

В помощь практическому врачу

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022

Ройтберг Г.Е.¹, Кондратова Н.В.¹, Тарабарин С.А.¹, Солдатов Е.А.²

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЫ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

¹АО «Медицина», 125047, Москва, Россия

²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения Москвы», 111020, Москва, Россия

Рубцовая стриктура общего желчного протока, осложненная механической желтухой, является серьезным заболеванием, угрожающим жизни. Стриктура, связанная с хроническим панкреатитом, трудно поддается лечению из-за фиброза, рубцевания стенки желчного протока в дистальном отделе. Предпочтение отдают малоинвазивным способам устранения стриктуры для восстановления оттока желчи. Представленное редкое клиническое наблюдение отдаленных результатов комплексного лечения рубцовой стриктуры терминального отдела общего желчного протока, осложненной механической желтухой, гнойным холангитом, коагулопатией, гемобилией, демонстрирует сложность ведения таких пациентов, эффективность использования малоинвазивных технологий.

Ключевые слова: рубцовая стриктура общего желчного протока; механическая желтуха; комплексное лечение.

Для цитирования: Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Тарабарин С.А., Солдатов Е.А. Отдаленные результаты комплексного лечения рубцовой стриктуры терминального отдела общего желчного протока. *Клиническая медицина*. 2022;100(9–10): 467–469. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2022-100-9-10-467-469>

Для корреспонденции: Тарабарин Сергей Андреевич — e-mail: tarabarinsa@medicina.ru

Roytberg G.E.¹, Kondratova N.V.¹, Tarabarin S.A.¹, Soldatov E.A.²

LONG-TERM OBSERVATION OF COMPLEX TREATMENT OF CICATRICAL STRICTURE OF THE TERMINAL SECTION OF THE COMMON BILE DUCT

¹JSC «Medicina», 125047, Moscow, Russia

²Municipal Clinical Hospital № 29 named after N.E. Bauman of Moscow Healthcare Department, 111020, Moscow, Russia

Corrosive stricture of the common bile duct complicated by obstructive jaundice, is a serious life-threatening disease. The stricture associated with chronic pancreatitis is difficult to treat due to fibrosis, scarring of the bile duct wall in the distal region. Preference is given to minimally invasive methods of eliminating stricture to restore the bile outflow. The presented rare long-term clinical observation of the complex treatment of corrosive stricture of the common bile duct terminal section complicated by obstructive jaundice, purulent cholangitis, coagulopathy, hemobilia, demonstrates the complexity of managing such patients, the effectiveness of the use of minimally invasive technologies.

Key words: corrosive stricture of the common bile duct; obstructive jaundice; combined modality treatment.

For citation: Roytberg G.E., Kondratova N.V., Tarabarin S.A., Soldatov E.A. Long-term observation of complex treatment of cicatricial stricture of the terminal section of the common bile duct. *Klinicheskaya meditsina*. 2022;100(9–10):467–469. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2022-100-9-10-467-469>

For correspondence: Sergei A. Tarabarin — e-mail: tarabarinsa@medicina.ru

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 22.07.2022

Рубцовая стриктура общего желчного протока (ОЖП), осложненная механической желтухой, является серьезным заболеванием, угрожающим жизни [1]. Причины такой патологии могут быть различными [1, 2]. Наиболее распространенная «нехирургическая» причина стриктуры ОЖП — хронический панкреатит (ХП), что наблюдается у 13–21% пациентов [3, 4]. Эти стриктуры трудно поддаются лечению из-за фиброза, рубцевания и кальцинации стенки желчного протока в дистальном отделе [1].

Для восстановления оттока желчи предпочтение отдают малоинвазивным вмешательствам [1, 5, 6]. При этом случаи успешного лечения рубцовых стриктур ОЖП, осложненных механической желтухой, являются единичными [1, 7]. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент, 37 лет, 22.09.2011 г. переведен из многопрофильной федеральной больницы в стационар АО «Медицина» в экстренном порядке по поводу рубцовой стриктуры терминального отдела ОЖП, осложненной механической желтухой.

Считает себя больным с 13.09.2011 г., когда после погрешности в диете отметил опоясывающую боль в мезогастррии, однократное повышение температуры до 39 °С. Находился дома в течение 3 сут, принимал спазмолитические препараты, при этом боль сместилась в эпигастррии. Повышения температуры больше не отмечал. Присоединились желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый цвет кала.

Из анамнеза жизни известно, что в 1996 г. дважды выполнялась лапаротомия по поводу деструктивного панкреатита с панкреонекрозом, разлитого перитонита.

16.09.2011 г. пациент вызвал скорую помощь и был госпитализирован в хирургическое отделение многопрофильной федеральной больницы, где проходил лечение и комплексное обследование (анализы крови, мочи, ультразвуковое исследование и компьютерная томография брюшной полости). По данным клинического, инструментального и лабораторного обследований был поставлен диагноз: «стриктура холедоха, механическая желтуха»; предложена операция в объеме панкреатодуоденальной резекции. Пациент от предложенной операции отказался и переводом поступил в стационар АО «Медицина».

При поступлении 22.09.2011 г. общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушные. Температура 36,5 °С. ЧДД 18 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ЧСС 74 в минуту. АД 125/75 мм рт. ст. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания равномерно. По срединной линии живота грубый рубец, без дефекта. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Аускультативно перистальтика выслушивается, отчетливая. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, при пальпации ее край острый, эластической консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется, «пузырные» симптомы отрицательные.

Анализ крови: гемоглобин 150 г/л, лейкоциты $4,6 \times 10^9$ /л, общий билирубин 240 мкмоль/л (183 мкмоль/л связанный, 57 мкмоль/л свободный), АлАТ 2238 ЕД/л, АсАТ 2790 ЕД/л, протромбиновый тест 2,29 (МНО), тромбиновое время 20 с, АЧТВ 35 с. Диастаза мочи 288 ЕД/л.

23.09.2011 г. под внутривенной анестезией выполнена эндоскопическая ретроградная холангиография (устье большого дуоденального сосочка точечное, из него поступает прозрачная светлая желчь маленькими порциями, при введении контраста — холедох сужен до 1–2 мм на протяжении 3 см, общий печеночный проток расширен до 15 мм), проведены папиллосфинктеротомия, билиодуоденальное стентирование — установлен пластиковый стент длиной 6 см, диаметром 10 Fr (производитель Wilson-Cook Medical Inc., USA). По стенту отмечено обильное поступление светлой желчи. Проксимальный конец стента выше стриктуры на 2,0 см, дистальный выступает в просвет двенадцатиперстной кишки на 1,0 см. Операцию перенес удовлетворительно. Продолжена инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная терапия.

25.09.2011 г. пациент около 17.00 отметил внезапную боль в эпигастрии, тошноту, двукратную рвоту, повторная рвота с небольшим сгустком крови. Дополнительно усилена спазмолитическая, обезболивающая терапия, введен противорвотный препарат. Боль уменьшилась, но полностью не стихла, тошнота прошла. В анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 137 г/л, повышение уровня общего билирубина до 288 мкмоль/л, панкреатическая амилаза 167 ЕД/л. В ночь с 25 на 26.09.2011 боль рецидивировала в эпигастрии с иррадиацией в спину, усилилась тошнота, возобновилась рвота с примесью «кофейной гущи». В анализе крови отмечена отрицательная динамика: снижение уровня гемоглобина до 118 г/л, увеличение уровня общего билирубина до 299 мкмоль/л. В коагулограмме выявлена коагулопатия: антитромбин III 11%, тромбиновое время 19 с, протромбиновый тест 1,38 (МНО).

27.09.2011 г. выполнена компьютерная томография брюшной полости, обнаружены билиарная гипертензия, подпеченочный блок ОЖП (возможно, сформировавшаяся гематома в просвете ОЖП), явления холангита, выраженные рубцовые изменения в панкреатодуоденальной зоне и отек в этой области.

27.09.2011 г. под внутривенным наркозом выполнены эндоскопическая ретроградная холангиография, удаление билиарного стента, санация и ревизия желчных протоков, назобилиарное дренирование. При исследовании в желудке обнаружено до 50 мл содержимого типа «кофейной гущи», в просвете двенадцатиперстной кишки — сгустки алого цвета, исходящие из устья большого дуоденального сосочка. Билиарный стент полностью обтурирован сгустками, удален. Сгустки отмыты холодной водой. Папиллотомический разрез покрыт фибрином, подтекания крови из него нет. Произведена санация желчных протоков, при этом отмыты сгустки крови и небольшое количество сливкообразного гноя. Учитывая гемобилию и гнойный холангит, выполнено назобилиарное дренирование. Пациент операцию перенес удовлетворительно.

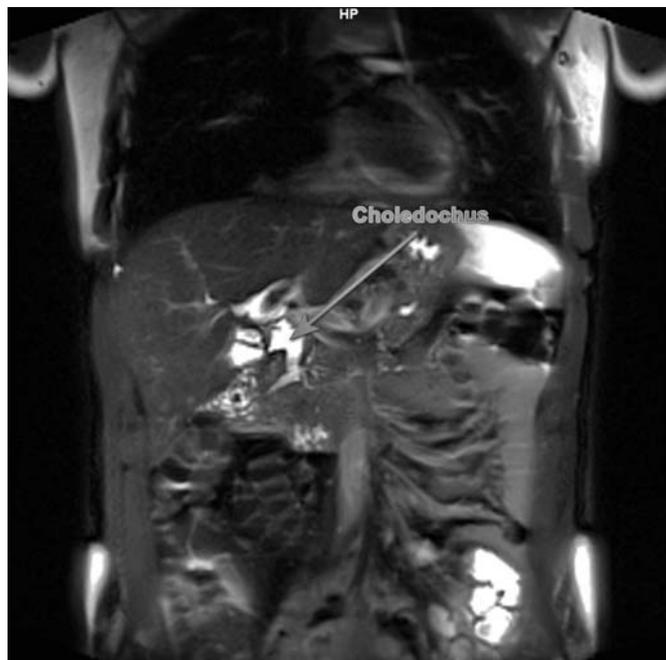
Для дальнейшего лечения пациент переведен в блок интенсивной терапии, где продолжена инфузионная, противовоспалительная, спазмолитическая, гепатотропная терапия. Состояние постепенно улучшалось. Однако уровень общего билирубина оставался высоким: 231 мкмоль/л от 29.09.2011 г., 248 мкмоль/л от 30.09.2011 г.

01.10.2011 и 05.10.2011 г. пациенту проведена аппаратная детоксикация (плазмоферез) с положительным эффектом. Уровень общего билирубина уменьшился до 69 мкмоль/л.

04.10.2011 г. под внутривенным наркозом удален назобилиарный дренаж, при фибродуоденоскопии установлен билиодуоденальный пластиковый стент.

07.10.2011 г. пациент переведен в палату стационара, где продолжена назначенная терапия.

Пациент провел в стационаре 18 дней и 10.10.2011 г. выписан на амбулаторное наблюдение с рекомендацией приема дюспаталина 0,2 г два раза в день длительно, три-



Магнитно-резонансная холангиография

хопола 0,25 г три раза в день и ципролета 0,5 г два раза в день в течение 5 дней.

Через 3 мес. в условиях стационара 24.12.2011 г. под внутривенной анестезией произведена смена стента. 25.12.2011 г. пациент выписан на амбулаторное наблюдение с рекомендацией приема дюспаталина 0,2 г два раза в день постоянно.

В связи с отсутствием жалоб, нормальными лабораторными показателями крови и отсутствием желчной гипертензии по данным компьютерной томографии брюшной полости 31.07.2012 г. стент удален.

Последние 10 лет чувствовал себя удовлетворительно, к врачам не обращался, обострений заболеваний не отмечал.

26.08.2022 г. пациент обратился для амбулаторного обследования. Жалоб не предъявляет. Результаты обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови в норме. Выполнена МР-холангиография: рубцово-фиброзные изменения в панкреатодуоденальной зоне с расширением и деформацией желчевыводящих и вирсунгова протоков, единичные кальцинаты в просвете вирсунгова протока на уровне головки поджелудочной железы.

Таким образом, представленное редкое клиническое наблюдение отдаленных результатов комплексного лечения рубцовой стриктуры терминального отдела общего желчного протока, осложненной механической желту-

хой, гнойным холангитом, коагулопатией, гемобилией, демонстрирует сложность ведения таких пациентов, эффективность использования малоинвазивных технологий, что позволяет сохранить хорошее качество жизни.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Хасанов А.Г., Бакиров С.Х., Шамсиев Р.Э. и др. Хирургическая тактика при обтурационной желтухе неопухолевого происхождения и стриктурах дистального отдела холедоха. *Современные проблемы науки и образования*. [Khasanov A.G., Bakirov S.Kh., Shamsiev R.E. Surgical tactics in obstructive jaundice of non-tumor origin and strictures of the distal choledochus. *Modern problems of science and education*. 2020;2. (In Russian)]. DOI: 10.17513/spno.29646
2. Nakai Y., Isayama H., Wang H-P. et al. International consensus statements for endoscopic management of distal biliary stricture. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2020;35(6):967–979.
3. Kapoor B.S., Mauri G., Lorenz J.M. Management of biliary strictures: state-of-the-art review. *Radiology*. 2018;289(3):590–603. DOI: 10.1148/radiol.2018172424
4. Kirkpatrick D.L., Hasham H., Collins Z. et al. The Utility of a Benign Biliary Stricture Protocol in Preventing Symptomatic Recurrence and Surgical Revision. *J. Vasc Interv Radiol.* 2018;29(5):688–694. DOI: 10.1016/j.jvir.2017.10.032
5. Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи. *Хирургия*. 2020;6:5–17. [Khatkov I.E., Avanesyan R.G., Akhaladze G.G. Russian consensus on topical issues of diagnosis and treatment of obstructive jaundice syndrome. *Khirurgiia*. 2020;6:5–17. (In Russian)]. DOI: 10.17116
6. Ma M.X., Jayasekera V., and Chong A.K. Benign biliary strictures: prevalence, impact, and management strategies. *Clin. Exp. Gastroenterol.* 2019;12:83–92. Doi 10.2147/CEG.S165016
7. Kaffes A.J. Management of benign biliary strictures: current status and perspective. *J. Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2015;22:657–663. DOI: 10.1002/jhbp

Поступила 22.07.2022

Информация об авторах/Information about the authors

Ройтберг Григорий Ефимович (Roytberg Grigory E.) — д-р мед. наук, профессор, академик РАН, президент АО «Медицина», заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, <https://orcid.org/0000-0003-0514-9114>

Кондратова Наталья Владимировна (Kondratova Natalia V.) — д-р мед. наук, профессор, кафедра терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, <https://orcid.org/0000-0003-2421-0558>

Тарабарин Сергей Андреевич (Tarabarin Sergey A.) — д-р мед. наук, профессор, кафедра терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, <https://orcid.org/0000-0002-8012-4200>

Солдатов Евгений Александрович (Soldatov Evgeny Alexandrovich) — заведующий отделением эндоскопии ГБУЗ «Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения Москвы», <https://orcid.org/0000-0001-6198-4216>