

© Коллектив авторов, 2017

УДК 616.367-003.7-079.4:[616.367-002+616.36-002.3]

М. П. Королёв, Л. Е. Федотов, Р. Г. Аванесян, Б. Л. Федотов, Г. М. Лепехин,
Т. В. Амирханян

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ, ИМИТИРУЮЩИЙ ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М. П. Королёв),
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Ключевые слова: холедохолитиаз, склерозирующий холангит, миниинвазивное лечение

M. P. Korolyov, L. E. Fedotov, R. G. Avanesyan, B. L. Fedotov, G. M. Lepekhn, T. V. Amirkhanyan

Choledocholithiasis simulating primary sclerosing cholangitis

St. Petersburg State Pediatric Medical University

Key words: choledocholithiasis, sclerosing cholangitis, minimally invasive treatment

Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) — редко встречающееся заболевание, входящее в группу аутоиммунных заболеваний печени, характеризующееся негнойным деструктивным воспалением, облитерирующим склерозом и дилатацией того или иного участка как внутри-, так и внепеченочных желчных протоков, имеющее прогрессирующее течение и приводящее к печеночной недостаточности. Несмотря на современные методы обследования, до сих пор нет общепризнанных достоверных биомаркёров для диагностики данного заболевания [4]. Большинство авторов отмечают связь между воспалительными заболеваниями кишечника и аутоиммунными заболеваниями печени, в том числе и с ПСХ. Сочетание этих заболеваний, по данным некоторых авторов [1], достигает 26% хотя это обстоятельство в настоящее время является скорее статистическим фактом, чем каким-либо диагностическим критерием. Диагностическая ценность магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) весьма значима, у большинства больных (более чем у 50%) определяется характерная картина желчных протоков, особенно внутривнутрипеченочных, в виде нитки бус. Однако у 5–10% из общего числа пациентов при гистологическом подтверждении ПСХ картина МРХПГ не отличается от нормы [4]. Наиболее эффективным методом диагностики, а также дифференциальной диагностики ПСХ является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), которая позволяет в 95–97% наблюдений установить причину били-

арной гипертензии, связанной или не связанной с ПСХ [3]. Повышение уровня печеночных проб в совокупности с данными инструментального обследования позволяют на современном этапе с высокой степенью достоверности установить диагноз ПСХ. При этом диагностические ошибки, которые могут привести к нежелательным последствиям, в том числе к необоснованным инвазивным вмешательствам и, в конечном итоге, инвалидизации пациента, до сих пор не удается полностью исключить. Приводим наше наблюдение.

Больная П., 61 года, поступила в 3-е хирургическое отделение Городской Мариинской больницы 26.02.2015 г. с диагнозом «Абсцесс печени». Клиническая картина была характерной для заболевания — боли в правом подреберье, лихорадка, слабость. Из анамнеза известно, что в течение предыдущих 3 лет она перенесла несколько операций: холецистэктомия, иссечение кисты головки поджелудочной железы, гепатикоеюноанастомоз (ГЕА), многочисленные попытки миниинвазивных операций по поводу холангита и билиарной гипертензии в различных клиниках страны. Со слов больной (выписные справки утеряны), ГЕА сформирован в связи с ПСХ и нарастающей механической желтухой. Диагноз был установлен на основании характерной клинической картины билиарной гипертензии, повышение активности щелочной фосфатазы, аминотрансфераз, содержание билирубина, IgG4, а также на данных инструментального обследования — УЗИ и МРХПГ. Больной при поступлении выполнено УЗИ, при котором выявлен очаг в правой доле печени размерами до 6 см, по своим характеристикам соответствующий абсцессу печени (рис. 1). В клиническом анализе крови: умеренный лейкоцитоз со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево, показатели биохимических анализов крови без отклонений от нормы. В нашей клинике 05.03.2015 г. выполнено дренирование абсцесса под ультразвуковым кон-

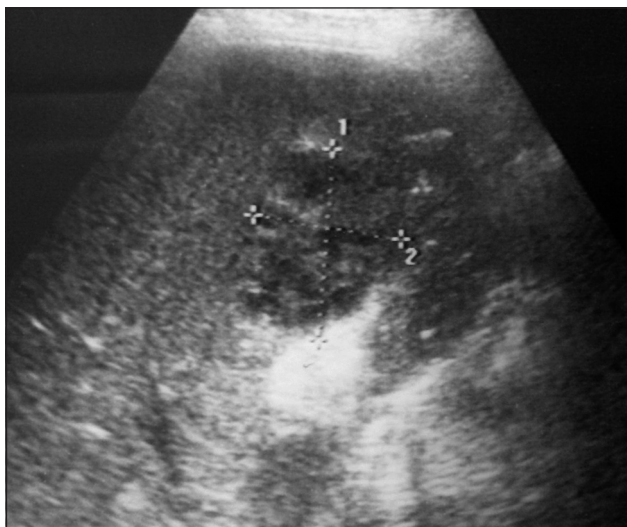


Рис. 1. Ультразвуковая картина абсцесса правой доли печени у больной П., 61 года с холедохолитиазом (пунктирными линиями обозначена полость абсцесса)

тролем, установлен дренаж диаметром 8F с фиксирующимся дистальным концом. При контрастировании полости выявлена связь абсцесса с просветом внутрипеченочных желчных протоков (рис. 2, а).

После купирования воспаления, 13.03.2015 г. больной выполнено наружновнутреннее дренирование правого долевого протока, общего печеночного протока и гепатикоеюноанастомоза для декомпрессии желчных протоков. При этом во время вмешательства выявлено, что желчные протоки не расширены, гепатикоеюноанастомоз сформирован на передней стенке общего печеночного протока, контрастируется также общий желчный проток (см. рис. 2, б–г).

Больная повторно госпитализирована в клинику в октябре 2015 г. для выполнения смены каркасного дренажа. При контрольном рентгенологическом исследовании отмечено контрастирование общего желчного протока и эвакуация контрастирующего вещества в анастомозированную тощую кишку через наружновнутренний дренаж и просвет двенадцатиперстной кишки через общий желчный проток. Принято решение выполнить ревизию внепеченочных желчных протоков и восстановить проходимость последних на всем протяжении. С помощью манипуляционного катетера гидрофильный проводник проведен из правого долевого протока через общий печеночный и желчный протоки в просвет двенадцатиперстной кишки (см. рис. 2, д). Операция завершена проведением наружно-внутреннего дренажа из желчных протоков в просвет двенадцатиперстной кишки. При выполнении контрольного рентгенологического исследования выявлены множество конкрементов в просвете

общего желчного протока (см. рис. 2, е). Третьим этапом 20.02.2016 г. выполнена операция: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, комбинированная литоэкстракция (см. рис. 2, ж), удалены 5 конкрементов от 7 до 12 мм в диаметре. На контрольном рентгеновском снимке констатирован факт нормальной архитектуры внутри- и внепеченочных желчных протоков, без признаков ПСХ, с функционирующим гепатикоеюноанастомозом (см. рис. 2, з). Больная наблюдается в течение 9 мес, данных за холангит и билиарную гипертензию нет.

Необходимо отметить, что современные методы обследования больных с холедохолитиазом являются взаимодополняющими и, несмотря на весь арсенал средств диагностики, до сих пор встречаются диагностические трудности при проведении дифференциальной диагностики заболеваний желчных протоков. Для формирования билиодигестивного анастомоза должна быть абсолютная уверенность в диагнозе и показаниях к операции, так как в противном случае, как показывает практика, рефлюкс-холангит может беспокоить больного на протяжении всей жизни.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Фомина М.В., Абсаямова Л.Р., Гималетдинова И.А. и др. Сочетанное течение неспецифического язвенного колита и первичного склерозирующего холангита // Вестн. совр. клин. мед. 2009. Т. 2, № 2. С. 63–65 [Fomina M.V., Absalyamova L.R., Gimaltdinova I.A. et al. Sochetannoe techenie nespetsificheskogo yavennogo kolita i pervichnogo skleroziruyushchego kholangita // Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny. 2009. Vol. 2, № 2. P. 63–65].
2. Юсиф-Заде К.Р. Эффективность использования эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и папиллосфинктеротомии при лечении заболеваний билиарной системы // Новости хир. 2012. № 5. С. 128–131 [Yusif-Zade K.R. Effektivnost' ispol'zovaniya endoskopicheskoi retrogradnoi kholangiopankreatografii i papillosfinkterotomii pri lechenii zabolevaniy biliarnoi sistemy // Novosti khirurgii. 2012. № 5. P. 128–131].
3. Dyson J.R., Webb G., Hirschfield G.M. et al. Unresolved issues in the clinical treatment of autoimmune liver diseases // J. Hepatology. 2015. Vol. 62. P. 208–218.
4. Gossard A.A., Lindor K.D. Случай вновь диагностированного склерозирующего холангита у женщины 42 лет // Клини. гастроэнтерол. и гепатол. (Россия). 2012. Т. 5, № 3. С. 132–136 [Gossard A.A., Lindor K.D. Sluchai vnov' diagnostirovannogo skleroziruyushchego kholangita u zhenshchiny 42 let // Klinicheskaya gastroenterologiya i gepatologiya (Rossiya). 2012. Vol. 5, № 3. P. 132–136].

Поступила в редакцию 14.12.2016 г.

Сведения об авторах:

Королёв Михаил Павлович (е-mail: korolevmp@yandex.ru), д-р мед. наук, проф, зав. каф.; Федотов Леонид Евгеньевич (е-mail: fedotov-le@yandex.ru), д-р мед. наук, проф.; Аванесян Рубен Гарриевич (е-mail: av-ruben@yandex.ru), канд. мед. наук, доцент; Федотов Борис Леонидович (е-mail: bobson.spb@mail.ru), аспирант; Лепехин Георгий Михайлович (е-mail: lepekhingeorge04@rambler.ru), аспирант; Амирханян Тигран Валжанович (е-mail: amirxanyantigran@rambler.ru), аспирант; кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2.

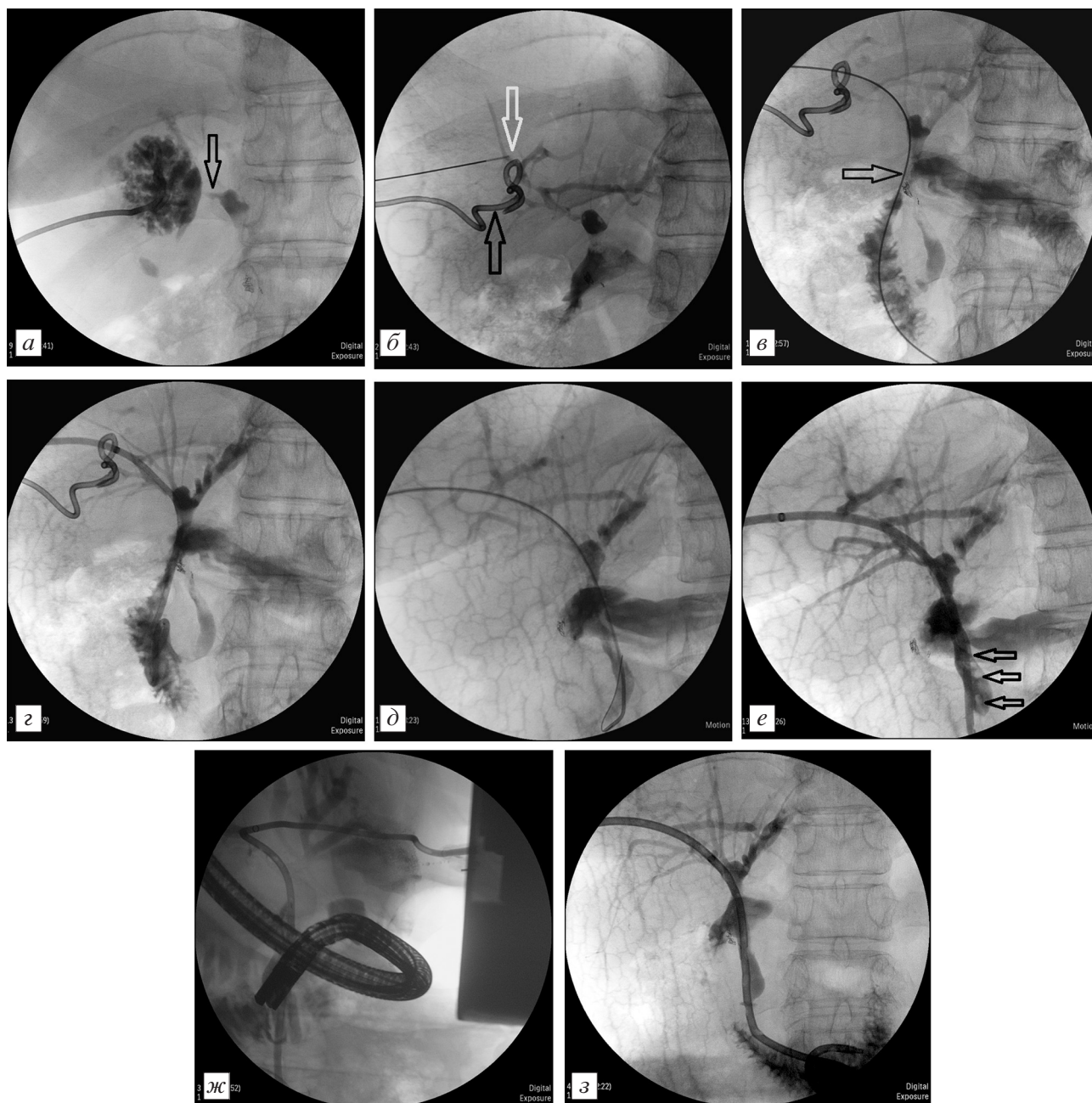


Рис. 2. Рентгенограммы с контрастированием той же больной.

- а — контрастирование полости абсцесса печени (стрелка — связь полости абсцесса с правым долевым протоком);
 б — холангиограмма при пункции 6-го сегментарного протока правой доли печени (белая стрелка — место пункции протока, черная — дренаж, установленный в полость абсцесса; в — проводник, проведенный через гепатикоеюноанастомоз (стрелка — зона анастомоза); г — каркасное дренирование правого долевого протока, общего печеночного протока и гепатикоеюноанастомоза; д — восстановление проходимости общего желчного протока с помощью манипуляционного катетера и гидрофильного проводника; е — послеоперационная фистулохолангиограмма (стрелки — множественные конкременты в общем желчном протоке); ж — эндоскопическая папиллосфинктеротомия и комбинированная литоэкстракция; з — фистулохолангиограмма после литоэкстракции