

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

ФОРМИРОВАНИЕ ТЕТРАГЕПАТИКОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА ПРИ СТРИКТУРЕ СЕГМЕНТАРНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНОЙ 16 ЛЕТ

В.И. МАЛЯРЧУК, А.Е. КЛИМОВ, В.А. ИВАНОВ

Кафедра хирургии РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д. 8

*Медицинский факультет.***В.М. РЫКОВ, Л.Г. ЯНКОВОЙ**

9-е хирургическое отделение. 117292, ул. Вавилова, д. 61

Городская клиническая больница № 64

Больная Л. 16 лет поступила в хирургическую клинику Российского университета дружбы народов в экстренном порядке с клинической картиной механической желтухи, холангита.

В 2000 году (в возрасте 14 лет) больная оперирована в детской больнице по поводу врожденной кисты общего желчного протока. Выполнена резекция общего желчного протока с формированием гепатикоэнтероанастомоза на петле тонкой кишки, сформированной по Ру. В послеоперационном периоде у больной развилась клиническая картина панкреонекроза, по поводу чего больная оперирована повторно. Выполнена санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело с длительным желчеистечением из брюшной полости по контрольному дренажу, что свидетельствует о частичной несостоятельности гепатикоэнтероанастомоза. После выписки у больной отмечены периодически возникающие приступы болей в правом подреберье, ремиттирующий характер механической желтухи с явлениями холангита. Больная неоднократно госпитализировалась в детскую больницу.

При поступлении в клинику у больной состояние средней тяжести, иктеричность кожных покровов, гипертермия, боли в эпигастриальной области и правом подреберье. В биохимическом анализе крови отмечается повышение уровня билирубина до 60 $\mu\text{mol/l}$. Больной начато проведение интенсивной инфузионной терапии. Выполнено обследование.



Рис. 1. Стриктура гепатикоэнтероанастомоза,

При УЗТ (рис.1) выявлены признаки гепатомегалии за счет левой доли печени, состояние после холецистэктомии, гепатикоэнтеростомии, стриктура гепатикоэнтероанастомоза (внутрипеченочная холангиоэктазия слева - до 4 - 5 мм, справа - до 3 мм). В области ворот печени определяется участок размерами 10х9 мм, неправильной формы, с нечеткими контурами, повышенной эхогенности,

обтурирующий общий печеночный проток перед анастомозом до уровня долевых протоков.

Больной выполнены МРТ и ЧЧХГ (рис.2), при которых диагноз стриктуры подтвержден.

Установлен точный топический диагноз стриктуры гепатикоэнтероанастомоза, несмотря на сохранение дренирующей функции анастомоза. Во время исследования поступление контрастного вещества в кишку отмечается со значительной задержкой.

Показанием к операции явилось наличие стриктуры гепатикоэнтероанастомоза, механической желтухи и холангита.

Операция выполнена в плановом порядке под эндотрахеальным наркозом. В брю-



Рис. 2. Магнитно-резонансная томография (слева) и чрескожно-чреспеченочная холангиография (справа). Определяется уровень стриктуры.

шной полости выраженный спаечный процесс, печень увеличена, темно-зеленого цвета. По разделении спаек выделена область гепатикоэнтероанастомоза. Кишка отсечена и выполнена ревизия области анастомоза зондами Долиотти (зонд №1 выше анастомоза не проходит). В дальнейшем выделена стриктура из ворот печени с применением фенестрации ткани печени на глубину 2.5 см. Рубцовая стриктура иссечена в пределах здоровых тканей.

После разобщения предполагаемой области конfluence иссечена стриктура правого долевого протока и выяснилось, что верхний край резекции прошел по трем сегментарным протокам. Для формирования анастомоза использовался левый долевого проток и три правых сегментарных протока. Из этих протоков с использованием монофиламентной рассасывающейся атравматической нити тахон 6/0 сформирована общая ампула. В дальнейшем выполнен прецизионный тетрагепатикоэнтероанастомоз на петле тонкой кишки, отключенной по Ру. Операция закончена дренированием брюшной полости и проведением назоинтестинального зонда за межкишечный анастомоз в отводящую кишечную петлю.

Данный клинический пример показывает целесообразность полного клинического обследования с применением УЗТ, МРТ, ЧЧХГ для точной топической диагностики стриктуры желчных протоков. Техническими особенностями операции является полное иссечение рубцовой стриктуры в пределах здоровых тканей и формирование прецизионного гепатикоэнтероанастомоза с использованием рассасывающихся монофиламентных атравматических нитей малого диаметра. Обязательным условием операции является отказ от всех видов дренирования желчных протоков.

FORMATION OF TETRAHEPATICOENTEROANASTOMOSIS IN A PATIENT WITH INTRAHEPATIC BILE DUCTS STRICTURE

V. I. MALYARTCHUK, A.E. KLIMOV, V.A. IVANOV

Department of surgery RPFU, 117198 Moscow, M-Maklaja st.8. Medical faculty

V.M. RIKOV, L.G. JANKOVOI

9-th surgical department. 117292, Moscow, Vavilova st, 61

Clinical hospital № 64

Clinical case of bile duct stricture patient 16 years old after haepaticoenterostomy, performed 2 years before. USG, MRT, transcutaneum haepatocholangiography were performed to make correct diagnose. The operation was: resection of right bile duct together with stricture of segmentare ducts and construction of tetrahaepaticoenterostomy. Transhaepaticostomy drainage were no be used. The were not complications after operation.

Bile duct stricture - jaundice.