

Комбинированные малоинвазивные вмешательства при холедохолитиазе в нестандартных ситуациях

Б.Л. Федотов, М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении длительного времени количество больных с механической желтухой, вызванной различными причинами, и в частности холедохолитиазом продолжает оставаться высоким [6, 7, 11]. Внедрение в клиническую практику УЗИ, МРХПГ, ЭУС позволяют выявить причину нарушения пассажа желчи в дооперационном периоде у больных с механической желтухой [10, 3].

Комбинирование эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов визуализации и контроля позволяют в подавляющем большинстве случаев установить причину, которая привела к возникновению механической желтухи, выполнить декомпрессию желчевыводящих путей, а затем либо устранить её с помощью малоинвазивных вмешательств, или подготовить больного к хирургическому этапу лечения. Во многих современных клиниках в настоящее время всё реже выполняют холедохолитотомию с помощью традиционных хирургических вмешательств [1, 4].

О несомненных преимуществах малоинвазивной хирургии при лечении холедохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста пишут многие авторы [8, 13], отмечая низкий процент осложнений после подобных операций. Большинство авторов считают лапароскопическую холецистэктомию из «мини доступа» в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) холедохолитотомией «золотым стандартом» в лечении холецистита, осложненного холедохолитиазом [5, 12]. Частой причиной отказа от малоинвазивной литоэкстракции из желчных протоков является холедохолитиаз в нестандартных ситуациях, при котором удаление конкремента эндоскопически технически невозможно. В частности, у больных с билиодигестивными анастомозами, после резекции желудка по Бильрот-II и экстирпации желудка, или при наличии анатомических особенностей, таких как дивертикулы 12-перстной кишки, когда доступ эндоскопа к фатеровому соску затруднен [9, 2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить диагностику и результаты лечения больных с нестандартным холедохолитиазом и механической желтухой путем разработки и применения современных комбинированных малоинвазивных методов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2006 по 2016 годы на кафедре общей хирургии с курсом эндоскопии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава Российской Федерации на базе 5 хирургического отделения СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» было пролечено 3466 пациентов с холедохолитиазом осложненным механической желтухой в возрасте от 21 до 92 лет, 81 из них были выделены в группу «нестандартный» холедохолитиаз. Для обследования данных пациентов использовался комплексный подход, включающий различные методы обследования, которые освещены ниже.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

- лабораторные показатели
- ультразвуковой метод
- эндоскопический метод
- МРТ панкреато-билиарной зоны
- эндоскопическая ультрасонография
- чрезфистульная холангиография

1) Лабораторные показатели

Все пациенты были обследованы по общепринятым методикам, включающим в себя анализы крови и мочи. С целью исследования функционального состояния печени выполнялось биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин, общий белок, глюкоза, амилаза).

2) Ультразвуковой метод

Применялся у всех пациентов с диагнозом «Механическая желтуха», позволял выявить конкременты

желчного пузыря и желчных протоков (рис. 1), расширение общего желчного протока и долевых печеночных протоков.



Рис. 1. Конкремент общего желчного протока.

3) Эндоскопический метод

Применялся для оценки предстоящего малоинвазивного вмешательства, особое внимание уделялось задуоденальным отделам, как зоне предстоящего оперативного вмешательства — оценивалось наличие анатомических особенностей (дивертикулов — рис. 2, 3), состояние большого дуоденального соска (БДС) — наличие папиллита, признаки возможного вклинения конкремента (напряжение, отек БДС).

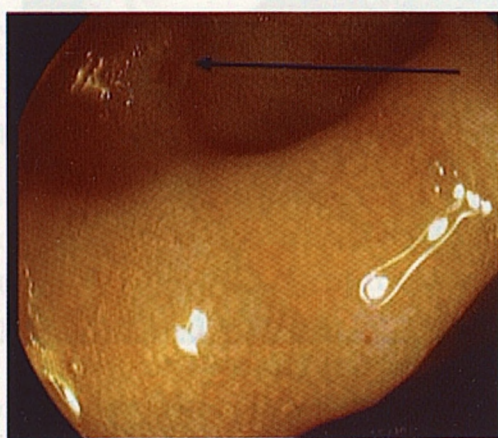


Рис. 2. Расположение БДС интрадивертикулярно



Рис. 3. Устье БДС располагается между 3х парапапиллярных дивертикулов

4) МРТ панкреато-билиарной зоны

Методика позволяет получить трехмерные изображения панкреатобилиарной зоны, важным преимуществом является неинвазивность исследования а также возможность поворота полученного изображения в любой плоскости. Метод применялся для уточнения

диагноза, при подозрении у пациента на конкременты (рис. 4) желчевыводящих протоков.

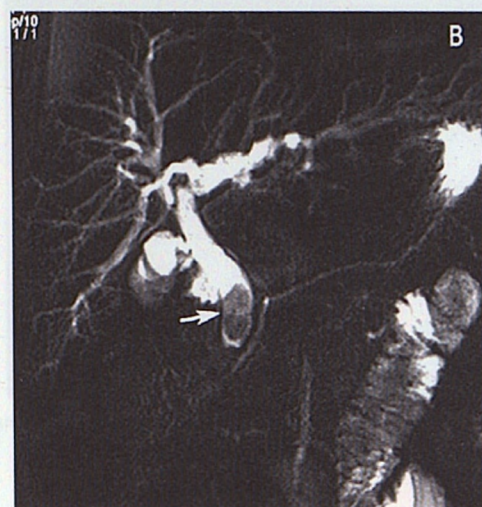


Рис. 4. Конкременты общего желчного протока (ОЖП).

5) Эндоскопическая ультрасонография

Метод применялся при необходимости дифференциальной диагностики холедохолитиаза (рис. 5) и онкологического процесса в панкреатобилиарной зоне (головка поджелудочной железы), могущий вызвать сдавление ОЖП и механическую желтуху.



Рис. 5. Конкремент общего желчного протока

6) Чрезфистульная холангиопанкреатография

Методика применялась при необходимости налаживания оттока желчи как первого этапа лечения (при тяжелом состоянии пациента), при наложении наружной или наружно-внутренней холангиостомы выполнялось контрастирование желчевыводящих протоков, что позволяло выявить причину нарушения пассажа желчи (рис. 6).

Применяя вышеуказанные методы диагностики мы смогли выделить 6 групп пациентов (всего 81 пациент), которых мы отнесли к группе «нестандартный» холедохолитиаз:

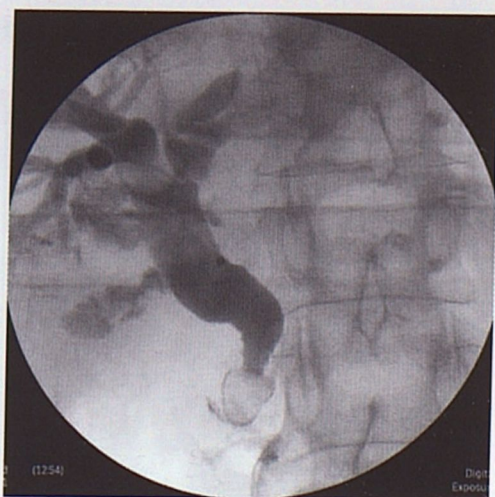


Рис. 6. Холангиограмма, крупный конкремент дистальной части ОЖП, расширение желчеотводящих протоков

Группа I – пациенты с одним или множественными дивертикулами 12-перстной кишки – 6 пациентов (7,3 %).

Группа II – пациенты с измененной анатомией верхних отделов желудочно-кишечного тракта (оперативные вмешательства в анамнезе) – 12 пациентов (14,6%).

Группа III – пациенты с резидуальным холедохолитиазом в долевых печеночных протоках – 9 пациентов (11%).

Группа IV – пациенты с холедохолитиазом и выраженной сопутствующей соматической патологией, при которой выполнение традиционного оперативного вмешательства невозможно по тяжести состояния – 25 пациентов (31,7%).

Группа V – пациенты с холедохолитиазом, у которых выполнение изолированной ретроградной эндоскопической литоэкстракции невозможно из-за технических особенностей (вклиненный конкремент, крупный размер конкремента (более 1,5 см), множественные (более 5) конкременты общего желчного протока) – 19 пациентов (23,2 %).

Группа VI – пациенты с холедохолитиазом и стриктурой общего желчного протока – 10 пациентов (12,2 %).

Для лечения данных групп пациентов применялись как изолированные ретроградные эндоскопические вмешательства (эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией), так и комбинированные малоинвазивные вмешательства, выполняемые под эндоскопическим, рентгенологическим и ультразвуковым контролем.

Комбинированная литоэкстракция выполняется с одновременным использованием антеградного и ретроградного доступов к желчевыводящим протокам (рис. 7, 8, 9).

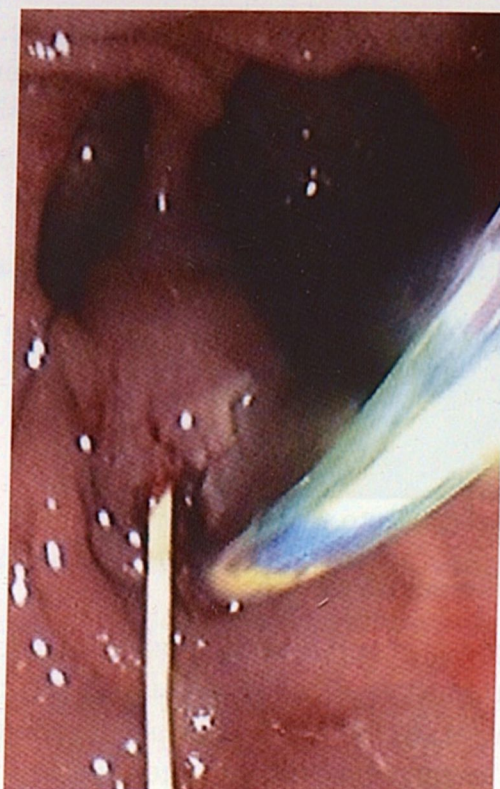


Рис. 7. Канюляция ОЖП выполняется «по проводнику» в условиях двух парапапиллярных дивертикулов.

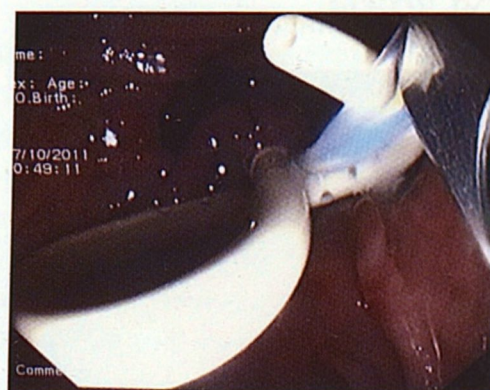


Рис. 8. Канюляция ОЖП «по дренажу»

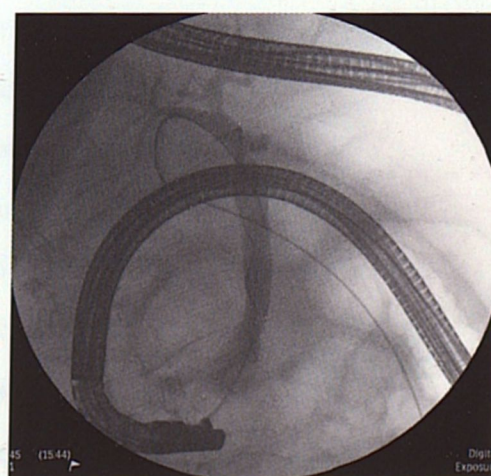


Рис. 9. Холангиограмма, одновременный анте- и ретроградный доступ к ОЖП

У пациентов с измененной анатомией желудка и 12-перстной кишки, а именно с перенесенными ранее оперативными вмешательствами (резекция 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера) применение комбинированного доступа

к желчным протокам также оправдано (Рис. 10). При невозможности достижения БДС эндоскопом выполнялась пункция правого долевого протока. Далее проводник низводился через ОЖП в двенадцатиперстную кишку, и затем, при помощи манипуляционного катетера – к зоне гастроэнтероанастомоза. В культе желудка проводник при помощи захвата фиксировался у дистального края эндоскопа. Выполняя тракцию за свободный конец проводника удавалось провести эндоскоп к зоне интереса – большому дуоденальному соску.

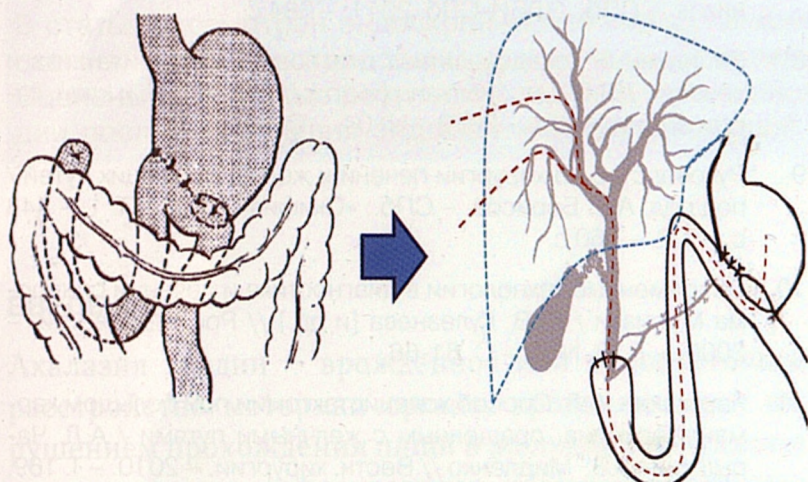


Рис. 10. Схема проведения проводника и доставки аппарата к БДС

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 6 вышеописанных групп пациентов нами были применены комбинированные малоинвазивные вмешательства для выполнения литоэкстракции и ликвидации нарушения оттока желчи по желчеотводящим протокам. У всех пациентов кроме одного (1,2%) удалось выполнить комбинированную литоэкстракцию малоинвазивными методами. Исключение составил пациент с измененной анатомией тонкой кишки – при проведении эндоскопа к БДС был отмечен разрыв стенки петли тонкой кишки, что привело к открытому оперативному вмешательству – лапаротомия, ушивание дефекта стенки кишки, с последующей холецистэктомией и холедохолитотомией.

У 2 пациентов (2,5%) были отмечены кровотечения: у одного пациента интраоперационно, из канала холангиостомы, данное кровотечение остановлено интраоперационно путем установки широкопросветного дренажа в канал холангиостомы; у второго пациента кровотечение мы наблюдали на первые сутки после комбинированного малоинвазивного оперативного вмешательства – поступление крови было отмечено из зоны рассечения БДС (рис. 11)

Неоднократные попытки остановки кровотечения эндоскопическими методами не увенчались успехом, принято решение о выполнении открытого хирургического оперативного вмешательства – лапаротомия, дуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда.



Рис. 11. Кровотечение из зоны ранее рассеченного БДС

Таким образом, открытые хирургические вмешательства у пациентов с нестандартным холедохолитиазом применялись в 2,5% случаев, что было связано с полученными интра- и послеоперационными осложнениями.

Летальность составила 1,2% (1 пациент) – на фоне выраженной сопутствующей патологии в условиях ОРИТ пациент скончался на 3-и сутки после наложения холангиостомы.

ВЫВОДЫ

1) К группе «нестандартный» холедохолитиаз следует отнести пациентов:

- с холедохолитиазом и одним или множественными дивертикулами в папиллярной зоне;
- пациентов с конкрементами желчных протоков и измененной анатомией верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- с резидуальным холедохолитиазом в долевым желчевыводящих протоках;
- пациентов с холедохолитиазом и тяжелой соматической патологией, у которых выполнение традиционного оперативного вмешательства невозможно по тяжести состояния;
- пациентов с крупными (более 1,5 см) или множественными (более 5) конкрементами общего желчного протока;
- пациентов с холедохолитиазом и стриктурой общего желчного протока

2) В диагностике холедохолитиаза следует применять комплексный метод, включающий ультразвуковое, эндоскопическое, рентгенологическое, ультрасоногра-

фическое исследование а также магнитно-резонансную томографию, что позволяет достоверно установить причину механической желтухи а также отнести пациента к группе нестандартного холедохолитиаза,

3) Применение комбинированных малоинвазивных методик лечения позволяют в подавляющем большинстве случаев (98,2%) выполнить литоэкстракцию и обеспечить декомпрессию желчеотводящих протоков

4) При измененной анатомии верхних отделов желудочно-кишечного тракта наложение антеградного доступа к долевым печеночным протокам и общему желчному протоку, позволяет выполнить доставку эндоскопа к фатерову соску с дальнейшим выполнением папиллотомии и литоэкстракции

5) Показанием к хирургическому лечению при холедохолитиазе в нестандартных ситуациях является неэффективность эндоскопических и интервенционных методик, их комбинаций, а также осложнения, которые невозможно купировать малоинвазивно.

ЛИТЕРАТУРА

- Бедин, В.В. Десятилетний опыт хирургического лечения больных с билио-дигестивными и холецисто-холедохеальными свищами / В.В. Бедин, Н.В. Заруцкая, В.А. Пельц // *Анналы хирург. гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 72.
- Гальперин, Э.И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер. – М.: Медицина, 1987. – 336 с.
- Гальперин, Э.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков / Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузовлев, С.Р. Караголян. – М.: Медицина, 1982. – 240 с.
- Лапароскопическая холецистэктомия при нестандартных ситуациях / Н.В. Ташинов [и др.] // *Тихоокеанский мед. журн.* – 2006. – № 1. – С. 74-76.
- Лечение нарушений функции печени у больных с механической желтухой доброкачественного генеза / В.А. Ступин [и др.] // *Клин. медицина*. – 2013. – № 11. – С. 53-56.
- Особенности диагностики и лечения ущемленных камней большого сосочка двенадцатиперстной кишки / А.М. Хаджибаев [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии*. – 2008. – № 1. – 83 с.
- Поздняков, Б.В. Основы оперативной хирургии внепеченочных желчевыводящих путей : рук. для последипломной проф. подготовки врачей / Б.В. Поздняков, Е.М. Трунин, В.Б. Поздняков. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011. – 384 с.
- Рецидивный холедохолитиаз диагностика, профилактика и лечение / С.Г. Шаповальянц [и др.] // *Эксперим. и клин. гастроэнтерология*. – 2012. – № 04. – С. 32-38.
- Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / под ред. А.Е. Борисов. – СПб.: «Скифия», 2003 – Т. 1. – 448 с. – Т. 2. – 560 с.
- Современные технологии в диагностике и лечении синдрома Мириizzi / Ю.В. Кулезнева [и др.] // *Рос. мед. вести*. – 2008. – Т. 13, № 4. – С. 61-66.
- Чарышкин, А.Л. Способ холецистэктомии при большом кармане Гартмана, сращенным с желчными путями / А.Л. Чарышкин, О.В. Мидленко // *Вестн. хирургии*. – 2010. – Т. 169, № 3. – С. 78-79.
- Чугунникова, Л.И. Роль клиники и люминисцентной эндоскопии в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Чугунникова Л.И. – М., 2004. – 20 с.
- Шейко, С.Б. Лечение резидуального холедохолитиаза при наружном дренировании желчных путей : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Шейко С.Б. – СПб., 1998. – 21 с.

КОНТАКТЫ

Федотов Борис Леонидович – ассистент кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, Санкт-Петербург Россия
+7 950 003-72-89