

РЕТРОГРАДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ

Ильяс Маратович Сайфутдинов*, Лев Ефимович Славин, Адель Фоатович Галимзянов, Рустем Талгатович Зимагулов

Межрегиональный клинико-диагностический центр, г. Казань

Реферат

Цель. Оценить результаты ретроградного стентирования желчевыводящих путей при патологии панкреатобилиарной области.

Методы. В 2008–2012 гг. 65 больным (28 мужчинам и 37 женщинам) с патологией панкреатобилиарной области в возрасте от 33 до 86 лет было выполнено 85 операций ретроградного стентирования жёлчных протоков. Механическая желтуха была выявлена у 44 из 65 больных (в 67% случаев), острый холангит — у 14 больных (в 21% случаев). Стентирование жёлчных протоков выполнено у 47 больных с доброкачественной патологией панкреатобилиарной области (хронический и постманипуляционный панкреатит, доброкачественная стриктура общего жёлчного протока, синдром Мириizzi, интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка, холедохолитиаз) и 18 больных со злокачественными новообразованиями этой локализации (рак головки поджелудочной железы, жёлчных протоков и большого дуоденального сосочка). Использовали пластиковые билиарные стенты диаметром от 2,5 до 3,3 мм.

Результаты. Стентирование жёлчных протоков при патологии панкреатобилиарной области позволило решить клинику механической желтухи и холангита, ликвидировать болевой синдром, предупредить развитие панкреатита, подготовить больных к оперативному вмешательству. Серьёзные осложнения при стентировании жёлчных протоков (миграция стента в общий жёлчный проток, гнойный холангит) зарегистрированы после 5 (5,9%) из 85 операций, которые были излечены при повторном эндоскопическом вмешательстве.

Вывод. Ретроградное стентирование желчевыводящих путей служит эффективным методом лечения больных, как с доброкачественной, так и со злокачественной патологией панкреатобилиарной области, характеризуется низкой (5,9%) частотой специфических осложнений и снижает риск развития острого панкреатита до 3% у больных с папиллостенозом и стриктурой терминального отдела общего жёлчного протока.

Ключевые слова: стентирование жёлчных протоков, механическая желтуха, панкреатобилиарная область.

RETROGRADE BILIARY STENTING IN PATIENTS WITH PANCREATOBILIARY DISEASES I.M. Sayfutdinov, L.E. Slavin, A.F. Galimzianov, R.T. Zimagulov. Interregional Clinical Diagnostic Center, Kazan, Russia. **Aim.** To evaluate the results of retrograde biliary stenting in patients with pancreatobiliary diseases. **Methods.** In 2008–2012, 85 retrograde biliary stenting procedures were performed in 65 patients (28 men and 37 women) with pancreatobiliary diseases aged 33 to 86 years. Obstructive jaundice was diagnosed in 44 of 65 patients (in 67% of cases), ascending cholangitis — in 14 (21%) patients. Endoscopic biliary stenting was performed in 47 patients with benign pancreatobiliary diseases (chronic and post-surgical pancreatitis, benign common bile duct stricture, Mirizzi syndrome, intradiverticular papilla, common bile duct bile stones) and in 18 patients with malignancies (cancers of pancreas head, bile ducts and papillary cancer). Plastic biliary stents with a (diameter 2.5 to 3.3 mm) were used for stenting. **Results.** Endoscopic biliary stenting allows to resolve the clinical manifestations of obstructive jaundice and cholangitis, to eliminate pain, to prevent the development of pancreatitis, to prepare patients for surgery. Serious complications of biliary stenting (stent migration in common bile duct, acute cholangitis) were observed in 5 of 85 procedures (5.9% of cases), and all were resolved after repeated endoscopic intervention. **Conclusion.** Endoscopic retrograde biliary stenting is a safe and effective treatment option for patients with both benign and malignant pancreatobiliary diseases, it is characterized by low rate of specific complications (5.8%) and had reduced the risk of acute pancreatitis in patients with papillostenosis and stricture of the common bile duct terminal part down to 3%. **Keywords:** endoscopic biliary stenting, obstructive jaundice, pancreatobiliary diseases.

Более 80% пациентов со злокачественными опухолями панкреатобилиарной области, осложнёнными механической желтухой и холангитом, не могут быть подвергнуты радикальной операции [2]. Этим больным необходима помощь с гарантированной низкой летальностью, невысокой частотой осложнений и непродолжительной госпитализацией [5]. Холедохостомия, ретроградное назобилиарное и антеградное дренирование общего жёлчного протока (холедоха) — наиболее распространённые варианты желчеотведения у больных с жёлчной гипертензией [3, 4, 7]. Однако все

перечисленные варианты дренирования билиарного дерева приводят к естественной потере жёлчи. В редких случаях используют сложные и требующие консолидированного участия нескольких хирургических служб пункционные билиодигестивные и билиобилиарные анастомозы, компрессионные гепатикоеюноанастомозы [1].

В течение последних 20 лет широкое признание в лечении больных с механической желтухой злокачественного генеза получили такие малоинвазивные рентгеноэндобилиарные вмешательства, как стентирование жёлчных протоков. Оно реализует внутреннее отведение жёлчи и может служить окончательным методом лечения,

Таблица 1

Количество больных с патологией панкреатобилиарной области в зависимости от причины и уровня блока жёлчных путей

Причина блока	Уровень блока жёлчных протоков				Всего больных
	1	2	3	4	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ	19 (40,4%)	20 (42,6%)	6 (12,7%)	2 (4,30%)	47 (100%)
Доброкачественная стриктура терминального отдела холедоха с папиллостенозом	16	—	—	—	16
Хронический панкреатит	—	12	—	—	12
Постманипуляционный панкреатит	—	7	—	—	7
Синдром Мириizzi	—	—	2	—	2
Рубцовая послеоперационная стриктура холедоха	—	—	3	1	4
Интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка	3	—	—	—	3
Склерозирующий холангит	—	—	—	1	1
Перфорация холедоха	—	—	1	—	1
Неразрешённый холедохолитиаз	—	1	—	—	1
ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ	5 (27,8%)	8 (44,4%)	1 (5,60%)	4 (22,2%)	18 (100%)
Рак головки поджелудочной железы	—	8	—	—	8
Рак большого дуоденального сосочка	5	—	—	—	5
Рак гепатикохоледоха	—	—	1	—	1
Опухоль Клацкина	—	—	—	4	4
ИТОГО	24 (36,9%)	28 (43,1%)	7 (10,8%)	6 (9,20%)	65 (100%)

Примечание: 1 — уровень большого дуоденального сосочка или терминального отдела холедоха; 2 — интрапанкреатическая часть общего жёлчного протока; 3 — средняя треть общего жёлчного протока; 4 — область ворот печени/конфлюэнс долевых протоков.

обеспечивающим адекватный желчеотток у онкологических больных [11, 12].

Ретроградное стентирование жёлчных протоков может быть самостоятельным методом лечения при доброкачественных стриктурах, обусловленных патологией поджелудочной железы и желчевыводящих путей, а также компонентом многоэтапного лечения в предоперационном периоде у пациентов с желчнокаменной болезнью [8–10]. Благодаря бурному развитию и внедрению в клиническую практику ретроградных эндоскопических вмешательств на жёлчных протоках открылись новые подходы к лечению больных с рубцовыми стриктурами жёлчных протоков [6].

Цель работы — оценка результатов ретроградного стентирования желчевыводящих путей при патологии панкреатобилиарной области.

В 2008–2012 гг. 65 больным (28 мужчинам и 37 женщинам) с патологией панкреатобилиарной области в возрасте от 33 до 86 лет было выполнено 85 манипуляций ретроградного стентирования жёлчных протоков. Механическая желтуха присутствовала

у 44 (67,7%) из 65 больных, содержание общего билирубина находилось в пределах 58–570 ммоль/л. В 14 (21%) наблюдениях зарегистрирована клиническая картина гнойного холангита.

Перед проведением стентирования проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, эндоскопическую ультрасонографию, эндоскопическую ретроградную холангиографию, компьютерную томографию органов брюшной полости, электрокардиографию, рентгенографию органов грудной клетки, общий анализ крови и мочи, функциональные пробы печени, консультацию кардиолога. Для выполнения эндоскопической ультрасонографии панкреатобилиарной области использовали видеоэзогастроскоп GF-UM160 компании «Olympus».

На основании данных эндоскопической ультрасонографии и ретроградной холангиографии были сформированы группы больных в зависимости от причины и уровня блока жёлчных путей (табл. 1).

При стентировании жёлчных путей ис-

пользовали эндоскопическую видеосистему «Olympus V-70» с терапевтическим дуоденоскопом TJF-V70 с диаметром инструментального канала 4,2 мм, а также рентгендиagnostический цифровой аппарат стенокоскоп 6000 CCD («General Electric») и пластиковые билиарные стенты диаметром от 2,5 до 3,3 мм.

При доброкачественной патологии панкреатобилиарной области стентирование жёлчных протоков выполнено у 47 (72,3%) из 65 больных. Всего в данной группе выполнено 67 процедур стентирования жёлчных путей, включая билиодуоденальное (14 операций) и панкреатодуоденальное (6 вмешательств) протезирование.

Эндопротезирование жёлчных протоков при злокачественной патологии панкреатобилиарной зоны было выполнено у 18 (27,7%) из 65 больных.

Наиболее частой причиной обструкции желчевыводящих путей при доброкачественной патологии панкреатобилиарной области были стриктура терминального отдела холедоха (у 16 из 47 больных, 34,0% случаев) и хронический панкреатит (у 12 из 47 больных, 25,5% случаев). Больным с данной патологией панкреатобилиарной области выполнено наибольшее количество рестентирований (10 вмешательств). Рестентирование холедоха выполняли в плановом порядке через 3–4 мес после первичного вмешательства при отсутствии клиники механической желтухи и холангита. Показанием к рестентированию были признаки сохранения билиарной гипертензии при проведении ретроградной холангиографии. У 3 больных с псевдотуморозным панкреатитом эндопротезирование и рестентирование жёлчных протоков служили единственным методом лечения вследствие проведённых ранее оперативных вмешательств на брюшной полости и тяжёлой сопутствующей патологии.

У 4 (13,8%) из 29 больных со стриктурой холедоха и хроническим панкреатитом после стихания воспалительных процессов диагностировали миграцию билиарного стента в кишку с его естественным отхождением. В остальных случаях удаление стента выполняли через 4–6 мес при подтверждении положительной динамики по результатам эндоскопической ультрасонографии и дуоденоскопии. Только в 1 случае после удаления стента у больной с хроническим панкреатитом возник рецидив болевого синдрома с повышением концентрации обще-

го и прямого билирубина, что потребовало рестентирования общего жёлчного протока.

В сложных анатомо-топографических условиях стентирование жёлчных протоков выполнено у 5 больных:

- у 2 больных после резекции желудка по Бильрот-II (в 1 случае — у больного с холедохолитиазом для ликвидации билиарной гипертензии и проведения атипичной папиллотомии «над стентом», ещё в 1 случае — у больного с псевдотуморозным панкреатитом, осложнённым механической желтухой);

- у 3 больных с интрадивертикулярным расположением большого дуоденального сосочка, осложнённым протяжённой стриктурой нижней трети холедоха и механической желтухой (2 больных), сохраняющейся выраженной билиарной гипертензией при наличии холецистостомы (1 больной).

Эндопротезирование жёлчных путей при синдроме Мириizzi выполнено у 2 больных с целью декомпрессии жёлчных путей и устранения механической желтухи:

- у 1 больного с хронической формой заболевания на протяжении 1,5 лет было выполнено 2 рестентирования гепатикохоледоха с достижением стойкой ремиссии; после стихания воспалительных процессов в жёлчных путях была проведена хирургическая операция (холедоходуоденостомия);

- у 1 больного с острой формой синдрома Мириizzi эндопротезирование жёлчных протоков способствовало заживлению холецистодуоденального свища перед проведением плановой операции (холецистэктомии, холедохолитотомии).

С целью подготовки больных к оперативному вмешательству (холецистэктомии) эндопротезирование жёлчных протоков выполнено у 7 больных со стриктурой терминального отдела холедоха. После установки билиарных стентов произведено удаление ранее наложенных холецистехолангиостом.

В группе больных со злокачественной патологией панкреатобилиарной области среди причин блока жёлчных путей преобладали опухоли головки поджелудочной железы и опухоли Клацкина. У 7 (38,9%) из 18 больных со злокачественной патологией панкреатобилиарной области по результатам клинических, инструментальных и лабораторных исследований зарегистрирована клиника острого холангита. Этим больным перед эндопротезированием жёлчных протоков выполняли назобилиарное дренирование, проводили детоксикационную и анти-

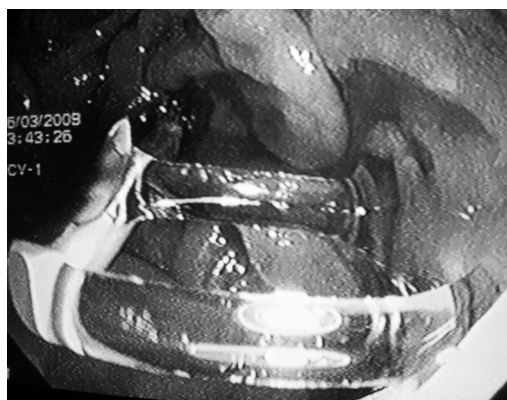


Рис. 1. Эндопротезирование общего жёлчного протока при опухоли головки поджелудочной железы.

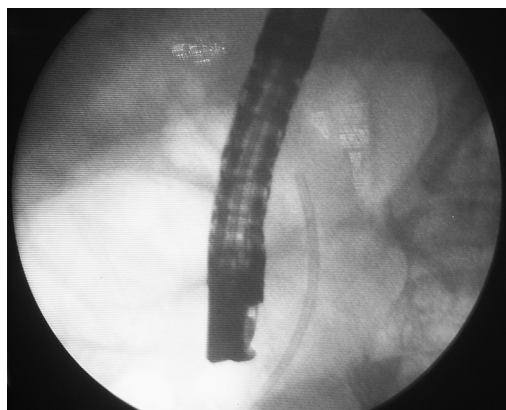


Рис. 2. Позиция стента общего жёлчного протока при рентгеноскопии.

бактериальную терапию. Стентирование жёлчных протоков осуществляли из ретроградного доступа под эндоскопическим и рентгенологическим контролем (рис. 1, 2).

Эффективность ретроградного эндопротезирования жёлчных протоков была достигнута у всех 14 больных: ликвидированы клиника механической желтухи, холангита и болевой синдром, достигнута нормализация биохимических показателей.

Осложнения после 67 процедур эндопротезирования жёлчных протоков в группе больных с доброкачественной патологией панкреатобилиарной области зарегистрированы в 4 (5,9%) случаях, когда диагностировали миграции стентов в холедох с развитием клиники механической желтухи, и в 1 случае у больного с миграцией стента в холедох диагностировали гнойный холангит (табл. 2). В группе больных со злокачественной патологией панкреатобилиарной области осложнение развилось у 1 (11,1%) больного в виде гнойного холангита вследствие обтурации стента слизистой пробкой, которая была устранена после установки назобилиарного дренажа с последующей санацией общего жёлчного протока.

Характер и тяжесть осложнений после стентирования жёлчных протоков в груп-

пах больных со злокачественной и доброкачественной патологией панкреатобилиарной области различались, но не носили угрожающего жизни характера и во всех случаях были ликвидированы на эндоскопическом этапе.

В зарубежной и отечественной литературе стентирование жёлчных протоков наиболее часто упоминают в разрезе паллиативного лечения обструкции жёлчных путей, обусловленной злокачественной патологией. В нашей работе мы расширили показания для проведения эндопротезирования жёлчных протоков за счёт больных с интрадивертикулярным расположением большого дуоденального сосочка, синдромом Мириззи, склерозирующим холангитом и пациентов с постманипуляционным панкреатитом, которым выполняли эндопротезирование главного панкреатического протока (рис. 3, 4).

Стентирование вирзунгова протока выполняли в ближайшие 2 дня после папиллосфинктеротомии, что позволило в течение 2–3 дней купировать болевой синдром и избежать развития панкреонекроза. Наш опыт выполнения стентирования протоков поджелудочной железы небольшой (6 больных). Как правило, вмешательство включа-

Таблица 2

Осложнения, возникшие при стентировании жёлчных протоков

Осложнения	При стентировании жёлчных протоков у больных с патологией панкреатобилиарной области		Всего
	доброкачественного генеза	злокачественного генеза	
Гнойный холангит	1	1	2
Миграция стента в холедох	4	0	4
Всего	5	1	6

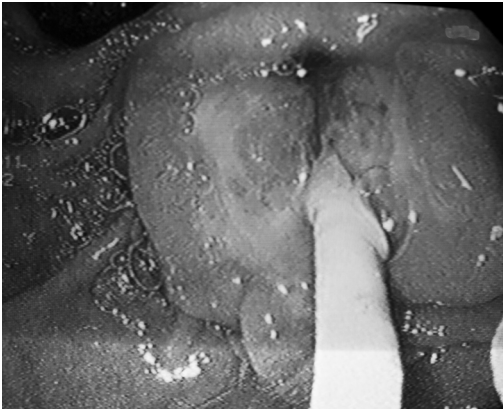


Рис. 3. Сентирование вирзунгова протока при постманипуляционном панкреатите.

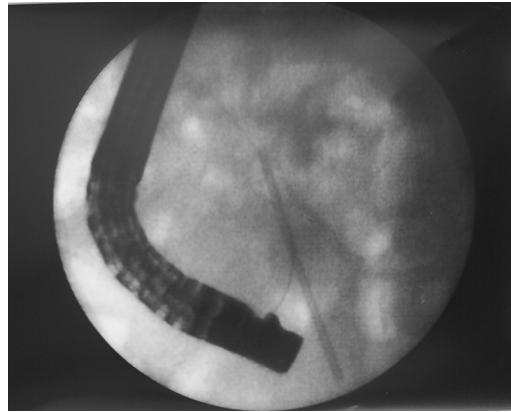


Рис. 4. Позиция стента вирзунгова протока при рентгеноскопии.

ло одномоментное выполнение панкреато- и билиодуоденального протезирования. Удаляли панкреатические стенты не позднее 5–6-х суток после их установки.

В группе больных с высоким риском развития острого постманипуляционного панкреатита, при сочетании стриктуры терминального отдела общего желчного протока и папиллостеноза, папиллосфинктеротомию завершали эндопротезированием холедоха. Это позволило снизить частоту случаев транзиторной амилаземии и клинически острого панкреатита у данной категории больных с 18 до 3%.

ВЫВОД

Ретроградное стентирование желчевыводящих путей служит эффективным методом лечения больных как с доброкачественной, так и со злокачественной патологией панкреатобилиарной области, обладает низким показателем специфических осложнений (5,8%), снижает риск развития острого панкреатита до 3% у больных с папиллостенозом и стриктурой терминального отдела холедоха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдюков М.С., Нечипай А.М., Юричев И.Н. и др. Новые малоинвазивные способы восстановления внутреннего желчеоттока в онкологической практике // Клинический эндоскоп. — 2010. — №1. — С. 2–11.
2. Котовский А.Е., Глебов К.Г. Эндоскопическое

транспиллярное стентирование желчных протоков // Анн. хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, №1. — С. 66–71.

3. Кулезнева Ю.В., Израйлов Р.Е., Капустин В.И. Чрескожная декомпрессия желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза // Московский журнал. — 2010. — №2. — С. 45–51.

4. Мажарчук В.И., Базилевич Ф.В., Абашидзе З.Ш. и др. Предоперационное дренирование в лечении больных с опухолевой обтурацией желчных путей // Анн. хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 8, №2. — С. 170.

5. Хрусталёва М.В. Современные эндоскопические транспиллярные методы лечения механической желтухи // Анналы НИЦХ РАМН, 1997. — С. 39–42.

6. Шаповальянц С.Г., Паньков А.Г., Мельников А.Г. и др. Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении опухолевых и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков // РЖГГК. — 2008. — Т. 18, №6. — С. 57–63.

7. Юрченко В.Г. Назобилиарное дренирование в гепатобилиарной хирургии // Сибирский медицинский журнал. — 2006. — Т. 59, №1. — С. 27–30.

8. Dumonceau J.-M. Biliary stenting: indications, choice of stents and results. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline // Endoscopy. — 2012. — Vol. 44. — P. 277–298.

9. Nguyen-Tang T., Dumonceau J.-M. Endoscopic treatment in chronic pancreatitis, timing, duration and type of intervention // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 24. — P. 281–298.

10. Morgan D.E. Endoscopic stent therapy in advanced chronic pancreatitis: relationships between ductal changes, clinical response, and stent patency // Am. J. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 98. — P. 821–826.

11. Shepherd H.A., Royle G., Ross A.P. et al. Endoscopic biliary endoprosthesis in the palliation of malignant obstruction of the distal common bile duct: a randomized trial // Br. J. Surg. — 1988. — Vol. 75. — P. 1166–1168.

12. Van der Gaag N.A., Rauws E.A.J., van Eijck C.H.J. et al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362. — P. 129–137.