

ПЕРОРАЛЬНАЯ ТРАНСПАПИЛЯРНАЯ ХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕДКОЙ ПРИЧИНЫ «СЛОЖНОГО» РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И ЕГО УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ КОНТАКТНОЙ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Клинический случай

Будзинский С.А.^{1,3}, Старков Ю.Г², Бордиков М.В.³, Джантуханова С.В.², Федоров Е.Д.¹

¹ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Кафедра госпитальной хирургии №2 и НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии

²ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

³ГБУЗ ГКБ №31 ДЗ г. Москвы

АКТУАЛЬНОСТЬ

Уже несколько десятилетий во всем мире отмечается устойчивый рост распространения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Одновременно с этим растет количество осложненных форм заболевания, в частности холедохолитиаза (ХЛ), частота которого во всей структуре ЖКБ составляет от 10 до 35% [1]. Основным методом лечения ХЛ, начиная с конца 70-х годов XX века являются эндоскопические транспапиллярные операции, эффективность которых хорошо изучена и достигает 95% [2]. В свою очередь рецидивный и резидуальный ХЛ являются одними из основных осложнений после проведенной холецистэктомии и основным показанием для выполнения повторных вмешательств на желчевыводящих протоках [3]. Наиболее распространенными причинами повторного возникновения конкрементов билиарного тракта является высокая литогенность желчи, большой диаметр холедоха (более 20 мм), внутривеночный холедохолитиаз или комбинация этих факторов [4].

Эндоскопическая ретроградная холангиография является наиболее широко применяемым окончательным методом диагностики патологических изменений желчевыводящих протоков [5]. Однако, даже с учетом всех преимуществ этой методики, не всегда удается получить достоверные результаты, а при необходимости, провести вмешательства на билиарном тракте в полном объеме. Так, при структурах и дефектах наполнения неясного генеза, осложненных формах холедохолитиаза ценную информацию о характере патологического процесса для определения дальнейшей тактики лечения и повышения эффективности ретроградных вмешательств может дать прямая визуализация желчевыводящих протоков.

В последние годы в клинической практике наиболее широкое применение нашла одноразовая система, предназначенная для одного оператора Spy Glass (Boston Scientific, США), которая была предложена к использованию в 2007 году, а в 2015 и 2019 годах прошла серьезную модернизацию, что дало возможность визуализации желчевыводящих и панкреатических протоков с использованием цифрового изображения высокой четкости. Применение данного метода позволяет, в том числе, проводить диагностику послеоперационных билиарных структур неясного генеза, может оказать неоценимую помощь в определении характера поражения и визуализации механического препятствия, которыми, в частности, могут являться и инородные тела, явившиеся причиной развития раннего вторичного холедохолитиаза [6].

При этом, за счет конструкционных особенностей, системы Spy Glass DS I и DS II представляют возможность не только выполнения диагностических исследований, но также проведения целого ряда лечебных вмешательств: выполнение внутрипротоковой прицельной щипцовой биопсии, радиочастотной абляции, фотодинамической терапии, удаление эпителиальных образований желчных и панкреатических протоков, а также мигрировавших в протоковые системы стентов [7]. Наибольшее клиническое применение нашло использование техники эндоскопической контактной литотрипсии в лечении «сложного» холедох- и вирсунголитиаза [8, 9]. Лазерная и электрогидравлическая литотрипсия обладают примерно одинаковой эффективностью, составляющей 99,0% и 96,7%, соответственно [10].

Мы хотим представить клинический случай рецидивного холедохолитиаза с редкой причиной его воз-

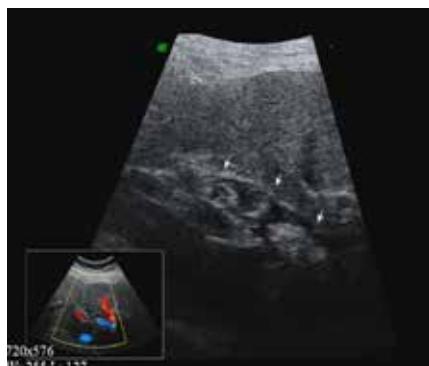


Рис. 1. УЗ-картина множественного крупного холедохолитиаза



Рис. 2. КТ-картина билиарной гипертензии и множественного крупного холедохолитиаза



Рис. 3. Холангиограмма на начальном этапе вмешательства – множественный крупный холедохолитиаз

никновения, выявление и ликвидация которой стали возможны только при выполнении пероральной транспапиллярной холангиоскопии.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациентка А. 68 лет обратилась в НМИЦХ им. А.В. Вишневского с жалобами на периодически возникающие боли в эпигастральной области и эпизодическое потемнение мочи в декабре 2018 года. В январе 2017 года в плановом порядке больной была выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия из лапаротомного доступа, наружное дренирование холедоха по Керу по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза. Постооперационный период протекал гладко и через 4 недели после операции дренаж Кера был удален. Однако, начиная с ноября 2017 года (через 10 месяцев после операции) и до момента госпитализации трижды отмечалось появление клинической картины механической желтухи, в связи с чем пациентка была госпитализирована в различные клиники г. Москвы. Первоначально была проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и литотэкстракция, а в двух последующих случаях - повторное эндоскопическое удаление конкрементов и билиарное стентирование, так как выполнить полную санацию желчного дерева не удалось.

Учитывая рецидивирующий характер механической желтухи и безуспешные попытки определения причины упорного течения заболевания ее развития пациентка была госпитализирована в НМИЦХ им. А.В. Вишневского для окончательной постановки диагноза и выбора оптимальной тактики лечения. В стационаре пациентка поступила в удовлетворительном состоянии. Данных за рецидив механической желтухи по результатам лабораторных методов исследования выявлено не было (общий билирубин – 18,2 мкмоль\л). Пациентка была дообследована в объеме ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости, а также магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ).

По результатам УЗИ имелась картина внутри- и внепеченочной билиарной гипертензии с расширением долевых протоков до 6 мм, а гепатикохоледоха до 16 мм с уплотнением и утолщением стенки протока до 2,7 мм и множественными конкрементами в его просвете размером до 15 мм в диаметре (рис. 1). Данные КТ органов брюшной полости и МРХПГ подтвердили результаты УЗИ (рис. 2). В связи с полученной информацией диагноз был сформулирован, как

ПХЭС, множественный крупный рецидивный холедохолитиаз. Состояние после холецистэктомии, наружного дренирования холедоха по Керу, ЭПСТ, неоднократных попыток литоэкстракции, билиарных стентирований.

Пациентке было запланировано выполнение планового эндоваскулярного ретроградного вмешательства в объеме эндоваскулярной ретроградной холангиографии, баллонной дилатации области ЭПСТ, пероральной транспапиллярной холангиоскопии, контактной лазерной литотрипсии и литоэкстракции.

При выполнении оперативного вмешательства были использованы дуоденоскоп TJF – 180 («Olympus», Япония), одноразовый холедохоскоп SpyGlas DS I («Boston Scientific Company», США), биопсийные щипцы Spy-bite («Boston Scientific Company», США), гольмивский лазерный литотриптический блок и лазерное волокно диаметром 375 мкр («QuantaSystem», Италия), папиллотом, проводящие струны, дилатационный баллон диаметром 13-15 мм и длиной 4 см, корзинка Дормиа и ревизионный баллончик («MTW», Германия).

После удаления частично обтурированного пластикового билиарного стента и проведения селективной катетеризации общего желчного протока было выполнено контрастирование билиарного тракта, которое продемонстрировало расширение холедоха до 20 мм с множественными дефектами наполнения в его просвете от 5 до 15 мм в диаметре с относительным сужением терминального отдела общего желчного протока до 4-5 мм (Рис. 3). После этого с целью облегчения выполнения холангиоскопии и последующего извлечения фрагментов конкрементов была проведена баллонная дилатация области ЭПСТ с созданием в баллоне давления до 6 Атм и его расправлением до 15 мм в течение 30 сек. После этого констатировано широкое открытие устья холедоха до 7-8 мм.

На следующем этапе вмешательства была выполнена пероральная транспапиллярная холангиоскопия при которой диагноз множественного крупного холедохолитиаза был подтвержден (рис. 4). Во время осмотра проксимальных отделов общего желчного протока среди множественных конкрементов была визуализирована структура, подозрительная на фрагмент пластикового дренаажа, от которой отходили нити шовного материала. Учитывая крупные размеры нескольких камней, была выполнена лазерная литотрипсия с использо-



Рис. 4. Множественные конкременты общего желчного протока при пероральной холангиоскопии

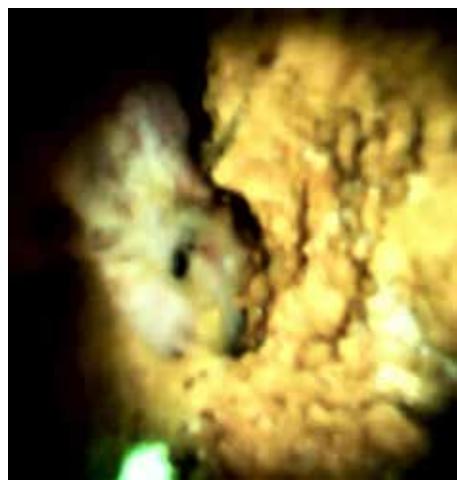


Рис. 5. Лазерная литотрипсия при пероральной холангиоскопии

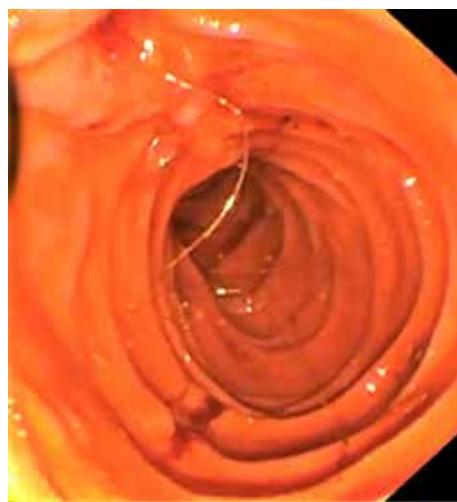


Рис. 6. Эндоскопическая картина лигатуры, обнаруженной в процессе литоэкстракции



Рис. 7. Удалённые из просвета внепеченочных желчевыводящих протоков фрагмент дренажа Кера и лигатуры



Рис. 8. Полная санация билиарного тракта при проведении контрольной ретроградной холангиографии

зованием следующих настроек воздействия: длина волны – 1320 Нм, уровень энергии – 1.2 Дж. Конкременты были фрагментированы (рис. 5) до 5-8 мм в диаметре и в последующем без технических трудностей извлечены в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) с помощью корзинки Дормиа и ревизионного баллончика. При этом одновременно с экстракцией раздробленных камней из просвета желчевыводящих протоков извлечена длинная лигатура, которая была захвачена с помощью биопсийных щипцов и удалена через эндоскоп (рис. 6). После этого при завершении ревизии желчного дерева в просвет ДПК был также низведен фрагмент пластиковой дренажной трубы (оставленная часть дренажа Кера) длиной около 12 мм (рис. 7). При контрольной обтурационной холангиографии с применением раздутого ревизионного баллончика просвет желчных протоков свободен, отмечается поступление неизмененной желчи с полной эвакуацией контрастного вещества из билиарного тракта в течении 4 минут (рис. 8).

Послеоперационный период протекал гладко, больная была выписана из стационара на 3 сутки после вмешательства. При дальнейшем наблюдении пациентка жалоб не предъявляла, при контрольном УЗИ органов брюшной полости через 14 месяцев в фев-

рале 2020 г патологических изменений желчевыводящих протоков выявлено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленном клиническом наблюдении наглядно продемонстрирована эффективность пепоральной транспапиллярной холангиоскопии в окончательной постановке диагноза и проведении минимально инвазивного лечения в полном объеме у пациентки с неясной причиной частых рецидивов холедохолитиаза.

На наш взгляд выполнение визуального осмотра желчных протоков необходимо у всех больных с наличием подозрения на рубцовые послеоперационные билиарные структуры или неоднократные рецидивы холедохолитиаза при наличии в анамнезе операций на желчном дереве. Данный подход позволит не только выявить инородные тела билиарного тракта (лигатурный материал, эндоклипсы, фрагменты дренажных трубок), которые могут являться первопричиной развития патологических изменений желчных протоков, но и провести их своевременное и полноценное удаление, повысив эффективность эндоскопического лечения данной категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стяжкина С.Н., Потапов В.П., Ситникова Е.В. и соавт. Лечение желчнокаменной болезни, осложнённой механической желтухой // Проблемы современной науки и образования. 2016, №39 (81):111-113.
2. Шаповальянц С.Г., Ардасенов Т.В., Федоров Е.Д. и соавт. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных с изменившейся анатомией билиодуodenальной области // Хирургия. 2011; 10: 35–38.
3. Гарипов Р.В., Нажипов Р.Д. Результаты хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. 2007, 12 (4): 54–58.
4. Шаповальянц С.Г., Мыльников А.Г., Паньков А.Г. и соавт. Рецидивный холедохолитиаз: диагностика, профилактика и лечение // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012, №4: 32-38.
5. Albert J., Aabakken L., Ang T.L. et al. Endoscopic CholangioPancreatography (ERCP) – current practice and future perspectives // Unimed. 2015: 32–35.
6. Budzinskiy S., Fedorov E., Shapovalianz S. et al. National Russian registry of cholangiopancreatoscopy: multi-center assessment of the first experience of using the digital singleoperator endoscopy of biliary and pancreatic ducts // Endoscopy 2020, 52: S297.
7. Chen Y.K., Parsi M.A., Binmoeller K.F. et al. Single-operator cholangioscopy in patients requiring evaluation of bile duct disease or therapy of biliary stones (with videos) // Gastrointest. Endosc. 2011, 74(4): 805-814, DOI: 10.1016/j.gie.2011.04.016
8. Buxbaum J. L., Abbas Fehmi S. M., Sultan S., et al. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis // Gastrointest Endosc. 2019, Jun;89(6):1075-1105.e15. doi:10.1016/j.gie.2018.10.001. Epub 2019 Apr 9.
9. McCarty T. R., Sobani Z., Rustagi T. Per-oral pancreatoscopy with intraductal lithotripsy for difficult pancreatic duct stones: a systematic review and meta-analysis // Endosc Int Open.2020 Oct;8(10): E1460-E1470. doi: 10.1055/a-1236-3187. Epub 2020 Oct 7
10. Gutierrez O. I. B., Bekkali N.L.H., Raijman I., et al. Efficacy and Safety of Digital Single-Operator Cholangioscopy for Difficult Biliary Stones // Clinical Gastroenterology and Hepatology 16(6): 918–926.e1. doi:10.1016/j.cgh.2017.10.017