

© Н. Э. Заркуа, 2013
УДК 616.366-003.7-06:616.361-002-089.48

Н. Э. Заркуа

МНОГОУРОВНЕВОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ХОЛАНГИТЕ

Кафедра хирургии им. Н. Д. Монастырского (зав. — проф. А. Е. Борисов),
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России,
Александровская больница (главврач — К. Г. Кубачев), Санкт-Петербург

Ключевые слова: механическая желтуха, холедохолитиаз, рак билиопанкреатодуоденальной зоны, диагностика, хирургическое лечение, многоуровневое дренирование

Введение. Проблема лечения больных с механической желтухой остается одной из сложных в современной гепатологии, летальность при доброкачественном генезе снизилась незначительно, а при злокачественном поражении органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) за последние десятилетия — увеличилась [3–5]. Особенно актуальна проблема у пациентов с нерезектабельной опухолью [8]. Несмотря на то, что продолжительность жизни больных после паллиативного вмешательства не превышает 6–8 мес, задача обеспечения приемлемого качества жизни больных обуславливает важность оптимального использования всего арсенала современных лечебных технологий, прежде всего малоинвазивных [1, 4]. В литературе широко обсуждаются возможности эндовидеохирургических вмешательств, эндоскопических, интервенционных под сонографическим контролем, предлагаются различные варианты желчеоттока, с категоричными рекомендациями отказа от того или иного метода в пользу выбранного [1–3, 5–7]. Однако, как показывает опыт, в условиях многопрофильного стационара при поступлении пациента с клиникой желтухи и явлениями системной или локальной воспалительной реакции изолированное применение одного из малоинвазивных пособий не приводит к решению задачи адекватного купирования желчной гипертензии и явлений холангита, причем отмечается прямая корреляция роста неблагоприятных результатов у пациен-

тов с другими соматическими заболеваниями и старше 60 лет. Следует признать, что, несмотря на возможность дистального восстановления желчеоттока с помощью эндоскопических вмешательств, иногда остается задача полноценного дренирования внутрипеченочных желчных протоков у пациентов с сопутствующим холангитом.

Разработка протокола одномоментного дренирования внутри- и внепеченочного желчных путей при их обструкции и холангите с использованием разных доступов позволит оптимизировать лечение у сложной категории пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Материал и методы. В исследование включены 63 больных, которым в ходе лечения механической желтухи и холангита различного генеза в качестве первого этапа устанавливали контролируемые дренажные конструкции с использованием чрескожно-чреспеченочного, лапароскопического и эндоскопического доступов. Средний возраст больных (58,4±1,4) года. Преимущественно уровень обструкции соответствовал уровню «0», «–1», «–2» по Э. И. Гальперину (2002). Верификация причины стриктуры, помимо стандартных методов исследования, предусматривала применение методики малоинвазивной биопсии зоны обструкции внепеченочных желчных протоков. Технология предусматривает применение атерэктомической камеры, используемой в интервенционной кардиологии, эндоскопически чрескожно чреспеченочным доступом и в условиях существующего наружного билиарного дренажа. Установка временного стента лапароскопически предусматривала необходимость холедохотомии. Использовали нитиоловые стенты, пластиковые стенты с покрытием (типа «COOK»). Эндоскопический этап процедуры сопровождался предварительной ретроградной холангиопанкреатографией (РХПГ) и баллонной дилатацией. Выбор доли печени для чрескожного дренирования осуществляли после рентгеноконтрастного исследования. После установки стента в области стриктуры и дренажных конструкций с выведением чреспеченочно и

Сведения об авторах:

Заркуа Нонна Эриковна (e-mail: monastyrskiy@mail.ru),
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России,
Александровская больница, 193312, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, 4

через большой дуоденальный сосочек (БДС) желчное дерево санировали проточным промыванием антисептиком и устанавливали конструкцию для дозированной декомпрессии желчных протоков. Результаты оценены сравнительно с рутинно используемыми технологическими приемами (контрольная группа — 45 человек).

Результаты и обсуждение. В основной группе умерли 4 (6,3 %) пациента с явлениями прогрессирующей полиорганной недостаточности, в контрольной группе — 7 (15,5 %). У 3 больных отмечались осложнения в виде контролируемого желчеистечения через чреспеченочный доступ. У 4 пациентов в первые 2 сут отмечалась дислокация стента в области гепатикохоледоха, что потребовало его удаление и установку нового. Явления печеночной недостаточности, системной и локальной воспалительной реакции купированы статистически значимо ранее, чем в контрольной группе. После купирования явлений холангита решали вопрос об удалении чреспеченочного дренажа.

Для верификации причин окклюзии гепатикохоледоха и определения хирургической тактики применили разработанную нами методику чрескожной внутрипросветной биопсии гепатикохоледоха с помощью атерэктомической камеры. Процедуру выполняли в условиях существующего или предварительно формируемого наружного билиарного дренажа. В дренаж устанавливали стандартный проводник (тип «J» $0,09 \times 10^{-2}$ м дюйма). По проводнику вводили интродьюсер 9,0 F дистальнее места обструкции. Параллельно основному проводнику вводили коронарный проводник $0,035 \times 10^{-2}$ м дюйма, по которому атерэктомическая камера доставлялась к области забора материала. Поворотом катетера атерэктомическую камеру устанавливали окном в сторону объекта (области максимального видимого поражения на рентгеновских снимках). В баллонный катетер осуществляли индифляцию рентгеноконтрастного препарата, разбавленного физиологическим раствором в соотношении 1:1, под давлением 6–8 атм. Это приводит к прижму окна камеры к пораженной стенке желчного протока. Забор материала осуществляли продольным движением фрезы вперед одновременно с вращением последней в любом направлении. После получения материала рентгеноконтрастный препарат из баллонного катетера аспирировали, что позволяло повернуть окно камеры к другому участку стенки желчного протока. После получения 5–6 проб атерэктомическая камера и коронарный проводник удаляли. Процедура завершалась заменой интродьюсера на дренажный

катетер, устанавливаемый по основному проводнику.

Способ показал хорошую воспроизводимость. В 16 наблюдениях из 46 выявлена опухолевая природа стеноза (гистологически низкодифференцированная аденокарцинома), что потребовало проведения радикального вмешательства. У 19 больных обнаружен выраженный гипертрофический фибропролиферативный процесс, у остальных — сформированная рубцовая ткань. Этим больным проведено успешное стентирование.

Особенный интерес представляют 3 наблюдения рака головки поджелудочной железы с метастазами в печень, когда, по данным МРТ с контрастированием, выявлены отключенные сегменты в правой доле. Одновременное проведение чрескожно-чреспеченочного дренирования и эндоскопического стентирования позволило купировать явления тяжелого холангита и печеночной недостаточности. При этом чрескожно-чреспеченочная холангиостомия позволила выполнить папиллотомию на антеградно проведенном стенте, что в итоге дало возможность избежать повреждения двенадцатиперстной кишки и предупредить возникновение панкреатита.

Таким образом, внедрение в клиническую практику одновременного многоуровневого дренирования желчных протоков при механической желтухе на фоне холангита изменило тактические подходы к лечению данной категории больных.

Выводы. 1. Многоуровневое дренирование желчных протоков на основе сочетанного применения чрескожно-чреспеченочного, лапароскопического и эндоскопического доступа позволило повысить раннюю верификацию злокачественной причины обструкции гепатикохоледоха, купировать явления холангита, обеспечить адекватность дренирования вне- и внутрипеченочных сегментов желчных путей.

2. Разработанный способ чрескожной внутрипросветной биопсии общего желчного протока с помощью атерэктомической камеры эффективен для ранней верификации природы стеноза внепеченочных желчных протоков и может быть использован в рутинной клинической практике.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Андреев А.П., Рыбин Е.П., Учваткин В.Г. Комбинированная эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни, осложненной заболеваниями терминального отдела общего желчного протока // Вестн. хир. 1997. № 3. С. 30–34.
2. Гусев А.В., Боровков И.Н., Гусева Е.В., Мартинш Ч.Т. Альтернативные эндобилиарные вмешательства при холедохо-

- лителии и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2009. № 6. С. 22–26.
3. Котовский А. Е., Глебов К. Г., Уржумцева Г. А., Петрова Н. А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Анн. хир. гепатол. 2010. № 1. С. 9–18.
4. Патютко Ю. И., Котельников А. Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М.: Медицина, 2007. 448 с.
5. Lubienski A., Duex M., Lubienski K. et al. Interventions for benign biliary strictures // Radiologe. 2005. Vol. 45. P. 1012–1019.
6. Maguchi H., Takahashi K., Katanuma A. et al. Preoperative biliary drainage for hilar cholangiocarcinoma // J. Hepatobil. Pancreat. Surg. 2007. Vol. 14. P. 441–446.
7. Manella P., Galeotti R., Causin F., Sala S. Interventional radiology in percutaneous management of bile duct obstruction: biliary drainage through a spontaneous common hepatic duct-duodenal fistula // Clin. Imaging. 1999. Vol. 23. P. 103–106.
8. Smith A. C., Dowsett J. F., Russel R. C.G. et al. Randomized trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bile duct obstruction // Lancet. 1994. Vol. 344. P. 1655–1660.

Поступила в редакцию 12.10.2012 г.

N. E. Zarkua

MULTILEVEL DRAINAGE OF BILE DUCTS IN OBSTRUCTIVE JAUNDICE AND CHOLANGITIS

The Monastyrsky surgical department of North-Western State Mechnikov Medical University

The data of combined application of low invasive intervention on bilious tree were analyzed in 63 patients with the obstructive jaundice and cholangitis. An indication for operation and the option of performing multilevel drainage were validated in patients with the obstruction of bile-excreting system and cholangitis. The technique of percutaneous intraluminal biopsy of hepaticocholedoch with atherectomic camera was supposed. The data obtained allow the application of given approach during the treatment of patients with the severe stage of the disease.

Key words: *obstructive jaundice, choledocholithiasis, biliary pancreaticoduodenal cancer, diagnostics, surgical treatment, multilevel drainage*