

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.36-089.843-06:616.361/.367-007.271-089

Д. А. Гранов, В. В. Боровик, А. А. Поликарпов, Ф. К. Жеребцов, В. Н. Польшалов,
О. А. Герасимова

УСПЕШНАЯ КОРРЕКЦИЯ БИЛИАРНОЙ СТРИКТУРЫ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Отдел интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздравсоцразвития РФ

Ключевые слова: ортотопическая трансплантация печени, билиарные стриктуры, стентирование желчных протоков.

Билиарные стриктуры после ортотопической трансплантации печени (ОТП) встречаются в 5–25% случаев [1, 2]. Ранние стриктуры анастомозов чаще связывают с техническими погрешностями выполнения, поздние — с избыточным развитием грубой рубцовой ткани в зоне соустья. Другим вариантом стриктур после ОТП являются неанастомотические сужения, чаще внутрипеченочных желчных протоков, в генезе которых основной причиной является неадекватный артериальный кровоток в печени [1, 3, 4]. Развивающийся синдром холестаза с присоединением холангита часто приводит к стойкой дисфункции трансплантата и его потере. Современные методы интервенционной радиологии и эндоскопии позволяют успешно и малоинвазивно устранять билиарные стриктуры и достигать хороших отдаленных результатов.

Мы располагаем наблюдением успешной коррекции билиарной стриктуры, развившейся у пациентки после ОТП через 5 мес, методами интервенционной радиологии.

Больная Г., 24 лет, впервые обратилась в клинику нашего центра в апреле 2006 г. Из анамнеза известно, что в феврале 1984 г. проходила стационарное лечение по поводу острого бронхита, где получала внутримышечные инъекции. В апреле 1985 г. в крови впервые обнаружен австралийский антиген. С 1988 г. — стойкое повышение маркеров цитолиза и билирубина. С 2004 г. — прогрессивное ухудшение самочувствия. По данным исследований к 2005 г. у пациентки сформировался цирроз печени (функциональный статус Child B) с синдромом портальной гипертензии и паренхиматозной желтухи. Данные клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования обсуждены группой клинической трансплантологии нашего Центра. Пациентка внесена в лист ожидания по программе трансплантации печени в мае 2006 г.

01.09.2006 г. — операция: ОТП от трупного донора со смертью мозга. При ревизии внутренних органов выявлены атрофия печени и крупноузловой цирроз, спленомегалия,

забрюшинные коллатерали. Выполнены стандартная гепатэктомия с сохранением нижней полой вены (НПВ) реципиента; кава-кавальный анастомоз между НПВ донора и общим устьем средней и левой печеночных вен с продлением зоны анастомоза вправо по передней полуокружности НПВ на 1 см по типу «piggy back»; анастомоз между воротными венами донора и реципиента по типу «конец в конец», артериальный анастомоз между собственной печеночной артерией реципиента и собственной печеночной артерией донора. Билиарная реконструкция: анастомоз между общими желчным протоком донора и печеночным протоком реципиента «конец в конец» на Т-образном дренаже. Иммуносупрессия стандартная: сандимун-неорал, азатиоприн, преднизолон.

В раннем послеоперационном периоде (6-е сутки) эпизод острого отторжения, купирован введением солевого раствора (1000 мг). Выписана на 25-е сутки. Функция трансплантата удовлетворительная.

15.01.2007 г. отмечено нарастание маркеров холестаза, при УЗИ печени — расширение желчных протоков (общий желчный проток до 8 мм), в просвете ближе к зоне анастомоза лоцируется плотное включение. 16.01.2007 г. выполнена чрескожная чреспеченочная холангиография, наружновнутреннее холангиодренирование. Подтверждено наличие стриктуры протяженностью 10 мм и диаметром до 2 мм в зоне анастомоза (рисунок, а).

19.01.2007 г. произведены дилатация и стентирование зоны анастомоза (см. рисунок, б, в).

Использован нитиноловый саморасправляющийся стент Cordis S. M.A. R.T.® CONTROL диаметром 8 мм и длиной 6 см. Процедуры — без осложнений.

В анализах крови после стентирования отмечено купирование холестаза, при УЗИ — желчные протоки не расширены, расправленный стент лоцируется на всем протяжении.

Выписана в удовлетворительном состоянии на 6-е сутки. С апреля 2007 г. проводилась противовирусная терапия гепатита В в связи с нарастанием количества цитолиза и активной репликацией вируса (эпивир, себиво) с отчетливой положительной динамикой. В августе 2007 г. — беременность. 29.04.2008 г. родоразрешение путем кесарева сечения. Оценка новорожденного (мальчик) по шкале Апгар 8/8 баллов. Выписана на 11-е сутки. В октябре 2010 г. установлена повторная беременность, протекавшая без осложнений. 06.06.2011 г. — повторное родоразрешение кесаревым сечением. Оценка новорожденного (девочка) по шкале Апгар 8/8 баллов, выписана на 8-е сутки.



Холангиограммы больной Г., 24 лет, с ортотопической трансплантацией печени (объяснение в тексте).
 а — холангиография до стентирования; б — после дилатации зоны анастомоза; в — после стентирования зоны анастомоза.

Таким образом, своевременное и адекватное стентирование стриктуры зоны билиарного анастомоза позволило предотвратить развитие дисфункции трансплантата, родить пациентке двоих здоровых детей. При плановом обследовании в октябре 2011 г. признаков нарушения проходимости желчных протоков нет.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Buis C. I., Hoekstra H., Verdonk R. C. Causes and consequences of ischemic-type biliary lesions after liver transplantation // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.—2006.—Vol. 13.—P. 517–524.
2. Londoño M., Balderramo D., Cárdenas A. Management of biliary complications after orthotopic liver transplantation: The role of endoscopy // World J. Gastroenterol.—2008.—Vol. 14, № 4.—P. 493–497.
3. Nishida S., Nakamura N., Kadono J. et al. Intrahepatic biliary strictures after liver transplantation // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.—2006.—Vol. 13.—P. 511–516.
4. Thethy S., Thomson B., Pleass H. et al. Management of biliary tract complications after orthotopic liver transplantation // Clin. Transplant.—2004.—№ 6.—P. 647–653.

Поступила в редакцию 15.12.2011 г.