https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-11

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в лечении холедохолитиаза

Ю. Биктагиров[1], кандидат медицинских наук,
М. Штейнер[1, 2], доктор медицинских наук,
Е. Корымасов[2], доктор медицинских наук, профессор,
Е. Кривощеков[2], доктор медицинских наук, профессор,
Б. Рахимов[3], доктор медицинских наук
[1]Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина
[2]Самарский государственный медицинский университет
[3]Тольяттинская городская клиническая больница №5
E-mail: walker02@mail.ru

Актуальность. *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.*

Материал и методы. *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%.*

Результаты. *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 286 больных выполнена установка назобилиарного дренажа, что позволило уменьшить явления механической желтухи и купировать явления холангита.*

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

Ключевые слова: эндоскопия, холедохолитиаз, транспаппилярный, холедох, большой дуоденальный сосок.

Для цитирования: Биктагиров Ю., Штейнер М., Корымасов Е. и др. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в лечении холедохолитиаза // Врач. – 2020; 31 (1): 57–60. https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-11

В последнее время в лечении больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и холангитом, наряду с традиционными хирургическими вмешательствами все чаще используют эндоскопические [1–8].

Целью исследования было изучить результаты эндоскопических транспапиллярных вмешательств в лечении холедохолитиаза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2016–2018 гг. в эндоскопическом отделении Самарской областной клинической больницы (СОКБ) им. В.Д. Середавина вмешательства на большом дуоденальном соске (БДС) предприняты у 286 пациентов с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом. Женщин было 208, мужчин – 78; средний возраст пациентов составил 64 года; больных старше 60 лет было 72%.

Ранее в разные сроки (от 1 мес до 12 лет) у 85 пациентов была выполнена холецистэктомия, в том числе у 61 – лапароскопическая. У 26 пациентов холецистэктомия была закончена наружным дренированием холедоха. У 3 пациентов была выполнена резекция желудка по Бильрот-1.

У 256 (89,5%) больных тяжесть состояния была обусловлена развитием одного или нескольких осложнений основного заболевания: механической желтухой различной степени выраженности – у 213, холангитом – у 51, панкреатитом – у 67, печеночной недостаточностью – у 5 больных.

Сопутствующие заболевания были выявлены у 167 (58,4%) больных: хроническая ИБС – у 91 (31,9), гипертоническая болезнь – у 59 (20,6%), сахарный диабет – у 7 (2,4 %), хронические неспецифические заболевания легких – у 10 (3,5%).

Клинический диагноз основывался на клинико-лабораторных данных, результатах методов инструментальных диагностики – ультразвукового (УЗ) сканирования и компьютерной и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Эндоскопические вмешательства на БДС выполняли в условиях рентгеноперационной с использованием видеоэндоскопов TJF – 160 VR Olympus (Япония) и рентгенологической установки. Для выполнения вмешательств на БДС применяли эндоскопические инструменты фирм Willson-Cook (Дания), Olympus (Япония), Boston Scientific (США), Endo-flex (Германия).

Первым этапом выполняли дуоденоскопию с последующим контрастированием билиарного тракта. При дуоденоскопии парафатериальные дивертикулы были обнаружены у 78 (27,3%) больных, из них у 45 БДС располагался в полости дивертикула. В 32 наблюдениях были выявлены вклиненные в устья БДС конкременты. У 31 пациента выявлено поступление в просвет кишки из устья БДС мутной гнойной желчи, что свидетельствовало о наличии гнойного холангита различной степени выраженности. Следующим этапом после дуоденоскопии выполняли эндоскопическую ретроградную холангиографию. Для визуализации протока печени мы применяли ионный водо-

растворимый контрастный препарат, разбавляя его физиологическим раствором в соотношении 1:1, с целью профилактики развития панкреатита. Выполнить контрастирование билиарного тракта удалось у всех пациентов. Канюляция БДС осуществлялась с применением направляющих атравматических струн-проводников. У 54 пациентов контрастированию желчевыводящий протоков предшествовало эндоскопическое рассечение устья БДС по продольной складке игольчатым папиллотомом. Длину разреза определяли степенью выраженности продольной складки. В 32 наблюдениях выполнение атипичной папиллотомии способствовало спонтанному отхождению конкремента в просвет двенадцатиперстной кишки. После выполнения ретроградной холангиографии выявлены различные варианты холедохолитиаза. У 153 пациентов обнаружены одиночные конкременты гепатикохоледоха размером 0,8–2,5 см и в 133 наблюдениях – множественные конкременты разного диаметра.

Эндоскопическому лечению холедохолитиаза предшествовали различные вмешательства на БДС: у всех 286 пациентов – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, у 65 – назобилиарное дренирование холедоха, у 26 – механическая литотрипсия, в у 12 – эндопротезирование гепатикохоледоха и в 15 наблюдениях – баллонная дилатация устья БДС.

Различные варианты папиллотомии выполнены всем больным: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) канюляционным способом – 232, комбинированным способом – 54 пациентам. У 81,1% пациентов папиллотомия произведена в один этап. Многоэтапность выполнения папиллотомии была обусловлена выраженным стенозом БДС – у 32, интрадивертикулярным расположением БДС – у 12, умеренным кровотечением – у 10. Длина папиллотомического разреза обусловлена выраженностью продольной складки и размерами конкрементов общего желчного протока; в среднем она составляла от 5 до 9 мм. У 85,6% пациентов выполняли эндоскопическую папиллотомию по направляющей атравматической струне-проводнику с целью профилактики панкреатита.

Эндоскопическому извлечению конкрементов холедоха в нашем клиническом наблюдении предшествовало выполнение различных методов дренирования билиарного тракта. У 65 пациентов был установлен назобилиарный дренаж и в 12 наблюдениях осуществлено эндопротезирование холедоха. У 65 больных после предварительной папиллотомии за область конкремента в просвет гепатикохоледоха под рентгенологическим контролем проводили струну-проводник и по струне устанавливался назобилиарный дренаж. С целью фиксации применяли дренажи с дистальным концом по типу «pig-tail». У 12 пациентов с целью восстановления выполнили внутреннего желчеоттока эндопротезирование холедоха. После проведения направляющей струны за область обструкции билиарного тракта под рентгеноэндоскопическим контролем устанавливали дуоденобилиарные протезы диаметром от 8,5 до 10 Fr. Применение наружных и внутренних способов дренирования билиарного тракта позволило уменьшить явления механической желтухи, санировать билиарный тракт и, следовательно, купировать явления холангита и подготовить пациентов к более радикальному эндоскопическому лечению холедохолитиаза.

Следующим этапом для извлечения конкрементов холедоха применяли корзинку Дормиа. В устье рассеченного соска в просвет гепатикохоледоха проводили корзинку Дормиа за область конкремента. Под рентгенологическим контролем корзинка раскрывалась, осуществлялись захват камня холедоха и его извлечение в просвет кишки. При множественных конкрементах холедоха их извлечение осуществляли многократно для извлечения всех камней. У 15 больных этой процедуре предшествовала баллонная дилатация устья БДС. Ее осуществляли с помощью баллонов Boston Scientific (США). В устье БДС устанавливали баллон по направляющей струне и под рентгеноэндоскопическим контролем раздували его контрастным веществом. Степень расширения контролировали с помощью манометра, доводя давление в баллоне до 2,5–3,0 атм. Длительность дилатации составляла около 3 мин, затем медленно снижали давление в баллоне. У 12 пациентов баллонная дилатация осуществлялась для извлечения конкрементов большого диаметра (≥2 см) и у 3 – относительно малого диаметра. У 3 больных с парафатериальными дивертикулами и конкрементами холедоха относительно малого диаметра (от 1,0 до 1,2 см) удалось выполнить дозированную папиллотомию длиной до 0,5 см.

В нашем клиническом наблюдении у 26 больных с крупными конкрементами общего желчного протока (≥1,8 см) извлечению камней предшествовала механическая литотрипсия. Для разрушения конкрементов большого диаметра применяли механические литотрипторы Olympus (Япония), Boston Scientific (США) и Willson-Cook (Дания). В просвет холедоха за область конкремента проводили корзинку, камень захватывали, низводили к области БДС и под рентгенологическим контролем выполняли его разрушение с помощью рукоятки. После полного закрытия корзинку литотриптора извлекали и в просвет кишки корзинкой Дормиа выводили фрагменты крупного конкремента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем клиническом наблюдении у 286 больных была предпринята попытка лечения холедохолитиаза с помощью эндоскопических транспапиллярных вмешательств. 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 их удалось извлечь в просвет кишки. Всем па-

циентам предварительно выполняли эндоскопическую папиллотомию, что облегчало последующую экстракцию конкрементов. Длина папиллотомического разреза зависела от выраженности продольной складки и не превышала 6–8 мм. У 55 из 286 больных был установлен назобилиарный дренаж, что позволило уменьшить явления механической желтухи и купировать явления холангита.

Наиболее сложными для экстракции конкрементов из желчевыводящих протоков были крупные конкременты и наличие протяженного стеноза терминального отдела или малого просвета интрапанкреатического отдела холедоха. В нашем клиническом наблюдении крупные конкременты размером ≥1,8 см выявлены у 31 пациента. После выполнения различных транспапиллярных вмешательств, направленных на уменьшение явлений механической желтухи и холангита, 5 больным проведено хирургическое вмешательство. У 26 пациентов с крупными конкрементами желчевыводящих протоков была предпринята попытка механической литотрипсии с целью извлечения конкрементов. В этой группе после осуществления папиллотомии у 10 пациентов был установлен назобилиарный дренаж и у 12 выполнен дуоденобилиаоный эндопротез, чтобы подготовить пациентов к более радикальному эндоскопическому вмешательству. У 12 пациентов эндоскопической литотрипсии предшествовала баллонная дилатация, что облегчало последующую экстракцию фрагментов конкремента.

Попытка выполнить механическую литотрипсию оказалась безуспешной у 4 больных: у 2 из них не удалось захватить конкремент холедоха из-за больших размеров и отсутствия корзинок большого диаметра и в 2 наблюдениях не удалось осуществить фрагментацию конкремента из-за его плотности. Пациентам данной группы было выполнено эндопротезирование холедоха как окончательный метод лечения. От хирургического лечения было решено отказаться из-за тяжелой сопутствующей патологии.

К наиболее частым осложнениям эндоскопических транспапиллярных операций относят развитие панкреатита, кровотечение, ретродуоденальной перфорации и холангита. Наибольшее число осложнений связано с выполнением папиллотомии. Частота развития острого панкреатита составляет от 1 до 12%. В нашем наблюдении развитие панкреатита различной степени выраженности наблюдали у 32 (11,1%) пациентов. У 3 из 32 больных развился панкреонекроз, что потребовало хирургического вмешательства. В результате хирургического лечения 1 пациент умер.

Кровотечение наблюдали у 12 пациентов: у 10 кровотечение развилось вследствие папиллотомии и у 2 – после выполнения баллонной дилатации. Остановка кровотечения осуществлялась с использованием эндоскопических методов (коагуляционного, инъекционного) и с помощью консервативных методов лечения.

По результатам изложенного сделаны следующие выводы:

- эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются малотравматичными и высокоэффективными в лечении холедохолитиаза;
- применение папиллотомии значительно облегчает последующее извлечение конкрементов из общего желчного протока.

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

* * *

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/Reference

1. Алиев Р.К., Алиев А.К., Ромащенко П.Н. Аргументированный подход к выбору варианта дренирования желчевыводящих путей у больных механической желтухой опухолевого генеза // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2019; S1: 138–41 [Aliev R.K., Aliev A.K., Romachenko P.N. Argumented approach to the choice of the drainage of biliary ducts in patients with obstructive jaundice of tumorous genesis // Izvestiya Rossiiskoi Voenno-meditsinskoi akademii. – 2019; S1: 138–41 (in Russ.)].

2. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И. и др. Результаты эндоскопического транспапиллярного билиарного стентирования при непроходимости внепеченочных желчных протоков // Эндоскопическая хирургия. – 2015; 21 (3): 24–9 [Beburishvili A.G., Zyubina E.N., Vedenin Yu.I. et al. Outcomes of transpapillary biliary stenting for extrahepatic bile duct obstruction // Endoscopic surgery = Endoskopicheskaya khirurgiya. – 2015; 21 (3): 24–9 (in Russ.)]. https://doi.org/10.17116/endoskop201521324-29.

3. Шабунин А.В., Тавобилов М.М. Выбор способа декомпрессии желчных протоков в лечении больных механической желтухой опухолевого генеза // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2016; 24 (1): 68–74 [Shabunin A.V., Tavobilov M.M. Selection of decompression bile ducts in the treatment of patients with obstructive jaundice of tumor genesis // Ros. medikobiol. vestn. im. akad. I.P. Pavlova. – 2016; 24 (1): 68–74 (in Russ.)].

4. Комаров А.В., Барышев А.Г., Рововой А.А. Анализ результатов антеградной декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе опухолевого генеза // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2018; 1: 25 [Komarov A.V., Baryshev A.G., Rovovoi A.A. Analiz rezul'tatov antegradnoi dekompressii zhelchevyvodyashchikh putei pri mekhanicheskoi zheltukhe opukholevogo geneza // Vestnik khirurgicheskoi gastroenterologii. – 2018; 1: 25 (in Russ.)].

5. Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Тилемисов Р.О. Методы декомпрессии билиарного дерева при механической желтухе опухолевого генеза. В кн.: Оказание скорой медицинской и неотложной медицинской помощи раненым и пострадавшим при массовом поступлении. Мат-лы Всерос. конф. в рамках 3-го съезда врачей неотложной медицины (к 125-летию С.С. Юдина). – 2016; 1: 153–4 [Khadzhibaev F.A., Tilemisov S.O., Tilemisov R.O. Metody dekompressii biliarnogo dereva pri mekhanicheskoi zheltukhe opukholevogo geneza. V kn.: Okazanie skoroi meditsinskoi i neotlozhnoi meditsinskoi pomoshchi ranenym i postradavshim pri massovom postuplenii. Mat-ly Vseros. konf. v ramkakh 3-go s»ezda vrachei neotlozhnoi meditsiny (k 125-letiyu S.S. Yudina). – 2016; 1: 153–4 (in Russ.)].

6. Родоман Г.В., Соколов А.А., Артемкин Э.Н. Механическая желтуха после холецистэктомии // Хирург. – 2016; 11–12: 24–9 [Rodoman G.V., Sokolov A.A., Artemkin E.N. Mechanical jaundice after cholecystectomy // Khirurg. – 2016; 11–12: 24–9 (in Russ.)].

7. Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Гучетль А.Я. и др. Ретроградные эндоскопические вмешательства в лечении больных механической желтухой // Анналы хирургической гепатологии. – 2015; 20 (4): 81–9 [Gabriel S.A., Durleshter V.M., Guchetl A.Y. et al. Retrograde endoscopic interventions in obstructive jaundice management // Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery. – 2015; 20 (4): 81–9 (in Russ.)]. https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015481-89.

8. Мизгирев Д.В., Эпштейн А.М., Тарабукин А.В. и др. Анализ причин неудач транспапиллярных методов лечения механической желтухи опухолевого генеза // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2016; 11: 48–52 [Mizgirev D.V., Epshteyn A.M., Tarabukin A.V. et al. The analysis of reasons of failures transpapillary methods of treatment of obstructive jaundice of cancerous genesis // Experimental and Clinical Gastroenterology. – 2016; 11: 48–52 (in Russ.)].

ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

Yu. Biktagirov[1], *Candidate of Medical Sciences;* ***M. Shteiner***[1, 2], *MD; Professor*
E. Korymasov[2], *MD; Professor* ***E. Krivoshchekov***[2], *MD;* ***B. Rakhimov***[3], *MD*
[1]*V.D. Seredavin Samara Regional Clinical Hospital*
[2]*Samara State Medical University*
[3]*Tolyatti City Clinical Hospital Five*

Introduction. *Recently, in the treatment of patients with choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice and cholangitis, along with traditional surgical interventions, endoscopic interventions are increasingly used.*
Purpose. *To study the results of endoscopic transpapillary interventions in the treatment of choledocholithiasis.*
Material and methods. *Interventions on the large duodenal papilla were performed in 286 patients with obstructive jaundice caused by choledocholiasis. There were 208 women, 78 men, the average age of patients was 64 years old, over 60 years old was 72%.*
Results. *In 255 (87.7%) patients with single and multiple stones of the common bile duct of relatively small diameter (from 0.8 to 1.4 cm), after performing various endoscopic procedures, it was possible to extract calculi into the intestinal lumen. All patients previously performed endoscopic papillotomy, which facilitated the subsequent extraction of stones. The length of the papillotomy incision depended on the severity of the longitudinal fold and did not exceed 6–8 mm. In 55 of the 256 patients, nasobiliary drainage was installed, which made it possible to reduce the effects of obstructive jaundice and stop the phenomena of cholangitis.*
Conclusion. *Nasobiliary drainage and endoprosthetics of the choledochus can improve the condition of patients and prepare for more radical endoscopic and surgical treatment.*
Key words: *choledocholithiasis, transpapillary, common bile duct, major duodenal papilla.*
For citation: *Biktagirov Yu., Shteiner M., Korymasov E. et al. Endoscopic transpapillary interventions in the treatment of choledocholithiasis // Vrach. – 2020; 31 (1): 57–60. https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-11*