

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ НИТИНОЛОВОГО СТЕНТА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Цаберабый А.А., Аксенов И.Г.*, Снежинский С.И., Шептун Ю.Ю.*

Отделение эндоскопической диагностики,
Днепропетровский областной клинический центр кардиологии и кардиохирургии, Украина
Отделение эндоскопии СМСЧ 6, Днепропетровск, Украина*

The Experience of Nitinol Stent Application for Mechanical Icterus

A.A. Tcaberyabiy, I.G. Aksenov*, S.I. Snezhinskiy, Yu.Yu. Sheptun*

Department of Endoscopic Diagnostics, Dnepropetrovsk Regional Clinical Center of Cardiology and Cardiac Surgery, Ukraine
Department of Endoscopy, SMSP 6, Dnepropetrovsk, Ukraine*

Received: July 16, 2013
Accepted: August 30, 2013

Адреса для кореспонденції:
СМСЧ 6
вул. Тітова, 29
Дніпропетровськ, 49000, Україна
тел.: +38-056-787-65-86
e-mail: igaks@ua.fm

Summary

We describe first experience of nitinol stent application for a patient with mechanical icterus caused by the papilla of Vater cancer with good result.

Key words: mechanical icterus, nitinol stent.

Введение

Диагностика и лечение больных с механической желтухой остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии [2,3,12,13]. Одной из самых неблагоприятных причин развития этой патологии, является рак Фатерова соска, который составляет около 3% опухолей желудочно-кишечного тракта [5] и не имеет тенденции к уменьшению распространенности. Желтуха, обусловленная данной причиной, часто является первым признаком болезни, далеко не всегда сопровождается клиническими симптомами, что не способствует своевременной диагностике.

Радикальная операция — панкреатодуоденальная резекция — возможна не у всех больных. Это связано с возрастом, тяжестью состояния и другими причинами. В настоящее время большинством хирургов признан этапный метод лечения этой патологии. Сначала выполняется декомпрессия билиарного тракта и разрешение механической желтухи одним из методов: дренирование желчного пузыря под контролем ультразвукографии, чрескожно-чреспеченочная холангиостомия, либо эндоскопическое ретроградное назобилиарное или дуоденобилиарное дренирование [1,4,8,9,11], а затем выполняются радикальные или паллиативные операции. В некоторых случаях малоинвазивные методики декомпрессии используются как окончательный вариант лечения [4,6,7,10]. Наиболее эффективным методом желчеотведения является транспапиллярное эндопротезирование гепатикохоледаха с применением нитинолового саморасправляющегося стента.



Рис. 1

Дилатация протоков желчевыводящей системы с сужением в терминальном отделе холедоха.



Рис. 2

Проведено наружное дренирование холедоха.

Клиническое наблюдение

Больной К., 57 лет, в феврале 2013 года поступил в отделение хирургии СМСЧ 6 Днепропетровска с жалобами на желтушность кожных покровов и склер, тошноту, слабость. Объективно: при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, АД 130/80, живот умерено ригидный, болезненный в правом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет.

В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз (12,2) и повышение СОЭ (15); в биохимическом анализе крови — билирубин 173 (прямой — 37), АлАТ 324; АсАТ 336.

УЗИ — признаки механической желтухи, заболевания головки поджелудочной железы.

КТ органов брюшной полости — механическая желтуха с блоком на уровне фатерова соска.

ЭРХПГ — дилатация протоков желчевыводящей системы, заболевание фатерова соска, взята биопсия (рис. 1). Заключение цитоморфологического исследования — высокодифференцированная аденокарцинома.

На фоне проводимой медикаментозной терапии выполнено наложение холедохостомии под контролем УЗИ (рис. 2). После наложения холедохостомии состояние больного улучшилось, снизился уровень билирубина до 19,0, нормализовались показатели креатинина и мочевины. Учитывая категорический отказ пациента и его родственников от хирургического лечения, был установлен саморасправляющийся нитиноловый стент. Предварительно была

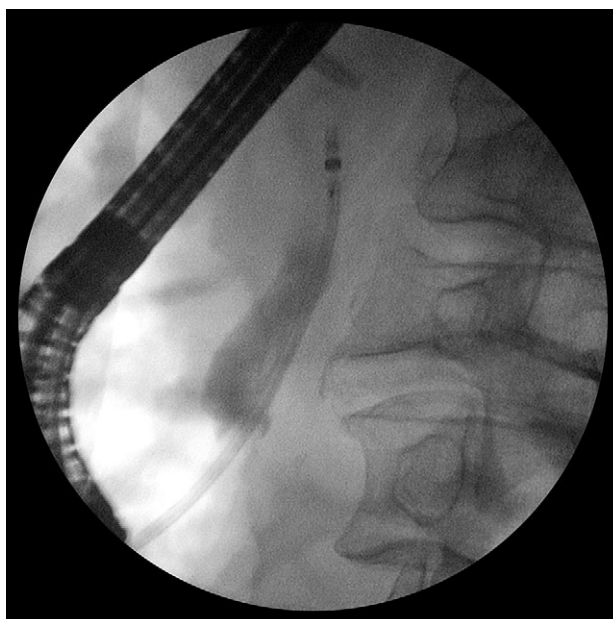


Рис. 3

Доставочное устройство со сложенным стентом проведено в холедох.

выполнена папиллосфинктеротомия, а затем, по струне-проводнику, соблюдая рекомендации производителя, установка стента (рис. 3-4). Осложнений от манипуляции не было. В последующие 12 дней больной предъявлял жалобы на небольшой дискомфорт в области правого подреберья и умеренные боли после приема пищи, которые постепенно регрессировали. Отток желчи по наружному дренажу полностью прекратился на вторые сутки после



Рис. 4

Доставочное устройство удалено, стент расправляется.

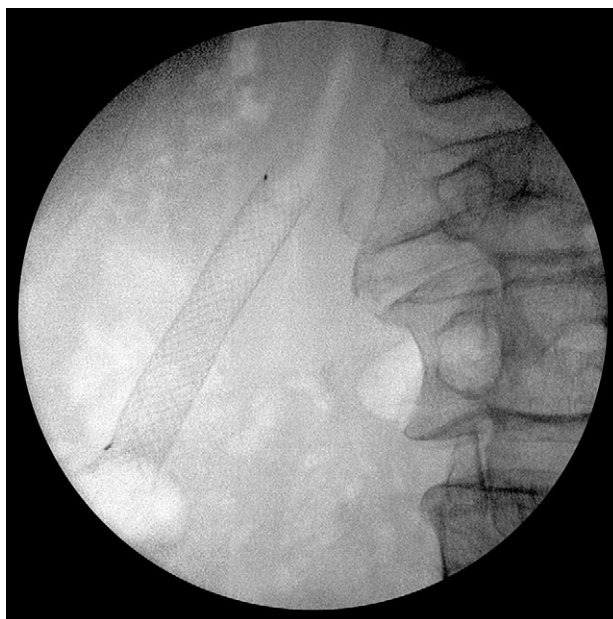


Рис. 5

Контрольная рентгенограмма расположения стента без контрастирования.

стентирования, дренаж удален, сделана контрольная рентгенограмма (рис. 5) и пациент выписан в удовлетворительном состоянии. На момент подготовки сообщения (май 2013) пациент чувствует себя удовлетворительно, жалоб не предъявляет, за исключением незначительных неприятных ощущений в эпигастрии при сгибании туловища.

Выводы

Транспапиллярное дуоденобилиарное дренирование нититоловым стентом является эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарного тракта опухолевой этиологии. Этот метод декомпрессии у больных пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, может служить альтернативой хирургическому лечению.

Литература

1. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В., Биктагиров Ю.И. (1993) Эндоскопическое транспапиллярное введение эндопротезов в желчные и панкреатические протоки. *Анналы НЦХ РАМН*. 2: 55–59
2. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е. и соавт. (1997) Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии. *Анналы хир. гепатол.* 2: 110–116
3. Лапкин К.В., Малярчук В.И., Иванов В.А. и соавт. (1995) Основные направления в снижении риска при хирургическом лечении билиопанкреатического рака. Тез. докл. Первого Московского международного конгресса хирургов. (Москва). с. 264–266
4. Маады А.С. (2002) Обоснование применения эндоскопических способов дренирования желчных путей при злокачественных новообразованиях органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой. Автореф. дис.... к.мед.н. (Москва). 19 с.
5. Седов А.П., Парфенов И.П., Должиков А.А. и соавт. (2008) Рак панкреатодуоденальной зоны: вопросы диагностики и паллиативного лечения. (Белгород). «Изд-во БелГУ». 167 с.
6. Хрусталева М.В. (1997) Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи. *Анналы НЦХ РАМН*. 6: 39–42
7. O'Brien S., Hatfield A.R.W., Craig P.I., Williams S.P. (1995) A three year follow-up of self-expanding metal stents in the endoscopic palliation of long-term survivors with malignant biliary obstruction. *Gut*. 36: 618–621
8. Brugge W.R., Lee M.J., Kelsey P.B. et al. (1996) The use of EUS to diagnose malignant portal venous system invasion by pancreatic cancer. *Gastrointest. Endosc.* 43: 561–567
9. Cotton P.B. (1990) Management of malignant bile duct obstruction. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 5: 63–77
10. Luman W., Cull A., Palmer K.R. (1997) Quality of life in patients' stented for malignant biliary obstructions. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 9: 481–484
11. Matsuda Y., Shimakura Akamatsu T. (1991) Factors affecting the patency of stents in malignant biliary obstructions disease: univariate and multivariate analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 86: 843–849
12. Sherman S., Lehman G., Earle D. et al. (1997) Endoscopic palliation of malignant bile duct obstructions: improvement in quality of life. *Gastrointest. Endosc.* 45: 417
13. Yasuda K. (2000) The handbook of endoscopic endosonography in digestive tract. (Tokio). "Blackwell Science Japan" (eds). 178 p.