

Клиническое наблюдение / Case report

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

DOI: 10.16931/1995-5464.2018369-72

Антеградные вмешательства при механической желтухе, обусловленной сочетанием нескольких этиологических факторовМамошин А.В.^{1, 2*}, Иванов Ю.В.³, Альянов А.Л.^{1, 2}, Мурадян В.Ф.¹, Сумин Д.С.²¹ БУЗ Орловской области "Орловская областная клиническая больница"; 302028, г. Орел, бульвар Победы, д. 10, Российская Федерация² ФГБОУ ВО "Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева"; 302016, г. Орел, ул. Комсомольская, д. 95, Российская Федерация³ ФГБУ "Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий" ФМБА России; 115682, г. Москва, Ореховый бульвар, д. 28, Российская Федерация

Описано клиническое наблюдение пациента с новообразованием большого сосочка двенадцатиперстной кишки в сочетании с холедохолитиазом. Одним из основных проявлений, осложняющих течение каждого из этих заболеваний, является механическая желтуха, которая существенно ухудшает клиническое течение заболевания. Продемонстрирован комплексный подход к применению широкого спектра диагностических и лечебных миниинвазивных технологий. Представлен обзор литературы.

Ключевые слова: печень, желчные протоки, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, холелитиаз, холедохолитиаз, механическая желтуха, рак, миниинвазивные технологии, стентирование.

Ссылка для цитирования: Мамошин А.В., Иванов Ю.В., Альянов А.Л., Мурадян В.Ф., Сумин Д.С. Антеградные вмешательства при механической желтухе, обусловленной сочетанием нескольких этиологических факторов. *Анналы хирургической гепатологии*. 2018; 23 (3): 69–72. DOI: 10.16931/1995-5464.2018369-72.

Авторы подтверждают отсутствие конфликтов интересов.

Antegrade procedures for pluricausal obstructive jaundiceMamoshin A.V.^{1, 2*}, Ivanov Yu.V.³, Alyanov A.L.^{1, 2}, Muradyan V.F.¹, Sumin D.S.²¹ Orel Regional Clinical Hospital; 10, Pobedy Boulevard str., Oryol, 302028, Russian Federation² Orel Turgenev State University; 95, Komsomolskaya str., Oryol, 302016, Russian Federation³ Federal Research and Clinical Center for Specialized Medical Service and Medical Technologies, Moscow, Orekhovy blvd., 28, 115682, Russian Federation

The patient with neoplasm of major duodenal papilla combined with choledocholithiasis is described. Obstructive jaundice is one of manifestations complicating the course of these diseases. Complex approach to current diagnostic and therapeutic minimally invasive technologies is demonstrated. It is also presented literature review.

Keywords: liver, bile ducts, major duodenal papilla, cholelithiasis, choledocholithiasis, obstructive jaundice, cancer, minimally invasive technologies, stenting.

For citation: Mamoshin A.V., Ivanov Yu.V., Alyanov A.L., Muradyan V.F., Sumin D.S. Antegrade procedures for pluricausal obstructive jaundice. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* = *Annals of HPB surgery*. 2018; 23 (3): 69–72. (In Russian). DOI: 10.16931/1995-5464.2018369-72.

There is no conflict of interests.

В настоящее время частота воспалительных и опухолевых заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны продолжает увеличиваться. Одним из основных проявлений, осложняющих течение этих заболеваний, является механическая желтуха. Своевременное определение причины желтухи способствует выбору правиль-

ной лечебной тактики, оптимального оперативного пособия и проведению патогенетической и симптоматической терапии. Основными причинами механической желтухи являются холелитиаз (35–40%), рак головки поджелудочной железы (30–35%), рак внепеченочных желчных протоков (10–12%), рак большого сосочка две-

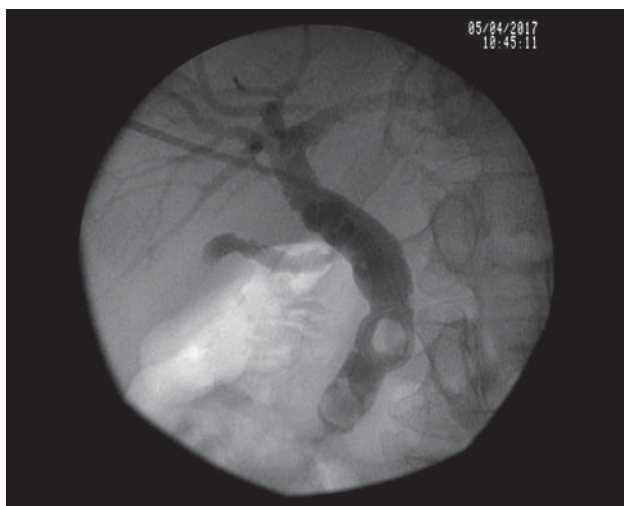


Рис. 1. Фистулохолангиограмма. Холедохолитиаз.
Fig. 1. Cholangiogram. Choledocholithiasis.

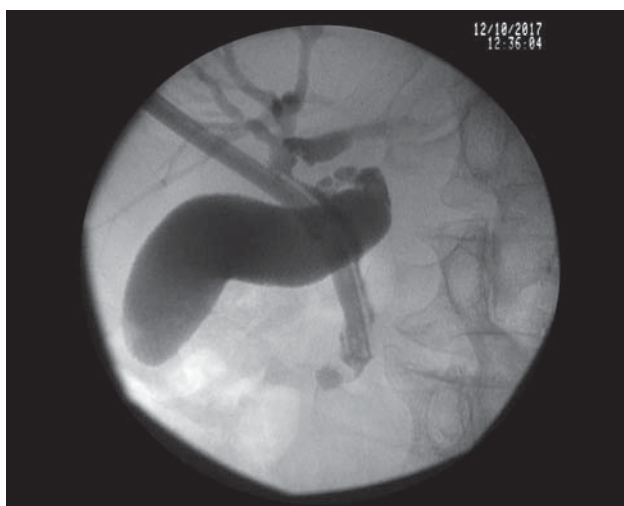


Рис. 2. Фистулохолангиограмма. Состояние после антеградной литотрипсии и литэкстракции. Наружная холангиостома большого диаметра.

Fig. 2. Cholangiogram. State after antegrade lithotripsy and lithoextraction. External large-caliber cholangiostomy.

надцатиперстной кишки (БСДПК) (1–2%) [1–5]. Появление механической желтухи существенно ухудшает клиническое течение заболевания. Тяжесть состояния усугубляется развитием каскада патологических процессов: печеночной и почечной недостаточности, тромбгеморрагического синдрома, холемиического кровотечения, гнойного холангита, холангиогенных абсцессов печени, дисбиоза кишки и т.д., способствующих развитию полиорганной недостаточности [1, 4, 6, 7]. Несмотря на непрерывное изучение проблемы механической желтухи, продолжают оставаться актуальными такие вопросы, как своевременное определение этиологической природы механической желтухи, выбор оптимального метода декомпрессии и восстановления пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК).

Лечение больных механической желтухой является одной из самых сложных проблем в гепатологии, а частота заболеваний, приводящих к ее возникновению, и увеличившаяся в 10–12 раз за последние 30 лет смертность от новообразований органов гепатопанкреатодуоденальной зоны свидетельствуют об актуальности проблемы [8–11]. Приводим клиническое наблюдение.

У пациента 77 лет 19.03.2017 появилась ноющая боль в верхних отделах живота, желтушность кожного покрова и слизистых, общая слабость, повысилась температура тела до фебрильных цифр. Самостоятельно не лечился. В связи с сохранением указанных жалоб и нарастанием желтухи обратился в местную поликлинику. Осмотрен хирургом и направлен в Орловскую областную клиническую больницу, госпитализирован 03.04.2017. Проведено комплексное обследование, выполнено УЗИ органов брюшной полости, МСКТ, ЭГДС. Выявлено объемное образование БСДПК с метастатическим поражением легких, холедохолитиаз. Гистологически опухоль представлена аденокарциномой из эпителия ДПК. 05.04.2017 выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ и рентгенотелевидения (РТВ). Отмечено расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, в общем желчном протоке (ОЖП) – два конкремента 21×14 и 19×17 мм, в дистальном отделе ОЖП – блок в виде “писчего пера”, препятствующий току желчи. Поступления контрастного препарата в ДПК нет (рис. 1). Попытки провести инструмент за блок были безуспешны. Принято решение ограничиться наружным дренированием желчных протоков. В дальнейшем проводили комплексное консервативное лечение. Послеоперационный период протекал без осложнений, холангит был устранен, интенсивность механической желтухи уменьшилась. С функционирующей холангиостомой в удовлетворительном состоянии выписан для амбулаторного лечения по месту проживания. 10.10.2017 повторно госпитализирован в плановом порядке. 12.10.2017 при фистулографии отмечено умеренное расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, конкременты в дистальной трети ОЖП, контрастный препарат в просвет ДПК не поступал (рис. 2). Под контролем РТВ по гибкому проводнику выполнено бужирование холангиостомического дренажного канала до 24 F, после чего в ОЖП установлен соразмерный термопластический дренажный катетер. Послеоперационный период протекал без осложнений. 23.10.2017 выполнена антеградная литотрипсия и литэкстракция под контролем РТВ. Чресфистульно под видеоконтролем механическим литотриптором конкременты фрагментированы, фрагменты и осколки удалены из ОЖП с помощью зажима под видеоконтролем. При ревизии ОЖП конкрементов нет. Под контролем зрения из дистального отдела ОЖП, где определялся блок, биопсийными щипцами взят фрагмент ткани

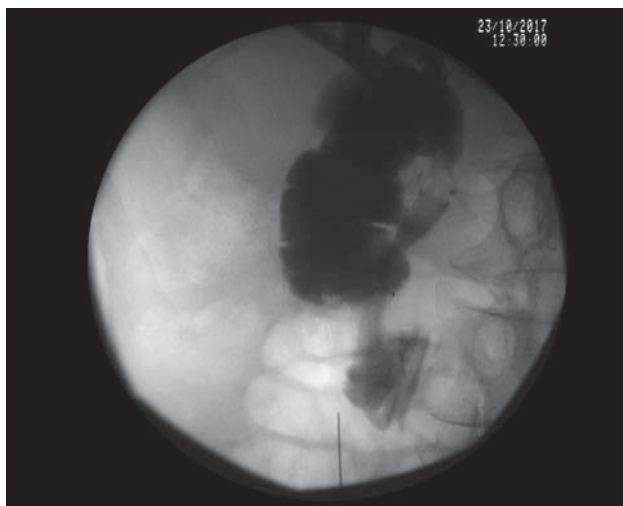


Рис. 3. Фистулохолангиограмма. Антеградное эндобилиарное стентирование.

Fig. 3. Cholangiogram. Antegrade endobiliary stenting.

(гистологически — аденокарцинома). Пациенту выполнено стентирование стенозированного участка внепеченочных желчевыводящих протоков непокрытым стентом HANAROSTENT Biliary (NNN) SHC-10-060-060. Дистальный сегмент стента установлен за зону БСДПК, проксимальная часть стента — на 2 см выше зоны окклюзии. При рентгенологическом контроле наблюдали постепенное раскрытие стента, отсутствие конкрементов в ОЖП, контрастный препарат стал свободно поступать через стент в ДПК (рис. 3). В ОЖП над стентом установлен контрольный дренажный катетер 12 F. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольной фистулографии эндобилиарный стент расправился на всем протяжении, конкрементов нет, контрастный препарат свободно поступал в ДПК. Контрольный холангистомический дренаж был удален. 30.10.2017 в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение по месту проживания. В настоящее время находится под наблюдением хирурга и онколога, эпизоды желтухи и приступы холангита не повторялись.

Таким образом, причиной развития механической желтухи было сочетание опухоли БСДПК и холедохолитиаза. Чрескожные миниинвазивные технологии, применяемые под контролем УЗИ и РТВ, позволили не только устранить осложнения, развившиеся на фоне обтурации БСДПК и холедохолитиаза, но и выполнить антеградную литотрипсию с литэкстракцией в сочетании с антеградным эндобилиарным стентированием. Это позволило восстановить адекватный пассаж желчи в ДПК.

Дополнительная информация

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 18-15-00201).

Участие авторов:

Мамошин А.В. — ответственность за целостность всех частей статьи.

Иванов Ю.В. — концепция и дизайн исследования.

Альянов А.Л. — сбор и обработка материала.

Мурадян В.Ф. — ответственность за целостность всех частей статьи.

Сумин Д.С. — написание текста, редактирование.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей. М.: Издательский дом "М-Вести", 2002. 416 с.
2. Майстренко Н.А., Нечая А.И. Гепатобилиарная хирургия. Руководство для врачей. СПб.: Специальная литература, 1999. 268 с.
3. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. 2008; 3 (3): 71–74.
4. Лазаренко В.А., Охотников О.И., Григорьев Н.Н., Григорьев С.Н., Фролов А.В. Чрескожная чреспеченочная эндобилиарная литотрипсия в лечении пациентов с мегахоледохолитиазом. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2014; 7 (2): 146–151.
5. Iwashita T., Yasuda I., Mukai T., Iwata K., Doi S., Uemura M., Okuno M., Shimizu M. Endoscopic ultrasound — guided antegrade biliary stenting for unresectable malignant biliary obstruction in patients with surgically altered anatomy: Single-center prospective pilot study. *Dig. Endosc.* 2017; 29 (3): 362–368. DOI: 10.3748/wjg.v22.i3.1297.
6. Альянов А.Л., Мамошин А.В., Борсуков А.В., Мурадян В.Ф. Эффективность применения минимально инвазивных технологий в лечении больных с синдромом механической желтухи. Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. 2015; 4: 280–284.
7. Шабунин А.В., Тавобиллов М.М. Выбор способа декомпрессии желчных протоков в лечении больных механической желтухой опухолевого генеза. Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2016; 1: 68–74.
8. Aly E.A., Johnson C.D. Preoperative biliary drainage before resection in obstructive jaundice. *Dig. Surg.* 2001; 2 (2): 84–89.
9. Седов А.П. Механическая желтуха опухолевого генеза. Оптимизация хирургического лечения и послеоперационного периода. Белгород: изд-во БУПК, 2000. 169 с.
10. Кулезнева Ю.В. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 192 с.
11. Shim D.J., Gwon D.I., Han K., Kim Y., Ko G.Y., Shin J.H., Ko H.K., Kim J.H., Kim J.W., Yoon H.K., Sung K.B. Percutaneous metallic stent placement for palliative management of malignant biliary hilar obstruction. *Korean J. Radiology.* 2018; 19 (4): 597–605. DOI: 10.3348/kjr.2018.19.4.597.

References

1. Ivashkin V.T. *Bolezni pecheni i zhelchevyvodyashchih putej. Rukovodstvo dlya vrachej* [Liver and bile ducts diseases: handbook for doctors]. Moscow: Publishing House "M-Vesti", 2002. 416 p. (In Russian)

2. Maystrenko N.A., Nechaya A.I. *Gepatobiliarnaya khirurgiya. Rukovodstvo dlya vrachej* [Hepatobiliary surgery. Handbook for doctors]. Saint-Petersburg: Special literature, 1999. 268 p. (In Russian)
3. Nichitailo M.E., Skums A.V. Surgical treatment of bile duct injuries and strictures after cholecystectomy. *Al'manah Instituta khirurgii imeni A.V. Vishnevskogo*. 2008; 3 (3): 71–74. (In Russian)
4. Lazarenko V.A., Ohotnikov O.I., Grigoriev N.N., Grigoriev S.N., Frolov A.V. Percutaneous transhepatic endobiliary lithotripsy in the treatment of patients with megacholedocholithiasis. *Vestnik ehksperimental'noj i klinicheskoy khirurgii*. 2014; 7 (2): 146–151. (In Russian)
5. Iwashita T., Yasuda I., Mukai T., Iwata K., Doi S., Uemura M., Okuno M., Shimizu M. Endoscopic ultrasound – guided antegrade biliary stenting for unresectable malignant biliary obstruction in patients with surgically altered anatomy: Single-center prospective pilot study. *Dig. Endosc.* 2017; 29 (3): 362–368. DOI: 10.3748/wjg.v22.i3.1297.
6. Alyanov A.L., Mamoshin A.V., Borsukov A.V., Muradyan V.F. Efficacy of minimally invasive technologies in the treatment of patients with obstructive jaundice syndrome. *Uchenye zapiski Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2015; 4: 280–284. (In Russian)
7. Shabunin A.V., Tavobilov M.M. Choice of the method of biliary decompression in the treatment of patients with malignant mechanical jaundice. *Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik im. akademika I.P. Pavlova*. 2016; 1: 68–74. (In Russian)
8. Aly E.A., Johnson C.D. Preoperative biliary drainage before resection in obstructive jaundice. *Dig. Surg.* 2001; 2 (2): 84–89.
9. Sedov A.P. *Mekhanicheskaya zheltuha opuholevogo geneza. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya i posleoperacionnogo perioda* [Malignant mechanical jaundice. Optimization of surgical treatment and postoperative period]. Belgorod: BUPK, 2000. 169 p. (In Russian)
10. Kulezneva Yu.V. *Chreskozhnye vmeshatel'stva v abdominal'noj khirurgii*. [Percutaneous interventions in abdominal surgery]. Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 192 p. (In Russian)
11. Shim D.J., Gwon D.I., Han K., Kim Y., Ko G.Y., Shin J.H., Ko H.K., Kim J.H., Kim J.W., Yoon H.K., Sung K.B. Percutaneous metallic stent placement for palliative management of malignant biliary hilar obstruction. *Korean J. Radiology*. 2018; 19 (4): 597–605. DOI: 10.3348/kjr.2018.19.4.597.

Сведения об авторах [Authors info]

Мамошин Андриан Валерьевич — канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой последипломного медицинского образования ФГБОУ ВО “ОГУ им. И.С. Тургенева”, врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения БУЗ Орловской области “Орловская областная клиническая больница”.

Иванов Юрий Викторович — доктор мед. наук, профессор, заведующий хирургическим отделением ФНКЦ ФМБА России.

Альянов Александр Леонидович — канд. мед. наук, доцент, директор университетской клиники ФГБОУ ВО “ОГУ им. И.С. Тургенева”, врач-хирург отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения БУЗ Орловской области “Орловская областная клиническая больница”.

Мурадян Вадим Феликсович — главный врач БУЗ Орловской области “Орловская областная клиническая больница”.

Сумин Дмитрий Сергеевич — студент медицинского института ФГБОУ ВО “ОГУ им. И.С. Тургенева”.

Для корреспонденции *: Мамошин Андриан Валерьевич — 302030, Российская Федерация, г. Орел, ул. Советская, д. 25, кв. 126, Российская Федерация. Тел.: +7-920-287-70-07. E-mail: dr.mamoshin@mail.ru

Andrian V. Mamoshin — Cand. of Med. Sci., Associate Professor, Head of the Chair of Postgraduate Medical Education, Orel Turgenev State University, Surgeon of the Department of X-ray Surgical Methods of Diagnosis and Treatment, Orel Regional Clinical Hospital.

Yury V. Ivanov — Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Surgical Department of Federal Research and Clinical Center for Specialized Medical Service and Medical Technologies of FMBA of Russia.

Alexander L. Alyanov — Cand. of Med. Sci., Associate Professor, Director of the University's Clinic of Orel Turgenev State University, Surgeon of the Department of X-ray Surgical Methods of Diagnosis and Treatment, Orel Regional Clinical Hospital.

Vadim F. Muradyan — Chief Physician of the Orel Regional Clinical Hospital.

Dmitry S. Sumin — Student of the Medical Institute, Orel Turgenev State University.

For correspondence *: Andrian V. Mamoshin — 126, 25th quarter Sovetskaya str., Oryol, 302030, Russian Federation. Phone: +7-920-287-70-07. E-mail: dr.mamoshin@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 13.05.2018.
Received 13 May 2018.