result from primary sclerosing cholangitis. However, in 95-97.4% of cases, the disease is the result of iatrogenic damage to the bile ducts, their improper drainage or gross surgical manipulations on the ducts during cholecystectomy. A specific complication is only thermal damage to the wall of the common bile and right liver ducts, which is manifested by the development of stricture 3-4 months after the operation [1, p.28].

Ключевые слова: стриктура гепатикохоледоха, гепатикоюеностомия, билобарный каркасный транспечёночный дренаж, постхолицистоэктомический синдром.

Keywords: hepatocholedoch stricture, hepatocoyenostomy, bilobar carcass transport drainage, post-cholicystoectomy syndrome.

Исследование охватывает детальное изучение истории болезни пациентки, находящейся на лечении в хирургическом отделении в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница» МЗ УР в 2021 году с подтверждённой рубцовой стриктурой гепатикохоледоха.

Рубцовые стриктуры желчных протоков - одна из наиболее сложных и драматичных проблем абдоминальной хирургии. Длительные страдания, повторные операции, большое количество осложнений и высокая летальность характеризуют эту категорию больных [2, с.47].

Различают два способа лечения рубцовых послеоперационных стриктур (РПС) желчных путей: традиционное хирургическое, безусловно, являющееся основным методом коррекции, и малоинвазивные внутрипротоковые операции, проводимые антеградно с использованием чрескожного чреспеченочного доступа либо ретроградно через эндоскоп. Последние могут применяться как этап подготовки к

традиционному хирургическому вмешательству, так и в качестве окончательного метода лечения. Тем не менее из всего арсенала различных видов коррекции рубцовых стриктур желчного дерева эндоскопические ретроградные вмешательства наименее изучены [3, с.23].

Впервые об эндоскопическом билиодуоденальном протезировании области стриктуры сообщил немецкий исследователь D. Mu11er в 1982 г. Впоследствии многие специалисты, справедливо считая основным методом коррекции рубцовых стриктур хирургическое лечение, признают ведущую роль эндоскопии в качестве завершающего диагностического и подготовительного лечебного этапа в коррекции рубцовой окклюзии. Действительно, после установки окончательного диагноза все эндоскопические ретроградные мероприятия направлены на разрешение клинической картины механической желтухи и холангита с целью выполнения хирургических операций по поводу рубцового поражения в плановом или отсроченном порядке [3, с.18].

Разные авторы предлагают различные способы эндоскопического ретроградного воздействия на РПС. Большинство исследователей считают, что для устранения рубцовой стриктуры достаточно проведения эндопротезирования области окклюзии. Другие исследователи полагают, что перед протезированием области стриктуры необходимо выполнить баллонную дилатацию области рубцовой окклюзии. На заре развития эндоскопической коррекции рубцовых поражений общего желчного протока некоторые авторы были убеждены, что для расправления области рубцового сужения достаточно проведения лишь баллонной дилатации [4, с.35].

Клинический пример: Больная Х., 38 лет планово госпитализирована (22.03.2021) в хирургическое отделение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с диагнозом постхолецистэктомический синдром; рубцовая стриктура гепатикохоледоха; состояние после гепатикоеюностомии на отключённой по Ру петле тощей кишки на билобарном транспечёночном каркасном дренаже. Считает себя больной с мая 2019 года после лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ; во время операции был повреждён гепатикохоледох; выполнена лапаротомия, ушивание

повреждённого гепатикохоледоха (анастомоз «конец-в-конец»). Впоследствии развилась стриктура гепатикохоледоха, механическая желтуха. В сентябре 2019 года была проведена лапаротомия, гепатикоеюностомия на отключённой по Ру петле тощей кишки на билобарном транспечёночном каркасном дренаже. Затем – регулярные замены дренажа. Предыдущая госпитализация, замена дренажа – в сентябре 2020 года. Из нынешних жалоб: наличие дренажной трубки, выведенной на переднюю брюшную стенку, небольшой дискомфорт в местах выхода дренажа, редко – слабые ноющие боли в эпигастрии. Пациентка находилась на стационарном лечении в течение 3 дней.

При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, несколько повышенного питания. Кожные покровы, склеры физиологической окраски. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 70 в мин. ЧСС 52 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, чувствительный в эпигастрии. Объёмные образования в животе не пальпируются. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печеночная тупость сохранена. Притупления в отлогих местах живота не определяются. Перистальтика выслушивается, вялая. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, газы отходят, диурез в норме. Мочеиспускание не нарушено.

Локальный статус: рубцы от верхнесредне-срединной лапаротомии, лапаротомии по Фёдорову в правом подреберье – зажившие, без признаков воспаления. В правом подреберье и в эпигастрии выведены концы транспечёночного дренажа; дренаж замкнут, в просвете него – желчь; трубка инкрустирована, жёсткая. Ткани в местах выхода дренажа не воспалены.

В анализах крови все показатели в пределах нормы. В анализе мочи прослеживается микрогематурия, лейкоцитурия.

23.03.2021 была проведена холангиография: СПО гепатикоеюностомии на билобарном транспечёночном дренаже. В проекции ложа желчного пузыря – тени металлических скрепок. По дренажу в ЖВП введён контрастный препарат. С ровными, чёткими контурами контрастируются субсегментарные, сегментарные,

долевые печёночные (до 5 мм) протоки. Контраст в большом количестве поступает в 12-ПК. Тени, подозрительные на конкременты, дефекты наполнения и затёки контраста за пределы ЖВП достоверно не определяются.

23.03.2021 было сделано ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное): осмотр затруднён из-за метеоризма. ПЕЧЕНЬ: в саггитальной плоскости не увеличена. Левая доля 4.7 см. Правая доля 11.0 см. Из под края рёберной дуги правая доля не выходит. Угол левой доли норма градусов. Угол правой доли норма градусов. Контуры печени ровные. Сосудистый рисунок печени: диаметр вороной вены 1. 0 см, печёночный вены не расширены, внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Эхогенность паренхимы однородная, повышенная слегка. Очагов изменения нет. В проекции долевых протоков трубчатые структуры. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: удалён, ложе без особенностей. ОБЩИЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПРОТОК: не визуализируется. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: видна фрагментарно, плотность паренхимы повышена, однородная. СЕЛЕЗЁНКА: размеры не увеличены, площадь 35 $см^2$, структура без особенностей, эхогенность без особенностей.

На основании жалоб, анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований 24.03.2021 в 11:20 было проведено удаление протезного приспособления из желчного протока; удаление каркасного транспечёночного дренажа.

В процессе операции транспечёночный дренаж и кожа вокруг него обработаны спиртовым раствором антисептика. Дренаж открыт - вытекающая из дренажа желчь чистая, прозрачная, жёлтая. Признаков гипертензии в желчных протока нет. Дренаж промыт тёплым физиологическим раствором хлорид натрия - ток вводимой жидкости свободный, болей нет. Дренаж удалён. При контрольном осмотре: целостность дренажа не нарушена. Из свищевых отверстий брюшной стенки отделяемого нет. Наложена асептическая повязка.

В результате проведённой операции пациентка жалоб не предъявляет; стул регулярный, оформленный, газы отходят, диурез в норме. Объективно состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы, склеры физиологической окраски. Дыхание – везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16

в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 68 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Объёмные образования в животе не пальпируются. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Повязки на ранах от дренажа сухие. Подтекания желчи из ран нет. По данным УЗИ без патологии. Анализы в норме.

Показаний к дальнейшему пребыванию в стационаре нет. Выписана для наблюдения у терапевта в поликлинику по месту жительства.

Проведенный комплекс лечения дал положительную динамику. Состояние пациентки улучшилось: отсутствие дискомфорта в местах выхода дренажа, ноющих болей в эпигастрии. Пациентка выписана на этапе восстановления здоровья.

Заключение: единственным радикальным методом лечения рубцовых стриктур желчных протоков является своевременная и полноценная хирургическая их коррекция. Все оперативные вмешательства при рубцовых стриктурах направлены на восстановление адекватного желчеоттока. Профилактика ятрогенных стриктур желчных протоков заключается в квалифицированном и технически грамотном проведении операций на ЖКТ. Предупреждению воспалительных стриктур жёлчных протоков способствует своевременная терапия таких заболеваний как: холангит, панкреатит, гепатит, холедохолитиаз [5, с.42].

Литература

1. Гальперин. Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. М.: Медицина, 1982 С.28
2. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Готье С.В. Методы коррекции и профилактика рубцовых стриктур и свищей желчных протоков // Вести, хир. 1990 № 10 С. 47
3. Прокубовский В.И., Капронов С.А. Чреспеченочное эндопротезирование желчных протоков // Хирургия, 1990 № 1 С. 18, 23.

4. Каримов Ш.И., Ахмедов Р.М., Ким В.Л. и др. Чрескожные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе//Хирургия, 1991 №10. С. 35.
5. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Копчак В.М. и др. Методы коррекции магистрального желчеоттока у больных с Рубцовыми стриктурами желчных протоков. Методические рекомендации. Киев, 1989 С.42

Literature

1. Halperin. E.I., Kuzovlev N.F., Karagyulyan S.R. Scar strictures of bile ducts. M.: Medicine, 1982 p.28
2. Movchun A.A., Timoshin A.D., Gauthier S.V. Methods of correction and prevention of scar strictures and fistulas of the bile ducts//Vesti, chir. 1990 No. 10 of Page 47
3. Prokubovsky V.I., Kapronov S.A. Percranial endoprosthesis of bile ducts//Surgery, 1990 No. 1 p. 18, 23.
4. Karimov Sh. I., Akhmedov R.M., Kim V.L. and others. Percutaneous Endobiliary Interventions in Mechanical Jaundice//Surgery, 1991 No. 10. Page 35.
5. Shalimov A.A., Shalimov S.A., Kopchak V.M. and others. Methods for the correction of trunk bile flow in patients with scar strictures of bile ducts. Methodological recommendations. Kiev, 1989 p.42