

Аномалия развития билиарной системы (клинический случай)

О.В. Аронова¹, Н.Ю. Гурова¹, Е.Г. Бурдина¹, С.Г. Бурков¹, Л.Н. Анохина¹, О.Н. Минушкин²

¹ФГБУ «Поликлиника №3» УД Президента РФ, Москва,

²ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва

Anomaly of the biliary system (clinical case)

O.V. Aronova¹, N.U. Gurova¹, E.G. Burdina¹, S.G. Burkov¹, L.N. Anohina¹, O.N. Minushkin²

¹FGBU «Poliklinic №3», Moscow, Russia,

²Central State Medical Academy of department of President Affairs, Moscow, Russia

Аннотация

В статье представлено клиническое наблюдение больного с аномальным впадением общего желчного протока в антральный отдел желудка, приведены результаты инструментальных методов исследований и проводимая фармакотерапия.

Ключевые слова: билиарный тракт, аномалия билиарной системы, билиарный сладж, дисфункция желчного пузыря.

Abstract

The article presents a clinical case of a patient with abnormal loss of the common bile duct in the antral part of the stomach, the results of instrumental methods of research and pharmacotherapy.

Key words: biliary tract, anomaly of biliary system, sludge, gallbladder dysfunction.

Ссылка для цитирования: Аронова О.В., Гурова Н.Ю., Бурдина Е.Г., Бурков С.Г., Анохина Л.Н., Минушкин О.Н. Аномалия развития билиарной системы (клинический случай). Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019; 2: 77-79.

Заболевания билиарной системы являются одной из ведущих проблем в гастроэнтерологии. Данные литературы свидетельствуют о широкой распространенности и неуклонном росте во всем мире таких заболеваний, как желчнокаменная болезнь, хронический холецистит и дисфункция желчного пузыря. Анализ магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) и морфологических исследований свидетельствует о том, что у больных хроническим бескаменным и калькулезным холециститом наибольшие функциональные и органические изменения фиксируются в области сфинктеров, в том числе в области шеечно-протоковой зоны, что является главной причиной нарушения оттока желчи и хронического воспаления.

По данным разных авторов, отклонения от стандартной билиарной анатомии наблюдаются с частотой от 3 до 50%. Наиболее часто выявляется частичное удвоение общего желчного протока, отдельное впадение общего желчного и панкреатического протоков в двенадцатиперстную кишку. Иногда один проток может открываться в пилорический канал, а другой - в антральный отдел желудка. Возможны варианты нормально-

строения общего желчного протока с аномальным местом впадения [1- 5].

В данной статье представлены результаты собственного опыта диагностики аномалии развития билиарного дерева у пациента.

Больной М., 32 лет, обратился с жалобами на тупые, ноющие боли в правом подреберье после еды, изжогу, отрыжку воздухом, периодически «сосущие» боли в эпигастрии натощак, тошноту и горечь во рту.

Из анамнеза известно, что дискомфорт в правом подреберье после еды беспокоит много лет. Ухудшение самочувствия в виде диспепсических явлений, болей в эпигастриальной области отмечал в течение последних 2-3 мес, которые провоцировались психоэмоциональным напряжением. Обращался за медицинской помощью. Со слов пациента, по данным ранее проведенной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) диагностированы грубая деформация пилорoduodenальной зоны и стеноз привратника.

Из данных объективного осмотра отмечалась обложенность языка желтовато-белым налетом, болезненность при пальпации в правом подреберье и околопупочной области.

Пациенту было рекомендовано дообследование.

Так, по данным УЗИ органов брюшной полости было установлено наличие умеренных диффузных изменений печени и поджелудочной железы, деформации и неравномерного утолщения стенок желчного пузыря, в полости - замазкообразная взвесь и хлопья (билиарный сладж). Заключение: холестероз желчного пузыря и билиарный сладж

По данным ЭГДС в желудке большое количество желчи, в препилорическом отделе деформация с образованием плоского кармана по передней стенке, над ним визуализировался глубокий узкий проход до 0,4 см, привратник располагался правее, достаточно широкий (до 1,5 см), имелось пролабирование слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки (рис. 1).

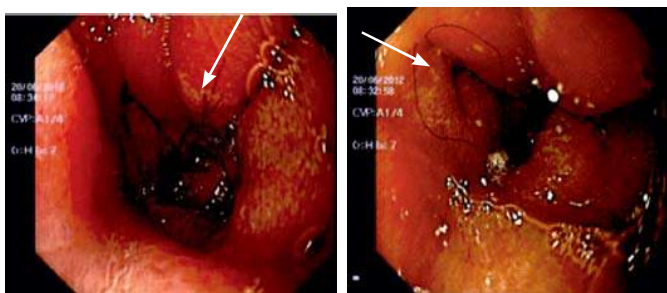


Рис. 1. Эндоскопическая картина впадения общего желчного протока в антральный отдел желудка (стрелки).

Для уточнения характера изменений выполнено рентгенологическое исследование желудка (рис. 2). При тугом заполнении определяется контрастирование бариевой взвесью общего желчного протока (ОЖП), печеночных протоков (вплоть до мельчайших) и пузырного протока (с частичным контрастированием желчного пузыря). Просвет общего желчного протока расширен (до 7-8 мм).

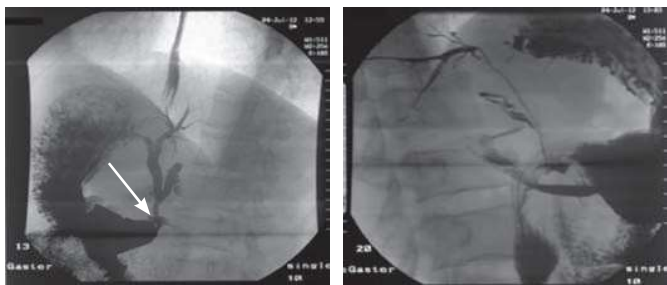
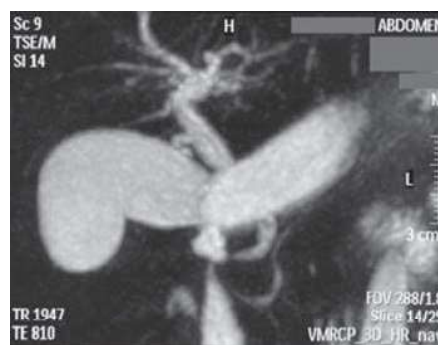


Рис. 2. Рентгенологическое исследование желудка. Бариевая взвесь в общем желчном протоке (стрелки).

По данным МР-холангиопанкреатографии четко визуализируются общий печеночный проток до 6,5 мм и общий желчный проток до 7-8 мм, оба протока не деформированы, конкремен-



а



б

Рис. 3. МР-холангиопанкреатография. Расширение общего печеночного протока и общего желчного протока.

ты не определяются. Область бифуркации ОЖП без особенностей. Пузырный проток прослеживается на всем протяжении, извитой до 9-9,5 мм с множественными тонкими перетяжками, с низким впадением в общий желчный проток (почти на уровне головки поджелудочной железы) (рис. 3, а, б). Поджелудочная железа без видимой патологии. Заключение: расширение общего печеночного протока и общего желчного протока.

Лабораторная диагностика (общеклинический и биохимический анализы крови) существенных отклонений от норм не зафиксировала.

Таким образом, на основании проведенного обследования выявлена аномалия впадения общего желчного протока (место впадения - антральный отдел желудка). В норме проток открывается на задней стенке нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, на 2-10 см ниже привратника.

Рекомендованная пациенту терапия: ингибитор протонной помпы - рабепразол 20 мг в сутки, регулятор моторики - тримебутин 600 мг в сутки, антацид - маалокс по 3-4 пакета в сутки и урсодезоксихолевая кислота 750 мг в сутки.

При контрольном осмотре через 2 нед больной отметил купирование диспепсических жалоб, значительное уменьшение интенсивности боли в правом подреберье после еды. Спустя 1,5 мес от начала лечения полностью купировался и болевой синдром.

Периодически пациент отмечал дискомфорт в верхней половине живота после еды, проходящий при изменении положения тела или в результате дополнительного приема пищи.

Спустя 4 мес после лечения по данным контрольного УЗИ органов брюшной полости сохранялись билиарный сладж, расширение ОЖП, нарушение моторики желчного пузыря (после желчегонного завтрака пузырь сократился на 26%) и признаки нарушения опорожнения желудка. Патологии поджелудочной железы не выявлено.

Таким образом, у пациента с аномалией развития билиарных протоков (аномальное впадение ОЖП) имела место гиподисфункция желчного пузыря с нарушением пассажа желчи и формированием билиарного сладжа. Изменения стенки желчного пузыря позволяли заподозрить холестероз, у пациента с хроническим антральным гастритом, не ассоциированным с инфекцией *H. pylori*, дуодено-гастральным рефлюксом.

Наиболее часто аномалия строения билиарного тракта диагностируется интраоперационно, а также при проведении МР-холангиопанкреатографии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

Хроническое воспаление желчного пузыря при аномалии впадения ОЖП связано с нарушением оттока желчи, желчной гипертензией и формированием билиарного сладжа. Расширение ОЖП может возникать также в результате желудочно-дуоденальной гипертензии из-за нарушения пассажа желчи. Чем шире проток, тем вероятнее его органическое поражение. Так, по данным Центра эндохирургии и литотрипсии (многопрофильной клиники ЦЭЛТ), при диаметре холедоха 9–11 мм патологические изменения в нем были выявлены у 36% пациентов, при диаметре 12–15 мм – у 95,2%, при большем расширении – у 100% больных, в то время как при диаметре до 8 мм изменения в протоке обнаружены лишь у 0,8% больных [6, 7].

Длительно существующая патология желчевыведительной системы способствует развитию нарушений в органах гастродуоденальной зоны. Дуктулярный секрет содержит в основном гидрокарбонат натрия, обладающий щелочной реакцией, в результате чего происходит ощелачивание кислого желудочного содержимого, а постоянный контакт слизистой антрального отдела желудка приводит к формированию антрального гастрита, чем и обусловлены жалобы пациента на изжогу и «сосушие, голодные» боли в эпигастрии натощак.

В дальнейшем соблюдение диеты, режима питания, курсы лечебной физкультуры, прием холеретиков и препаратов, подавляющих выработку соляной кислоты, значительно улучшили состояние больного, купировался болевой синдром, уменьшились явления застоя желчи.

Следует помнить, что клинические признаки, указывающие на возможность патологии билиарного дерева и желудка, могут быть связаны с редкой (врожденной) патологией. Подтверждением этому может быть отсутствие эффекта от проводимого лечения. В таких случаях должна быть составлена программа обследования, включающая и редкую патологию. При установлении ее характера может потребоваться либо хирургическое лечение, либо адекватная фармакотерапия, что демонстрирует настоящее наблюдение.

Литература

1. Васильев А.Ю., Ратников В.А. Магнитно-резонансная холангиография в диагностике заболеваний желчевыводящих путей. 2006 [Vasiliev AY, Ratnikov VA. Magnetic resonance cholangiography in the diagnosis of diseases of the biliary tract. 2006. In Russian].
2. Кучерявый Ю.А., Овлащенко Е.И. Аномальное панкреатобилиарное соустье. *Consilium Medicum/Гастроэнтерология*. 2006; 1: 28–32 [Kucheryavy YA, Ovlashenko EI. Anomalous pancreatobiliary anastomosis. *Consilium Medicum/Gastroenterology*. 2006; 1: 28–32. In Russian].
3. Лоранская И.Д., Вишневецкая В.В. Изучение моторной функции желчевыведительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта. *Вейновские чтения*. 15–16 февраля 2013 г. [Loranskaya ID, Vishnevskaya VV. Study of motor function of the biliary system and gastroduodenal zone in pathology of the biliary tract. *Wein readings*. 15–16 February 2013. In Russian].
4. Радзиховский А.П., Мендель Н.А., Туманов К.В. Учет анатомических вариаций расположения пузырной артерии и пузырного протока для профилактики осложнений лапароскопической холецистэктомии. *Украинский журнал хирургии*. 2011; 3(12): 101–104 [Radzikhovskiy AP, Mendel NA, Tumanov KV. Accounting for anatomical variations of the location of the cystic artery and cystic duct for the prevention of complications of laparoscopic cholecystectomy. *Ukrainian journal of surgery*. 2011; 3(12): 101–104. In Russian].
5. Healey J.E., Schroy P.C. Anatomy of the biliary ducts within the human liver. *Arch Surg*. 1953; 66: 599–616.
6. Максимов В.А., Чернышев А.Л., Тарасов К.М., Неронов В.А. Билиарная недостаточность. Москва. 2008; 11–20 [Maksimov VA, Chernyshev AL, Tarasov KM, Neronov VA. Biliary insufficiency. Moscow. 2008; 11–20. In Russian].
7. Семенов А.В., Бекбауов С.А., Филин А.В., Богданов-Березовский А.А., Ашуба Т.М., Бурмистров Д.С., Ким Э.Ф. Анатомия внутрипеченочных желчных протоков, вариантность строения. *Хирургия*. 2009; 8: 67–72 [Semenkov AV, Bekbaouov SA, Filin AV, Bogdanov-Berezovskiy AA, Ashuba TM, Burmistrov DS, Kim EF. Anatomy of the intrahepatic bile ducts, the variance structure. *Surgery*. 2009; 8: 67–72. In Russian].

Для корреспонденции/Corresponding author
Аронова Ольга Викторовна/Aronova Olga
olga-aronova@yandex.ru

Конфликт интересов отсутствует