

doi: 10.17116/dokgastro20165126-30

Комплексное малоинвазивное лечение гемобилии, возникшей после чрескожно-чреспеченочного дренирования билиарного тракта у пациента с механической желтухой бластоматозного генеза

К.м.н., с.н.с. С.А. БУДЗИНСКИЙ^{1,2*}, асс. каф. Е.В. ГОРБАЧЕВ^{1,2}, к.м.н. Д.А. ФРЕЙДОВИЧ², д.м.н., проф. С.А. КАПРАНОВ², к.м.н. А.Г. ЗЛАТОВРАТСКИЙ², д.м.н., проф. Е.Д. ФЕДОРОВ¹, д.м.н., проф., зав. каф. С.Г. ШАПОВАЛЬЯНЦ¹

¹Кафедра госпитальной хирургии №2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»; ²ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Одной из причин механической желтухи является опухолевая обструкция желчных протоков. При этом наиболее эффективным методом желчеотведения можно считать транспапиллярное стентирование внепеченочных желчных протоков, являющееся в настоящее время «золотым стандартом» лечения данной патологии. При невозможности осуществления ретроградного доступа альтернативой служат чрескожные дренирующие вмешательства под ультразвуковым или рентгенологическим контролем, а также хирургические методы лечения. Все эти подходы сопряжены с потенциальным риском серьезных осложнений, одним из которых является кровотечение. Так, при чрескожных чреспеченочных дренирующих вмешательствах геморрагии развиваются в 2—3% случаев, а при ретроградных — в 1,2—1,5% клинических ситуаций. В статье представлен опыт успешного комплексного малоинвазивного лечения гемобилии, возникшей после чрескожно-чреспеченочного дренирования билиарного тракта у пациента с механической желтухой бластоматозного генеза.

Ключевые слова: опухоль головки поджелудочной железы, механическая желтуха, ангиография, эндоскопическое билиодуоденальное протезирование.

The combined minimally invasive treatment of hemobilia developing after percutaneous drainage of the biliary tract in the patients presenting with mechanical jaundice of blastomatous genesis

S.A. BUDZINSKY^{1,2}, E.V. GORBACHEV^{1,2}, D.A. FREIDOVICH², S.A. KAPRANOV², A.G. ZLATOVRAATSKY², E.D. FEDOROV¹, S.G. SHAPOVAL'YANTS¹

¹Department of Hospital Surgery №2 with the research laboratory of surgical gastroenterology and endoscopy, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; ²City Clinical Hospital №31, Moscow Health Department, Moscow

One of the causes of mechanical jaundice is the blockade of the bile ducts by a tumour. The most efficient method for the drainage of the obstructed biliary tract is transpapillary stenting of the extrahepatic bile ducts that is currently considered to be the «golden standard» in the treatment of this pathology. Whenever the retrograde access is impracticable, the alternative methods can be used including either percutaneous drainage under ultrasound or X-ray control or the surgical intervention. All these approaches are associated with the serious risk of hemorrhage. For example, percutaneous transhepatic drainage is known to cause bleeding in 2—3% of the cases while retrograde interventions result in hemorrhage in 1.2—1.5% of the clinical situations. The present article reports the experience with the combined minimally invasive treatment of hemobilia known to develop after percutaneous transcatheter drainage of the biliary tract as exemplified by the management of a patient presenting with mechanical jaundice of blastomatous genesis.

Keywords: tumour of the head of the pancreas, mechanical jaundice, angiography, endoscopic bilio-duodenal prosthetics.

При механической желтухе, обусловленной опухолевой обструкцией желчных протоков, наиболее эффективным методом желчеотведения признано транспапиллярное стентирование внепеченочных желчных протоков, являющееся в настоящее время «золотым стандартом» помощи данной категории пациентов [1]. Однако при невозможности осуществ-

ления ретроградного доступа альтернативой служат чрескожные дренирующие вмешательства под ультразвуковым или рентгенологическим контролем, а также хирургическое лечение [2]. Все эти подходы сопряжены с потенциальным риском серьезных осложнений, одним из которых является кровотечение. Так, при чрескожных чреспеченочных дрениру-

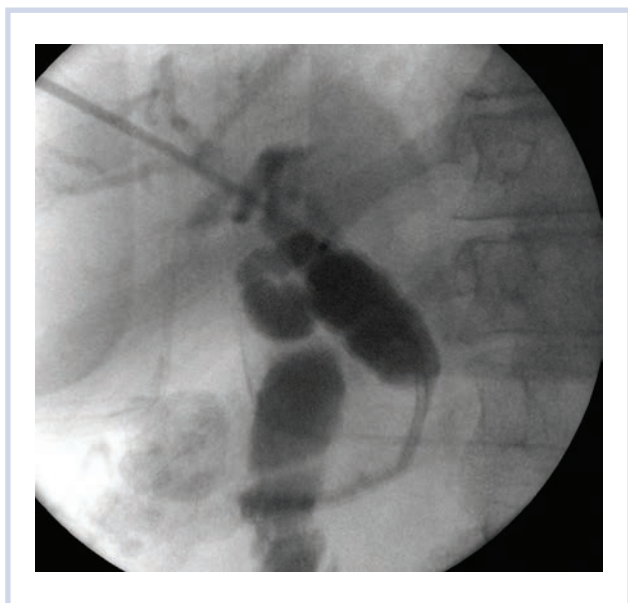


Рис. 1. Антеградное дренирование билиарного тракта посредством установки наружно-внутреннего дренажа (холангиограмма).

ющих вмешательствах геморрагия возникает в 2—3% случаев, а при ретроградных — в 1,2—1,5% [3, 4].

Представляем клинический пример успешного комплексного малоинвазивного лечения гемобилии, возникшей после чрескожно-чреспеченочного дренирования билиарного тракта у пациента с механической желтухой бластоматозного генеза.

Пациент П. поступил в клинику 02.01.2016 с жалобами на сухость во рту, пожелтение кожных покровов и склер, потемнение мочи, слабость в течение последних 2 нед. По данным биохимического анализа крови было отмечено повышение уровней общего билирубина до 191,4 мкмоль/л, аспартат-аминотрансферазы (АСТ) — до 275,5 ЕД/л, аланин-аминотрансферазы (АЛТ) — до 450,4 ЕД/л, щелочной фосфатазы (ЩФ) — до 662,7 ЕД/л. В общем анализе крови: гемоглобин 131 г/л, эритроциты $4,52 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $11,6 \cdot 10^9$ /л. При УЗИ брюшной полости была выявлена дилатация общего желчного протока до 18 мм, а также объемное образование головки поджелудочной железы со сдавлением дистального отдела холедоха, множественные метастазы в печени и парапанкреатическая лимфаденопатия.

Учитывая данные предоперационного обследования, пациенту с целью разрешения механической желтухи было выполнено антеградное дренирование желчных протоков с установкой наружно-внутреннего дренажа (рис. 1). Ближайший послеоперационный период протекал гладко, механическая желтуха имела явную тенденцию к разрешению, о

чем свидетельствовало снижение уровня общего билирубина до 95 мкмоль/л.

Однако через 10 сут после первичного вмешательства вновь появились признаки нарастания механической желтухи: уровень общего билирубина повысился с 95 до 130 мкмоль/л. Помимо этого снизилось содержание гемоглобина с 131 до 107 г/л, а по наружно-внутреннему дренажу было отмечено поступление желчи с примесью геморрагического содержимого. При этом ежедневный дебит желчи составлял лишь 100—150 мл.

Было принято решение о выполнении повторного сочетанного антеградного и ретроградного вмешательства в срочном порядке. Первым этапом была выполнена фистулография, позволившая обнаружить расширение общего желчного протока до 15 мм и неомогенное содержимое в просвете холедоха — сгустки крови (рис. 2). Выполнена замена наружно-внутреннего дренажа, санация холедоха с отмыванием от сгустков крови. Вторым этапом произведено эндоскопическое ретроградное вмешательство: канюляционная папиллотомия, санация холедоха и транспапиллярное билиарное стентирование пластиковым стентом диаметром 10 Фр и длиной 9 см (Boston Scientific) (рис. 3). Во время вмешательства выявлено периодическое поступление из устья холедоха желчи с геморрагическим компонентом и сгустками крови. По завершению вмешательства была оставлена контрольная наружная холангиостома.

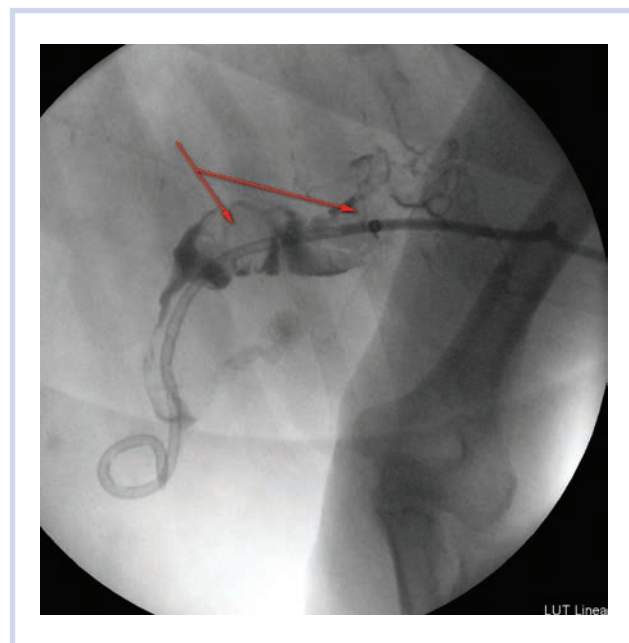


Рис. 2. Наличие в просвете внепеченочных желчных протоков массивных сгустков крови (указаны стрелкой) (холангиограмма).

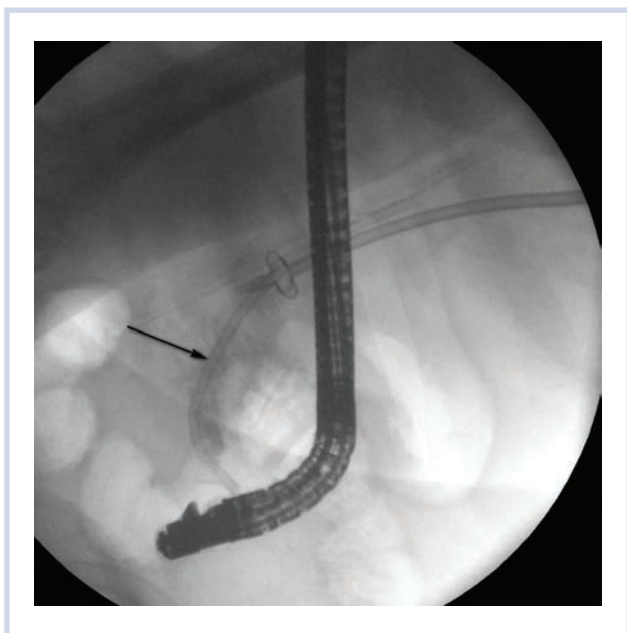


Рис. 3. Ретроградная установка пластикового билиарного стента (указан стрелкой) при оставленной контрольной наружной холангиостоме (рентгенологическая картина).

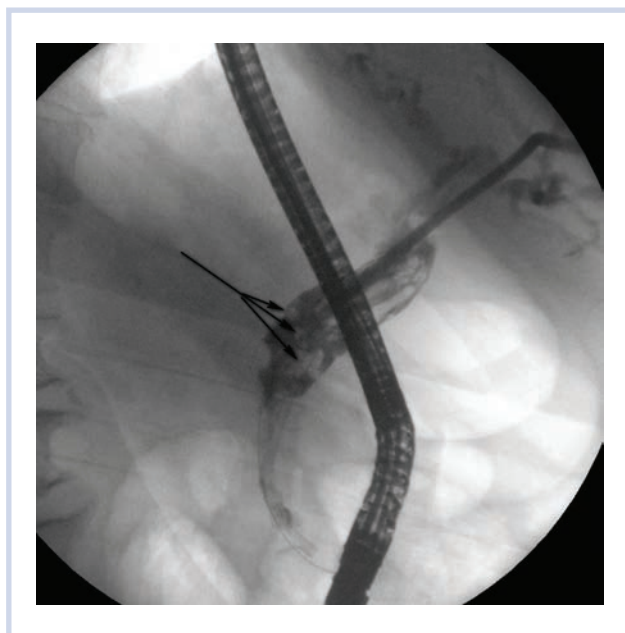


Рис. 4. Наличие в просвете внепеченочных желчных протоков (указаны стрелкой) сгустков крови (холангиограмма).

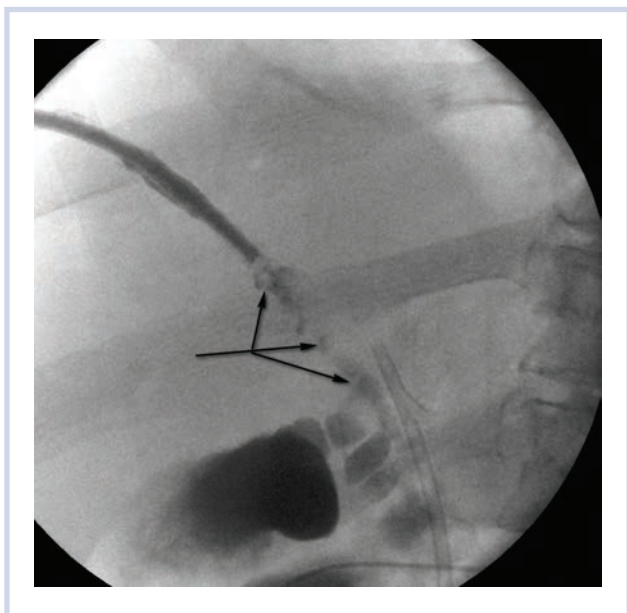


Рис. 5. Попытка чрескожно-чреспеченочной пломбировки дренажного канала (фрагменты устанавливаемой гемостатической губки указаны стрелками), рентгенологическая картина.

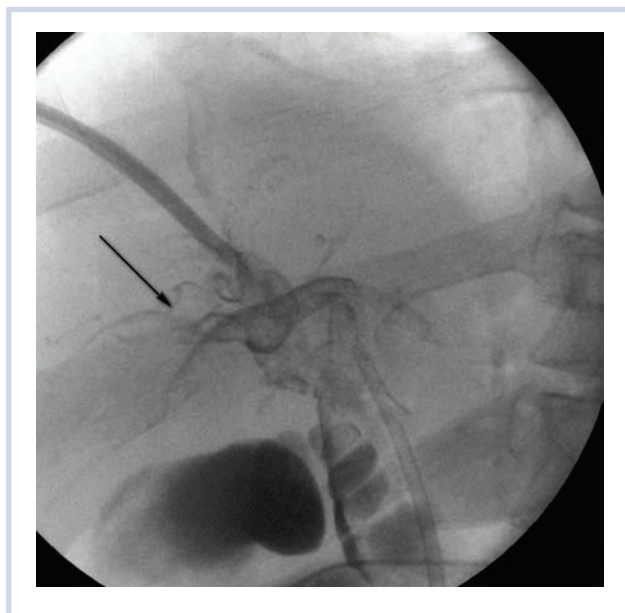


Рис. 6. Заполнение контрастным веществом артериального сосуда (указан стрелкой) при попытке выполнения антеградной холангиографии.

Однако в течение 2 сут отмечено дальнейшее снижение гемоглобина со 107 до 87 г/л, а по наружной холангиостоме продолжала поступать желчь с геморрагическим содержанием, в связи с чем было высказано предположение о травме крупной сосудистой структуры.

В срочном порядке была выполнена фистулография, при которой в просвете холедоха вновь визуализировались сгустки крови (рис. 4). Произведе-

на антеградная санация желчного дерева и попытка пломбировки дренажного хода с повторной установкой наружного дренажа (рис. 5), однако при постепенном извлечении дренажной трубки и проведении пломбировки дренажного канала в средних его отделах отмечено активное поступление крови. При контрастировании выявлено сообщение с артериальным сосудом диаметром около 0,5–0,7 мм (рис. 6).



Рис. 7. Узурация контуров сегментарной ветви правой печеночной артерии (указана стрелкой) без явных признаков экстравазации (артериография).

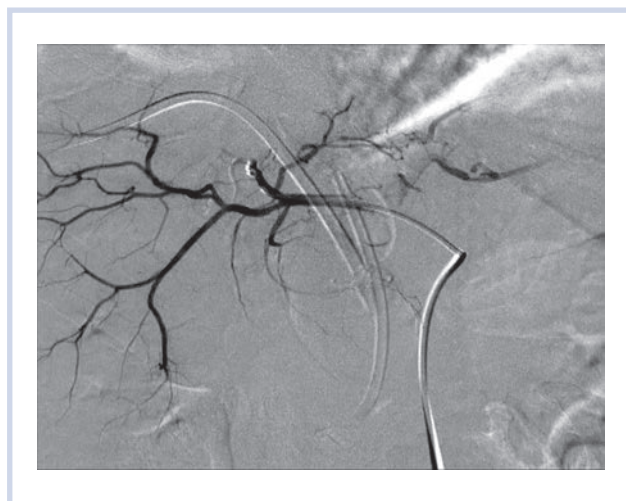


Рис. 8. Отсутствие контрастирования поврежденной сегментарной ветви правой печеночной артерии (артериография).

Учитывая повреждение артериальной ветви, от пломбировки дренажного хода консилиумом было принято решение отказаться в пользу ангиографии ветвей общей печеночной артерии с целью выполнения селективной эмболизации поврежденной артерии.

Под местной анестезией была пунктирована правая общая бедренная артерия. В нее по проводнику установлен интродьюсер диаметром 5 Фр. Диагностический катетер диаметром 5 Фр был проведен в устье чревного ствола, затем в правую печеночную артерию с последующим выполнением артериографии. При этом в области сегментарной ветви правой печеночной артерии, локализующейся в проекции стояния чреспеченочного дренажа, визуализировалась узурация контуров без явных признаков экстравазации контрастного вещества (**рис. 7**). Выполнена суперселективная катетеризация данной ветви с последующей ее эмболизацией спиралью. При контрольной артериографии данная сегментарная ветвь не контрастировалась (**рис. 8**).

Ближайший послеоперационный период протекал гладко. Отмечено некоторое повышение уровня гемоглобина с 87 до 91 г/л в течение первых суток и отсутствие поступления геморрагического содержимого через страховочную холангиостому.

В качестве заключительного этапа лечения через 1 сут от предыдущего вмешательства была выполнена повторная транспапиллярная процедура. Произведено билиодуоденальное репротезирование посредством удаления частично инкрустированного старыми сгустками крови пластикового билиарного протеза и его замены на частично покрытый саморасширяющийся стент длиной 8 см и диаметром

10 мм (Boston Scientific) (**рис. 9, 10**). После извлечения проводящего комплекса по стенту отмечено поступление обильного количества неизменной желчи без патологических примесей.

Послеоперационный период протекал гладко. В общем анализе крови отмечено повышение уровня гемоглобина до 97 г/л и явная тенденция к разрешению механической желтухи: в биохимическом

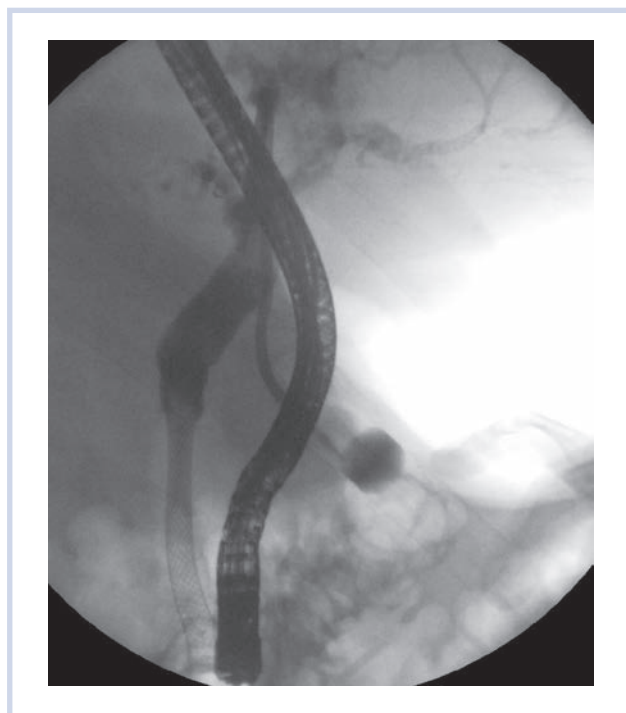


Рис. 9. Ретроградная установка билиарного частично покрытого металлического стента (холангиограмма).

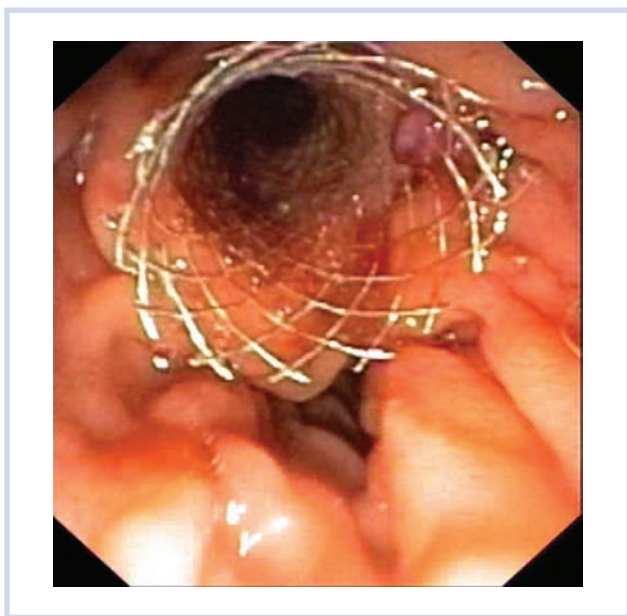


Рис. 10. Ретроградная установка билиарного частично покрытого металлического стента (эндофото).

анализе крови отмечено снижение общего билирубина до 76 мкмоль/л, АСТ до 53 ЕД/л, АЛТ до 34 ЕД/л, а ЩФ до 197 ЕД/л. Пациент был выписан из стационара на 5-е сутки после последнего ретроградного вмешательства в удовлетворительном состоянии под наблюдение онкологом по месту жительства.

Таким образом, ретроградное и антеградное дренирование билиарного тракта, являясь базовыми и наиболее широко применяемыми методами разрешения острой механической желтухи blastomatozного генеза, в то же время обладают целым рядом серьезных, опасных, а зачастую и фатальных осложнений. Комплексный подход к диагностике и лечению подобных осложнений, в том числе при повреждении ветвей печеночных артерий при чрескожно-чреспеченочном доступе, позволяет ликвидировать неблагоприятные последствия первичного вмешательства и избежать открытых хирургических операций и неблагоприятных исходов малоинвазивного лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Artifon EL, Chaves DM, Ishioka S, Souza TF, Matuguma SE, Sakai P. Echoguided hepatico-gastrostomy: a case report. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007;62(6):799-802.
doi:10.1590/s1807-59322007000600023
2. Beissert M, Wittenberg G, Sandstede J, Beer M, Tschammler A, Burghardt W, Jahns R, Hahn D. Metallic Stents and Plastic Endoprotheses in Percutaneous Treatment of Biliary Obstruction. *Journal Zeitschrift für Gastroenterologie*. 2002;40(7):503-510.
doi:10.1055/s-2002-32806
3. Irisawa A, Hikichi T, Shibukawa G, Takagi T, Wakatsuki T, Takahashi Y, Imamura H, Sato A, Sato M, Ikeda T, Suzuki R, Ohara K, Ohira H. Pancreatobiliary drainage using the EUS-FNA technique: EUS-BD and EUS-PD. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2009;16:598-604.
doi:10.1007/s00534-009-0131-5
4. Saad WE, Davies MG, Darcy MD. Management of bleeding after percutaneous transhepatic cholangiography or transhepatic biliary drain placement. *J Tech Vasc Interv Radiol*. 2008;11(1):60-71.
doi:10.1053/j.tvir.2008.05.007
5. ASGE Standards of Practice Committee, Anderson MA, Fisher L, Jain R, Evans JA, Appalaneni V, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS, Fanelli RD, Fisher DA, Fukami N, Hwang JH, Ikenberry SO, Jue TL, Khan KM, Krinsky ML, Malpas PM, Maple JT, Sharaf RN, Shergill AK, Dominitz JA. Complications of ERCP (ASGE Guideline). *Gastrointestinal Endoscopy*. 2012;75(3):467-473.
doi:10.1016/s0016-5107(12)00049-1

ВПЕРВЫЕ В РОССИИ

Приложения
для iPad от издательства
Медиа Сфера

