

УДК 616.36-008.5

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Ю.И. Биктагиров¹, М.Л. Штейнер², Е.А. Корымасов²,
Е.П. Кривошеков², Б.М. Рахимов³

¹ ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», Самара

² ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара

³ ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Тольятти

Резюме. В последнее время в лечении больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и холангитом, наряду с традиционными хирургическими вмешательствами все чаще используют эндоскопические вмешательства.

Цель исследования: изучить результаты эндоскопических транспапиллярных вмешательств в лечении холедохолитиаза.

Вмешательства на большом дуоденальном соске предприняты у 286 пациентов с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом. Женщин было 208, мужчин 78, средний возраст пациентов составил 64 года, старше 60 лет было 72 %.

У 255 (87,7 %) пациентов с единичными и множественными камнями общего желчного протока относительно малого диаметра (от 0,8 до 1,4 см) после выполнения различных эндоскопических вмешательств удалось извлечь в просвет кишки конкременты. Всем пациентам предварительно выполняли эндоскопическую папиллотомию, что облегчало последующую экстракцию камней. Длина папиллотомического разреза зависела от выраженности продольной складки и не превышала 6–8 мм. У 55 из 256 больных выполнена установка назобилиарного дренажа, что позволило уменьшить явления механической желтухи и купировать явления холангита.

Назобилиарное дренирование и эндопротезирование холедоха позволяет улучшить состояние пациентов и подготовить к более радикальному эндоскопическому и хирургическому лечению.

Ключевые слова: холедохолитиаз, транспапиллярный, холедох, БДС.

Для цитирования: Биктагиров Ю.И., Штейнер М.Л., Корымасов Е.А., Кривошеков Е.П., Рахимов Б.М. Эндоскопическое транспапиллярное протезирование гепатикохоледоха при механической желтухе опухолевого генеза // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 2. – С. 57–61.

ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY STENTING OF THE DUCTUS HEPATICOCOLEDUCHUS IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE ASSOCIATED WITH TUMORS

Yu.I. Biktagirov¹, M.L. Shteyner², E.A. Korymasov²,
E.P. Krivoshchekov², B.M. Rakhimov³

¹ State Budgetary Healthcare Institution 'V.D. Seredavin Samara Regional Clinical Hospital,' Samara

² Federal State Budgetary Institution of Higher Education 'Samara State Medical University,' Ministry of Health of the Russian Federation, Samara

³ State Budgetary Healthcare Institution 'Tolyatti City Clinical Hospital No. 5,' Tolyatti

Abstract. Endoscopic interventions have become increasingly popular in the treatment of patients with choledocholithiasis complicated by mechanical jaundice and cholangitis along with conventional surgeries.

Objective: to analyze the outcomes of endoscopic transpapillary interventions in the treatment of choledocholithiasis.

Interventions on the major duodenal papilla were performed in 286 patients with mechanical jaundice associated with choledocholithiasis. The study population included 208 females and 78 males; mean age was 64 years; 72% of patients were older than 60 years.

In 255 patients (87.7%) with relatively small (between 0.8 and 1.4 cm) single and multiple common bile duct stones, we managed to extract the concretions into the intestine during endoscopic procedures. Before that, all patients had undergone endoscopic papillotomy to facilitate subsequent stone extraction. The length of papillotomy incision depended on the size of the longitudinal fold, but did not exceed 6–8 mm. In 55 out of 256 patients, a nasobiliary drainage was installed in order to reduce mechanical jaundice and eliminate cholangitis.

Nasobiliary drainage and common bile duct stenting improved patient condition and helped to prepare the patient for more radical endoscopic or surgical treatment.

Key words: choledocholithiasis, transpapillary, common bile duct, major duodenal papilla.

For citation: Biktagirov Yu.I., Shteyner M.L., Korymasov E.A., Krivoshchekov E.P., Rakhimov B.M. Endoscopic transpapillary stenting of the ductus hepaticocolic in patients with mechanical jaundice associated with tumors // Bulletin of Medical Institute Reaviz. – 2020. – № 2. – P. 57–61.

Актуальность

Механическая желтуха – доминирующий синдром, который приводит к холангиту, абсцессам, сепсису, печеночной недостаточности и заставляет пациентов с данной патологией обращаться за медицинской помощью. Этим больным необходима помощь с гарантированной низкой летальностью, невысокой частотой осложнений и непродолжительной госпитализацией. Хирургическое лечение зачастую не показано на высоте механической желтухи, так как дает высокую смертность и требует длительной госпитализации [1, 4, 5].

В последнее время в лечении больных с механической желтухой опухолевого генеза наряду с традиционными методами наружного желчеотведения, все чаще используют эндоскопические способы восстановления желчеоттока: назобилиарное и дуоденобилиарное дренирование [2, 3, 6, 7].

Эндоскопическое ретроградное стентирование желчных протоков реализует внутреннее отведение желчи и может являться окончательным методом лечения, обеспечивающим адекватный желчеотток у онкологических больных с относительно небольшой прогнозируемой продолжительностью жизни [8–12].

Цель исследования: изучить результаты эндоскопического транспапиллярного протезирования гепатикохоледоха у боль-

ных с механической желтухой опухолевого генеза.

Материалы и методы

В период с 2015 по 2018 год в эндоскопическом отделении Самарской областной клинической больницы имени В.Д. Середавина эндоскопическое транспапиллярное протезирование гепатикохоледоха предпринято у 56 больных с механической желтухой. Из 56 больных с механической желтухой мужчин было 18, женщин 38. Больные были в возрасте от 52 до 84, из них старше 60 лет – 48 (85,7 %).

В нашем клиническом наблюдении 29 (51,8 %) пациентов, ранее в различные сроки от 1 месяца до 15 лет, перенесли различные хирургические вмешательства на желчных путях. Было выполнено у 2 больных наружное дренирование гепатикохоледоха, у 2 – холецистостомия, у 3 пациентов – наложение холецистостомы и 22 больным – холецистэктомия, законченная в 10 случаях дренированием общего желчного протока.

Тяжесть состояния больных во многих случаях усугублялась наличием сопутствующей патологии. Сопутствующие заболевания имелись у 48 (85,7 %) больных. У 20 больных имелась ишемическая болезнь сердца, у 15 – атеросклеротический кардиосклероз, у 5 – гипертоническая болезнь, 3 пациента перенесли в прошлом инфаркт

миокарда. Сахарный диабет различной степени выраженности имелся у 5 больных.

На основании клинико-лабораторных данных, результатов ультрасонографии, компьютерного сканирования, эндоскопической ретроградной холангиографии, а также фистулохолангиографии была установлена опухолевая причина механической желтухи, а также уровень и протяженность обструкции желчных протоков. Опухоль БДС была диагностирована у 5 больных, поджелудочной железы – у 38, желчного пузыря – у 5, гепатикохоледоха у 8 пациентов.

У 32 больных блок желчеоттока локализовался в нижней трети гепатикохоледоха, у 16 – в средней трети гепатикохоледоха и у 8 наблюдаемых блок желчеоттока локализовался в верхней трети желчного протока.

В нашем клиническом наблюдении эндоскопическому транспапиллярному дренированию гепатикохоледоха при механической желтухе предшествовали различные лечебные вмешательства. У 2 больных было осуществлено наружное чрескожное чреспеченочное дренирование, у 4 – бужирование стриктуры, у 50 пациентов – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, дополненная в 24 случаях назобилиарным дренированием. Вмешательства, предшествующие дуоденобилиарному эндопротезированию осуществлялись для уменьшения явлений механической желтухи и, следовательно, улучшения общего состояния больных, а также для предупреждения осложнений, связанных с введением эндопротезов в гепатикохоледох. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и бужирование стриктуры гепатикохоледоха облегчает последующее введение эндопротезов в желчные протоки. Наружные методы дренирования желчевыводящих путей позволяют разгрузить и санировать билиарный тракт и подготовить пациентов к транспапиллярному эндопротезированию гепатикохоледоха.

Транспапиллярное дренирование гепатикохоледоха осуществляли с помощью эндоскопической видеосистемы фирмы «Olympus» (Япония) EvisExera 2 CV-180 с

терапевтическим видеодуоденоскопом TJF-160 VRc диаметром инструментального канала 4,2 мм и рентгенодиагностического аппарата «Амико» (Россия).

Для эндоскопического эндопротезирования гепатикохоледоха мы применяли различные по форме и системы фиксации дуоденобилиарные протезы фирмы «Olympus» (Япония), «BostonScientific» (США), «Endo-flex» Германия. Восстановление желчеоттока осуществляли прямыми по форме «straight» дренажи и протезами типа «pig-tail» с кольцеобразными изгибами его концов. Пластиковые билиарные стенты диаметром от 2,5 до 4 мм. Введение эндопротезов в желчные протоки осуществляли по струне-проводнику с мягким дистальным концом с целью профилактики перфорации гепатикохоледоха. В нашем клиническом наблюдении мы использовали направляющие струны фирмы «Wilson-cook» (Дания), «Olympus» (Япония) и «BostonScientifik» (США).

Вначале осуществляли ретроградную холангиографию для определения локализации, протяженности и характера поражения желчных протоков. Затем через папиллотомическое отверстие /или ткань опухоли/ и область обструкции проводили направляющую струну во внутрипеченочные протоки под рентгенологическим контролем, по которой с помощью толкающей трубки в гепатикохоледох вводили эндопротез. По мере внедрения протеза в желчные протоки направляющую струну подтягивали так, чтобы она не образовывала дополнительных изгибов как в просвете двенадцатиперстной кишки, так и в желчных протоках.

Результаты

В нашем клиническом наблюдении попытка эндоскопического транспапиллярного введения эндопротезов в желчные протоки была предпринята у 56 больных с механической желтухой. Эндоскопическое транспапиллярное дренирование гепатикохоледоха оказалось невозможным у 4 (7,1 %) па-

циентов: у 2 (3,6 %) из 32 больных с поражением нижней трети гепатикохоледоха, у 1 (1,8 %) из 16 – средней трети гепатикохоледоха и у 1 (1,8 %) из 8 пациентов с высокой локализацией блока желчных протоков. У 2 больных непосредственными причинами неудачных попыток введения эндопротезов в желчные протоки явились анатомические особенности пилородуоденальной зоны. У остальных 2 пациентов неудачи выполнения дуоденобилиарного дренирования желчевыводящих протоков были связаны с невозможностью проведения направляющей струны выше блока гепатикохоледоха. У 2 пациентов причиной нарушения желчеоттока явилась протяженная опухолевая стриктура проксимальной локализации. В связи с невозможностью введения эндопротезов в желчные протоки транспапиллярным доступом и восстановления нарушения желчеоттока пациентам были выполнены различные хирургические вмешательства.

Непосредственные результаты эндоскопического транспапиллярного дренирования гепатикохоледоха мы оценивали по эндоскопическим клиническим и лабораторным критериям. Эндоскопические признаки устранения нарушения включали в себя: 1) установку дуоденобилиарного протеза таким образом, чтобы дистальный конец дренажа располагался выше блока гепатикохоледоха; 2) визуальный контроль пассажа желчи по дренажу в просвет кишки. По окончании вмешательства осуществляли рентгенологический контроль по скорости опорожнения желчевыводящих протоков от контрастного вещества. После эндопротезирования гепатикохоледоха оценивали изменение явлений механической желтухи, холангита и общего состояния пациентов. При лабораторном исследовании крови важное значение имеет изменение показателей общего билирубина и его фракций, щелочной фосфатазы, печеночных проб и лейкоцитоза.

После эндоскопического транспапиллярного дренирования гепатикохоледоха

клинический эффект был незначительным или вообще отсутствовал у 3 (5,4 %) из 56 пациентов: у 1 больного имелся blastomatозный блок на уровне средней трети гепатикохоледоха, а у 2 наблюдаемых – общего печеночного протока с разобщением долевых протоков. У пациентов этой группы продолжительность желтухи составила от 18 до 24 дней, общий билирубин при поступлении составил в среднем 310 ммоль/л. У пациентов данной группы с большими техническими трудностями удалось установить по одному протезу среднего диаметра (2,5–2,8 мм).

Хороший непосредственный результат после эндоскопического транспапиллярного дренирования гепатикохоледоха был получен у 49 (87,5 %) из 56 больных с механической желтухой. Из 49 больных с клиническим эффектом после эндопротезирования гепатикохоледоха у 43 пациентов явления механической желтухи, холангита и недостаточности печени полностью купировались на 8–10 сутки после вмешательства. У 6 больных наблюдалось значительное уменьшение явлений механической желтухи и холангита.

Выводы

1. Пациентам с механической желтухой опухолевого генеза следует рассматривать как показание к применению эндоскопического транспапиллярного введения эндопротезов в гепатикохоледох.

2. Транспапиллярное стентирование желчевыводящих протоков, осложненных механической желтухой различного генеза, является малотравматичным, относительно безопасным и достаточно эффективным методом ликвидации нарушения желчеоттока.

3. Предварительная декомпрессия и санация желчных путей с использованием наружных методов декомпрессии билиарной системы создает благоприятные условия для эндоскопического введения эндопротезов в гепатикохоледох и позволяет предупредить развитие осложнений. С це-

лью облегчения введения эндопротеза в желчные протоки необходимо выполнять

папиллосфинктеротомию и бужирование стриктуры гепатикохоледаха.

Список литературы // References

- 1 Blohin N.N., Itin A.B., Klimenkov A.A. Rak podzheleduchnoj zhelezy i vnepechenochnyh zhelchnyh protokov. – M.: Medicina, 1982. – 259 s.
- 2 Danilov M.V., Garelik P.V., Glabaj V.P. i dr. Vybor zhelcheotvodyashchih operacij pri opuholevoj neprohodimosti distal'nyh otdelov zhelchnogo protoka // Hirurgiya. – 1993. – № 10. – S. 70–74.
- 3 Ermolov A.S., Yurchenko S.V., Dasaev N.A. Dekompressiya zhelchevyvodyashchih putej dlya podgotovki bol'nyh s obturacionnoj zheltuhoj i holangitom k radikal'noj operacii // Hirurgiya. – 1994. – № 9. – S. 24–27.
- 4 Maady A.S. Obosnovanie primeneniya endoskopicheskikh sposobov drenirovaniya zhelchnyh putej pri zlo-kachestvennyh novoobrazovaniyah organov pankreatobiliarnoj zony, oslozhnennyh mekhanicheskoj zheltuhoj: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2002. – 28 s.
- 5 Karimov Sh.I. Endobiliarnye vmeshatel'stva v diagnostike i lechenii bol'nyh s mekhanicheskoj zheltuhoj. – Tashkent: Izdatel'stvo im. Ibn Siny, 1994. – 239 s.
- 6 Hrustaleva M.V. Sovremennye endoskopicheskie transpapillyarnye metody lecheniya mekhanicheskoj zheltuhi // Annaly NCH RAMN. – 1997. – S. 39–42.
- 7 Dolgushin B.I., Nechipaj A.M., Cherkasov V.A. i dr. Sochetannoe s endoskopiej intervencionno-radiologicheskoe vosstanovlenie vnutrennego zhelcheotvedeniya v onkologii // Lechenie obturacionno-go sindroma u onkologicheskikh bol'nyh: mater. II nauch. -praktich. konf. intervencionnyh onkoradio-logov. – Kazan', 2009. – S. 12–13.
- 8 Burdyukov M.S. Diagnosticheskaya i lechebnaya endoskopiya pri opuholyah organov biliopankreatoduodenal'noj zony: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2010. – 30 s.
- 9 Pancyrev Yu.M., Shapoval'yanc S.G., Orlov S.Yu., i dr. Vozmozhnosti endoskopicheskogo bilioduodenal'-nogo protezirovaniya v lechenii okklyuzionnyh porazhenij vnepechenochnyh zhelchnyh protokov // Shchadyashchie metody lecheniya v hirurgii: tez. konf. – M., 2003. – S. 76–83.
- 10 Huibregtse K., Katon R.M., Coene P.P., Tytgat G.N. Endoscopic palliative treatment in pancreatic cancer // Gastro-intest. Endosc. – 1986. – Vol. 32, № 5. – P. 334–338.
- 11 Shepherd H.A., Royle G., Ross A.P. et al. Endoscopic biliary endoprosthesis in the palliation of malignant obstruction of the distal common bile duct: a randomized trial // Br. J. Surg. – 1988. – Vol. 75. – P. 1166–1168.

Авторская справка

Биктагиров Юрий Исхакович, врач высшей категории, кандидат медицинских наук, заведующий эндоскопическим отделением, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», Самара, Россия

Штейнер Михаил Львович, доктор медицинских наук, доцент, кафедра хирургии с курсом эндоскопии института профессионального образования, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия, iishte@yandex.ru

Корымасов Евгений Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Кривошеков Евгений Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара, Россия

Рахимов Бахтияр Мадатович, доктор медицинских наук, профессор, ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», Тольятти Россия

Рукопись получена: 2 апреля 2020 г.

Принята к публикации: 14 апреля 2020 г.