



## ВЫНУЖДЕННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Ильченко А. А., Селезнева Э. Я., Алексева Е. О.*

ГБУЗ г. Москвы «Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии» ДЗ г. Москвы

*Ильченко Анатолий Афанасьевич*  
E-mail: cholerez@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

Представлен случай желчнокаменной болезни, осложнившейся холедохолитиазом, лечение которого привело к резекции правой доли печени.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, резекция печени.

### RESUME

There is a case of cholelithic illness complicated by cholangiolithiasis, the treatment of which resulted in resection of the right hepatic lobe.

### ВВЕДЕНИЕ

Диагностика холангиолитиаза представляет значительные трудности. Несмотря на то, что золотым стандартом диагностики является ретроградная холангиопанкреатография, данное исследование, наряду с магнитно-резонансной томографией и компьютерной томографией, не всегда дает желаемые результаты и не позволяет уточнить диагноз. Вместе с тем, обычное трансабдоминальное ультразвуковое исследование и опыт специалиста позволяют более точно диагностировать заболевание.

Частота встречаемости холангиолитиаза при желчнокаменной болезни составляет 15%, достигая в пожилом и старческом возрасте 30–35%. При этом около 20% пациентов имеют «молчащие» камни общего желчного протока или общего печеночного протока, что обусловлено неполной обтурацией просвета протока. После оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках частота встречаемости резидуального холангиолитиаза достигает 25–30%, рецидивного 3–6%. Наиболее часто камни локализуются в области большого дуоденального сосочка.

Приводим наше наблюдение течения желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненное холангиолитиазом и завершившееся правосторонней гемигематэктомией.

Больной О., 1943 г. р., находился на лечении в отделении патологии желчных путей ЦНИИ Гастроэнтерологии с 7 по 16.06.2010 г. (и / б № 4178).

При поступлении предъявлял жалобы на чувство дискомфорта и периодические боли в правом подреберье, возникающие через 20–30 мин после еды, не зависящие от характера принимаемой пищи, купирующиеся приемом спазмолитиков, на вздутие в животе.

Из анамнеза известно, что в 1999 г. при обследовании по поводу наличия алой крови в кале при колоноскопии выявлен полип в области ректосигмоидального изгиба 3 х 4 см на широком основании. При УЗИ органов брюшной полости впервые выявлены множественные конкременты в желчном пузыре. Боли в правом подреберье и приступы желчной колики больного не беспокоили. В этом же году в ГКБ № 53 проведена плановая операция — срединная лапаротомия, резекция части толстой кишки с наложением анастомоза «конец в конец», а также выполнена холецистэктомия. При гистологическом исследовании удаленного полипа — железистый полип. В течение 8 лет чувствовал себя удовлетворительно. Придерживался диетических рекомендаций гастроэнтеролога. В 2007 г. впервые отметил приступ болей в правом подреберье, сопровождавшийся

повышением температуры тела до 38 °С, ознобом, желтухой. Госпитализирован в ГКБ № 57, где при УЗИ, а затем и при ЭРХПГ выявлены мелкие конкременты в общем желчном протоке. Проведено консервативное лечение (антибактериальная, спазмолитическая терапия) с положительным эффектом: боли купированы, желтуха регрессировала. От предложенного оперативного лечения больной временно воздержался. Рекомендован прием урсофалька по 3 капсулы на ночь, который больной принимал в течение 3-х лет. При болевом синдроме больной принимал спазмолитики, соблюдал диету. Препараты УДХК переносил хорошо, болевых приступов на фоне лечения не отмечал. При динамическом наблюдении, по данным УЗИ от марта 2010 г. в ГКБ № 57, — диффузные изменения печени, дилатация холедоха до 10 мм, подозрение на холедохолитиаз, конкременты в общем желчном протоке четко визуализировать не удалось. Для уточнения диагноза больной был направлен на обследование в ЦНИИ Гастроэнтерологии.

Анамнез жизни: родился в 1943 г. в Москве. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. По специальности строитель, последние 10 лет работал на стройке главным инженером. С 2000 г. не работает, в связи с выходом на пенсию. Инвалид 2 группы по комплексу заболеваний. Сопутствующие заболевания: аденома предстательной железы (ТУР в 2007 г.); мочекаменная болезнь — дробление камня левого мочеточника (1997 г.); киста левой почки; оперативное лечение по поводу склероза шейки мочевого пузыря (1999 г.); более 20 лет страдает гипертонической болезнью с максимальным повышением АД до 220/160 мм рт. ст., адаптирован к 150/100 мм рт. ст.; остеохондроз поясничного отдела позвоночника; узловой зоб, эутиреоз. Наследственность не отягощена. Употребление алкоголя, курение отрицает.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 176 см Вес 115 кг. ИМТ — 37,12 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Склеры белые. Периферических отеков нет. Температура тела 36,7 °С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 уд в мин. АД 140 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, обложен коричневатым налетом у корня. Живот обычной формы, в объеме увеличен за счет подкожно-жирового слоя, участвует в акте дыхания. На передней брюшной стенке, по средней линии послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. С-м Орнтера отрицательный. Печень не увеличена. Размеры печени по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

#### Данные обследования:

ЭГДС: просвет пищевода не деформирован, слизистая оболочка пищевода розовая, гладкая, блестящая. Розетка кардии смыкается не полностью, стенки ее эластичные, зубчатая линия расположена на уровне пищевода отверстия диафрагмы. Просвет



Рисунок 1.

желудка не деформирован, при инсуффляции воздухом легко расправляется. Стенки его эластичные, перистальтика активная от угла желудка. Заброс пенистой желчи в желудок. В просвете натощак умеренное количество слизистого содержимого с примесью желчи. Слизистая оболочка желудка розовая, гладкая, блестящая. Складки средней величины, извиты, продольно ориентированы. В антральном отделе слизистая оболочка имеет пятнистый вид. Привратник округлый, свободно проходим. Луковица 12-п. кишки средних размеров, стенки ее так же эластичные, слизистая бледно-розовая, в просвете желчь. Выход из луковицы свободный. Постбульбарные отделы: слизистая 12-п. кишки бледно-розовая, перистальтика активная, БДС в типичном месте, при осмотре аппаратом с торцевым расположением оптики визуально не изменен, в просвете кишки желчь. Заключение: хронический антральный гастрит, ДГР, недостаточность кардии.

УЗИ (рис. 1): печень не увеличена, эхогенность паренхимы диффузно повышена. Внутривенные желчные протоки немного расширены в правой доле, в проекции перехода правого печеночного протока в общий печеночный — конкременты 8–12–11 мм в диаметре с тенями, общий желчный проток плохо визуализируется. Поджелудочная железа обычной формы, головка 34 мм (норма до 30 мм), эхогенность паренхимы диффузно немного повышена, структура мелкоячеисто-неоднородна, Вирсунгов проток 1,5–2 мм в диаметре. Почки опущены, в левой — киста 44 мм в диаметре. Селезенка плохо визуализируется. Заключение: диффузные изменения печени. Билиарная гипертензия. Холелитиаз. Хронический панкреатит. Нефроптоз. Киста левой почки.

ЭУС: внутривенные желчные протоки не расширены. Общий желчный проток осмотрен на всем протяжении, в дистальном отделе 5–2 мм в диаметре, свободен. Поджелудочная железа обычной формы, головка 34 мм (норма до 30 мм), эхогенность паренхимы диффузно повышена, структура





Рисунок 2.

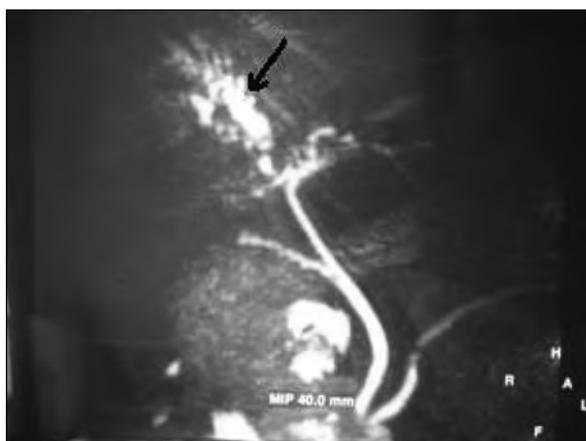


Рисунок 3.



Рисунок 4а.



Рисунок 4б.

мелкоячеисто-неоднородна, Вирсунгов проток 1,5–2 мм в диаметре. Заключение: хронический панкреатит.

Колоноскопия: осмотрена ободочная и 20 см подвздошной кишки. Слизистая бледно-розовая. Баугиниева заслонка обычного вида. Слизистая оболочка ободочной кишки во всех отделах розовая, складки эластичные, гаустры выражены, сосудистый рисунок прослеживается. Маргинальные столбы обычного вида, анальный сфинктер состоятелен. Определяются увеличенные ненапряженные внутренние геморроидальные узлы до 0,5 см, преимущественно по передней стенке. Заключение: органической патологии не выявлено.

В клиническом анализе крови показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови отмечено повышение уровня билирубина общего до 37,6 мкмоль/л, прямого до 6 мкмоль/л.

Учитывая данные УЗИ и неинформативность ЭУС, решено провести КТ органов брюшной полости.

По заключению КТ у больного имеет место сегментарная билиарная гипертензия с блоком на уровне протока 8 сегмента печени, подозрение на холангиокарциному. (рис. 2).

На основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных и инструментальных обследований, больному выставлен диагноз Постхолецистэктомический синдром: холецистэктомия в 1999 г. Дисфункция сфинктера Одди по билиарному типу. Холангиолитиаз? Холангиоцеллюлярный рак? Билиарная гипертензия. Хронический билиарный панкреатит. Хронический гастрит. Резекция толстой кишки с наложением анастомоза «конец в конец» по поводу полипа толстой кишки. Гипертоническая болезнь 2 ст. Киста левой почки.

Госпитализация в НИИ хирургии им. А. В. Вишневого с 23.06 по 12.07.2010 г. При обследовании:

ЭРХПГ, ревизия желчных протоков: на уровне бифуркации протоков S5 и S8 определяется блок сегментарного протока S8 печени (вклинение конкремента?). Проведена папиллотомия до 10 мм. При попытке извлечения конкремента корзинкой Дормия произошло смещение его выше области вклинения. Одновременно при контрастировании желчных протоков выявлено кистозное расширение в S8 печени до 15 мм. Контуры протоков нечеткие, просвет расширен, определяется минимум 4 дефекта наполнения, округлой формы, максимальным размером до 15 мм. МРТ, МРХПГ: билиарная гипертензия в 8 сегменте, обусловленная вклинением конкремента в устье сегментарного протока. Холангиолитиаз в 8 сегменте печени (рис. 3). В связи с наличием нерасширенного, неизмененного гепатикохоледоха и крупных конкрементов сегментарного протока, принято решение литоэкстракцию не выполнять.

В анализах крови: отмечалось повышение уровня АСТ до 85 ед/л, АЛТ до 88 ед/л, общего билирубина до 50,3 мкмоль/л, ЩФ до 50 ед/л. Взяты анализы крови на онкомаркеры: СЕА 1,7 нг/мл, СА 19–97,14

ед/мл, АФП 2,08 нг/мл (все показатели в пределах нормы). При выписке были даны рекомендации о продолжении приема Урсофалька 250 мг х 3р/д и контроль УЗИ через 3 месяца, а также рекомендована повторная госпитализация для проведения планового оперативного лечения.

Следующая госпитализация в НИИ хирургии им. А. В. Вишневого с 7.02 по 30.03.2011 г. Во время госпитализации выполнено: УЗИ — без динамики, сохраняется билиарная гипертензия с блоком на уровне желчных протоков S8. МРТ, МРПХГ — также без динамики по сравнению с предыдущими обследованиями. При СКТ брюшной полости отмечена неоднородность в просвете дистального отдела правого долевого протока, вероятнее всего, соответствует нерентгеноконтрастным конкрементам, однако, учитывая данные проведенных ранее исследований, нельзя исключить холангиокарциному. Повторно взяты анализы крови на онкомаркеры — показатели в пределах нормы. В биохимическом анализе крови отмечается положительная динамика — общий билирубин 11,2 мкмоль/л, ЩФ 79 ед/л, АСТ 29 ед/л, АЛТ 23 ед/л.

Учитывая возникшие сложности при эндоскопической литоэкстракции 04.03.2011 г., выполнена правосторонняя гемигепатэктомия. При патологогистологическом исследовании операционного материала: 1) хронический холангит с кистовидным расширением просвета желчных протоков, фиброзом и лимфогистиоцитарной инфильтрацией в стенке. 2) ткань печени с неравномерным полнокровием синусоидов, очаговой лимфогистиоцитарной инфильтрацией портальных трактов и очаговой жировой дистрофией гепатоцитов.

При динамическом наблюдении больного в условиях ЦНИИ Гастроэнтерологии через 1 месяц после оперативного лечения по данным УЗИ (рис. 4а): Печень представлена левой долей, толщиной 114 мм, с четкими ровными контурами, структура паренхимы однородная, неравномерно повышенной эхогенности; область резекции представлена в виде гиперэхогенной зоны, с эхо-плотными включениями, жидкостных образований скоплений не выявлено; внутрипеченочные желчные протоки подчеркнуты, незначительно расширены до 3–4 мм, гепатикохоледох не визуализируется. КТ органов брюшной полости — печень представлена левой долей, толщиной 113 мм, с четкими ровными контурами, структура паренхимы однородная, неравномерно повышенной эхогенности. Область резекции представлена в виде гиперэхогенной зоны, с эхо-плотными включениями, жидкостных скоплений не выявлено. Внутрипеченочные желчные протоки незначительно расширены до 3–4 мм, подчеркнуты, гепатикохоледох не визуализируется.

В анализах крови все показатели в пределах нормы.

Через 2 года после оперативного лечения, по данным УЗИ (рис. 4б): Печень — резекция правой доли, КВР левой доли 178 мм, эхогенность паренхимы диффузно повышена. Внутрипеченочные желчные

протоки не расширены. Общий желчный проток, средний отдел 4 мм в Д, стенки не утолщены, свободен. Поджелудочная железа обычной формы, головка 42 мм, тело 36 мм, хвост 38 мм (норма до 30 мм), эхогенность паренхимы диффузно повышена, структура мелкоячеисто-неоднородна. Почки — опущены, в левой киста 44 мм в Д. Селезенка 9,5 х 4 см, эхооднородна. Заключение: диффузные изменения печени. Хронический панкреатит. Нефроптоз. Киста левой почки.

В анализах крови отмечается повышение билирубина общего до 29,1 мкмоль/л, прямого до 4,4 мкмоль/л. При генетическом типировании выявлен синдром Жильбера. Таким образом, повышение уровня билирубина крови обусловлено синдромом Жильбера. Анализы крови на вирусные гепатиты — отрицательны.

Периодически больного беспокоит тяжесть в правом подреберье после еды. Соблюдает диетические рекомендации.

Прогноз благоприятный.

В описанном клиническом случае представлено редкое осложнение желчнокаменной болезни и методы его диагностики и лечения.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Интересен вопрос о происхождении конкрементов — рецидивные или резидуальные. В данном случае нельзя исключить рецидив камнеобразования. Также требует уточнения и природа камней. Известно, что существует несколько типов камней — холестериновые, пигментные и смешанные. В желчных протоках пигментные рецидивные конкременты обусловлены инфекцией и оперативным вмешательством на желчных протоках.

Высокая локализация конкрементов представляет сложности для диагностики и протекает латентно, в отличие от обтурации общего желчного протока, которая проявляется симптомами холестаза. Приходится констатировать, что такая локализация конкрементов наиболее опасна ввиду невозможности литоэкстракции или наложения анастомоза. В случае если попытки литоэкстракции увенчаются успехом, риск послеоперационных стриктур высок, что осложняет дальнейшее течение заболевания. Таким образом, единственным методом лечения в данной ситуации остается лобэктомия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. — 880 с.
2. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шелутко А. М., Прудков М. И. Желчнокаменная болезнь: руководство. — Москва, издательство Гэотар-Медиа, 2009. — 178 с.

