

Хирургическая тактика лечения холангиогенного абсцесса печени у больного с аберрантным цистобилиарным протоком

(случай из практики)

В.М. Унгуриян, А.В. Святненко, Д.А. Суров, А.Е. Демко, О.В. Бабков, В.Д. Кандыба.

*ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, 192242, ул. Будапештская д. 3, тел. (812)
774-86-75, e-mail: info@emergency.spb.ru*

*ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», МО РФ, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Академика Лебедева
дом 6., e-mail: vmeda-na@mil.ru*

Резюме

В статье приведено клиническое наблюдение хирургического лечения больной с холангиогенным абсцессом печени, развившимся на фоне аберрантного цистобилиарного протока (хода Люшка). Показаны возможности комплексного и эффективного использования современных малоинвазивных хирургических технологий в лечении больных с данной патологией.

Ключевые слова: холангиогенный абсцесс, холангит, ход Люшка, вариантная анатомия, малоинвазивные технологии.

Staged surgical treatment liver abscess in a patient with an additional biliary duct

(case report)

V.M. Unguryan, A.V. Svyatnenko, D.A. Surov, A.E. Demko, O.V. Babkov, V.D. Kandiba

*Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze research institute of emergency medicine. Saint-
Petersburg, 192242, Budapest str., 3, tel. (812) 774-86-75, e-mail: info@emergency.spb.ru
Military Medical Academy, St. Petersburg, 194044, Academician Lebedev str. 6,
e-mail: vmeda-na@mil.ru*

Summary

The article describes the clinical observation of a patient with liver abscess with a rare variant anatomy of the bile ducts (duct Lyushka). Demonstrate effective use of advanced minimally invasive surgical techniques in the treatment of this pathology.

Keywords: abscess, cholangitis, duct Lyushka, variant anatomy, minimally invasive technology.

Введение

Холангиогенные абсцессы печени занимают одну из ведущих позиций в структуре осложнений желчнокаменной болезни [1,2,3,4]. Высокая актуальность проблемы лечения данного осложнения обусловлена тяжелым клиническим течением и высокой летальностью у данной категории больных [5].

Бессимптомное течение холангиогенных абсцессов печени отмечается в 30% случаев [6].

Ключевыми звеньями патогенеза развития холангиогенных абсцессов печени являются нарушение пассажа желчи, длительный холестаз, иммуносупрессия, на фоне которой неизбежно происходит вторичное инфицирование желчи [7,8,9].

Кроме того, большое значение в возникновении холангиогенных абсцессов печени в настоящее время придается морфофункциональным особенностям билиарного тракта. В связи с этим современная классификация включает 2 группы холангиогенных абсцессов: связанных с желчными протоками и изолированные от них [10,11].

В то же время известно, что в 0,1—5% случаев встречается дополнительный желчный проток, исходящий из правой доли печени в ложе желчного пузыря, который в 1863 году впервые был описан немецким анатомом Г. Люшка [12]. Данный проток, как правило, дренирует задние сегменты правой доли печени либо её V сегмент, отводя желчь в правый, либо в общий печеночный проток или, редко, в пузырный проток, а иногда в желчный пузырь. Топографо-анатомические особенности данного протока обуславливают в ряде случаев быстрое распространение инфекции из желчного пузыря в паренхиму печени дренируемых сегментов и формирование абсцессов.

В основе лечебной тактики у больных холангиогенными абсцессами печени лежат своевременная декомпрессия желчных путей и адекватная санация гнойных очагов. Хирургические аспекты данного тактического подхода, эффективность которого в настоящее время может считаться доказанной, связаны в первую очередь с малоинвазивными вмешательствами: эндоскопической папиллосфинктеротомией, чрезкожными пункционными лечебно-диагностическими вмешательствами под

контролем комбинированных методов навигации (ультразвуковых, лучевых) и лапароскопическими оперативными вмешательствами [13,14,15].

Данное клиническое наблюдение, на наш взгляд, демонстрирует редкий случай холангиогенного абсцесса печени, развившегося у больной с аберрантным желчным протоком V сегмента печени, а так же возможности эффективного использования малоинвазивных хирургических технологий в комплексном лечении пациентов с данной патологией.

Случай из практики

Больная К., 51 год, переведена из многопрофильного стационара города Санкт-Петербурга в хирургическую клинику ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» 20.06.2014 года с диагнозом «Абсцесс V сегмента печени». При поступлении предъявляла жалобы на слабость, лихорадку до 39 С°, озноб, потливость, боли в правой подреберной области. Из анамнеза известно, что в июле 2012 года пациентка находилась на стационарном лечении по поводу желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, механической желтухи. На фоне многокомпонентной консервативной терапии явления желтухи были устранены, больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторный этап и была рекомендована плановая холецистэктомия. В последующем, в течение 2-х лет пациента за медицинской помощью не обращалась. На представленной СКТ живота определяется абсцесс V сегмента печени сообщающийся с желчным пузырем (рис. 1).

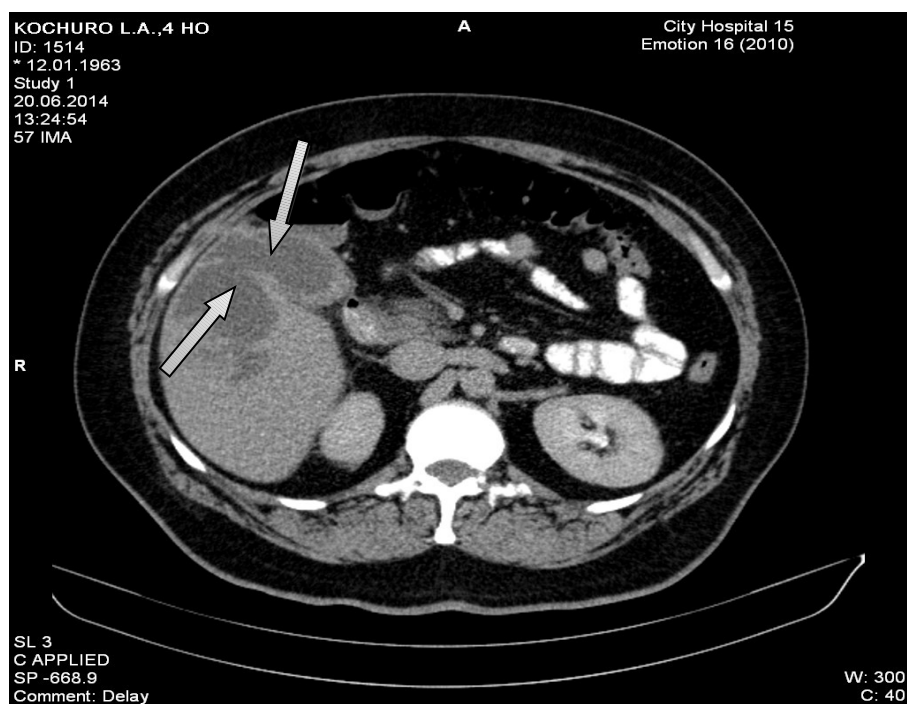


Рисунок 1. СКТ живота больной К. 52 года. Сообщение полости абсцесса с просветом желчного пузыря.

При осмотре состояние больной тяжелое, телосложение мезоморфное, питание нормальное. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст., пульс 100 в минуту. Дыхание жесткое, ЧД= 16 в минуту. Хрипы не выслушиваются. При пальпации живота определялась умеренная болезненность в правой подреберной области. Симптомы Ортнера и Мерфи отрицательные. В общеклиническом анализе крови и мочи, биохимическом анализе крови патологии не отмечено. Учитывая клинические признаки гнойного очага, наличие SIRS-2 (лихорадка, тахикардия), был выполнен прокальцитонин тест (0,8 нг\мл). Пациентка консультирована дежурным хирургом «Городского центра по лечению тяжелого сепсиса». Данных за генерализацию воспалительного процесса не получено.

При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства в V сегменте печени визуализировалось жидкостное образование 8,9 x 7,8 мм, УЗИ-признаки хронического калькулезного холецистита, хронического панкреатита, гепатомегалии. (рис. 2).



Рисунок 2. УЗИ-картина больной К. 52 лет. Абсцесс V сегмента печени размером 8.9 x 7,8 мм.

20.06.2014 года выполнено чрескожное чрепечёночное дренирование абсцесса V сегмента печени под УЗИ-контролем иглой УДПО-1. Установлен катетер типа “pig tail” 9 Fr. Одномоментно было получено около 150 мл гноя без запаха с геморрагическим компонентом. В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия (инфузионная, антибактериальная, дезинтоксикационная, гепатотропная и метаболическая терапия). На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось (купировались болевой синдром и лихорадка). Средний суточный дебит гнойного отделяемого из полости абсцесса составил 20 мл.

24.06.2014 года, с целью визуализации полости абсцесса и его взаимоотношении с билиарным трактом выполнена фистулохолангиография, в ходе которой было установлено, что контрастное вещество, введенное в полость абсцесса, свободно поступает в желчный пузырь, затем в неизменённые внутри- и внепеченочные протоки и в двенадцатиперстную кишку (рис. 3). При этом признаков холедохолитиаза и стриктуры общего печеночного протока не выявлено.

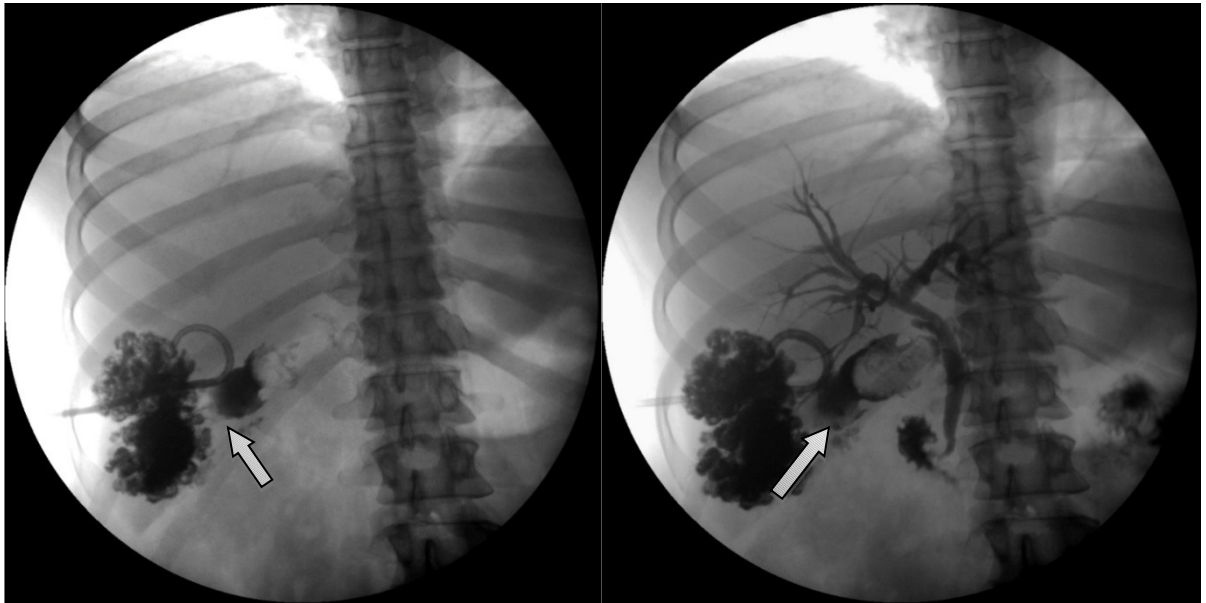


Рисунок. 3. Фистулохолангиография больной К. 52 года. а – контраст поступает в желчный пузырь через добавочный проток; б – контраст поступает в вне- и внутрипеченочные желчные протоки.

Таким образом, комплексный анализ результатов инструментальных методов исследования позволил предположить наличие сообщения между полостью абсцесса и просветом желчного пузыря через абберантный цистобилиарный проток (ход Люшка).

11.07.2014 года больной была выполнена МРТ живота. Установлено, что полость в V сегменте печени не определяется, внутри- и внепеченочные желчные протоки без патологии (рис. 4). Пациентка 12.07.2014 года в удовлетворительном состоянии выписана из клиники.

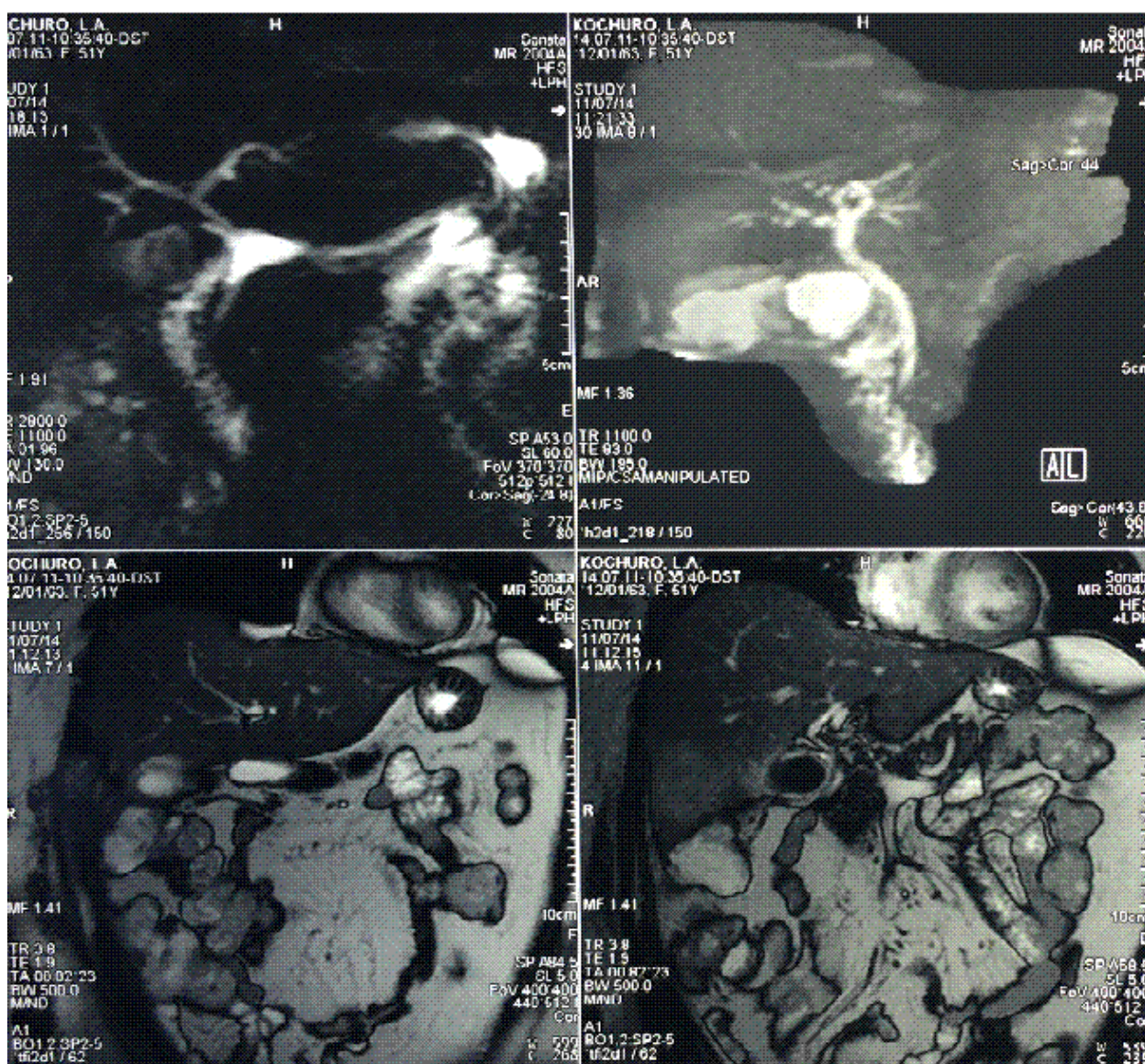


Рисунок 4. МРТ-живота пациентки К. 52 лет. Полость абсцесса в V сегменте печени не определяется.

Через 2,5 недели после дренирования абсцесса, стабилизация состояния (SIRS-O). 08.08.2014 г. с целью санации желчных протоков больной была выполнена типичная лапароскопическая холецистэктомия от шейки.

Интраоперационные данные: выраженный спаечный процесс в области желчного пузыря и в проекции V сегмента печени.

При макроскопическом исследовании стенка желчного пузыря умеренно отечна, утолщена, склерозирована. В просвете желчного пузыря определялся конкремент размером 5 x 2.5 см. (рис. 5).



Рисунок 5. Конкремент желчного пузыря 5 x 2.5 см.

На 7-е сутки после операции пациентка выписана в удовлетворительном состоянии из стационара. При комплексном контрольном обследовании, проведенном через 1 месяц, данных за рецидив холангиогенного абсцесса не получено.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможности комплексного применения малоинвазивных хирургических технологий в этапном лечении редких форм холангиогенных абсцессов печени, у больных с вариантной анатомией желчных протоков (наличие ходов Люшка). Использование современных методов позволяет выбрать адекватную тактику диагностики и хирургического лечения таких больных, обеспечивая минимальную травматичность оперативных вмешательств, существенно уменьшая риск послеоперационных осложнений и создавая оптимальные условия для полной реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

Список литературы:

1. Branum, G.D. Hepatic abscess: changes in etiology, diagnosis, and management / G.D. Branum [et al.] // Ann. Surg. – 1990. – Vol. 212. – P. 655-662.
2. Кузин Н.М. Чрезкожные вмешательства под контролем УЗИ при кистах и абсцессах печени. / Н.М. Кузин [и др.] // Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы 4-й конференции хирургов-гепатологов. – 1996. – С.232-233.
3. Adams E.B. Invasive amebiasis: II. Amebic liver abscess and its complication / E.B. Adams, I.N. MacLeod // Medicine. – 1977. –Vol.56. – P.325.
4. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит: вопросы патогенеза, клинические формы, определение тяжести течения и стадии болезни, дифференциальное лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1994.
5. Руководство по хирургии желчных путей под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. – М.: Издательский дом Видар-М, 2009. – 568 с.
6. Ralls, P.W. Inflammatory disease of the liver / P.W. Ralls // Clin. Liver Dis. – 2002. -№6. – P.1.
7. Ogawa, T. The role of percutaneous transhepatic abscess drainage for liver abscess / T. Ogawa [et al.] // J. HepatobiliaryPancreat. Surg. – 1999. – Vol. 6. – P.263-266.
8. Huang C. J. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years / C.J. Huang [et al.] // Ann. Surg. – 1996. – Vol.223. – P.600-609.
9. Seeto R.K. Pyogenic liver abscess changes in etiology, management, and outcome. / R.K. Seeto, Rockey D.C. // Medicine. – 1996. - Vol.75. – P.99-113.
10. Alvarez Perez, J.A. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess / J.A. Alvarez Perez [et al.] // Am. J. surg. – 2001. – Vol.181, №2. – P.177-186.
11. Meyers W.C. Pyogenic and amebic liver abscess. / W.C. Meyers, R.D. Kim // Sabiston Textbook of Surgery. – 16-th Ed. – 2001. – P.1043-1055.
12. Мерзликин, Н.В. Желчный проток Люшка в дренировании правой половины печени при альвеолококкозе / Н.В. Мерзликин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2012. - №2. – С.110-112.
13. [Ившин, В.Г.](#) Чрезкожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой - Тула:Издательство:"Гриф и К",2000. – 312 с.

14. Sugiyama M. Pyogenic hepatic abscess with biliary communication / M. Sugiyama, Y. Atomi // Am. J. Surg. – 2002. – Vol.183. – P.2.
15. Reynolds T.B. Medical treatment of pyogenic liver abscess / T.B. Reynolds // Ann. Intern. Med. – 1982. – Vol.96. – P.373