

УДК 616.366-089.87

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЯТРОГЕННОЙ ТРАВМЫ
ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА, ОСЛОЖНЕННЫЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ И ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ***

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Муллахметова А.А.

Студентка 406 группы лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Падерина А.С.

Студентка 411 группы лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация

Статья отражает клинический случай успешной диагностики, ведения и оперативного лечения пациентки с ятрогенной травмой холедоха после проведенной видеолапароскопической холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, содержит современные данные о частоте встречаемости данной ятрогенной патологии. Была изучена и проанализированная литература, связанная с данным осложнением и представлен клинический случай по ней. Нами доказано, что в основе лечения данного заболевания лежит оперативное вмешательство, сочетаемое с

консервативной терапией. Результаты проведенного авторами исследования могут быть полезны практикующим хирургам и использованы в обучении хирургов-ординаторов.

Ключевые слова: ятрогенная патология, ятрогенная травма желчного протока, механическая желтуха, холецистэктомия.

***A CLINICAL CASE OF A HYPATIC CHOLEDAIC IATROGEN INJURY
COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE AND HEPATIC
INSUFFICIENCY***

Styazhkina S.N.

MD, professor

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Mullahmetova A.A.

Student of 406 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Paderina A.S.

Student of 411 group of the medical faculty

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Annotation

The article reflects a clinical case of successful diagnosis, management and surgical treatment of a patient with iatrogenic choledochal trauma after video-laparoscopic cholecystectomy for gallstone disease. The article contains up-to-date data on the

frequency of occurrence of this iatrogenic pathology. The literature related to this complication was studied and analyzed, and a clinical case was presented. We have proved that the treatment of this disease is based on surgical intervention combined with conservative therapy.

Key words: iatrogenic pathology, iatrogenic trauma of the bile duct, obstructive jaundice, cholecystectomy.

По данным исследования 1993 года А.А.Шалимова, С.А.Шалимова, М.Е.Ничитайло, Б.А.Доманского термин «постхолецистэтомический синдром» включает в себя ряд патологических состояний, которые так или иначе связаны с удалением желчного пузыря. Анализ данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований позволил установить ведущие причины, среди которых на втором месте оказался ПХЭС, обусловленный изменениями, возникшими в результате оперативных вмешательств в том числе и ятрогенными повреждениями желчных протоков. Данный синдром был обнаружен у 19% больных [7].

Цель нашего исследования: провести теоретический анализ литературы с целью определения наилучшей тактики лечения данной патологии.

Материалы исследования: история болезни пациентки хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская больница МЗ УР» за 2020 год с диагнозом ятрогенная травма гепатикохоледоха.

На сегодняшний день одним из самых распространенных видов оперативного вмешательства является холецистэктомия. Несмотря на то, что наука и медицина стремительно развиваются, данный способ остается основным в лечении калькулезного или бескаменного холецистита. Существуют три широко распространенных способа удаления желчного пузыря: традиционная (лапаротомная) холецистэктомия, лапароскопическая и минилапароскопическая. В современной хирургии выделяют еще ряд методов: холецистэктомия из

единого лапароскопического доступа, робот ассистированная лапароскопическая холецистэктомия и эндоскопическая хирургия через естественные отверстия (трансгастральная, трансвагинальная) [4].

В виду увеличения количества оперативных вмешательств, связанных с удалением желчного пузыря, произошло заметное увеличение ятрогенной повреждений магистральных желчных протоков, которое сейчас составляет 1 случай на 300-500 лапароскопических холецистэктомий [5].

Основной маркер повреждения желчного протока во время оперативного вмешательства – наличие желчи в зоне операционного поля. В послеоперационном периоде основными признаками служат желчеистечение в количестве более 500мл/сут и синдром желтухи [3].

При ятрогенных повреждениях желчевыводящего протока возможно выполнение трех типов оперативных вмешательств:

1. дренирующие операции и желчеотведение наружу: дренирование холедоха по Керу, Вишневскому, дренирование проксимального конца пересеченного протока, чрескожно-чреспеченочное дренирование;

2. восстановительные операции и восстановление ОЖП: билиобилиарные анастомозы (ББА), пластика на дренаже, протезирование дефекта, бужирование;

3. реконструктивные операции и реконструкция протоков: предполагают создание нового желчно-кишечного анастомоза с целью отведения желчи в кишечник (гепатикоеюностомия (ГЭС), гепатикодуоденостомия (ГДС) и т.д.).

Наиболее эффективным видом вмешательства в настоящее время признан гепатикоеюноанастомоз с сегментом тонкой кишки, отключенным по Ру [2].

С целью детального исследования рассмотрим клинический случай.

Больная М., 1972 г.р.

Дата поступления в стационар: 04.03.2020

Диагноз при поступлении: Другие виды перитонита

Диагноз клинический: Другие виды перитонита

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

Диагноз заключительный клинический:

Основной: Ятрогенная травма гепатикохоледоха, механическая желтуха, холангит, печеночная недостаточность

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь II ст

Анамнез болезни: 5.02.2020 была прооперированная в плановом порядке по поводу желчнокаменной болезни - видеолапароскопическая холецистэктомия. На третий день после оперативного вмешательства пациентка заметила пожелтение кожных покровов и потемнение мочи. В послеоперационном периоде была проведена консервативная терапия желтухи с положительным эффектом. С улучшением выписана на амбулаторное долечивание. За время нахождения дома появился болевой синдром (периодические ноющие боль в верхних отделах живота), увеличение размера живота, выраженную слабость, постоянную тошноту, периодическую рвоту, отсутствие аппетита, сухость во рту. Обращалась за медицинской помощью в СМП, к хирургу – амбулаторно. Повторная госпитализация 22.02.2020 в хирургическое отделение ЦРБ для обследования. За время нахождения в стационаре проведено следующее лечение: инфузионная терапия, метрогил, цефотаксим, кеторол, дротаверин, омез, гептрал, ремаксол. В биохимическом анализе крови от 02.03.2020 наблюдалось повышение АЛТ до 65 ед/л, АСТ до 44 ед/л, билирубина общего до 240 мкмоль/л, билирубина прямого до 105 мкмоль/л. 27.02.2020 была выполнена лапаротомия, ревизия, дренирование брюшной полости. Выявлена биллома, желчеистечение из ложа желчного пузыря. Направлена на дальнейшее лечение в хирургическое отделение БУЗ УР "1РКБ МЗ УР".

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы желтушные, дыхание везикулярное, ослабленно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД=160/110 мм рт.ст. ЧСС=100уд/мин, ЧДД 18

в мин. Живот незначительно равномерно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области правого подреберья, в эпигастии, в области раны и дренажей. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Печеночная тупость сохранена. Симптом Мейо-Робсона отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательных с обеих сторон. Отеков нет.

Локальный статус: в области правого подреберья послеоперационная рана 17 см после лапароскопии трансректальным доступом справа. Швы состоятельны. Рана воспалена. В правой подвздошной области резиновый дренаж, в ране из-под дренажа – удалено 2 дренажа по правому Фланку. Отделяемое скудное серозно-геморрагическое.

Назначена операция на 05.03.2020: лапаротомия, гепатикоеюностомия с отключенной по Ру петель тощей кишки с транспеченочным дренажом; санация и дренирование брюшной полости под эндотрахеальным наркозом.

В день операции состояние тяжелое, стабильное, обусловленное печеночной недостаточностью, ранним послеоперационным периодом. В сознании, времени, месте ориентирована, критика сохранена, по RASS 0, предъявляет жалобы на общую слабость и пожелтение кожных покровов. Кожные покровы слабо иктеричные, склеры слегка желтушные. Дыхание самостоятельное, эффективное, ЧДД 16 в минуту, гемодинамика стабильная АД 155/95 мм рт.ст., ЧСС 92 в мин. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует, кишечные шумы выслушиваются. Моча по уретральному катетеру темно-желтая, темп диуреза достаточный. Повязки сухие, по дренажам незначительное количество геморрагического отделяемого. Продолжается эпидуральная аналгезия ропивокаином 12мг/час.

В 16.00 пациентка была доставлена в отделение реанимации в сопровождении анестезиолога с диагнозом: ПХЭС, блок правого протока, механическая желтуха, была выполнена реконструктивная операция. При поступлении в отделение состояние соответствует тяжести и объему операции,

специфике анестезии. Постнаркозная депрессия сознания, остаточная миоплегия. Кожные покровы иктеричные, теплые, сухие. Дыхание самостоятельное через ЭТТ, ЧДД 16 в мин. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует, кишечные шумы выслушиваются. Моча по уретральному катетеру светло-желтая, темп диуреза достаточный. Повязки сухие, по дренажам незначительное количество геморрагического отделяемого. План ведения заключался в мониторинге АД, ЧСС, SpO₂, диуреза, лабораторный контроль (ПАК, коагулограмма, биохимия), анальгезия по требованию, пробуждение, экстубация, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, профилактика ВТЭО, гастропротективная терапия, седация, продленная ИВЛ, эпидуральная анальгезия (0,2% наропин 6мл/час). Экстубирована в 16.30, после восстановления мышечного тонуса.

В 20.00 жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны и дренажей, общая слабость, тошноты и рвоты нет. Состояние тяжелое, стабильное, в сознании. Положение активное (в пределах кровати). Кожные покровы иктеричные, теплые, сухие. Дыхание самостоятельное, ритмичное, эффективное, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Гемодинамика стабильная. АД 135/100 мм.рт.ст., ЧСС 84уд/мин. Живот умеренно равномерно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается, единично. Отеков нет. Повязка на операционно ране сухая. По дренажам брюшной полости – 70 мл серозно-геморрагического отделяемого (без сгустков). По дренажу – 50 мл желчи. Диурез 400мл, моча желто-коричневая, мутная.

06.03.2020 в 7.00 жалобы на тошноту, общую слабость, боль в области послеоперационной раны и дренажей, стула не было, газы не отходили. Объективно: состояние тяжелое, стабильное. В сознании, вербальному контакту

доступна, команды выполняет, в месте и времени ориентирована, критика сохранена. Кожные покровы иктеричные, теплые, сухие. Дыхание самостоятельное, ритмичное, эффективное, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Гемодинамика стабильная. АД 160/100 мм.рт.ст., ЧСС 94 уд/мин. Живот умеренно равномерно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика кишечника выслушивается, единично. Отеков нет. Повязка на операционно ране сухая. По дренажам брюшной полости – 100 мл серозно-геморрагического отделяемого. По транспеченочному дренажу – 70 мл желчи. Диурез 600мл, моча желто-коричневая, мутная.

06.03.2020 в 14.00 Перевязка раны, рана чистая. По дренажам брюшной полости небольшое количество серозно-геморрагического отделяемого. По транспеченочному дренажу – 150 мл желчи.

В 19.00 состояние средней степени тяжести, T=37,5 С. Кожные покровы слабо иктеричны. По дренажам брюшной полости небольшое количество серозно-геморрагического отделяемого. По транспеченочному дренажу – 250 мл желчи.

07.03.2020 в 9.00 состояние средней степени тяжести, сознание ясное, контактна, адекватная, вялая, T=37,3 С. Кожные покровы слабо иктеричны. Дыхание спонтанное, ЧДД 18 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное в задне-базальных отделах, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 94 уд/мин. Язык влажный с серым налетом. Живот поддут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны и дренажей. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается, активная. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Повязка на ране чистая, сухая. По НГЗ 100мл застойного желудочного

отделяемого. Моча по уретральному катетеру темно-желтая. Диурез достаточный. По дренажам брюшной полости – до 100 мл серозно-геморрагического отделяемого без патологических примесей, по транспеченочному дренажу – 250 мл желчи. Продолжается эпидуральная аналгезия ропивокаином 12мг/час. В течение дня состояние стабильно, без изменений.

08.03.2020 в 10.00 жалобы активно не предъявляет. Объективно: состояние средней степени тяжести, стабильное. В сознании, в месте и времени ориентирована, критика сохранена, по RASS 0. Кожные покровы слабо иктеричные, теплые, сухие. Склеры слегка желтушные. Отеков нет. T=36,2 С. Дыхание самостоятельное, эффективное, ЧДД 16 в мин. при аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, ослаблено в нижних отделах больше справа. Гемодинамика стабильная, для дальнейшего лечения переводится в хирургическое отделение.

На амбулаторном лечении показано смена транспеченочных дренажей 1-2 раза в месяц, санация желчевыводящих путей под наблюдением хирурга амбулаторно.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови

От 04.03.2020 WBC 10,8, RBC 3,7, HGB 98г/л

От 06.03.2020 WBC 18,3, RBC 3,7, HGB 91 г/л

От 13.03.2020 WBC 8,07, RBC 2,39, HGB 74г/л

Биохимический анализ крови

От 04.03.2020 АСТ 63,1 ед/л, АЛТ 37,7 ед/л, Билирубин общий 221,6 мкмоль/л, прямой – 143,9 мкмоль/л, непрямой 77,7 мкмоль/л.

От 06.03.2020 АСТ 105,4 ед/л, АЛТ 44,9 ед/л, Билирубин общий 115,5 мкмоль/л, прямой – 68,5 мкмоль/л, непрямой 47,1 мкмоль/л.

От 13.03.2020 АСТ 22,0 ед/л, АЛТ 19,0 ед/л, Билирубин общий 58,7 мкмоль/л.

От 16.03.2020 АСТ 13,0 ед/л, АЛТ 14,0 ед/л, Билирубин общий 33,0 мкмоль/л, прямой – 9,2 мкмоль/л.

Инструментальные данные:

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: МР-признаки дилатации левого печеночного протока с блоком на уровне правого печеночного и общепеченочного протоков. Билома. Асцит, отек в зоне исследования. Двусторонний реактивный плеврит. Отек мягких тканей

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 04.03.2020:

Печень не увеличена, эхогенность паренхимы диффузно неоднородная, неравномерно повышена, зернистая. Общий желчный проток 8 мм, расширен, стенки инфильтрированы. Состояние после холецистэктомии, свободная жидкость в подпеченочном и поддиафрагмальном пространстве, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

От 13.03.2020 Печень увеличена, ВЖП не расширены, установлен транспеченочный дренаж, «следы» свободной жидкости в подпеченочном пространстве.

Рентгеноконтроль прохождения контраста по желудку, тонкой и ободочной кишке от 12.03.2020-13.03.2020 Замедленная эвакуация контраста из желудка. Пассаж бария по петлям кишечника не изменен.

Исходя из данных как лабораторной, так и инструментальной диагностики, мы наблюдаем эффективность лечения, основой которого являлось оперативное вмешательство, сочетаемое с консервативной терапией.

Консервативная терапия заключалась в применении следующих лекарственных препаратов: гептор 5,0 + физ.раствор 250мл в/в кап, реамберин 500мл в/в, викасол 4,0+ физ.раствор 250мл в/в кап, фамотидин 40 мг в/в струйно, транексам 1 г + физ.раствор 500мл в/в кап, фенозепам 1 таб н/н, метоклопрамид

2 мл + физ.раствор 500мл в/в кап, гордокс (апротинин) 100 тыс. ед+ физ.раствор 250мл в/в кап, диета – голод.

Помимо консервативной терапии в виде лекарственных препаратов, пациентке по показаниям 06.03.2020г. была перелита свежезамороженная плазма и 08.03.2020 – эритроцитарная масса соответствующей группы крови.

Заключение:

Нами доказано, что в основе лечения данного заболевания лежит оперативное вмешательство (реконструктивные операция и реконструкция протоков), сочетаемое с консервативной терапией, направленной на купирование синдрома желтуха, системной воспалительной реакции, анемический синдром, возможный геморрагический синдром. Данные лабораторных и инструментальных исследований доказывают улучшение состояние данной пациентки после проведенного курса лечебных мероприятий.

Библиографический список:

1. Алиев А.К. Диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков: дис. ... канд. мед. наук. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, 2016. (6)
2. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Курбангалеев А.И. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков // Практическая медицина. — 2010. — № 8. — С. 20-29.
3. Кубачев К.Г., Фокин А.М. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2017 Т.22. — № 3. — С. 24-27.
4. М.В.Сухарева, А.О.Самаркина, А.А.Семагин. Разновидности холецистэктомии // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. — 2016 Т. 3. — №4 (15). — С. 82-88.

5. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Алиев А.К. [и др.]. Хирургическое лечение ятрогенного повреждения желчных протоков // Вестник хирургии. — 2016. — № 3. — С. 83-85
6. Ситников В.А. Ятрогенные повреждения гепатикохоледоха /В.А.Ситников, С.Н. Стяжкина, А.Н. Белоусов, Г.П. Белослудцева, Т.В.Парусова// Здоровье и образование в XXI веке – 2017. – С. 165 – 166. (5)
7. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. — Киев: Здоровье, 1993. — 512 с.

Оригинальность 87%