

# Стентирование (стент-графт) гепатикохоледоха при механической желтухе опухолевой этиологии

В.Н. Шиповский, М.Ш. Цициашвили, Ш.Р. Джуракулов, Ч. Хуан, Ш.Г. Магомедов

ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва  
РГМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва

## Резюме

Представлено клиническое наблюдение эндопротезирования гепатикохоледоха у больной с синдромом механической желтухи опухолевого генеза. Имплантирован стент-графт «Fluency» BARD, USA с хорошим непосредственным результатом.

**Ключевые слова:** стентирование гепатикохоледоха, механическая желтуха, стент-графт.

## Stenting (stent-graft) the bile duct for obstructive jaundice of tumor etiology

V.N. Shipovskii, M.Sh. Tsitsiashvili, Sh.R. Jurakulov, C. Huang, Sh.G. Mogamedov

«Clinical hospital» of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

Pirogov's Russian State Medical University, Moscow

## Summary

Currently, in the treatment of obstructive jaundice, the first stage of method used is decompression (drainage) of bile ducts using mini-invasive technologies (percutaneous, endoscopic) due to the high risk of intraoperative complications during the surgery. This article presents the very first experience of stenting the bile duct with stent-graft «Fluency (BARD, USA)» in the treatment of obstructive jaundice caused by gallbladder cancer. We used this new mini-invasive method in treating obstructive jaundice, and it will not interrupt any future re-operations. At first the percutaneous external-internal drainage was performed and 12 days after that – the stenting of common bile duct with bare stent «Genesis». However, in the early postoperative period a proliferation of tumor in lumen of stent was formed. This leads to the re-narrowing of common bile duct at 85%. Re-intervention was done using the stent-graft (stent in stent) producing good technical and clinical result.

**Key words:** stenting of bile duct, jaundice, stent-graft.

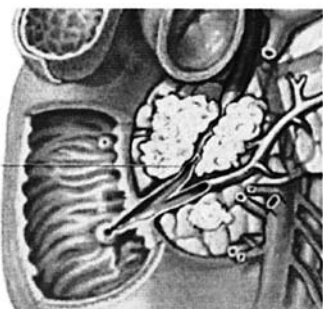
**Координаты для связи с автором:** 107143, г. Москва, ул. Лосиноостровская, 45

Одним из осложнений рака желчного пузыря и желчевыводящих протоков является механическая желтуха с блоком на уровне ворот печени. На сегодняшний день при лечении механической желтухи на первом этапе в связи с высоким риском интраоперационных осложнений при осуществлении оперативных вмешательств на высоте желтухи используются методы направленные, на декомпрессию (дренирование) желчевыводящих путей с применением малоинвазивных технологий (чрескожных, эндоскопических). При этом используют различные эндоскопические (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, в сочетании с литотрипсией, литоэкстракцией, бужированием и дернированием протоков) и чрескожные чреспеченочные вмешательства (наружное или наружно-внутреннее дренирование). В дальнейшем после разрешения желтухи в более благоприятных условиях решается вопрос о хирургическом, химиотерапевтическом или лучевом лечении.

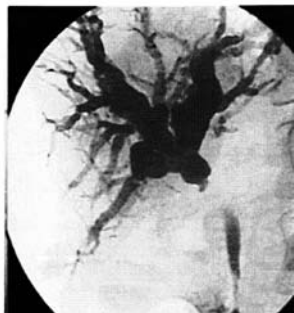
Представлен первый собственный опыт эндопротезирования гепатикохоледоха (стент-графт «Fluency») в лечении механической желтухи вызванной злокачественной опухолью желчного пузыря. Использована новая малоинвазивная методика лечения механической желтухи, которая не исключает возможность выполнения повторных операций. Первым этапом больной было выполнено чрескожное наружно-внутреннее дренирование, вторым через 12 дней – стентирование холедоха. Однако в ближайшем послеоперационном периоде произошла пролиферация опухоли в просвет стента, что привело к вторичному сужению просвета гепатикохоледоха на 85%, по поводу чего выполнено повторное вмешательство эндопротезирование стент-графтом (stent in stent) с хорошим техническим и клиническим результатом.

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больная 3., 62 лет, поступила в отделение общей хирургии 08.09.2008 г. с жалобами на ноющие боли в области правого подреберья, желтушность кожных покровов и склер, потемнение мочи и осветление кала. Со слов больной в течение последней недели отмечала наличие постоянных тупых болей в области правого подреберья, умеренную желтушность кожных покровов и склер. Ранее за медицинской помощью не обращалась и не обследовалась. В течение 15 лет страдает ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом с приступами желчных коликов. При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы и склеры желтухиты. Температура тела – 36,8°C. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Ч.д - 18'. Пульс 84 уд., ритмичный, хорошего наполнения, артериальное давление 135/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен желтым налетом. Живот не вздут, обычной формы, симметричный. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень по краю реберной дуги, пальпаторно умеренно болезненная. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Керра, Образцова, Василенко, Ортнера – отрицательные. Притупления в отлогих местах живота нет. Кишечные шумы обычные, шума плеска нет. По данным: УЗИ печени и желчевыводящих путей – увеличение и деформация желчного пузыря, визуализация камня в полости пузыря; увеличение диаметра холедоха до 10 мм, внутрипеченочных протоков 5 мм, утолщение стенки холедоха и взвесь в его просвете. ЭРХПГ – наличие дефекта наполнения с нечеткими, неровными контурами, наличие блока контрастирования и ампутация проксимальных протоков; ЧХГ – наличие дефекта наполнения с четкими ровными контурами, расширение протоков и блок в проксимальном отделе холедоха (рис. 1); КТ исследование – картина рака желчного пузыря с прорастанием 12-перстной кишки и блоком на уровне общего желчного протока, признаки желчной гипертонии, камень желчного пузыря.



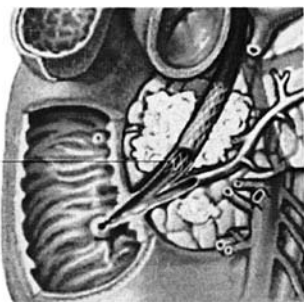
**Рис. 1. Сдавление холедоха опухолью**



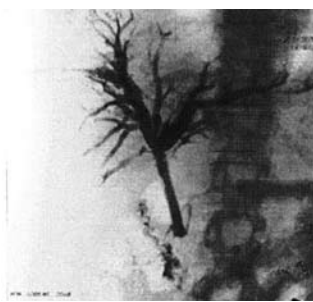
**Рис. 3. Рестеноз в проксимальной порции стента**



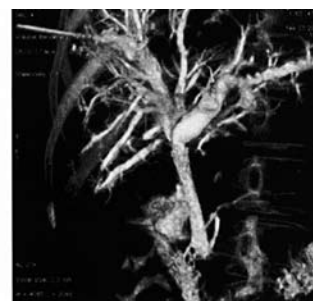
**Рис. 4. Чрескожная чреспеченочная холангиография после эндопротезирования (stent in stent)**



**Рис. 2. Стентирование холедоха**



**Рис. 5. Холангиография через 5 месяцев после стентирования холедоха**



Учитывая состояние больной, от прямой хирургической операции решено отказаться.

25.09.2008 выполнено стентирование общего печеночного и общего желчного протоков. Из правого среднеаксиллярного доступа на уровне 7 межреберья пунктирован долевой желчный проток печени и установлен катетер 8F. При контрольной холангиографии блок в проекции устья пузырного протока на протяжении 3 см. и признаки желчной гипертензии. Блок пройден проводником Roadrunner до двенадцатиперстной кишки. Катетер заменен на интродьюсер 8F, по нему в область блока имплантирован самораскрывающийся металлический стент «Palmaz-Genesis» 8 мм x 53 мм (рис. 2).

Контрольная холангиография показала, что стент расправлен полностью, отмечен сброс желчи в 12-ую кишку. В проксимальной порции стента оставлен контрольный страховочный дренаж: 9 F.

На вторые сутки после операции при контрольной ЧЧХГ выявлен 65% рестеноз стента (рис. 3), который очевидно связан с пролиферацией опухоли в просвет стента.

Поэтому решено выполнить имплантацию стент-графта «Fluensy» BARD, (США) в область рестеноза (stent in stent), под местной анестезией тем же доступом проведен проводник Roadrunner 0,038 до ДПК, дренаж заменен на интродьюсер 8F и имплантирован стент-графт 8 мм x 50 мм. в суженную зону стента. При фистулохолангиографии стент-графт раскрыт полностью, просвет свободно проходим (рис. 4).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана из отделения на 5-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через 5 мес. По данным холангиографии стент-графт полностью состоятелен (рис. 5).

В последние годы появились публикации по использованию эндопротезов в лечении механической желтухи. В работе Inal M. представлены результаты стентирования общего желчного протока [1]. Пролечено 154 больных с механической желтухой вызванной злокачественной

опухолью желчного пузыря, общего желчного протока головки поджелудочной железы и метастазами в печень. Было имплантировано 224 саморасширяющихся стента (150 Wallstents и 74 Memotherm). Технический успех составил во всех случаях 100%, 30-дневная смертность у 9% больных (не связанных с операцией), клиническое улучшение в раннем периоде наблюдалось у 88% пациентов. Fanelli F. et al. [2] опубликовал результаты проходимости стентов с покрытием (ePTFE/FEP) установленных в холедох, у такого же контингента больных. Через 12 месяцев были проходимы 85,7% стентов, выживаемость – 20%. Осложнения выявлены у 5 (6,4%) пациентов. По мнению авторов при средних сроках наблюдения эндопротезы оказались эффективным способом лечения.

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует эффективную возможность применения чрескожного восстановления проходимости холедоха при ее опухолевом поражении. Получен хороший непосредственный и отдаленный результат операции. Установлено преимущество стент-графтов над голометаллическими стентами при опухолевой обструкции холедоха.

Список сокращений:

- ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография
- ЧЧХС – чрескожная чреспеченочная холангиостомия

#### Литература

1. Inal M., Akgiil E., Aksungur E., Demiryurek H., Yagmur O. Percutaneous self-expandable uncovered metallic stents in malignant biliary obstruction. Complications, follow-up and reintervention in 154 patients. Acta Radiol. 2003; 44 (2): 139–46.
2. Fanelli F., Orgera G., Bezzi M., Rossi P., Allegritti M., Passariello R. Management of malignant biliary obstruction: technical and clinical results using an expanded polytetrafluoroethylene fluorinated ethylene propylene (ePTFE/FEP)-covered metallic stent after 6-year experience. Eur Radiol. 2008; 18(5):911-9.