

РАНДЕВУ БЕЗ КОНТРАСТА: СВИДАНИЕ ВСЛЕПУЮ ИЛИ ПОСЛЕДНИЙ ШАНС НА УСПЕХ? КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Р. В. Пиханов, А. Г. Бывшев, А. А. Филин, В. А. Мельников, Р. Р. Седлецкий

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградская областная клиническая больница», г. Санкт-Петербург

«Если гора не идет к Магомету, то Магомет идет к горе»

В статье представлен клинический случай комбинированного минимально инвазивного хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни с холедохолитиазом и механической желтухой у пациентки с поливалентной аллергией и непереносимостью йодсодержащих контрастных препаратов. Описаны основные этапы диагностического поиска, хирургическая тактика и последовательность действий в нестандартной ситуации при затрудненном ретроградном доступе в билиарный тракт.

Summary: This article represents clinical case of combined minimally-invasive therapy of gallstone disease complications, such as bile duct stones and jaundice in a patient with multiple allergy and intolerance of iodine-containing contrast. It describes of diagnostics and surgical sequence in non-standard situation in complicated retrograde and laparoscopic approach to biliary tract.

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), осложненная холедохолитиазом, остается частым клиническим явлением с тенденцией к росту заболеваемости и увеличением числа сложных случаев. На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия является золотым стандартом хирургического лечения ЖКБ [1]. Подходы в терапии холедохолитиаза остаются спорными. Существует четыре основные стратегии лечения камней общего желчного протока в сочетании с холецистолитиазом:

1. Предоперационная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ).
2. ЛХЭ с интраоперационной холангиографией (ИОХГ) и литоэкстракцией.
3. ЛХЭ с одномоментной интраоперационной ЭРХПГ по методике рандеву и литоэкстракцией.
4. ЛХЭ с послеоперационной ЭРХПГ.

Выбор каждой конкретной стратегии обусловлен клинической ситуацией, материально-техническими возможностями лечебного учреждения, наличием подготовленных специалистов и возникающими в процессе лечения новыми обстоятельствами. Несмотря на множество рандомизированных клинических испытаний, нет каких-либо убедительных

доказательств в эффективности различных методик [2]. При этом использование техники канюляции по методике «рандеву» увеличивает шанс на успех и снижает частоту постманипуляционного панкреатита [3,4]. Европейское общество гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) предполагает, при неэффективной канюляции через стандартный ретроградный доступ можно использовать антеградное введение проволочного проводника с помощью чрескожного или эндоскопического ультразвукового (EUS) доступа для достижения желчного доступа (доказательства низкого качества, слабая рекомендация) [5].

Отдельного внимания заслуживает проблема ретроградных эндобилиарных вмешательств при непереносимости йодсодержащих контрастных препаратов. В такой ситуации канюляция по проводнику с рентгенологической оценкой его позиции и аспирационная проба с визуализацией желчи позволяют определить правильное направление для интервенции. Существуют отдельные публикации об использовании двуокиси углерода в качестве контрастного агента в желчных протоках, однако они касаются опухолевого поражения билиарного тракта [6].

В ситуации холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, когда стандартная канюляция

по проводнику технически невозможна, а атипичная папиллосфинктеротомия сопряжена с высоким риском осложнений, возникает необходимость комбинации ретроградного доступа с антеградной навигацией. Но что делать, если при всем этом нельзя использовать контрастирование желчевыводящих путей?

Таким образом, мы представляем клинический случай комбинированного минимально инвазивного лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом с механической желтухой, у пациентки с поливалентной аллергией и непереносимостью йодсодержащих контрастных препаратов.

Пациентка Ш., 64 лет, поступила в клинику 27.10.2021 в экстренном порядке с жалобами на боли в верхних отделах живота, преимущественно справа, которые возникли внезапно во время поездки в транспорте. О наличии конкрементов в желчном пузыре знает около двух лет. Подобных эпизодов ранее не отмечала. В анамнезе надвлагалищная ампутация матки с придатками. Длительное время страдает гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца. ОНМК по ишемическому типу в 2011 и 2014 гг. Также отмечается поливалентная аллергия с непереносимостью йодсодержащих препаратов (анафилактический шок).

В ходе обследования установлен диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, обострение. На фоне проведенной консервативной терапии (инфузионная, спазмолитическая) отмечено снижение интенсивности болей. Однако, 28.10.2021 появилось пожелтение кожи и склер, потемнение мочи. В общеклиническом анализе крови лейкоцитоз до $9,5 \cdot 10^9 / \text{л}$ без сдвига влево, СРБ до 17 мг/л (норма до 5), общий билирубин до 92 мкмоль/л (прямой-81), АЛТ 686 Ед/л, АСТ 389 Ед/л. По данным МРХПГ имеются признаки холедохолитиаза без признаков билиарной гипертензии (конкремент 4 мм в холедохе 5,5 мм), конкременты желчного пузыря (Рис. 1).

Было принято решение о выполнении ретроградного вмешательства — эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с литоэкстракцией без контрастирования. При дуоденоскопии выявлен уплощенный большой дуоденальный сосочек (БДС) небольших размеров (до 2 мм) с точечным устьем и слабовыраженной складчатой продольной складкой по типу «шарпей» без признаков поступления желчи (Рис. 2).

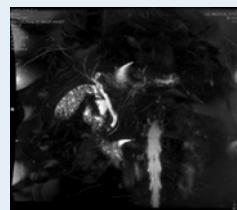


Рис. 1. В дистальном отделе холедоха конкремент 4 мм. Желчный пузырь полностью заполнен множественными мелкими конкрементами



Рис. 2. Дуоденоскопия: БДС. Отмечается маленький плоский сосочек без следов желчи

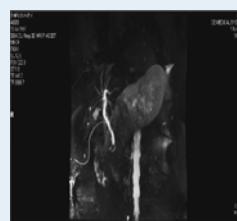


Рис. 3 В терминальном отделе холедоха конкремент 2 мм. Через культю пузырного протока установлен наружный дренаж



Рис. 4. Атравматичный проводник через наружный дренаж Холстеда антеградно позиционирован в ТОХ

Попытки селективной канюляции боковым папиллотомом и катетером по проводнику 0,025» оказались неэффективными. От атипичной неканюляционной папиллотомии решено воздержаться ввиду высокого риска осложнений (микроскопический уплощенный сосочек). В экстренном порядке больная оперирована лапароскопическим доступом. Интраоперационно отмечен выраженный рубцово-спаечный процесс в подпеченочном пространстве и области шейки желчного пузыря, в связи с чем манипуляции в этой зоне сопровождались техническими трудностями.

При литоэкстракции через культуру пузырного протока эвакуировано 2 конкремента. Также, с учетом имеющейся у пациентки поливалентной аллергии (в т.ч. на йодсодержащие препараты), проявляющейся анафилактической реакцией, выполнить интраоперационную холангиографию не представлялось возможным. Операция закончена дренированием холедоха по Холстеду, дренированием подпеченочного пространства. В послеоперационном периоде отмечалось отделение до 600 мл желчи по дренажу холе-



Рис. 5. Проводник антеградно низведен в ДПК после атипичной папиллотомии



Рис. 6. Параллельное расположение антеградного и ретроградного проводников в просвете холедоха



Рис. 7. Канюляция холедоха параллельно антеградному проводнику, в просвете папилломы визуализируется желчь



Рис. 8. Корзинка Дормиа проведена в холедохе. Отмечается активное поступление желчи

отдела холедоха (ТОХ) не удалось. Произведена замена проводника на 0,035», большая жесткость которого позволила преодолеть все изгибы и позиционировать дистальный атравматичный кончик проводника в ТОХ (Рис. 4).

Однако попытки низведения струны-проводника в ДПК были неэффективны ввиду необходимости БДС из-за его анатомических особенностей и явлений папиллостеноза. При этом изгиб атравматичного конца формировал выпячивание и расправление слизистой ДПК в проекции продольной складки, что создало благоприятные условия для безопасной атипичной папиллотомии. При помощи игольчатого папиллотома была вскрыта продольная складка от устья БДС на протяжении 5 мм, после чего проводник свободно проник в просвет ДПК, отмечено незначительное поступление прозрачной желчи (Рис. 5).

Отмечены выраженные фиброзные изменения тканей рассеченного сосочка. Далее параллельно низведенному в ДПК антеградному проводнику выполнена селективная канюляция холедоха папиллотомом по струне 0,025, которая при рентгеноскопии находилась в проекции гепатикохоледоха. При аспирационной пробе получена прозрачная желчь (Рис. 6, 7).

Произведена типичная ЭПСТ общей протяженностью до 8 мм, при этом устье холедоха широко раскрылось с активным поступлением желчи. При ревизии корзинкой Дормиа удален плотный конкремент неправильной формы около 2-3 мм диаметре (Рис. 8).

Холедоха за сутки. Заподозрено нарушение пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК). 01.11.2021 выполнена повторная МРХПГ, на которой в терминальном отделе нерасширенного (5 мм) холедоха выявлен конкремент 2 мм. (Рис. 3).

С учетом резидуального холедохолитиаза и наличия дренажа Холстеда в просвете холедоха, как возможной альтернативы антеградного доступа, принято решение о попытке выполнения ЭПСТ по методике «рандеву». 03.11.2021 при дуоденоскопии под внутривенной седацией в положении на левом боку картина БДС без динамики, желчи в ДПК нет. И вновь попытки стандартной канюляции по проводнику 0,025» оказались неэффективными. Через наружный дренаж холедоха проведен атравматичный проводник 0,025», однако из-за выраженных ангулаций в зоне самого дренажа и в области перехода его в плоскость общего желчного протока, провести струну в зону терминального

холедоха—богем, желтухи и повышения температуры не отмечено. 08.11.2021 дренаж полностью закрыт. В последующие дни пациентка чувствовала себя удовлетворительно, болей, повышения температуры не было. 09.11.2021 г. удален контрольный дренаж из подпеченочного пространства. Результаты клинических и биохимических анализов в пределах референсных значений. По данным УЗИ данных за жидкостные скопления, холедохолитиаз, билиарную гипертензию не получено. 11.11.2021 пациентка в удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение хирурга по месту жительства с рекомендациями повторной госпитализации через 3-4 недели для удаления дренажа холедоха.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день ЭРХПГ все чаще становится методом выбора лечения камней общего желчного протока со свойственной данной методике минимальной инвазивностью и высокой вероятностью успеха. Однако встречаются ситуации, когда ретроградный доступ в протоки затруднен или сопряжен

с высоким риском осложнений. Мы наглядно продемонстрировали клинический случай, когда комбинация минимально инвазивных хирургических и эндоскопических методов с нестандартным подходом и использованием техники «рандеву» позволила разрешить сложную патологию у сложного пациента без лапаротомии и тяжелых последствий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Claudio Ricci, Nico Pagano, Giovanni Taffurelli et al. Comparison of Efficacy and Safety of 4 Combinations of Laparoscopic and Intraoperative Techniques for Management of Gallstone Disease With Biliary Duct Calculi; A Systematic Review and Network Meta-analysis, JAMA Surg. 2018 Jul; 153(7).
1. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Williams E, Beckingham I, El Sayed G, Gurusamy K, Sturgess R, Webster G, Young T Gut. 2017 May; 66(5):765-782.
2. Concomitant laparoscopic cholecystectomy and antegrade wire, rendezvous cannulation of the biliary tree may reduce post-ERCP pancreatitis events. Winder JS, Juza RM, Alli VV, Rogers AM, Haluck RS, Pauli EM. Surg Endosc. 2020 Jul;34(7):3216-3222. doi: 10.1007/s00464-019-07074-5. Epub 2019 Sep 5.PMID: 31489502
3. Rendezvous cannulation technique reduces post-ERCP pancreatitis: a prospective nationwide study of 12,718 ERCP procedures.Swahn F, Nilsson M, Arnelo U, Lühr M, Persson G, Enochsson L. Am J Gastroenterol. 2013 Apr;108(4):552-9. doi: 10.1038/ajg.2012.470. Epub 2013 Feb 19.PMID: 23419386
5) Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline.
4. Testoni PA, Mariani A, Aabakken L, Arvanitakis M, Bories E, Costamagna G, Devière J, Dinis-Ribeiro M, Dumonceau JM, Giovannini M, Gyokeres T, Hafner M, Halttunen J, Hassan C, Lopes L, Papanikolaou IS, Tham TC, Tringali A, van Hooft J, Williams EJ. Endoscopy. 2016 Jul;48(7):657-83. doi: 10.1055/s-0042-108641. Epub 2016 Jun 14.PMID: 27299638
5. CO₂ or air cholangiography reduces the risk of post-ERCP cholangitis in patients with Bismuth type IV hilar biliary obstruction. Zhang WH, Ding PP, Liu L, Wang YL, Lai WH, Han JJ, Han J, Li HW. BMC Gastroenterol. 2020 Jun 15;20(1):189. doi: 10.1186/s12876-020-01341-9.