© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.366-003.7-008.5-089:616.367-072.1-089.819.1

В. М. Дурлештер, С. А. Габриэль, А. Я. Гучетль, В. Ю. Дынько

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Минздрава Краснодарского края
(главврач — проф. Г. А. Пенжоян)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить эффективность эндоскопических чреспапиллярных методов в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой различной этиологии. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализирована эффективность эндоскопических методов диагностики и лечения 1508 пациентов с механической желтухой (препятствием оттоку жёлчи и повышенным содержанием билирубина более 20 мкмоль/л) за 2008–2015 гг. Использован весь спектр диагностических и лечебных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств. РЕЗУЛЬТАТЫ. Эффективными эти вмешательства были у 1463 (97,02%) больных, неэффективными у 45 (2,98%) больных. Осложнения имели место у 52 (3,45%) больных. Случаев смерти в этой группе больных не было. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Применение эндоскопических вмешательств является обязательным условием работы гастроэнтерологического центра.

Ключевые слова: *ретроградная холангиопанкреатография, механическая желтуха, эндоскопические чреспапиллярные вмешательства, жёлчнокаменная болезнь, холедохолитиаз*

V. M. Durleshter, S. A. Gabriel', A. Ya. Guchetl', V. Yu. Dyn'ko

Endoscopic transpapillary interventions in treatment of patients with biliary hypertension of various genesis

Region Clinical Hospital № 2, Krasnodar Region

OBJECTIVE. The study determined the efficacy of endoscopic transpapillary methods in diagnostics and treatment of patients with obstructive jaundice of different etiology. MATERIAL AND METHODS. The efficacy of endoscopic methods of diagnostics and treatment was analyzed in 1508 patients with obstructive jaundice (obstruction of bile outflow and increased bilirubin level more than 20 mkmol/l) at the period from 2008 to 2015. There was applied all possible methods of diagnostic and treatment endoscopic transpapillar interventions. RESULTS. The surgeries were efficient in 1463 (97,02%) patients and they were ineffective in 45 (2,98%) patients. There weren't any lethal outcomes. CONCLUSIONS. The application of endoscopic interventions is a compulsory condition of the work of gastroenterological center.

Key words: *endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), obstructive jaundice, transpapillary endoscopic interventions, gallbladder disease, choledocholitiasis*

Введение. Число больных с механической желтухой различной этиологии не только не уменьшается, но имеет тенденцию к небольшому росту [1–4]. Такие пациенты относятся к довольно сложной категории больных, что связано с трудностями диагностики и лечения. Скрытое течение заболевания, тяжёлое состояние пациентов, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания — основные факторы, поддерживающие стабильно высокий процент осложнений и летальности при лечении больных этой категории.

Известно, что хирургические вмешательства, выполненные на высоте желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность увеличивается до 60% [5–8]. Поэтому первым этапом её лечения является восстановление оттока жёлчи и нормализация биохимических показателей крови.

С развитием миниинвазивных технологий для билиарной декомпрессии активно стали при-

меняться методики под ультразвуковым или эндоскопическим контролем, которые используются в качестве предоперационной подготовки или как паллиативный метод лечения. По данным ряда авторов [9–12], применение эндоскопических чреспапиллярных методик позволяет провести диагностику и восстановление пассажа жёлчи у 76–92 % больных, а частота ранних осложнений не превышает 3–5 %.

Таким образом, следует отметить актуальность внедрения в практику новых миниинвазивных техник лечения пациентов с билиарной гипертензией.

Цель работы — определить эффективность эндоскопических чреспапиллярных методов в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой различной этиологии в условиях нашей клиники.

Материал и методы. Работа основана на проспективном анализе 1508 больных с механической желтухой, проходивших обследование и лечение в нашей больнице в 2008–2015 гг. В исследование были включены все пациенты с содержанием билирубина больше 20 мкмоль/л. Все они дали письменное добровольное информированное согласие на участие в клиническом исследовании. Исследование выполнено в соответствие с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Результаты. В анализируемой группе у всех пациентов с симптомами механической желтухи содержание билирубина превышало 20 мкмоль/л (*табл. 1*).

Из таблицы видно, что у наибольшего числа больных (61,47 %) содержание билирубина было от 20 до 100 мкмоль/л.

Патологические состояния, послужившие причиной механической желтухи у наших пациентов, представлены в *табл. 2*.

Из табл. 2 видно, что основной причиной желтухи механического генеза была осложненная жёлчнокаменная болезнь (69,16 %), кроме того, большинство пациентов (87,88 %) — с механической желтухой доброкачественного генеза. В анализируемой группе гнойный холангит как осложнение основного заболевания выявлен у 150 (9,94 %) больных.

Изменения в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) представлены в *табл. 3*.

Таким образом, у 56,86 % больных были выявлены изменения области БС ДПК. Дивертикулы имели место у 227 (15 %) больных, причем у 154 (10,21 %) из них БС ДПК располагался парапапиллярно, у 73 (4,79 %) больных БС ДПК оказался расположен интрадивертикулярно.

Таблица 1

Содержание билирубина у больных (n=1508)

Содержание билирубина, мкмоль/л	Абс. число	%
20–100	927	61,47
100–200	403	26,72
200 и более	178	11,81

Таблица 2

Структура основных патологических состояний у больных с механической желтухой (n=1508)

Патологическое состояние	Абс. число	%
Жёлчнокаменная болезнь, холецисто-холедохолитиаз	629	41,71
Постхолецистэктомический синдром, холедохолитиаз	206	13,66
Жёлчнокаменная болезнь, холецистолитиаз (транзиторная желтуха, при ревизии конкрементов нет)	208	13,79
Хронический осложненный панкреатит со стриктурой терминального отдела общего жёлчного протока	177	11,73
Рубцовые стриктуры общего жёлчного протока	17	1,12
Рубцовые стриктуры общего жёлчного протока, холедохолитиаз	14	0,92
Острый панкреатит, панкреонекроз	37	2,45
Ятрогенное повреждение общего жёлчного протока	32	2,12
Опухоль головки поджелудочной железы	51	3,38
Опухоль головки поджелудочной железы, холедохолитиаз	14	0,92
Опухоль общего жёлчного протока	63	4,17
Опухоль жёлчного пузыря	8	0,53
Опухоли другой локализации с метастазами в лимфатические узлы гепатодуоденальной связки	5	0,33
Опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки	38	2,60
Опухоль печени	3	0,19
Киста левой доли печени	1	0,06
Аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки	2	0,13
Склерозирующий холангит	3	0,19
Всего	1508	100

Мы проанализировали вид и частоту эндоскопических вмешательств в данной группе больных, представленных в *табл. 4*.

Из таблицы видно, что в нашей клинике применялся практически весь спектр эндоскопических чреспапиллярных вмешательств.

Таблица 3

Изменения в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки

Характер изменений	Абс. число	%
Аденома БС ДПК	120	7,9
Папиллит	181	12
Состояние после эндоскопической папиллосфинктеротомии	254	16,8
Состояние после резекции желудка (по Бильрот I или Бильрот II)	16	1
Опухоль БС ДПК	38	2,5
Дивертикулы	227	15
Атипичное расположение БС ДПК	10	0,6
Холедоходуоденальный свищ	10	0,6
Холедоходуоденоанастомоз	7	0,46
Всего	863	56,86

Таблица 4

Вид и частота эндоскопических чреспапиллярных вмешательств

Вид вмешательств	Абс. число	%
Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)	1872	39,17
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)	1344	28,12
Эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ)	974	20,38
Эндоскопическая механическая литотрипсия	96	2,01
Стентирование общего жёлчного протока полимерным стентом	255	5,33
Стентирование общего жёлчного протока саморасширяющимся нитиноловым стентом	3	0,06
Стентирование главного панкреатического протока	3	0,06
Назобилиарное дренирование	46	0,96
Эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия	8	0,16
Холедохоскопия	12	0,25
Браш-биопсия	93	1,94
Биопсия области БС ДПК	50	1,04
Бужирование общего жёлчного протока	14	0,29
Баллонная дилатация общего жёлчного протока	7	0,14
Папиллэктомия	2	0,04
Всего	4779	100

В сложных клинических ситуациях мы выполняли эндоскопическую контактную электрогидравлическую литотрипсию. Данный вид вмешательства применяли, когда традиционными механическими способами литоэкстракции санировать жёлчный проток не удаётся. Всего таких операций выполнено 8. При 7 из них достигнут положительный результат, при 1 — фрагментации конкремента достичь не удалось за счёт его плотности.

При невозможности доступа к БС ДПК (наличие дивертикулов, атипичное расположение БС ДПК, состояние после перенесенных оперативных вмешательств на желудке или ДПК) применяли комбинированное миниинвазивное вмешательство по методике «рандеву». Особенностью данной методики является антеградное проведение в просвет ДПК проводника под ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Далее все чреспапиллярные вмешательства производили по проводнику (*рис. 1*).

Вмешательств по методике «рандеву» у нас выполнено 7, во всех удалось достигнуть положительного клинического результата. По данной методике у нас имеется патент на изобретение РФ № 2556574 «Способ комбинированного малоинвазивного лечения холедохолитиаза при атипичном расположении большого дуоденального соска» (зарегистрирован 16.06.2015 г.).

Внутрипечёночный холангиолитиаз вызывает сложности при ретроградной литоэкстракции. В нашей клинике разработан и активно применялся комбинированный метод миниинвазивного лечения внутрипечёночного холангиолитиаза (*рис. 2*), который заключается в антеградном дренировании внутрипечёночных протоков с последующим механическим перемещением внутрипечёночных холангиолитов в дистальные, удобные для ретроградной литоэкстракции, отделы общего жёлчного протока. Всего выполнено 5 таких вмешательств. На данный способ у нас имеется патент на изобретение РФ № 2556562 «Способ комбинированного малоинвазивного лечения внутрипечёночного холангиолитиаза» (зарегистрирован 16.06.2015 г.).

Мы проанализировали этапность эндоскопических вмешательств, выполненных пациентам нашей группы: в один этап чреспапиллярные вмешательства выполнены у 1185 (78,6%) пациентов, в 2 этапа — у 226 (14,9%), в 3 и более этапов — у 97 (6,5%).

Мы проанализировали средний показатель койко-дней в нашей группе больных. Общее число койко-дней составило 20039 (средний показатель 13,3 в каждом году).

К концу наблюдаемого периода в 2015 г. средний показатель койко-дней был наименьшим (8,1)

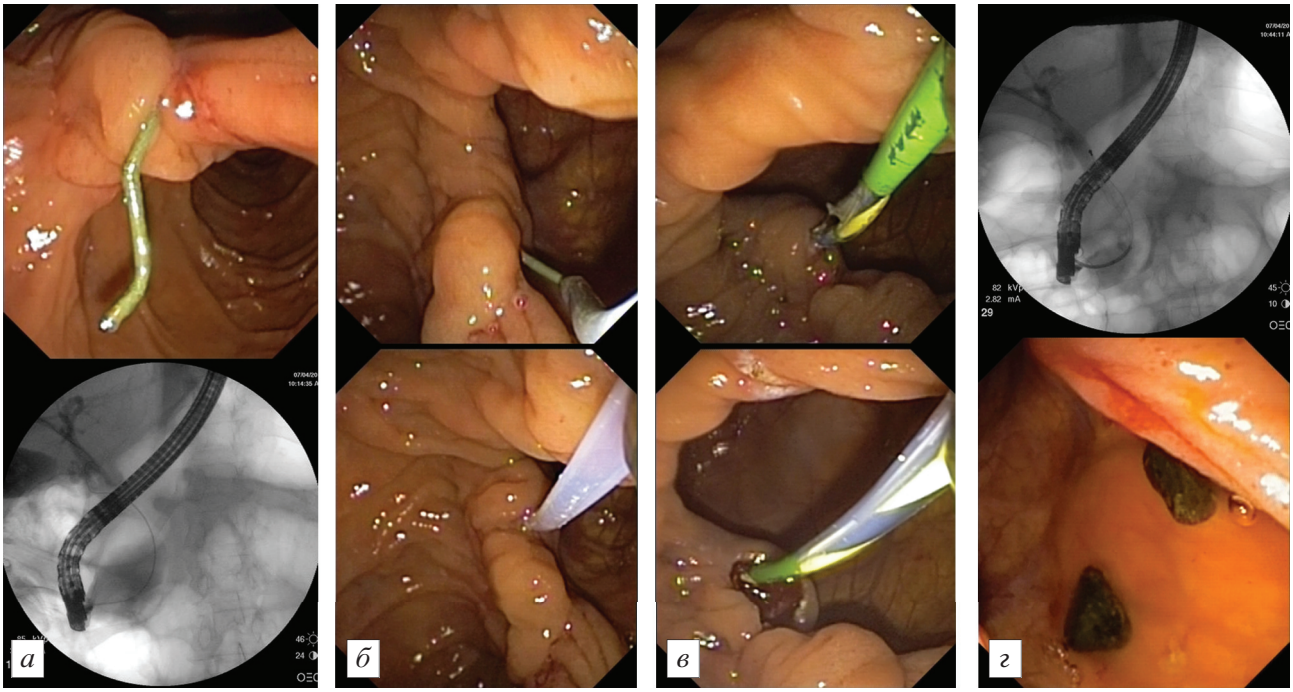

Рис. 1. Этапы методики «рандеву».
а — антеградно установленный в ДПК проводник; б — канюляция общего жёлчного протока по проводнику; в — ЭПСТ по струне-проводнику; г — ЭМЛЭ по струне-проводнику

и статистически достоверно отличался от него в 2008 г. (14,4).

Виды и количество осложнений при эндоскопических вмешательствах в данной группе больных показано в *табл. 5*.

Из табл. 5 видно, что из 1508 больных осложнения имели место у 52 (3,45 %), причем наиболее частым видом осложнений явился РХПГ-индуцированный панкреатит (у 34, 2,3 %) и кровотечение при выполнении ЭПСТ (у 12, 0,8 %).

У 45 (2,98 %) больных из 1508 эндоскопические чреспапиллярные вмешательства оказались неэффективными, у 1463 (97,02 %) задача эндоскопического вмешательства была выполнена.

Выводы. 1. Применение эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у больных с механической желтухой является обязательным условием полноценной работы современного гастроэнтерологического центра.

2. Комплексное применение эндоскопических чреспапиллярных методик показало свою высокую эффективность в диагностике и лечении больных с механической желтухой с невысокой частотой осложнений (3,45 %) и неудач (2,98 %). Это напрямую зависит от аппаратно-инструментального оснащения лечебного учреждения.

Таблица 5

Осложнения чреспапиллярных вмешательств в анализируемой группе больных (n=52)

Вид осложнения	Абс. число	%
Кровотечение из папиллотомной раны	12	23,07
РХПГ-индуцированный панкреатит	34	65,38
Панкреонекроз	1	1,93
Ретродуоденальная перфорация	5	9,62
Всего	52	100

3. Внедрение новых миниинвазивных методик позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, снизить затраты на лечение и в значительной степени повысить их психоэмоциональный статус.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Алиев Ю. Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложненной жёлчнокаменной болезни // Хирургия. 2013. № 5. С. 73–75 [Aliev Yu. G. Miniinvazivnye vmeshatel'stva v khirurgicheskom lechenii oslozhnennoi zhelchnokamennoi bolezni // Khirurgiya. 2013. № 5. P. 73–75].
2. Биктагиров Ю. И. Эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном соске в лечении холедохолитиаза // Мед. журн. Западного Казахстана. 2011. Т. 31, № 3. С. 49–50 [Biktagirov Yu. I. Endoskopicheskie vmeshatel'stva na bol'shom duodenal'nom soske v lechenii kholedokholitiaza // Meditsinskii zhurnal Zapadnogo Kazakhstana. 2011. Vol. 31, № 3. P. 49–50].

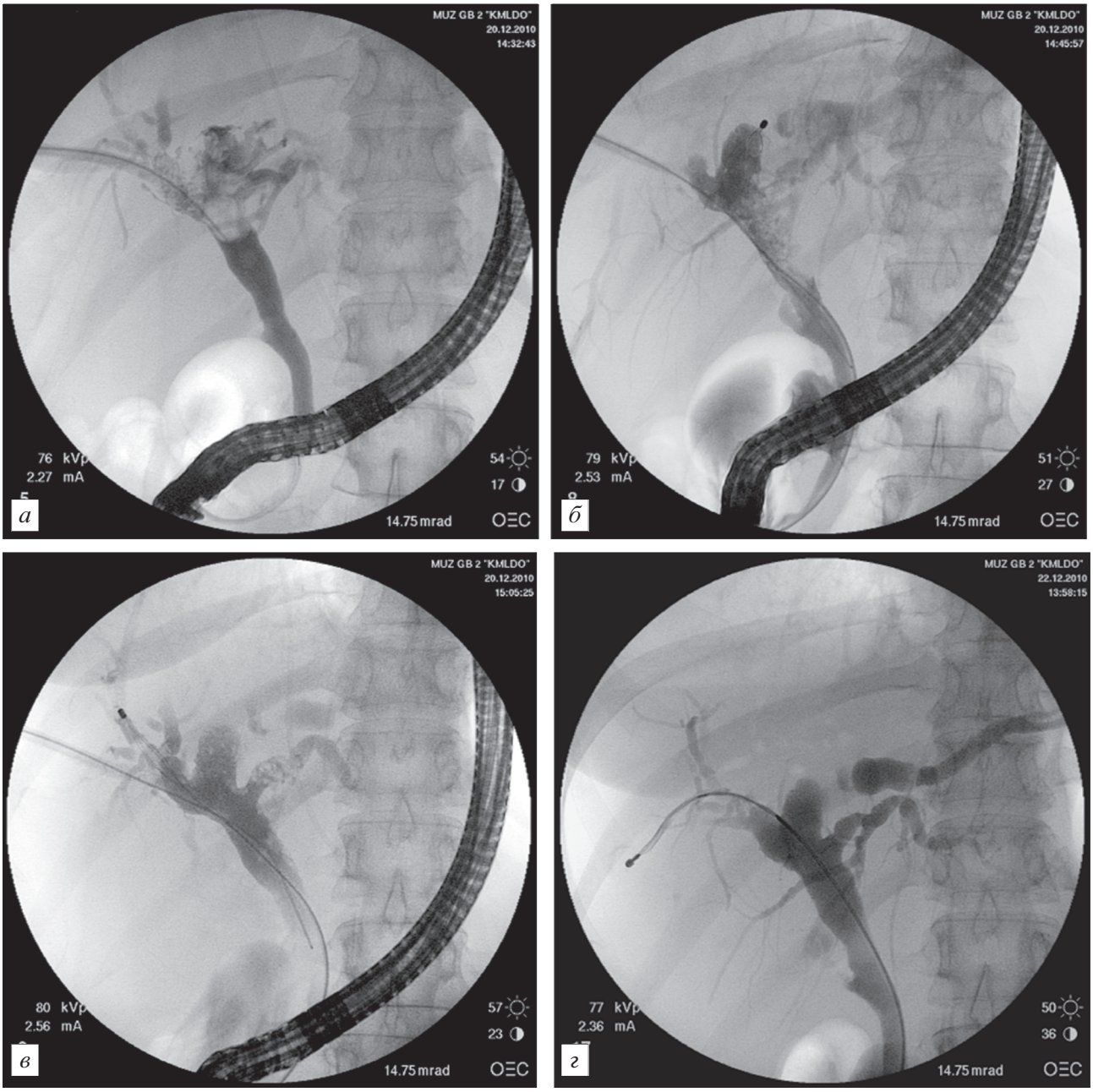

Рис. 2. Холангиограммы на этапах лечения внутрипечёночного холангиолитиаза.

а — антеградное дренирование правого долевого протока; б — механическое смещение холангиолитов в дистальные отделы общего жёлчного протока; в — ЭМЛЭ; г — контрастированы внутрипечёночные протоки

3. Бобоев Б. Д. Ультразвуковое исследование в диагностике жёлчнокаменной болезни и её осложнений // Вестн. хир. 2012. № 2. С. 21–24 [Boboev B. D. Ul'trazvukovoe issledovanie v diagnostike zhelchnokamennoi bolezni i ee oslozhnenii // Vestnik khirurgii. 2012. № 2. P. 21–24].
4. Галлингер Ю. И., Хрусталева М. В., Шатвердян Д. Г. Неотложное транспапиллярное жёлчеотведение у больных с обструктивной желтухой различной этиологии // Тезисы докладов 1-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы экстренной эндоскопии». СПб., 2010. С. 81–82 [Gallinger Yu. I., Khrustaleva M. V., Shatverdyan D. G. Neotlozhnoe transpapillyarnoe zhelcheotvedenie u bol'nykh s obstruktivnoi zheltukhoi razlichnoi etiologii // Tezisy dokladov 1st Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Aktual'nye voprosy ekstrennoi endoskopii». St. Petersburg, 2010. P. 81–82].
5. Ильканич А. Я., Колмаков П. Н., Варданян Т. С. Роль эндоскопических методов в диагностике и лечении механической желтухи при холедохолитиазе // Медицинская наука и образование Урала. 2010. Т. 11, № 2. С. 38–39 [Il'kanich A. Ya., Kolmakov P. N., Vardanyan T. S. Rol' endoskopicheskikh metodov v diagnostike i lechenii mekhanicheskoi zheltukhe pri kholedokholitiaze // Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala. 2010. Vol. 11, № 2. P. 38–39].
6. Котовский А. Е., Глебов К. Г. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденаль-

ной зоны // Анн. хир. гепатол. 2010. Т. 15, № 1. С. 9–18 [Kotovskii A. E., Glebov K. G. Endoskopicheskie tekhnologii v lechenii zabolevanii organov gepatopankreatoduodenal'noi zony // Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2010. Vol. 15, № 1. P. 9–18].

7. Лебедев С. В., Бронтвейн А. Т. Спектр клинических форм жёлчнокаменной болезни у хирургических пациентов на современном этапе // Верхневолжский мед. журн. 2012. Т. 10, № 1. С. 19–26 [Lebedev S. V., Brontvein A. T. Spektr klinicheskikh form zhelchnokamennoi bolezni u khirurgicheskikh patsientov na sovremennom etape // Verkhnevolzhskii meditsinskii zhurnal. 2012. Vol. 10, № 1. P. 19–26].
8. Призенцов А. А., Лобанков В. М., Скуратов А. Г. Жёлчнокаменная болезнь : состояние проблемы // Проблемы здоровья и экологии. 2012. Т. 33, № 3. С. 39–44 [Prizentsov A. A., Lobankov V. M., Skuratov A. G. Zhelchnokamennaya bolezn' : sostoyanie problemy // Problemy zdorov'ya i ekologii. 2012. Vol. 33, № 3. P. 39–44].
9. Cremer A., Arvanitakis M. Diagnosis and management of bile stone disease and its complications // Min. Gastroenterol. Dietol. 2016. № 1. P. 103–129.
10. Kroh M., Chand B. Choledocholithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopic common bile duct exploration // Surg. Clin. N. Am. 2008. Vol. 88, № 5. P. 1019–1031.
11. Lin C., Collins J. N., Britt R. C. Initial cholecystectomy with cholangiography decreases length of stay compared to preoperative MRCP or ERCP in the management of choledocholithiasis // Am. Surg. 2015. № 7. P. 726–731.
12. Willingham F. F. All wrapped up: metal biliary stents and the effect of stent coverings // Gastrointest. Endosc. 2010. Vol. 72, № 5. P. 924–926.

Поступила в редакцию 12.05.2017 г.

Сведения об авторах:

Дурлештер Владимир Моисеевич (e-mail: durleshter59@mail.ru), д-р мед. наук, проф., зам. главного врача по хирургии; *Габриэль Сергей Александрович* (e-mail: gabriel-sa@rambler.ru), канд. мед. наук, зав. отделением эндоскопии; *Гучетль Александр Якубович* (e-mail: guchetl@mail.ru), канд. мед. наук, руков. центра малоинвазивных хирургических вмешательств; *Дынько Виктор Юрьевич* (e-mail: dynko.viktor@yandex.ru), врач отделения эндоскопии; Краевая клиническая больница № 2 Минздрава Краснодарского края, 350012, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6, корп. 2.