

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.367-006.04-089.197.5

Винник Ю.С.¹, Серова Е.В.^{1,2}, Черных Д.А.³, Ковалёв А.В.⁴, Стратович Д.В.², Прусов И.А.²

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЛЛИАТИВНОГО АНТЕГРАДНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, 660022, г. Красноярск, Россия;

²КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4», 660094, г. Красноярск, Россия;

³КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича», 660062, г. Красноярск, Россия;

⁴ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая больница им. Г.Я. Ремишевской», 655012, г. Абакан, Россия

В структуре злокачественных опухолей, сопровождающихся механической желтухой, наиболее часто встречаются поражение поджелудочной железы (47%), рак желчных протоков (20%), а также рак большого дуоденального сосочка (БДС) и рак желчного пузыря (около 15%). В случае неоперабельности опухоли у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей соматической патологией показаны паллиативные вмешательства – чрескожное чреспеченочное наружное или наружно-внутреннее дренирование с возможным последующим чрескожным чреспеченочным стентированием желчных протоков. Под нашим наблюдением находилась пациентка 75 лет с верифицированным раком БДС, осложненным механической желтухой, которой первым этапом выполнено чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта, а вторым – чрескожное чреспеченочное стентирование холедоха.

Ключевые слова: рак большого дуоденального сосочка; механическая желтуха; чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта; чрескожное чреспеченочное стентирование холедоха.

Для цитирования: Винник Ю.С., Серова Е.В., Черных Д.А., Ковалёв А.В., Стратович Д.В., Прусов И.А. Клинический случай паллиативного антеградного оперативного лечения рака большого дуоденального сосочка. *Российский онкологический журнал*. 2016; 21(5): 244–249. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2016-21-5-244-249>

Для корреспонденции: Винник Юрий Семёнович, д-р мед. наук, проф., заведующий кафедрой общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана; E-mail: yuvinnik@yandex.ru.

Vinnik Yu. S.¹, Serova E.V.^{1,2}, Chernykh D.A.³, Kovalev A.V.⁴, Stratovich D.V.², Prusov I.A.²

CLINICAL CASE OF PALLIATIVE ANTEGRADE SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF THE MAJOR DUODENAL PAPILLA

¹Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation;

²Krasnoyarsk Interregional Clinical Hospital N 4, Krasnoyarsk, 660094, Russian Federation;

³Krasnoyarsk Interregional Clinical Hospital ambulance named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk, 660062, Russian Federation;

⁴Republican Clinical Hospital named after G.Ya. Remishevskaya, Abakan, 655012, Russian Federation

In the structure of malignant tumors, accompanied by obstructive jaundice, there are most occurred such as the lesion of the pancreas (47%), bile duct cancer (20%) also papillary carcinoma (MDP) and gall bladder cancer (about 15%). In the case of inoperable tumor; in elderly and senile patients with severe concomitant somatic pathology, there are indicated palliative interventions as follows: percutaneous transhepatic external or external-internal drainage of the biliary tract with possible subsequent percutaneous transhepatic stenting of the common bile duct. Under our observation there was a patient of 75 years with verified major duodenal papilla cancer; complicated by obstructive jaundice, to whom as the first step there was performed percutaneous transhepatic external-internal drainage of the biliary tract, and as the second one – percutaneous transhepatic stenting of the common bile duct.

Key words: major duodenal papilla cancer; obstructive jaundice; percutaneous transhepatic external-internal drainage of the biliary tract; percutaneous transhepatic stenting of the common bile duct.

For citation: Vinnik Yu.S., Serova E.V., Chernykh D.A., Kovalev A.V., Stratovich D.V., Prusov I.A. Clinical case of palliative antegrade surgical treatment of the major duodenal papilla cancer. *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal*. (Russian Journal of Oncology). 2016; 21(5): 244–249. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1028-9984-2016-21-5-244-249>

For correspondence: Yury S. Vinnik, MD, PhD, Dsc, professor, Head of the Department of General Surgery named after prof. M.I. Gulman; Krasnoyarsk, 660022, Russian Federation, E-mail: yuvinnik@yandex.ru.

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

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Received 13 June 2016

Accepted 23 June 2016

Развитие механической желтухи у больных со злокачественными новообразованиями значительно отягощает течение основного заболевания и требует

неотложных мер, направленных на декомпрессию желчевыводящих протоков. Опухолевый генез развития билиарной гипертензии встречается у 40–67%

пациентов [1]. В общей структуре злокачественных опухолей, сопровождающихся механической желтухой, наиболее часто встречается поражение поджелудочной железы (47%), рак желчных протоков (20%), а также рак большого дуоденального сосочка (БДС) и рак желчного пузыря (около 15%) [1, 2].

В случае неоперабельности опухоли у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей соматической патологией показаны паллиативные вмешательства – чрескожное чреспеченочное наружное или наружно-внутреннее дренирование с возможным последующим чрескожным чреспеченочным стентированием желчных протоков (холедоха) [3].

Под нашим наблюдением находилась пациентка 75 лет с верифицированным раком БДС, осложненным механической желтухой, которой первым этапом выполнено чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта, а вторым – чрескожное чреспеченочное стентирование холедоха.

Больная А. доставлена в хирургическое отделение Красноярской межрайонной клинической больницы № 4 09.12.15 в экстренном порядке бригадой скорой помощи с клинической картиной механической желтухи.

При физикальном осмотре состояние больной средней степени тяжести. Находится в сознании, адекватна; положение активное. Телосложение гиперстеническое, повышенного питания (индекс массы тела $36,26 \text{ кг/м}^2$ – ожирение II степени). Кожные покровы желтушные, с множественными мелкими расчесами, умеренно влажные. Склеры иктеричные. Видимые слизистые оболочки обычной влажности, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 19 в 1 мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд/мин. АД 140/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желтым налетом. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области и правом подреберье. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный во всех отделах. Симптом Курвуазе положительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Притупления перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости не определяется. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Перистальтика сохранена. Стул был утром, кашеобразный, обесцвеченный. Газы отходят. Дизурии нет. Моча темного цвета.

Больная осмотрена терапевтом. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь III ст., риск 4 (очень высокий), стабильное течение. Хроническая сердечная недостаточность IIА ст. (2 ФК по NYHA). Хронический бронхит, стадия ремиссии. Деформирующий остеоартроз тазобедренных суставов, НФ I–II ст., БС I–II ст. Кисты почек. Ожирение II ст.

Выполнена *ультрасонография брюшной полости*. Визуализация удовлетворительная.

Печень: вертикальный косой размер (КВР): 154 мм (норма 120–150 мм); краниокаудальный размер (ККР): 102 мм (норма 80–100 мм); толщина правой доли: 129 мм (норма 120–125 мм); толщина левой доли: 67 мм (норма 40–60 мм). Контур ровный, четкий. Структура однородная, средней эхогенности. Край острый. Внутривенные желчные протоки не расширены, 4–6 мм (норма 4–8 мм).

Холедох: 15–17 мм (норма 4–6 мм, после холецистэктомии не более 10 мм).

В просвете холедоха дополнительные образования не визуализируются. Печеночные вены: 7–9 мм (норма 6–10 мм). Воротная вена: 10 мм (норма 10–14 мм); ход не изменен; кровоток не изменен. Нижняя полая вена: 22 мм (норма 20–25 мм). Коллабирование в норме.

Брюшной отдел аорты: 18 мм (норма 20–25 мм), прослеживается не полностью. Стенки изменены – пристеночные гиперэхогенные структуры на интимае.

Желчный пузырь: $10,3 \times 4,8 \text{ см}$ (норма 6–10 $\times$ 2–3 мм); толщина стенки: 2 мм (норма 2–3 мм); расположен типично; форма овоидная. В просвете желчного пузыря дополнительные образования не визуализируются. Мелкодисперсная эхо-взвесь.

Поджелудочная железа: головка 32 мм (норма 11–30 мм), тело 17 мм (норма 4–21 мм), хвост 24 мм (норма 7–28 мм). Контур ровный, четкий. Структура диффузно неоднородная, повышенной эхогенности.

Вирсунгов проток не визуализируется (норма 2–3 мм).

Малый сальник: без особенностей.

Селезенка: размер $11,1 \times 3,3 \times 3,8 \text{ см}$ (норма 7–11 $\times$ 3–4 мм). Контур ровный, четкий.

Структура однородная. Селезеночная вена: 6 мм (норма 5–8 мм).

Свободная жидкость не визуализируется.

Кишечник: петли не расширены. Лимфатические узлы не визуализируются.

Плевральные синусы без особенностей.

Заключение: эхо-признаки билиарной гипертензии без выраженного расширения внутривенных желчных протоков; эхо-признаки терминального блока холедоха (не исключается объемное образование в области БДС). Диффузные изменения поджелудочной железы; пограничные размеры печени, увеличение поперечного размера (положительный симптом Курвуазе), эхо-взвесь желчного пузыря. Атеросклероз брюшного отдела аорты.

В анализах крови при поступлении: лейкоцитоз $10,5 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 16%, СОЭ 45 мм/ч; билирубин общий 119,7 мкмоль/л, билирубин прямой 118,4 мкмоль/л, билирубин не прямой 1,3 мкмоль/л; АЛТ 103,3 Ед/л; АСТ 98,4 Ед/л; креатинин 85,0 мкмоль/л; фибриноген 5,0 г/л; фибриноген по Клаусу 4,68 г/л. Маркеры к вирусным гепатитам отрицательные.

Фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС): антральный эрозивный рефлюкс-гастрит.

Рентгенография грудной клетки: со стороны легких и сердца возрастные изменения.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости с холангиографией: МР-картина билиарной гипертензии, холедохэктазии (вероятно, вследствие стеноза БДС). Перетяжка в желчном пузыре. Хронический панкреатит. Кисты в почечном синусе с обеих сторон, простая киста в паренхиме правой почки.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) (рис. 1, см. вклейку): *tumor* ампулы БДС; вирсунгэктазия; выраженное увеличение интрадуоденального сегмента желчного протока. Устье ампулы соска выступает в просвет кишки, его ткани легкокоранимы. Сосок увеличен и изъязвлен. Попытка эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с умеренным кровотечением. Канюляция холедоха не удалась.

Рентгенологическое заключение: ретроградно контрастирован вирсунгов проток. Последний в области хвоста расширен до 0,2 см, в области головки – до

0,8 см, извитой, там же дефект наполнения до 1,2 × 0,6 см, свободно смещается по ходу и далее не визуализируется (воздух?). На всем протяжении панкреатического протока определяются мелкие ответвления с пропитыванием контрастом ткани поджелудочной железы. Интрапапиллярно определяется протяженное сужение до 1,2 см. Холедох не контрастируется. Заключение: стеноз проксимального отдела вирсунгова протока, вероятно за счет образования БДС или интрадуктального образования (рис. 2, см. вклейку).

После ЭРХПГ: лейкоцитоз $14,4 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 10%, СОЭ 47 мм/ч; билирубин общий 214,8 мкмоль/л, билирубин прямой 204,2 мкмоль/л, билирубин не прямой 10,6 мкмоль/л, АЛТ 120,3 Ед/л, АСТ 166,9 Ед/л, креатинин 140,0 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 555,0 Ед/л, амилаза 972,5 Ед/л, амилаза мочи 1641,0 Ед/л, протромбиновое время 13,9 с, активированное частичное тромбиновое время 42,5 с, растворимые фибрин-мономерные комплексы (качественно) – результат положительный, фибриноген 5,02 г/л, фибриноген по Клаусу 5,42 г/л.

Больная получала инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную (пепфлоксацин, линкомицин, ципрофлоксацин, метронидазол), противоязвенную, гемостатическую, симптоматическую терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений.

В связи с развившимся после ЭРХПГ острым панкреатитом средней степени тяжести больной назначен октреотид по 200 мкг 3 раза в сутки подкожно. Острый панкреатит купирован.

ФЭГДС-контроль через 1 нед: диффузный атрофический рефлюкс-гастрит. Взята биопсия БДС.

Гистоанализ: в биопсии выявлено разрастание опухолевой ткани, имеющей строение высокодифференцированной аденокарциномы с участком изъязвления опухолевой ткани, в строении лимфоидный фолликул. Один фрагмент представлен гиперпластическими разрастаниями поверхностных отделов слизистой желудка.

Больная осмотрена трансфузиологом. С целью восполнения дефицита факторов свертывания крови на фоне механической желтухи и предоперационной подготовки проведена инфузия 1015 мл свежемороженой плазмы без патологических реакций.

Под местной анестезией выполнено чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта под контролем ультразвука и рентгеновского излучения.

В условиях операционной в присутствии анестезиолога при ультрасонографии выявлено расширение сегментарных, долевых протоков, общего печеночного протока, холедоха. Под местной анестезией (Sol. Novocaini 0,25% – 50 мл) в VIII межреберье справа по средней подмышечной линии с помощью набора Neff выполнена чрескожная чреспеченочная пункция сегментарного протока правой доли. При рентгеноскопии с контрастированием визуализированы внутри- и внепеченочные желчные протоки. При тугом наполнении холедох расширен до 18 мм. Контраст в двенадцатиперстную кишку не поступает. Имеется терминальный блок холедоха. С помощью катетера Cobra I 5F 70 см выполнено бужирование препятствия с проведением проводника в двенадцатиперстную кишку. Через сегментарный проток выполнено наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта с проведением дистального конца дренажа Biliary Drainage Catheter Set Ultrathane® Mac-Loc Cook Medical 8,5 Fr 40 см, тип «Pig tale» до границы

нисходящей и горизонтальной ветвей двенадцатиперстной кишки. Дренаж фиксирован к коже. По дренажу поступает густая застойная желчь. Наложена асептическая повязка. При рентгеноскопии с контрастированием визуализированы внутри- и внепеченочные желчные протоки. Контраст поступает в двенадцатиперстную кишку (рис. 3, см. вклейку).

На контрольной фистулохолангиографии на 5-е сутки послеоперационного периода: через транспеченочный дренаж законтрастирован билиарный тракт с признаками умеренной гипертензии, холедох расширен до 1,9 см, в терминальном отделе определяется сужение протяженностью до 1,2 см с четкими контурами, дистальный конец дренажа в подкове двенадцатиперстной кишки, сброс контраста активный.

Бактериологическое исследование желчи, полученной по транспеченочному дренажу: обнаружен обильный рост *Escherichia coli* и умеренный рост *Candida albicans*. При этом культура *Escherichia coli* устойчива к ципрофлоксацину и левофлоксацину, чувствительна – к амоксициллину/клавуланату, амикацину, цефтриаксону, доксициклину, гентамицину, имипенему, меропенему, цефоперазону/сульбактаму и эртапенему.

Больная консультирована клиническим фармакологом – проведена смена антибактериальной терапии.

При выписке: лейкоцитоз $12,18 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 10%, СОЭ 55 мм/ч, эритроциты $3,51 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 112 г/л, гематокрит 32,3%, тромбоциты $133 \times 10^9/\text{л}$, билирубин общий 88,7 мкмоль/л, билирубин прямой 87,2 мкмоль/л, билирубин не прямой 1,5 мкмоль/л, креатинин 254,0 мкмоль/л, мочевины 13,6 ммоль/л, общий белок 50,6 г/л, альбумин 29,2 г/л, глобулины 21,4 г/л, альбумин-глобулиновый коэффициент 1,36, С-реактивный белок 70,55 мг/л, калий 3,3 ммоль/л, растворимые фибрин-мономерные комплексы (качественно) – результат положительный, фибриноген 6,2 г/л, фибриноген по Клаусу 5,46 г/л.

За время лечения наблюдалась положительная динамика – болевой синдром и диспепсия купированы. Явления механической желтухи уменьшились. Температура тела нормальная. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача поликлиники 31.12.15 с рекомендациями консультации онколога Красноярского краевого клинического онкодиспансера им. А.И. Крыжановского для решения вопроса о радикальном оперативном лечении. При отказе – рекомендовано стентирование холедоха.

Больная проконсультирована врачом-онкологом – радикальное хирургическое лечение ей противопоказано в связи с возрастом и тяжестью сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

24.02.16 (через 2 мес после выполнения чрескожного чреспеченочного наружно-внутреннего дренирования билиарного тракта) больная госпитализирована в хирургическое отделение Красноярской МКБ № 4.

Выполнена ультрасонография брюшной полости: визуализация удовлетворительная.

Печень: вертикальный косой размер (КВР): 151 мм (норма 120–150 мм); краниокаудальный размер (ККР): 95 мм (норма 80–100 мм); толщина правой доли: 128 мм (норма 120–125 мм); толщина левой доли: 64 мм (норма 40–60 мм); контур ровный, четкий; структура однородная, средней эхогенности; край острый; внутрипеченочные желчные протоки

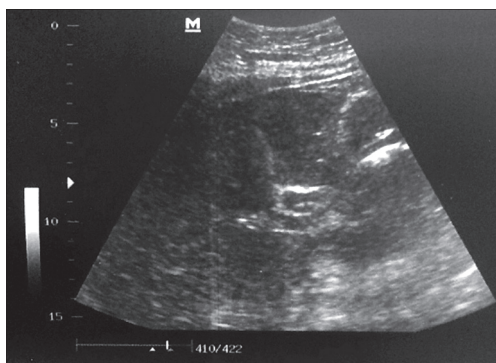


Рис. 4. Ультрасонограмма дренажа в общем желчном протоке.

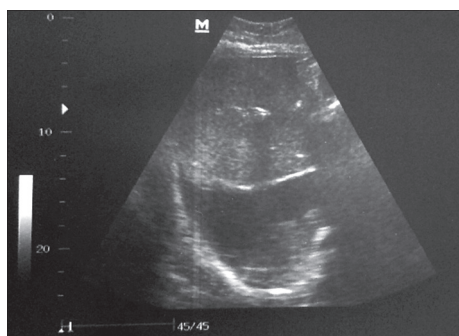


Рис. 5. Ультрасонограмма правостороннего гидроторакса.

не расширены: 4–6 мм (норма 4–8 мм), стенки гиперэхогенные.

Холедох: 13–14 мм (норма 4–6, после холецистэктомии не более 10); в просвете холедоха визуализируются дополнительные образования – протяженная трубчатая структура с эхо-тенью, уходящей в просвет двенадцатиперстной кишки (рис. 4).

Печеночные вены: 7–9 мм (норма 6–10 мм). Воротная вена: 10 мм (норма 10–14 мм); ход и кровоток не изменены.

Нижняя полая вена: 20 мм (норма 20–25 мм). Коллабирование в норме.

Брюшной отдел аорты: 19 мм (норма 20–25 мм); прослеживается не полностью; стенки изменены – визуализируются пристеночные гиперэхогенные структуры на интима.

Желчный пузырь: размеры 7,5 × 3,0 см (норма 6–10 × 2–3); толщина стенки: 3 мм (норма 2–3 мм).

Расположен типично. Форма грушевидная. В просвете желчного пузыря дополнительные образования не визуализируются.

Поджелудочная железа: головка 27 мм (норма 11–30 мм), тело 17 мм (норма 4–21 мм), хвост 25 мм (норма 7–28 мм); контур ровный, четкий; структура: повышенной эхогенности.

Вирсунгов проток: не визуализируется (норма 2–3).

Малый сальник: без особенностей. Селезенка: 10,4 × 3,5 × 4,0 см (норма 7–11 × 3–4). Контур ровный, четкий. Структура: однородная. Селезеночная вена: 6 мм (норма 5–8 мм).

Свободная жидкость не визуализируется.

Кишечник: петли не расширены.

Лимфатические узлы не визуализируются.

Плевральные синусы: справа 670 мл жидкости (рис. 5), слева – без особенностей.

Заключение: пограничные размеры печени; холедохозктазия; состояние после наружно-внутреннего дренирования билиарного тракта. Протоковые изменения печени. Диффузные изменения поджелудочной железы. Атеросклероз брюшного отдела аорты. Гидроторакс справа.

Фистулохолангиография: через транспеченочный дренаж законтрастирован билиарный тракт. Холедох расширен до 1,8 см. Протяженность стриктуры терминального отдела холедоха составляет до 2,2 см. Желчный пузырь до 6 × 3 см, контрастирование однородное. Сброс контраста в двенадцатиперстную кишку активный (рис. 6).

Больная осмотрена терапевтом. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь III ст., риск 4 (очень высокий), стабильное течение. Хроническая сердечная недостаточность IIА ст. (2 ФК по NYHA). Хронический бронхит, вне обострения. Деформирующий остеоартроз тазобедренных суставов, НФ I–II ст., БС I–II ст. Ожирение I ст.

Выполнена плевральная пункция справа. Получено 650 мл прозрачной соломенного цвета жидкости. Общий белок 39,2 г/л, амилаза 42,0 Ед/л. При цитологическом исследовании атипических клеток не обнаружено.

В крови: анемия легкой степени (Hb 105 г/л, эритроциты $3,58 \times 10^{12}/л$, гематокрит 32,1%), СОЭ до 68 мм/ч, лимфопения до 17,8%, билирубин общий 12,6 мкмоль/л, билирубин прямой 7,6 мкмоль/л, билирубин не прямой 5,0 мкмоль/л, креатинин 89,0 мкмоль/л, мочевины 5,1 ммоль/л, фибриноген 8,88 г/л, фибриноген по Клаусу 8,14 г/л. Другие показатели развернутого, биохимического анализов и гемостазиограммы без изменений.

Назначена консервативная терапия, включающая спазмолитическую (дротаверина гидрохлорид, платифиллин), инфузионную (стерофундин), антибактериальную (амоксиклав/клавулановая кислота),

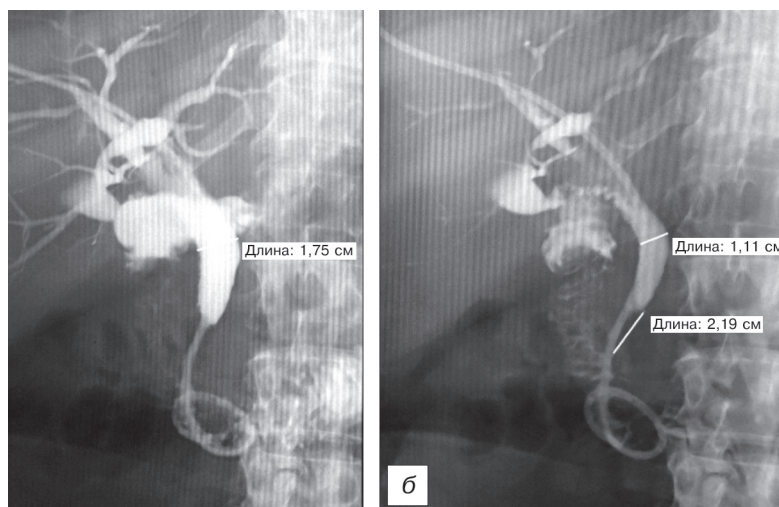


Рис. 6. Фистулохолангиограммы с ранее установленным чрескожным чреспеченочным наружно-внутренним дренажом билиарного тракта.

а – контрольная холангиограмма с определением диаметра общего желчного протока при тугом заполнении контрастным препаратом; б – контрольная холангиограмма с определением диаметра общего желчного протока при сбросе контрастного препарата в двенадцатиперстную кишку и протяженности опухолевой окклюзии терминального отдела общего желчного протока.

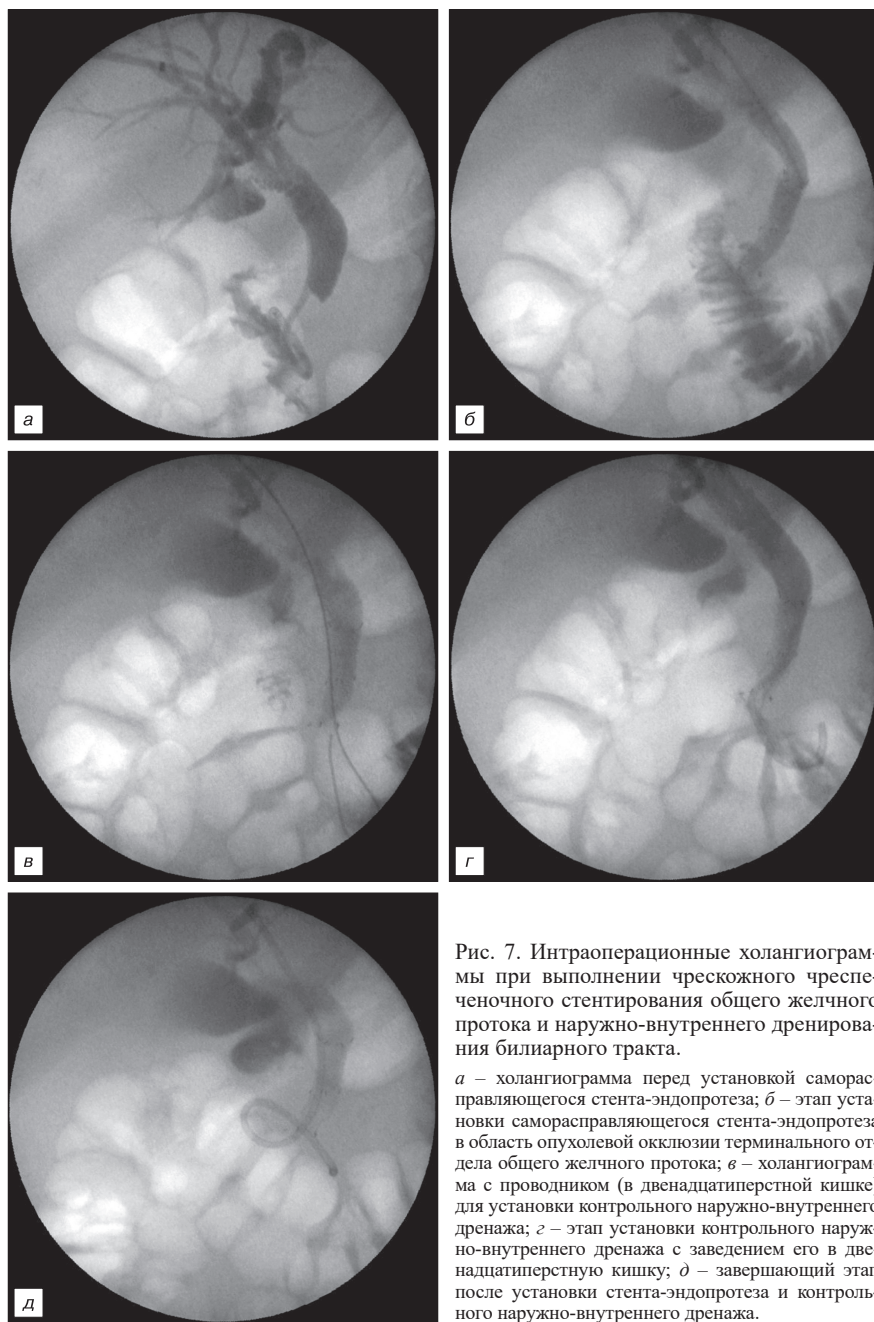


Рис. 7. Интраоперационные холангиограммы при выполнении чрескожного чреспеченочного стентирования общего желчного протока и наружно-внутреннего дренирования билиарного тракта.

а – холангиограмма перед установкой саморасправляющегося стента-эндопротеза; *б* – этап установки саморасправляющегося стента-эндопротеза в область опухолевой окклюзии терминального отдела общего желчного протока; *в* – холангиограмма с проводником (в двенадцатиперстной кишке) для установки контрольного наружно-внутреннего дренажа; *г* – этап установки контрольного наружно-внутреннего дренажа с заведением его в двенадцатиперстную кишку; *д* – завершающий этап после установки стента-эндопротеза и контрольного наружно-внутреннего дренажа.

симптоматическую (кетопрофен, димедрол, метоклопрамид) терапию.

25.02.16 выполнено чрескожное чреспеченочное стентирование холедоха, наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта.

В условиях операционной в присутствии анестезиолога под местной анестезией (Sol. Novocaini 0,25% – 30 мл) по чрескожному чреспеченочному наружно-внутреннему дренажу контрастированы внутри- и внепеченочные желчные протоки. При тугом наполнении холедох расширен до 19 мм. Контраст по дренажу поступает в двенадцатиперстную кишку. Протяженность опухолевой окклюзии в терминальном отделе холедоха составляет 3,5 см. Проводник заведен в двенадцатиперстную кишку, дренаж удален. В холедох установлен саморасправляющийся стент-эндопротез HANAROSTENT Biliary (NNN) SHS-10-050-060 «M.I. Tech Co.» с заведением дистального

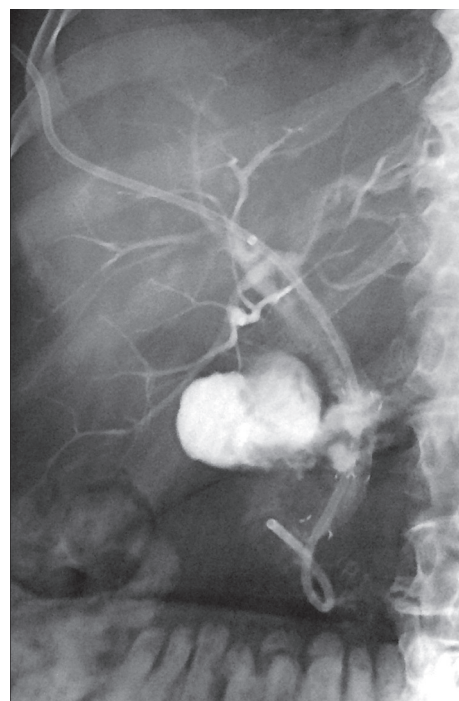


Рис. 8. Фистулохолангиограмма после выполнения чрескожного чреспеченочного стентирования общего желчного протока и наружно-внутреннего дренирования билиарного тракта (перед удалением дренажа) с отсутствием признаков билиарной гипертензии.

конца в просвет двенадцатиперстной кишки. Стент расправлен полностью без баллонной дилатации. Положение четкое. По проводнику установлен наружно-внутренний дренаж Biliary Drainage Catheter Set Ultrathane®Mac-Loc, Cook Medical, 8,5 Fr, 40 см, тип «Pig tale», до границы нисходящей и горизонтальной ветвей двенадцатиперстной кишки. Дренаж фиксирован к коже. По дренажу поступает прозрачная светло-желтая желчь. Наложена асептическая повязка. При рентгеноскопии с контрастированием визуализированы внутри- и внепеченочные желчные протоки. Контраст поступает в двенадцатиперстную кишку (рис. 7).

На 1-е сутки после стентирования в крови: анемия легкой степени (Hb 110 г/л, эритроциты $3,85 \times 10^{12}/л$, гематокрит 34,3%), лейкоцитоз $15,32 \times 10^9/л$, тромбоцитоз $365 \times 10^9/л$, ускорение СОЭ до 66 мм/ч, лимфопения до 13,0%, билирубин общий 16,4 мкмоль/л, билирубин прямой 10,5 мкмоль/л, билирубин непрямой 5,9 мкмоль/л, креатинин 98,0 мкмоль/л, мочевины 4,2 ммоль/л, фибриноген 8,3 г/л, фибриноген по Клаусу 8,67 г/л, РФМК – результат положительный. Другие показатели развернутого, биохимического анализов и гемостазиограммы без изменений.

Контрольная фистулохолангиография: через транспеченочный дренаж законтрастирован билиарный тракт. Холедох расширен до 1,2 см. В терминальном отделе холедоха установлен стент, полностью корригирующий опухолевую стриктуру. Желчный

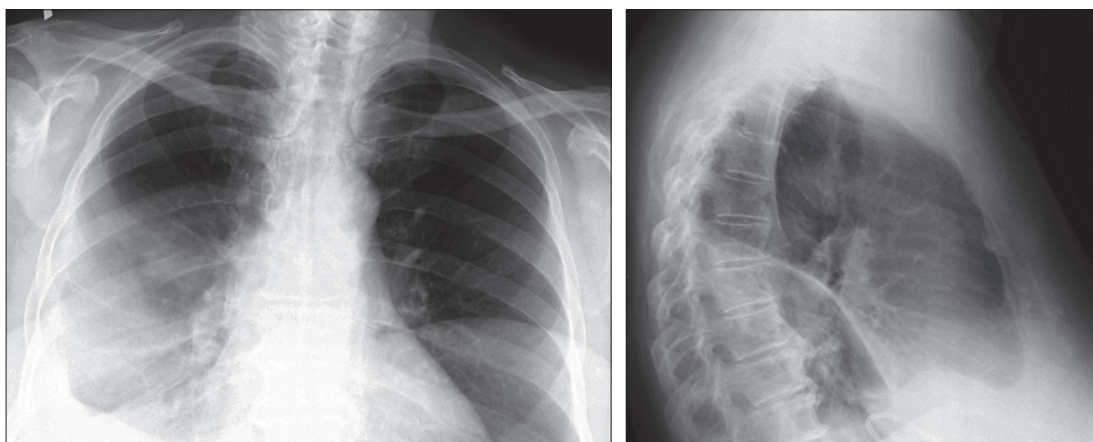


Рис. 9. Рентгенограммы грудной клетки в прямой (а) и боковой (б) проекциях.

пузырь размером до 6×3 см, контрастирование одно-родное. Сброс контраста в двенадцатиперстную кишку активный. Чрескожный чреспеченочный дренаж удален под рентгенологическим контролем (рис. 8).

Рентгенография грудной клетки: грудная клетка не деформирована. Костно-деструктивных изменений не выявлено. Справа – снижение пневматизации средних и нижних отделов за счет наличия свободной жидкости паракостально и по междолевой борозде, диафрагмально в проекции $S_{VIII-IX}$ – зона интенсивного затемнения без четких границ. Слева – легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни легких не расширены, малоструктурны. Купол диафрагмы и синус слева дифференцируются. Средостение расположено обычно, аорта уплотнена. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Гидроторакс справа (рис. 9).

Больная повторно осмотрена терапевтом. На момент осмотра клинико-рентгенологических данных за пневмонию не выявлено. Сопутствующий диагноз: гидроторакс справа. Mts (метастазы) в плевру (?). Гипертоническая болезнь III ст., риск 4 (очень высокий), стабильное течение. Хроническая сердечная недостаточность IIa ст. (2 ФК по NYHA). Хронический бронхит, вне обострения. Деформирующий остеоартроз тазобедренных суставов, НФ I–II ст., БС I–II ст. Ожирение I ст.

Больная консультирована клиническим фармакологом: выполнена смена антибактериальной терапии – цефоперазон/сульбактам, назначен амброксол.

На рентгенограмме справа область затемнения расценена как проявление гиповентиляции нижней доли, а гидроторакс – реактивного характера.

Ультрасонография брюшной полости и плевральных полостей перед выпиской: статус органов гепатопанкреатодуоденальной зоны прежний. Гидроторакс справа 146 мл – динамика положительная. Рекомендован ультразвуковой и рентгенологический контроль органов грудной клетки.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии с полностью купированной механической желтухой под амбулаторное наблюдение терапевта и онколога.

Таким образом, представленный клинический случай и проведенный анализ литературы в очередной раз подтвердили положение о том, что развитие механической желтухи у больных со злокачественными

новообразованиями значительно отягощает течение основного заболевания и требует неотложных мер, направленных на декомпрессию желчевыводящих протоков. В случае неоперабельности опухоли у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей соматической патологией им показаны паллиативные вмешательства – чрескожное чреспеченочное наружное или (предпочтительнее) – наружно-внутреннее дренирование, с возможным последующим чрескожным чреспеченочным стентированием желчных протоков (холедоха), которые являются альтернативой ретроградным вмешательствам при невозможности выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (при неудачных попытках канюляции большого дуоденального соска) и соответственно невозможности выполнения ретроградного стентирования холедоха для ликвидации холестаза.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Рыбкин А.К. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза. *Практическая онкология*. 2004; 5(2): 85–93.
2. Борисов А.Е., Березникова Е.А., Левин Л.А. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. В кн: *Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей*. / Под ред. А.Е. Борисова Т. 2. СПб.: Скифия; 2003; т. 2: 51–84.
3. Стручков Ю.В., Курманбаев А.Г. Применение антеградного дренирования желчевыводящих путей у пациентов с нерезектабельными опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными механической желтухой. *Новости хирургии*. 2015; 23(5): 570–6.

REFERENCES

1. Zemlyanoy V.P., Nepomnyashchaya S.L., Rybkin A.K. Biliary decompression in obstructive jaundice of tumor Genesis. *Prakticheskaya onkologiya*. 2004; 5(2): 85–93. (in Russian)
2. Borisov A.E., Bereznikova E.A., Levin L.A. Cancer of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. In: *Manual of Surgery of the Liver and Biliary Tract* / Ed. A.E. Borisov. St. Petersburg: Skifiya; 2003; vol. 2: 51–84. (in Russian)
3. Struchkov Yu.V., Kurmanbaev A.G. The use of antegrade drainage of the biliary tract in patients with unresectable tumors of the organs biliopancreatoduodenal zone complicated by obstructive jaundice. *Novosti khirurgii*. 2015; 23(5): 570–6. (in Russian)

Поступила 13.06.16
Принята к печати 28.07.16



Рис. 1. Внешний вид большого дуоденального соска при дуоденоскопии после биопсии.



Рис. 2. Рентгенограмма по результатам эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

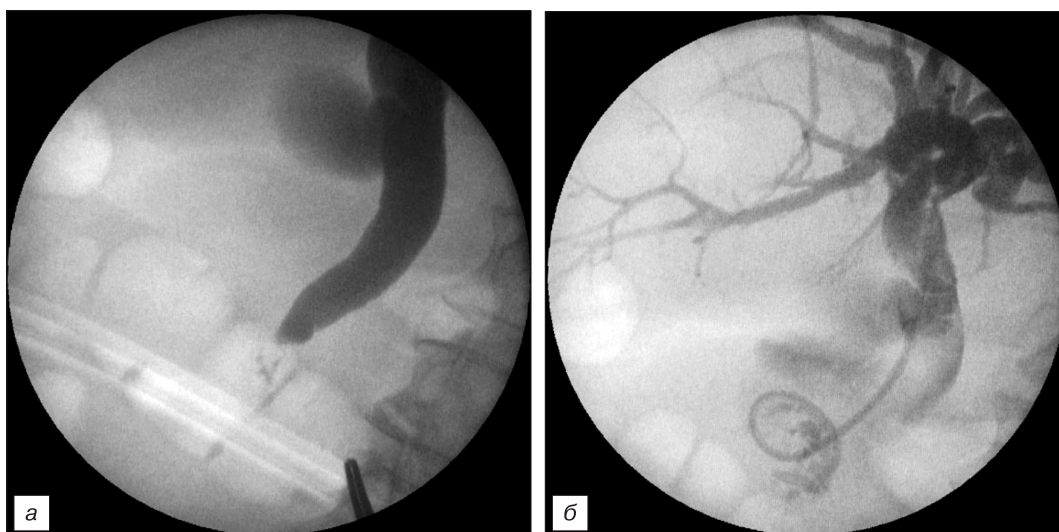


Рис. 3. Интраоперационные холангиограммы при выполнении чрескожного чреспеченочного наружно-внутреннего дренирования билиарного тракта.

а — холангиограмма после пункции сегментарного протока и введения контрастного препарата; б — холангиограмма после проведения наружно-внутреннего дренажа в двенадцатиперстную кишку.

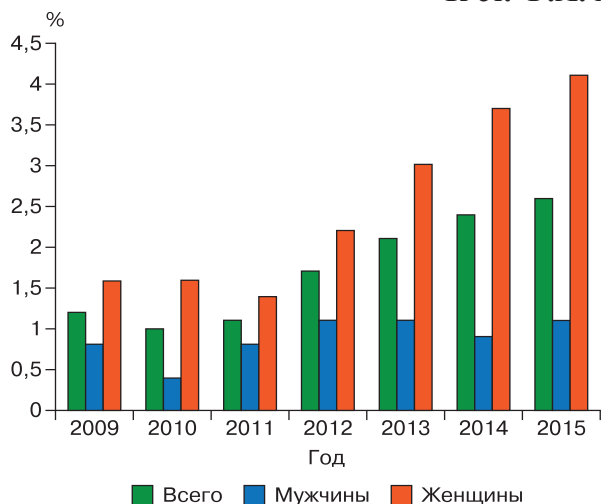


Рис. 1. Показатель экстенсивности заболеваемости раком щитовидной железы за период 2009–2015 гг.

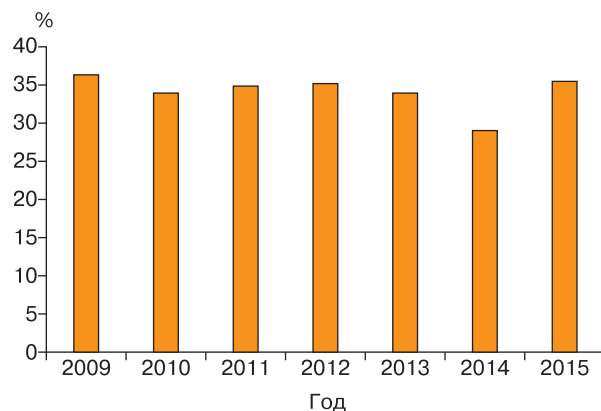


Рис. 2. 5-летняя выживаемость больных раком щитовидной железы за период 2009–2015 гг.