© ХАДАНОВ А. А., ПРИВАЛОВ Ю. А., НЕУСТРОЕВ В. Г., ЖУРАВЛЕВ С. В., ГУМЕРОВ Р. Р., ЕГОРОВ И. А.

УДК: 616.36-008.811.6

DOI: 10.20333/2500136-2020-1-89-95

Механическая желтуха как мультидисциплинарная проблема. Клинический случай

А. А. Хаданов¹, Ю. А. Привалов¹, В. Г. Неустроев², С. В. Журавлев³, Р. Р. Гумеров⁴, И. А. Егоров⁴

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск 664001, Российская Федерация

²Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, Иркутск 664001, Российская Федерация

³Областной онкологический диспансер, Иркутск 664001, Российская Федерация

⁴Клиническая Больница РЖД-Медицина, Иркутск 664001, Российская Федерация

Резюме. Приведено клиническое наблюдение, демонстрирующее междисциплинарный подход в лечении пациента с опухолью большого дуоденального сосочка, осложненной механической желтухой.

Ключевые слова: механическая желтуха, рак большого дуоденального сосочка, РХПГ.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Хаданов АА, Привалов ЮА, Неустроев ВГ, Журавлев СВ, Гумеров РР, Егоров ИА. Механическая желтуха как мультидисциплинарная проблема. Клинический случай. *Сибирское медицинское обозрение*. 2020;(1):89-95. DOI: 10.20333/2500136-2020-1-89-95

Mechanical jaundice as a multidisciplinary problem. Clinical case

A. A. Khadanov¹, Yu. A. Privalov¹, V. G. Neustroev², S. V. Zhuravlev³, R. R. Gumerov⁴, I.A. Egorov⁴

¹Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk 664001, Russian Federation

²Irkutsk Regional Clinical Consultative and Diagnostic Center, Irkutsk 664001, Russian Federation

³Regional Oncology Center, Irkutsk 664001, Russian Federation

⁴Railway Clinical Hospital on the station Irkutsk-Passazhirskiy, Irkutsk 664001, Russian Federation

Abstract. There is clinical observation demonstrating interdisciplinary approach in treating a patient with a tumour of large duodenal papilla complicated by mechanical jaundice.

Key words: mechanical jaundice, cancer of large duodenal papilla, ERCP.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Khadanov AA, Privalov YuA, Neustroev VG, Zhuravlev SV, Gumerov RR, Egorov IA. Mechanical jaundice as a multidisciplinary problem. Clinical case. *Siberian Medical Review*. 2020;(1):89-95. DOI: 10.20333/2500136-2020-1-89-95

Большая группа болезней гепатобилиарной системы и поджелудочной железы сопровождается развитием механической непроходимости желчных протоков, проявляющейся желтушной окраской кожи и склер. Известно, что желтуха является лишь симптомом болезни, хотя длительно не устранимая механическая непроходимость желчных путей приводит, как правило, к тому, что желтуха становится самостоятельным заболеванием. Причиной этому служат изменения в органах, которые развиваются вследствие холестаза. По данным многих авторов, число воспалительных и опухолевых заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны, вызывающих непроходимость желчных протоков, продолжает увеличиваться [1, 2].

Причинами механической желтухи доброкачественного генеза являются: холедохолитиаз от 16 до 31 %; первичный изолированный стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) - 2,3-32,2 %; хронический панкреатит - 2,1-11,6 %; стриктура холедоха - 1,7-7,4 %; синдром Мириizzi - 2,7-5 %, а также ятрогенные повреждения желчных протоков от 0,22 до 0,86 %.

Среди злокачественных заболеваний, сопровождающихся дистальным блоком желчеоттока, выделяют опухоли периапулярной зоны, к которым относят опухоли головки поджелудочной железы, БДС, дистального отдела общего желчного протока и 12-перстной кишки (ДПК). К злокачественным заболеваниям, вызывающим проксимальный блок

желчеоттока относятся: рак общего печёчного протока, рак среднего отдела общего желчного протока, рак желчного пузыря с прорастанием в гепатихоохледох, а также метастатическое поражение лимфоузлов печёчно-двенадцатиперстной связи и ворот печени.

Чем раньше выявлен характер патологического процесса и выполнено рациональное пособие для восстановления оттока желчи из печени, тем лучше результат лечения больного.

Дифференциальная диагностика причин непроходимости билиарного тракта трудна из-за сходства их клинических проявлений и однотипности лабораторных изменений. В 70-х годах прошлого столетия были разработаны и внедрены в клиническую практику эндоскопические чреспапиллярные исследования и операции, которые сформировали эндохирургическое направление и продолжают совершенствоваться [2]. Если раньше объёмные и травматичные операции выполняли практически на пике билирубинемии, с большим риском осложнений, то в настоящее время миниинвазивные эндоскопические транспапиллярные вмешательства для ликвидации желтухи обеспечивают возможность этапного лечения больных.

Несмотря на внедрение современных методов диагностики, в настоящее время не до конца решены вопросы междисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании помощи пациентам с синдромом желтухи. Нередко возникают сложности на этапе первичной дифференциальной диагностики, нарушение стандартов обследования, а также ошибки в интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследований.

Одной из редких причин нарушения желчеоттока является опухоль БДС. При этом механическая желтуха может быть ранним симптомом заболевания. Рак БДС составляет 0,2–2,0 % в структуре злокачественных поражений желудочно-кишечного тракта и встречается у 6–20 % больных с периапулярными злокачественными опухолями. В России ежегодно выявляются 5–6 новых случаев рака БДС на 1 млн человек [2, 3, 4]. По гистологическим признакам выделяют два типа аденокарцином БДС: интестинальный и панкреатобилиарный. Аденокарцинома БДС исходит из эпителия слизистой

двенадцатиперстной кишки, покрывающей сосочек, или из эпителия слизистой оболочки интрамуральной части общего желчного и/или главного панкреатического протока. По степени дифференцировки выделяют высоко дифференцированную, умеренно дифференцированную, низко дифференцированную и недифференцированную аденокарциномы. Современным стандартом хирургического лечения больных раком БДС является панкреатодуоденальная резекция [2, 5, 6]. В единичных наблюдениях возможно выполнение эндоскопических органосохраняющих вмешательств.

Приводим наше клиническое наблюдение, демонстрирующее междисциплинарный подход в ведении пациента с опухолью БДС, осложненной механической желтухой.

Пациент В., 1957 г.р., поступил в хирургическое отделение с жалобами на выраженную слабость, умеренную желтушность кожных покровов, иктеричность склер, отсутствие аппетита и снижение веса. Из анамнеза: желтушность кожных покровов появилась больше месяца назад. Пациент прошёл обследование в инфекционной больнице, где исключили диагноз вирусного гепатита. Лечился в терапевтическом отделении с диагнозом: Хронический гепатит неясной этиологии. При ФЭГДС использован гастроскоп с прямой оптикой, БДС не был осмотрен.

При поступлении состояние пациента средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые желтушны. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При УЗИ: умеренно выраженная билиарная гипертензия с увеличением размеров желчного пузыря. Диффузные изменения в поджелудочной железе. В анализах крови: общий билирубин 181 мкмоль/л (прямой - 128,4, непрямой - 52,6), АЛТ- 111 ед/л., АСТ- 346 ед/л., ГГТП – 415,5 ед/л., щелочная фосфатаза- 406 ед/л.

В эндоскопическом отделении Иркутского Диагностического Центра выполнена ФЭГДС (рис. 1). Продольная складка БДС расширена до 10-12 мм. БДС увеличен до 8-12 мм, по краю его устья выявлена плотная мелкобугристая опухоль в виде втянутой площадки, ткань которой контактно и спонтанно кровоточива. При эндоскопическом

Рисунок 1. Эндоскопическая картина опухоли БДС: 1 - опухоль БДС; 2 - расширение продольной складки в результате гипертензии интрамуральной части холедоха.

Figure 1. Endoscopic picture of large duodenal papilla tumour: 1 – large duodenal papilla tumour; 2 – expansion of longitudinal fold as a result of hypertension of intramural part of choledochous duct.

ультразвуковом исследовании (эндоУЗИ) выявлено расширение печеночных желчных протоков до 6 мм, общего желчного протока – до 9 мм (рис. 2). Отмечено соединение холедоха и главного панкреатического протока в стенке ДПК (что и образует расширение продольной складки). Желчный пузырь увеличен в размерах, стенка не утолщена, равномерно трехслойная. В желчном пузыре конкрементов нет. Фатеров сосочек умеренно увеличен до 12,4х8,2 мм. Внутристеночно определяется ткань низкой эхогенности. Не исключена инвазия в подслизистый слой на протяжении 1 мм, глубиной не более 1 мм. (рис.3). Главный панкреатический проток шириной до 4 мм, в терминальном отделе до 3,2 мм. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ее четкие. Заключение: Опухоль БДС с признаками

билиарной и незначительной панкреатической гипертензии, без прорастания в мышечный слой стенки ДПК и паренхиму поджелудочной железы.

Выполнена эндоскопическая холедоходуоденостомия в средней трети продольной складки выше опухолевой ткани до циркулярной складки в качестве первого этапа лечения для снятия билиарной гипертензии (рис.4). Восстановлен отток желчи. Проведено цитологическое исследование и биопсия опухоли большого дуоденального сосочка. В мазках отпечатках и биоптатах на фоне гиперплазии определяются комплексы дифференцированной аденокарциномы (рис. 5).

В последующем в условиях Иркутского областного онкологического диспансера проведено полное обследование пациента для стадирования он-

Рисунок 2. Эндосонограмма 1: расширение общего желчного протока до 9 мм.
Figure 2. Endosonogram 1: expansion of common bile duct to 9 mm.

Рисунок 3. Эндосонограмма 2: опухоль БДС.
Figure 3. Endosonogram 2: large duodenal papilla tumour.

Рисунок 4. Эндоскопическая холедоходуоденостомия: рассечение продольной складки выше опухоли БДС.
Figure 4. Endoscopic choledochoduodenostomy: dissection of longitudinal fold above large duodenal papilla tumour.

Рисунок 5. Фокусы умеренно-дифференцированной аденокарциномы БДС (окраска гематоксилином и эозином, x 200).
Figure 5. Foci of moderately differentiated large duodenal papilla tumour adenocarcinoma (hematoxylin and eosin staining, x 200).

кологического процесса и определения тактики дальнейшего лечения. На основании проведенного обследования выставлен диагноз: Рак большого дуоденального сосочка T1N0M0 1 ст – дифференцированная холангиогенная аденокарцинома, осложненная опухолевым стенозом терминального отдела холедоха 3 степени. После ликвидации желтухи пациенту выполнен второй этап лечения – эндоскопическое удаление опухоли БДС в подслизистом слое. Учитывая отсутствие билиарной и панкреатической гипертензии, радикальный вариант удаления опухоли БДС с двойным дренированием (через холедоходуоденоанастомоз и устье БДС) стентирование протоков не проводилось. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Пациент находится под наблюдением в ИООД на протяжении 3 лет. Выполняются регулярные контрольные эндоскопические исследования с биопсией слизистой зоны БДС, лучевые исследования. Признаков протоковой гипертензии нет. Рецидива опухоли, регионарных и отдаленных метастазов не выявлено.

Выводы

Причины желтухи многообразны. Первичная диагностика заболеваний, вызывающих механическую желтуху предполагает междисциплинарное взаимодействие и командный подход специалистов.

Рак БДС относится к редким заболеваниям. При раннем раке БДС, осложненном желтухой, возможно выполнение радикальной органосохраняющей операции - эндоскопической резекции слизистой БДС с опухолью.

Необходимо внедрять и развивать миниинвазивные технологии декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе. При отсутствии условий для выполнения ретроградных эндоскопических транспапиллярных вмешательств и/или антеградных методов декомпрессии целесообразно своевременно направлять больных в экспертные центры.

При выборе варианта декомпрессии билиарного тракта предпочтение должно быть отдано эндоскопическим ретроградным способам желчеотведения.

Литература/ References

1. Аксель ЕМ. Статистика злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. Си-

бирский онкологический журнал. 2017;16(3):5-11. [Axel EM. Gastrointestinal cancer statistics. *Siberian Journal of Oncology*. 2017;16(3):5-11. (In Russian)] DOI: 10.21294/1814-4861-2017-3-5-11

2. Патютко ЮИ, Котельников АГ, Мороз ЕА, Кудашкин НЕ, Ястребова ЕВ. Лечение больных раком большого дуоденального сосочка. *Анналы хирургии*. 2016;(1-2): 74-81. [Patyutko YuI, Kotelnikov AG, Moroz EA, Kudashkin NOT, Yastrebova EV. Treatment of patients with cancer of the large duodenal papilla. *Russian Journal of Surgery*. 2016;(1-2):74-81. (In Russian)]

3. Каприн АД, Старинский ВВ, Петрова ГВ. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена;2018. 250 с. [Kaprin AD, Starinsky VV, Petrova GV. Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality). Moscow: P.A. Gertsen MNIOI; 2018. 250p. (In Russian)]

4. Базин ИС, Бредер ВВ, Долгушин БИ, Кукушкин АВ, Макаров ЕС, Мороз ЕА, Нечушкин МИ, Патютко ЮИ, Поляков АН, Сагайдак ИВ, Сергеева ОН, Файнштейн ИА. Клинические рекомендации по лечению больных раком внепеченочных желчных протоков. 2014: 49 с. Ссылка активна на 10.06.2018 [Bazin IS, Breder BB, Dolgushin BI, Kukushkin AV, Makarov EU, Moroz EA, Nechushkin MI, Patyutko UI, Polyakov AN, Sagaidak IV, Sergeyev ON, Feinstein IA. Clinical recommendations for the treatment of patients with extrahepatic bile duct cancer. 2014: 49 p. Accessed June 10, 2018. (In Russian)] https://oncology-association.ru/files/clinical-guidelines_adults2014/rak-pecheni.pdf

5. Патютко ЮИ, Котельников АГ. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М.: Медицина;2007. 448с. [Patyutko YuI, Kotelnikov AG. Surgery of cancer of the organs of the biliopancreatoduodenal zone. Moscow: Meditsina;2007. 448p. (In Russian)]

6. Клавьен ПА, Сарр МГ, Фонг Ю. Атлас хирургии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы и желчных путей. М.: Бином; 2009. 980с. [Clavien PA, Sarr MG, Fong Yu. Atlas of surgery of the upper gastrointestinal tract, liver, pancreas and bile ducts. Moscow: Binom;2009. 980p. (In Russian)]

Сведения об авторах

Хаданов Алексей Александрович, аспирант, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, д. 100; тел.: +79500710413; e-mail: hadanov_aleksei@mail.ru

Привалов Юрий Анатольевич, д.м.н., доцент, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, микрорайон Юбилейный, д. 100; тел.: +7(3952)465326; e-mail: privalovigmapo@gmail.com

Неустроев Владимир Геннадьевич, к.м.н., Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр; адрес: Российская Федерация, 664047, г. Иркутск, ул. Байкальская, д. 109; тел.: +7 (395) 2259777

Журавлев Сергей Васильевич, врач, Областной онкологический диспансер; адрес: Российская Федерация, 664047, г. Иркутск, ул. Фрунзе, д. 32; тел.: +7 (395) 2214220

Гумеров Руслан Рифович, к.м.н., Клиническая больница РЖД-Медицина; адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, ул. Академика Образцова, д. 27; тел.: +7(3952)465326

Егоров Иван Александрович, врач, Клиническая больница РЖД-Медицина. г. Иркутск», адрес: Российская Федерация, 664049, г. Иркутск, ул. Академика Образцова, д. 27; тел.: +7(3952)465326

+79500710413; e-mail: hadanov_aleksei@mail.ru

Yuri A. Privalov, Dr.Med.Sci, Assistant Professor, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education; Address: 100, M/r Yubileynyy, Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +7(3952)465326; e-mail: privalovigmapo@gmail.com

Vladimir G. Neustroev, Cand.Med.Sci., Irkutsk Regional Clinical Consultative and Diagnostic Center; Address: 109, Baykalskaya Str., Irkutsk, Russian Federation 664047; Phone: +73952259777

Sergey V. Zhuravlev, doctor, Regional Oncology Center; Address: 32, Frunze Str., Irkutsk, Russian Federation 664047; Phone: +7(395)2214220

Ruslan R. Gumerov, Cand.Med.Sci., Railway Clinical Hospital on the station Irkutsk-Passazhirskiy; Address: 27, Akademika Obraztsova Str., Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +73952465326

Ivan A. Egorov, doctor, Railway Clinical Hospital on the station Irkutsk-Passazhirskiy; Address: 27, Akademika Obraztsova Str., Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone: +79025667765

Дата поступления 19.11.2019 г.
Дата рецензирования 03.12.2019 г.
Принята к печати 13.12.2019 г.

Author information

Aleksei A. Khadanov, graduate student, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education; Address: 100, M/r Yubileynyy, Irkutsk, Russian Federation 664049; Phone:

Received 19 November 2019
Revision Received 03 December 2019
Accepted 13 December 2019

This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.