© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.362/.367-003.7-002-06:[616.362+616.367]-07-089

Е.М. Гоч, А.С. Толстокоров, Ю.В. Коваленко

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СЕГМЕНТАРНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ СТРИКТУРЫ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОСТРОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА МИРИЦЦИ

Кафедра хирургии (зав. — проф. А.С. Толстокоров) ФПК и ППС Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского

Ключевые слова: синдром Мирицци, сегментарная стриктура гепатикохоледоха.

В последние годы в литературе появились множество сообщений о методах диагностики и лечения синдрома Мирицци [1–7]. Часть авторов к синдрому относят только холецистобилиарные свищи, другие — главным морфологическим признаком считают сегментарное сужение гепатикохоледоха за счет сдавления его либо камнем, находящемся в кармане Гартмана, либо перивезикальным воспалительным инфильтратом желчного пузыря. Большая часть авторов к синдрому Мирицци относят общность происходящих процессов. Приводим наше наблюдение.

Больная К., 56 лет, поступила 02.02.2009 г. в Областную клиническую больницу с жалобами на желтушность кожи. В течение 5 лет периодически беспокоили умеренные боли в эпигастральной области, купирующиеся консервативно. За неделю до поступления в стационар появились желтушность кожи, склер, темная моча, обесцвеченный кал.

При поступлении: УЗИ — имеется расширение внутрипеченочных протоков до 10 мм, желчный пузырь умеренно увеличен в размерах, стенки его утолщены до 6 мм, конкрементов не определяется. Расширение общего желчного протока (ОЖП) нет. Заключение: признаки механической желтухи, блок на уровне ворот печени. Показатели билирубина крови 308 мкмоль/л, прямая фракция — 206 мкмоль/л. В общем анализе крови: умеренный лейкоцитоз (до 12×10^9/л).

03.02.2009 г. произведена ЭРПХГ с папиллотомией; ОЖП 0,5 см с ровными четкими контурами, контрастирован желчный пузырь с узким пузырным протоком, печеночный проток шириной 0,4 см, контрастирован на 1 см, далее контраст не поступает, конкрементов в просвете нет. Заключение: полный блок ОЖП на уровне конфлюенса. Учитывая невозможность разрешения блока эндоскопическим способом, нарастание желтухи до 380 мкмоль/л, больную решено оперировать с предварительным диагнозом: опухоль ворот печени.

04.02.2009 г. операция: лапаротомия. Печень умеренно увеличена, обычного цвета. Желчный пузырь умеренно увеличен в размерах, стенки его инфильтрированы, он напряжен, гиперемирован, конкременты в просвете пальпаторно не определяются. Печеночно-двенадцатиперстная связка инфильтрирована, пальпаторно опухоль не определяется. Поперек гепатикохоледоха проходит собственная печеночная артерия, которая за счет инфильтративных изменений в шейке пузыря фиксирована к карману Гартмана. Выше данной фиксации выделен печеночный проток (около 1,5 см), который выше делится на долевые протоки. Произведена гепатикотомия, из протока под давлением начал поступать гной с множеством крошковидных включений. Произведена ревизия и промывание долевых протоков, ревизия протока в дистальном направлении (с трудом проведен маточный зонд), после чего из его дистального отдела и желчного пузыря стал поступать в большом количестве гной. Взяты соскобы со стенок гепатикохоледоха. При цитологическом исследовании: эпителий, элементы воспаления, большое количество солей. При холецистэктомии обнаружены инфильтративные сращения между карманом Гартмана и стенкой гепатикохоледоха. Выполнено дренирование общего желчного протока по Вишневскому. Гистологическое заключение — эмпиема желчного пузыря.

В послеоперационном периоде в течение 5 сут по дренажу выделялось по 300–400 мл чистой желчи, кал окрашен, билирубин снизился до 83 мкмоль/л. При фистулографии контраст свободно поступает в двенадцатиперстную кишку, но отмечается сегментарное сужение печеночного протока до 0,2 см на протяжении 2 см.

На 6-е сутки поступление желчи по дренажу прекратилось, отмечено повышение билирубина до 250 мкмоль/л, лейкоцитоз — 20×10^9/л. Повышения температуры тела не отмечено. Производилось неоднократное промывание дренажа с антибиотиками. При этом отмывались в большом количестве крупные хлопья гноя. Проводилась активная консервативная терапия (антибактериальная, спазмолитическая). Лишь на 14-е сутки появилась чистая желчь. Состояние улучшилось, положительная динамика снижения билирубина до 40 мкмоль/л. На 28-е сутки больная выписана на амбулаторное лечение.

Через 2 мес больная госпитализирована для контрольного обследования. Произведены МРТ, фистулография. Заключение: умеренное сегментарное сужение печеночного протока до 0,3 см. Общее состояние удовлетворительное, билирубин 12 мкмоль/л. Дренаж Вишневского удален. Через 9 мес обследована повторно. Жалоб не предъявляет, билирубин 12 мкмоль/л. По данным контроля МРТ и ретроградной холангиографии, внутрипеченочные протоки не расширены, сохраняется умеренное сегментарное сужение гепатикохоледоха на протяжении 2 см.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК:

1. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочишвили В.И. Непроходимость желчных путей.—М.: Медицина, 1997.—132 с.
2. Гальперин Э.И. и др. Синдром Мирицци: особенности диагностики и лечение // Анн. хир. гепатол.—2006.—№ 3.—С. 7–10.
3. Майстренко Н.А., Шейко С.Б., Стукалов В.В. и др. Современные возможности диагностики синдрома Мирицци (сообщение 1) // Вестн. хир.—2009.—№ 2.—С. 27–33.
4. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мирицци // 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С.Савельева.—М.: Триада-Х, 2004.—С. 413–421.
5. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Под ред. А.Е.Борисова.—СПб.: Скифия, 2003.—Т. II.—560 с.
6. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирицци (диагностика и лечение).—М.: Медицина, 2003.—12 с.
7. Шейко С.Б., Майстренко Н.А., Стукалов В.В. и др. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мирицци (сообщение 2) // Вестн. хир.—2009.—№ 4.—С. 25–28.

Поступила в редакцию 26.04.2010 г.