

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА,
ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХОЛАНГИОГЕННЫХ
АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.77.23.029

Соловьев И.А.¹, Сувор Д.А.¹,
Дымников Д.А.¹, Лычев А.Б.¹,
Кабанова В.И.², Васильченко М.В.¹,
Нуйкин Е.В.¹, Сизоненко Н.А.*¹¹ ФГБВОУ ВО Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург² ГБУЗ «Центр по профилактике
и борьбе со СПИД и инфекционными
заболеваниями», Санкт-Петербург

Резюме. Несмотря на успехи современной хирургии, холангиогенные абсцессы остаются одним из самых сложных осложнений в хирургической гепатологии. Традиционно используемые способы оперативных вмешательств являются достаточно травматичными и, зачастую, недостаточно адекватными, особенно при множественных абсцессах, а также при развитии сепсиса [1–3]. Сочетание с минимальноинвазивными методиками (в виде вмешательств под контролем лучевой навигации (УЗИ, рентген), эндоскопии и лапароскопии) позволяет значительно улучшить результаты лечения этой категории больных [4–5]. Наиболее частой причиной развития холангиогенных абсцессов являются рубцовые стриктуры желчных протоков и длительный холедохолитиаз [2–3].

Некоторые авторы отдельно рассматривают иммуносупрессию на фоне злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны, ВИЧ-инфекции и других заболеваний как причину образования абсцессов печени [1–3].

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, холангиогенные абсцессы печени, ВИЧ-инфекция.

Пациент Р., 38 лет, 21.03.2019 г. госпитализирован в клинику военно-морской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в экстренном порядке с диагнозом направления: «ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит, обострение. Механическая желтуха». При поступлении предъявлял жалобы на периодические боли в верхних отделах живота, больше справа, общую слабость, периодическую лихорадку до 38 °С.

Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят пациента около недели. За медицинской помощью за это время не обращался. 21.03.2019 г. отметил некоторое усиление боли и подъём температуры тела до 39 °С. По данным предоставленных выписных эпикризов, результатов лабораторно-инструментальных исследований и других меди-

SUCCESSFUL TREATMENT OF LONG-TERM CHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED
BY THE FORMATION OF MULTIPLE CHOLANGIOGENIC LIVER ABSCESSES ON THE
BACKGROUND OF HIV INFECTIONSolovov I.A.¹, Surov D.A.¹, Dymnikov D.A.¹, Lychev A.B.¹, Kabanova V.I.², Vasilchenko M.V.¹, Nujkin E.V.¹,
Sizonenko N.A.*¹¹ S.M. Kirov Military Medical Academy² Saint Petersburg Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases

Abstract. Despite the successes of modern surgery, cholangiogenic abscesses remain one of the most difficult complications in surgical hepatology. The traditionally used methods of surgical interventions are quite traumatic and often insufficiently adequate, especially with multiple abscesses, as well as with the development of sepsis [1–3]. The combination with minimally invasive techniques (in the form of interventions under the control of radiation navigation (ultrasound, X-ray), endoscopy and laparoscopy) can significantly improve the treatment results of this category of patients [4–5]. The most common cause of cholangiogenic abscesses is cicatricial stricture of the bile ducts and prolonged choledocholithiasis [2–3].

Some authors separately consider immunosuppression against the background of malignant neoplasms of the hepatopancreatoduodenal zone, HIV infection and other diseases as the cause of the formation of liver abscesses [1–3].

Keywords: cholelithiasis, choledocholithiasis, cholangiogenic abscesses of the liver, HIV infection.

цинских документов установлено, что пациент с 2017 г. страдает вирусным гепатитом «С» и ЖКБ. В 2018 г. в условиях различных стационаров города пациенту дважды выполнялись ЭРХПГ, ЭПСТ с холедохолитэкстракцией по поводу холедохолитиаза. Пациенту при выписке было рекомендовано плановое оперативное лечение, однако, данную рекомендацию пациент не выполнил.

В клинике проведено комплексное клиничко-лучевое обследование. При осмотре больной астеничен, пониженного питания (ИМТ — 17,8), кожа и слизистые оболочки бледные, иктеричности не было. В анализах крови уровень лейкоцитов составил $16 \times 10^9/\text{л}$, уровень общего билирубина составлял 14,5 мкмоль/л. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены множественные образования

в правой доли печени и множественные конкременты (от 3 до 20 мм) в просвете желчного пузыря и общего желчного протока. При ФГДС выявлен кандидоз пищевода, эрозивный гастродуоденит, при осмотре большого дуоденального сосочка выявлено, что желчь в 12-перстную кишку поступает. При МРТ (с МРХПГ) брюшной полости подтверждено наличие множественных конкрементов в просвете желчного пузыря, а также внутри- и внепечёночных желчных протоках (Рис. 1 А), наличие двух многокамерных образований в правой доли печени (наиболее вероятно, абсцессы — размер от 20 до 50 мм) (Рис. 1 Б).

Учитывая наличие у больного абсцессов печени, 22.03.2019 г. было выполнено чрескожно-чреспечёночное дренирование абсцессов в S7 и S8 печени (сум-

* e-mail: n_sizonenko@mail.ru

Соловьев И.А., Суров Д.А., Дымников Д.А. и др.
УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ
МНОЖЕСТВЕННЫХ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

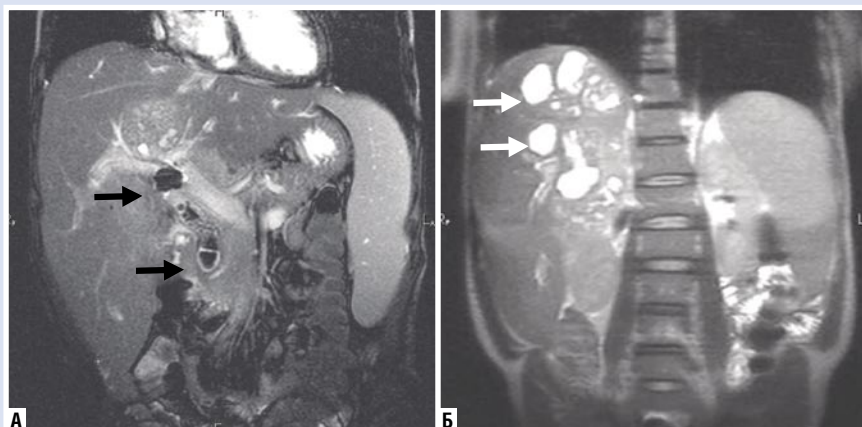


Рис. 1. А — МР-томограмма (черными стрелками указаны конкременты во внепеченочных желчных протоках); Б — МР-томограмма (белыми стрелками указаны контрастированные абсцессы печени).

марно эвакуировано около 200 мл гнойного содержимого). Послеоперационный период протекал без осложнений, по активным дренажам из полостей абсцессов отходило от 70 до 100 мл сливкообразного гноя за сутки (посев — *Klebsiella pneumoniae*). Дренажи ежедневно промывались, пациент получал антибактериальную терапию по результатам посевов (Цефтриаксон — 2 г/сут. внутримышечно с 21.03.2019 г. по 29.03.2019 г., Офлоксацин — 400 мг/сут. внутривенно с 21.03.2019 г. по 29.03.2019 г., Цефепим — 2 г/сут. внутривенно с 29.03.2019 г. по 02.04.2019 г., Гентамицин — 160 мг/сут. внутримышечно с 29.03.2019 г. по 06.04.2019 г.).

Также в клинике у пациента был взят анализ крови на антитела к ВИЧ, который дал положительный результат. Со слов пациента, ранее антитела к ВИЧ у него не выявлялись, однако, по данным, полученным из эпидемиологического бюро, выяснено, что пациент стоит на учёте по ВИЧ-инфекции с 2017 г., но данной информацией не обладал и терапию не получал. Пациент был консультирован инфекционистом: «ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза прогрессирования без АРВТ», противопоказаний к оперативному лечению по неотложным показаниям нет, выполнение плановых оперативных вмешательств более целесообразно после дообследования в центре СПИД и решения вопроса о назначении АРВТ для минимизации риска инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

С целью оценки динамики проводимого лечения, 01.04.2019 г. выполнено МСКТ брюшной полости, при которой выявлено сформированное недренированное жидкостное скопление в S6 печени — наиболее вероятно абсцесс (Рис. 2).

02.04.2019 г. пациенту было выполнено чрескожно-чреспечёночное дренирование абсцесса печени в S6 (Рис. 3 А, Б).

Течение послеоперационного периода осложнилось развитием холангиогенного сепсиса, по поводу чего пациент был включен в протокол лечения нетяжёлого сепсиса для хирургического отделения (с 02.04.2019 г. по 10.04.2019 г.). Проводилась смена антибактериальной терапии на Меронем — 3 г/сут. внутривенно с 02.04.2019 г. по 06.04.2019 г., затем на Тобрамицин — 280 мг/сут. внутривенно с 06.04.2019 г. по 15.04.2019 г. и Тигацил — 100 мг/сут. внутривенно с 10.04.2019 г. по 29.04.2019 г. (по результатам посева). Продолжалась инфузионная, гастропротекторная, гепатопротекторная, гемостатическая, детоксикационная, симптоматическая терапия, ежедневное промывание дренажей раствором водного хлоргексидина. На этом фоне состояние пациента стабилизировалось, признаки системной воспалительной реакции регрессировали, количество отделяемого по дренажам из абсцессов печени уменьшилось, нормализовались лабораторные показатели воспаления (уровень прокальцитонина снизился с 97,25 до 0,971 нг/мл).

Однако у пациента сохранялся гнойный характер отделяемого по дренажам (суммарно до 80 мл в сутки), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы до 35%). Учитывая наличие конкрементов в желчевыводящих путях, невозможность эндоскопической литоэкстракции (массивный холедохолитиаз, максимальные размеры конкрементов до 22 мм), с целью ликвидации источника холангиогенных абсцессов, 16.04.2019 г. было выполнено оператив-



Рис. 2. КТ-томограмма (стрелками указан абсцесс печени).

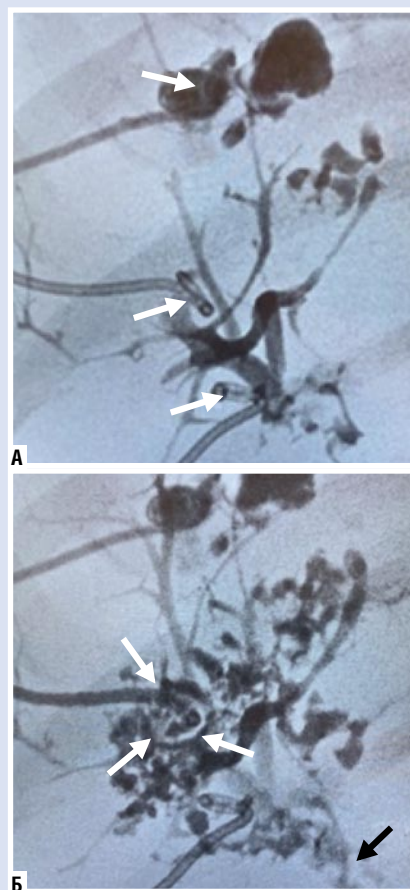


Рис. 3. А — холангиограмма (стрелками указаны дренажи в полостях абсцессов); Б — холангиограмма (белыми стрелками указана полость дренированного абсцесса в S6 печени, черной стрелкой указаны конкременты в общем печеночном протоке).

ное вмешательство в объеме «Лапароскопическая холецистэктомия. Холангиография. Холедохолитозэкстракция. Дренаж холедоха по Керу» (Рис. 4).

При холедохотомии было получено гнойное отделяемое из просвета холедоха, эвакуированы множественные (более 20) конкременты размерами от 3 до 22 мм. При выполнении интраоперационной холангиографии, теней, подозрительных на конкременты, убедительно не выявлено. В раннем послеоперационном периоде у пациента отмечено окрашивание желчью отделяемого по контрольному дренажу из подпечёночного пространства. На контрольной фистулографии выявлены множественные резидуальные конкременты в просвете холедоха от 5 до 7 мм в диаметре (вероятно мигрировавшие в общий желчный проток из внутрипечёночных сегментарных протоков), контрастное вещество в 12-перстную кишку не поступало, внутри- и внепечёночные желчные протоки были расширены, определялось умеренное поступление контрастного вещества за пределы холедоха с контрастированием контрольного дренажа (Рис. 5).

В связи с наличием «массивного» холедохолитиаза, невозможностью эндоскопической литоэкстракции и удаления конкрементов через дренаж по Керу — ввиду анатомических особенностей и размеров конкрементов, билиарной гипертензии сформированы показания к оперативному лечению и 23.04.2019 г. пациенту было выполнено оперативное вмешательство: «Верхне-срединная лапаротомия, холедохотомия. Холедохолитозэкстракция. Дренаж холедоха по Керу. Дренаж брюшной полости».

Интраоперационно были эвакуированы множественные (более 10) конкременты из просвета внутри- и внепечёчных желчных протоков до 7 мм в диаметре.

В послеоперационном периоде пациент продолжал получать комплексную консервативную терапию (инфузионная, гастропротекторная, гепатопротекторная, антисекреторная, антикоагулянтная, гипотензивная, антиаритмическая, симптоматическая, трансфузионная). По результатам посевов выполнена смена антибактериальной терапии на Линезолид — 1200 мг/сут. с 30.04.2019 г. по 12.05.2019 г.

С 29.04.2019 г. у пациента отмечено поступление желчи по контрольному подпечёночному дренажу. На КТ брюшной полости с фистулографией выявлена

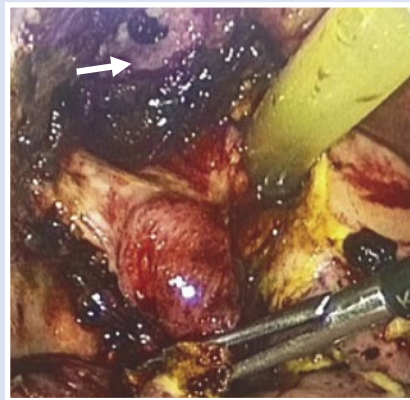


Рис. 4. Интраоперационная картина при лапароскопии (стрелкой указано ложе желчного пузыря. Дренаж по Керу установлен в холедох).



Рис. 5. Контрольная холангиограмма (белыми стрелками указаны множественные конкременты в гепатихохоледохе, черной стрелкой указан дренаж в подпечёночном пространстве).

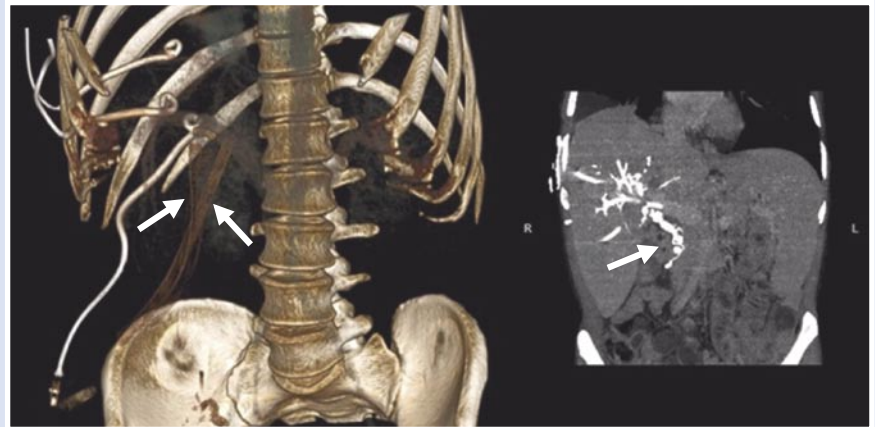


Рис. 6. МСК-томограмма (стрелками указана зона несостоятельности с выходом контрастного вещества парадренажно).

несостоятельность шва холедоха, контрастное вещество за пределами общего желчного протока сразу улавливается контрольным подпечёночным дренажом, без распространения в свободную брюшную полость (Рис. 6).

В период с 30.04.2019 г. по 08.05.2019 г. у пациента отмечалось поступление желчи по контрольному дренажу от 300 мл до 800 мл за сутки, по дренажу из холедоха по Керу от 700 мл до 1200 мл желчи за сутки. Пациенту была продолжена консервативная терапия по прежним направлениям, выполнялись контрольные фистулографии (количество контраста выходящего за пределы общего желчного протока постепенно уменьшалось, весь контраст сразу улавливался контрольным подпечёночным дренажом) по результатам которых выполнялось постепенное подтягивание контрольного

дренажа с последующим его удалением 08.05.2019 г.

В связи с купированием деструктивного процесса в печени, дренажи из печени последовательно удалены. По данным контрольной МСКТ (от 14.05.2019 г.) отмечена положительная динамика — в области ранее визуализируемых абсцессов печени прослеживаются гиподенсные зоны без гиперперфузии по периферии, визуализируется дренаж по Керу (Рис. 7).

Послеоперационные швы сняты на 15 сутки, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Дренаж из холедоха по Керу функционировал, был полностью перекрыт с 14.05.2019 г.

Пациент выписан из клиники 17.05.2019 г. в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение хирурга, терапевта, инфекциониста поликлиники по месту жительства. После

Соловьев И.А., Суров Д.А., Дымников Д.А. и др.
УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ФОРМИРОВАНИЕМ
МНОЖЕСТВЕННЫХ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

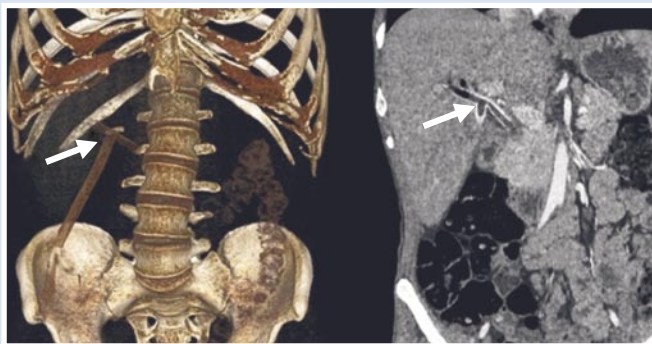


Рис. 7. МСК-томограмма (стрелками указан дренаж по Керу, очаги деструкции в печени не определялись).

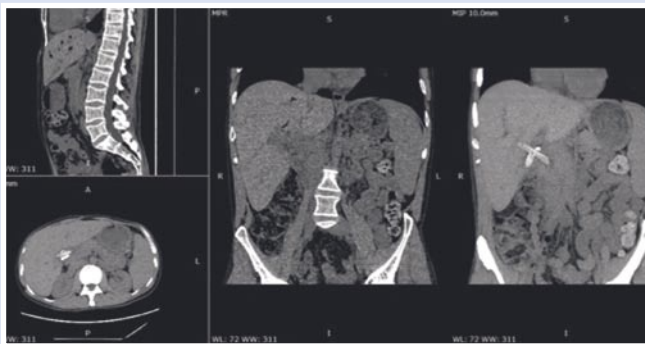


Рис. 8. МСК-томограммы (данных за очаги деструкции в печени нет).

выписки из клиники ВМХ пациент находился на стационарном лечении в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями. В связи с выраженной иммуносупрессией и высокой вирусной нагрузкой (уровень СД 4 лимфоцитов составил 23% — 122 кл, вирусная нагрузка по ВИЧ до терапии 2172380 копий/мл) больному была назначена химиопрофилактика туберкулеза — препаратами изониазид 300 мг/сут. с витамином В6, профилактика пневмоцистной пневмонии бисептолом 960 мг/сут. 3 раза в неделю. 23.05.2019 г. комиссионно была назначена ВААРТ (высоко активная антиретровирусная терапия) препаратами тенофовир 300 мг/сут., ламивудин 300 мг/сут., эфавиренц 600 мг/сут. Данные препараты пациент переносил хорошо. Нежелательных явлений на назначенные препараты у пациента не отмечалось. Больной в удовлетворительном состоянии с уровнем СД4 лимфоцитов 23% — 147 кл и вирусной нагрузкой 1945 копий/мл был выписан для дальнейшего динамического наблюдения.

На контрольном осмотре через 1,5 месяца пациент чувствовал себя удовлетворительно, жалоб не предъявлял, потери массы тела не было, контрольные анализы крови в пределах нормы, при контрольной фистулографии контраст свободно проходит в 12-перстную кишку, дефектов наполнения внутри- и внепечёночных желчных протоков не определяется.

После дообследования (МРХПГ, МСКТ) через 3 месяца от момента выполнения оперативного вмешательства билиарной гипертензии нет, данных за наличие конкрементов в желчных протоках, абсцессов в печени нет (Рис. 8).

По результатам осмотра и лучевого обследования дренаж из холедоха удален через 3 месяца от установки (Рис. 9).

Таким образом, хирургическое лечение холангиогенных абсцессов печени воз-

можно с использованием минимальноинвазивных методик. Дренирование под УЗ-навигацией является основным методом лечения данной категории больных. Лапароскопическая холедохолитэкстракция в большинстве случаев позволяет эффективно устранить холедохолитиаз. Однако, когда речь идет о наличии множественных конкрементов во внутрипеченочных желчных протоках (долевых и сегментарных), не всегда представляется возможным выполнить их удаление лапароскопически.

Чаще всего, следующим этапом выполняется ЭРХПГ с литоэкстракцией, однако, в нашем наблюдении имело место подтекание желчи в зоне стояния дренажа Кера, что могло привести к осложнениям при выполнении эндоскопической литоэкстракции. Поэтому выполнение традиционного оперативного вмешательства, которое в результате привело к выздоровлению пациента, всегда должно быть в арсенале хирурга.

Немаловажным является и то, что процесс хирургического лечения протекал на фоне течения ВИЧ-инфекции, за счет которой, по всей видимости, клиническая картина развития холангиогенных абсцессов была смазана и носила вялотекущий характер, что привело к развитию обширных зон деструкции в печени.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ахаладзе Г.Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2012. — №17(1). — С.53–58. [Ahaladze GG. Key Issues of the Liver Abscesses Surgical Management. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2012; 17(1): 53–58. (In Russ).]
2. Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Аполлонов А.А., Алентьев С.А., Смородский А.В., Слободяник А.В., Солдатов С.А., Кудрявцева А.В.,



Рис. 9. Контрольная холангиограмма перед удалением дренажа (белой стрелкой указан дренаж по Керу, черной стрелкой указан холедох).

Дмитроченко И.В., Самуйленко А.В. Минимально инвазивные хирургические технологии в лечении холангиогенных абсцессов печени // *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. — 2017. — №2(69). — С. 22–27. [Dzidzava II, Kotiv BN, Apollonov AA, Alent'ev SA, Smorodskii AV, Slobodyanik AV, Soldatov SA, Kudryavtseva AV, Dmitrochenko IV, Samuilenko AV. Minimallyinvasive surgical techniques in the treatment of cholangiogenic liver abscesses. *Zdorov'e. Meditsinskaya ekologiya. Nauka*. 2017; 2(69): 22–27. (In Russ).] doi: 10.5281/zenodo.835786.

3. Овчинников В.А., Малов А.А., Акуленко С.В., Захаров А.Г., Парахоняк Н.В., Галанин И.А. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени // *Медицинский альманах. Хирургия*. — 2013. — №5(28). — С. 99–102. [Ovchinnikov VA, Malov AA, Akulenko SV, Zakharov AG, Parakhonyak NV, Galanin IA. The modern technique in the treatment of bacterial abscesses of liver. *Meditsinskii al'manakh. Khirurgiya*. 2013; 5(28): 99–102. (In Russ).]
4. Lübbert C, Wiegand J, Karlas T. Therapy of Liver Abscesses. *Viszeralmedizin*. 2014; 30(5): 334–341. doi: 10.1159/000366579.
5. Liu Y, Wang JY, Jiang W. An Increasing Prominent Disease of Klebsiella pneumoniae Liver Abscess: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Gastroenterol Res Pract*. 2013; 2013:258514. doi: 10.1155/2013/258514.