

УДК 616.36-008.51-089

Результаты транспапиллярного стентирования желчевыводящих путей при доброкачественной и злокачественной патологии панкреатобилиарной области

И.М. САЙФУТДИНОВ, Л.Е. СЛАВИН, А.Ф. ГАЛИМЗЯНОВ, Р.Т. ЗИМАГУЛОВ

Межрегиональный клинико-диагностический центр МЗ РТ

Сайфутдинов Ильяс Маратовичкандидат медицинских наук, заведующий отделением эндоскопии
420078, г. Казань, ул. Ильича, д. 28 кв. 21, тел. (843) 526-33-43,
e-mail: ISayfutdinov@mail.ru

Проанализированы результаты эндоскопического транспапиллярного стентирования желчных протоков у 52 больных с доброкачественной и злокачественной патологией панкреатобилиарной области. Механическая желтуха имела место у 35 из 52 больных (в 67.3% случаев). Транспапиллярное стентирование позволило разрешить клинику механической желтухи и холангита, ликвидировать болевой синдром, предупредить развитие панкреатита, подготовить больных к оперативному вмешательству.

Ключевые слова: эндоскопическое транспапиллярное стентирование, механическая желтуха, патология панкреатобилиарной области.

Results of transpapillary stenting biliary paths at both benign and malignant pancreatobiliary pathology

**I.M. SAYFUTDINOV, L.E. SLAVIN,
A.F. GALIMZYANOV, R.T. ZIMAGULOV**

Interregional Clinical Diagnostic Center MoH

Results of bile duct endoscopic transpapillary stenting in 52 patients with benign and malignant pathology of pancreatobiliary area were analyzed. Obstructive jaundice occurred in of 32 in the 52 patients (in 67.3% of cases). Transpapillary stenting possible to resolve the clinic obstructive jaundice and cholangitis, to eliminate pain, prevent the development of pancreatitis, prepare patients for surgery.

Key words: endoscopic transpapillary stenting, obstructive jaundice, pathology of pancreatobiliary area.

В конце XX века понятие «стентирование» и термин «стент» прочно вошли в медицинскую терминологию. За короткий промежуток времени стентирование стали использовать во многих областях медицины. Впервые эндоскопическое стентирование с целью разрешения механической желтухи осуществлено в 1979 г. N. Soehendra в Германии у пациента с опухолью головки поджелудочной железы. Пионером аналогичного вмешательства при доброкачественной стриктуре в 1982 году стал немецкий исследователь D. Muller.

Механическая желтуха — доминирующий синдром, который приводит к холангиту, холангиогенным кистам, абсцессам, сепсису, печеночной недостаточности и заставляет пациентов с данной патологией обращаться за медицинской помощью. Этим больным необходима помощь с гарантированной низкой летальностью, невысокой частотой осложнений и непродолжительной госпитализацией. Хирургическое лечение зачастую не показано на высоте механической желтухи, так как дает высокую смертность и требует длительной госпитализации [1-3].

Известно несколько малоинвазивных методов декомпрессии желчных путей при механической желтухе. Холестистомия, ретроградное нозобилиарное и антеградное дренирование холедоха — наиболее распространенные варианты желчеотведения у больных с механической желтухой [4]. Однако все перечисленные варианты наружного отведения желчи приводят к естественной потере желчи.

Разработаны и внедрены в клиническую практику сочетанные с интервенционными радиологическими методиками эндоскопические способы восстановления желчеоттока (пункционные билиодигестивные и билиобиларные анастомозы, компрессионные гепатикоеюнастомозы) [5]. Однако используются они в редких случаях, когда попытки раздельного использования эндоскопического или интервенционно радиологического методов были безуспешны. Данные методы сложны и требуют консолидированного участия нескольких хирургических служб.

Эндоскопическое ретроградное стентирование желчных протоков может быть самостоятельным методом лечения при доброкачественных стриктурах, обусловленных патологией поджелудочной железы и желчевыводящих путей,



Таблица 1.
Количество больных с патологией панкреатобилиарной области в зависимости от причины и уровня блока желчных путей

Причина блока	Уровень блока желчных протоков *				Всего больных
	1	2	3	4	
I. Доброкачественная патология	15 (39.4%)	16 (42.1%)	5 (13.2%)	2 (5.3%)	38
Доброкачественная стриктура терминального отдела холедоха, папиллостеноз	13				13
Хронический панкреатит		10			10
Постманипуляционный панкреатит		5			5
Рубцовая послеоперационная стриктура холедоха			2	1	3
Синдром Мириззи			2		2
Интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка	2				2
Склерозирующий холангит			1		1
Перфорация холедоха				1	1
Неразрешенный холедохолитиаз		1			1
II. Злокачественная патология	4 (28.6%)	5 (35.7%)	1 (7.1%)	4 (28.6%)	14
Рак головки поджелудочной железы		5			5
Рак большого дуоденального сосочка	4				4
Рак гепатикохоледоха			1		1
Опухоль Клацкина				4	4
Всего:	19 (36.6%)	21 (40.4%)	6 (11.5%)	6 (11.5%)	52

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

а также компонентом многоэтапного лечения в предоперационном периоде у больных желчнокаменной болезнью [6-8].

Эндоскопическое ретроградное стентирование желчных протоков реализует внутреннее отведение желчи и может являться окончательным методом лечения, обеспечивающим адекватный желчеотток у онкологических больных с относительно небольшой прогнозируемой продолжительностью жизни [9].

Цель исследования

Оценить результаты транспапиллярного стентирования желчевыводящих путей у больных с доброкачественной и злокачественной патологией панкреатобилиарной области.

Материалы и методы

В период с 2007 по 2011 год у 52 больных (22 мужчины и 30 женщин) в возрасте от 33 до 86 лет с доброкачественной и злокачественной патологией панкреатобилиарной области было выполнено 63 эндоскопических транспапиллярных стентирования желчевыводящих путей. У 35 из 52 больных (в 67.3% случаев) ведущим клиническим симптомом болезни была механическая желтуха.

Стентирование желчных путей при злокачественной патологии панкреатобилиарной области было выполнено у 14 из 52 больных, что составило 26.9% среди всех больных, подвергнутых данному виду лечения. Причинами нарушения желчеоттока стала опухоль головки поджелудочной желе-

зы, желчных протоков и большого дуоденального сосочка. При доброкачественной патологии панкреатобилиарной области стентирование желчных протоков выполнено у 38 из 52 больных, что составило 73.1% среди всех больных, подвергнутых данному виду лечения. В данной группе больных было выполнено 49 стентирований желчных путей, включая 7 релентирований желчных путей и 4 стентирования главного панкреатического протока.

Показаниями для стентирования желчевыводящих путей при доброкачественной патологии панкреатобилиарной области стали патологические состояния, осложненные механической желтухой, холангитом, билиарной гипертензией и болевым синдромом:

1. Хронический панкреатит (индуративный, псевдотуморозный)
2. Рубцовая послеоперационная стриктура холедоха
3. Доброкачественная стриктура терминального отдела холедоха
4. Синдром Мириззи (острая и хроническая форма)
5. Постманипуляционный панкреатит
6. Интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка
7. Неразрешенный холедохолитиаз

Перед проведением стентирования проводились ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, эндоскопическая ультрасонография, эндоскопическая ретроградная холангиография, компьютерная томография органов брюшной поло-

сти, электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови и мочи, функциональные пробы печени, консультация кардиолога. Для проведения эндоскопической ультрасонографии панкреатобилиарной области использовали видеоэзогастроскоп GF-UM160 компании Olympus.

Для проведения стентирования желчных путей использовали:

1. Эндоскопическую видеосистему Olympus V-70 с терапевтическим видеодуоденоскопом TJF-V70 с диаметром инструментального канала 4.2 мм и рентгенодиагностический цифровой аппарат стеноскоп 6000 CCD (General Electric).

2. Пластиковые билиарные стенты диаметром от 2,5 до 3.3 мм.

Результаты

Количество стентирований желчных путей у больных с патологией панкреатобилиарной области в зависимости от причины и уровня блока желчных путей представлено в таблице 1.

В результате применения диагностических методов исследования у больных со злокачественной патологией панкреатобилиарной области среди причин блока желчных путей преобладали опухоли головки поджелудочной железы и опухоли Клацкина. У 6 из 14 больных (42.8%) со злокачественной патологией панкреатобилиарной области, по результатам клинических, инструментальных и лабораторных исследований, наблюдалась клиника острого холангита. Этим больным перед стентированием желчных путей выполнялись назобилиарное дренирование, детоксикационная и антибактериальная терапия. Эффективность ретроградного стентирования желчных протоков была достигнута у всех 14 больных: ликвидирована клиника механической желтухи, холангита, болевого синдрома, достигнута нормализация биохимических показателей. В последующем, для проведения дальнейшего лечения, больные были направлены в специализированное учреждение.

Осложнение развилось у 1 больного (7%) в виде гнойного холангита, вследствие обтурации стента слизистой пробкой, которое было устранено после установки назобилиарного дренажа с последующей санацией холедоха (рис. 1-2).

Рисунок 1.

Фистулография при опухоли

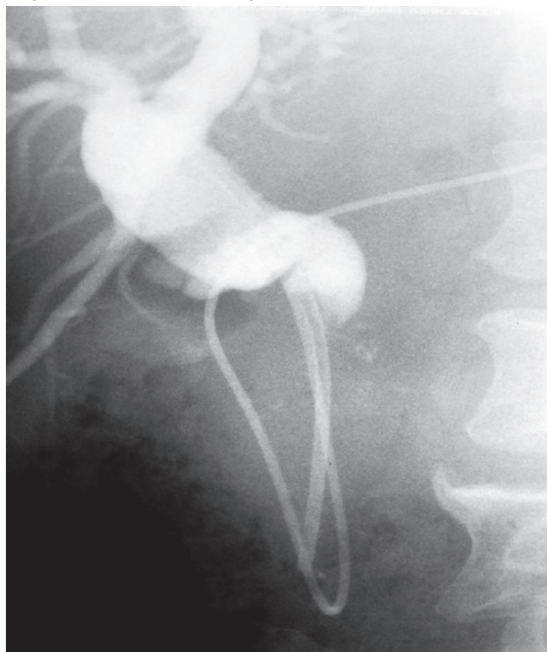


Рисунок 2.

Внутренне и наружное дренирование головки поджелудочной железы холедоха при гнойном холангите



Выполнение транспапиллярного стентирования желчевыводящих путей при доброкачественной патологией панкреатобилиарной области у всех больных, независимо от причины и уровня блока желчных путей, позволило:

- разрешить клинику механической желтухи;
- ликвидировать или уменьшить болевой синдром;
- привести к норме биохимические и лабораторные показатели крови и мочи;
- предупредить развитие постманипуляционного панкреатита;
- подготовить больных к последующему оперативному вмешательству.

Наиболее частой причиной обструкции желчевыводящих путей при доброкачественной патологии панкреатобилиарной области явились стриктура терминального отдела холедоха (у 14 из 38 больных, в 36.8% случаев) и хронический панкреатит (у 10 из 38 больных, в 26.3% случаев). Наибольшее количество рестентирований (5 вмешательств) было выполнено больным со стриктурой холедоха и хроническим панкреатитом. Рестентирование холедоха выполняли в плановом порядке через 3-4 месяца после первичного вмешательства при отсутствии клиники механической желтухи и холангита. Показанием к рестентированию стали признаки сохранения билиарной гипертензии при проведении ретроградной холангиографии. У трех больных с псевдотуморозным панкреатитом стентирование и рестентирование желчных путей явились единственным методом лечения, вследствие ранее проведенных оперативных вмешательств на брюшной полости и тяжелой сопутствующей патологии.

Среди больных со стриктурой холедоха и хроническим панкреатитом у 4 из 24 (в 16.6% случаев) больных



после стихания воспалительных процессов диагностировали миграцию билиарного стента в кишку с его естественным отхождением. В остальных случаях удаление стента выполняли через 4-6 месяцев при подтверждении положительной динамики по результатам эндоскопической ультрасонографии или ретроградной холангиографии. Только в одном случае, после удаления стента у больной с хроническим панкреатитом, возник рецидив болевой синдром с повышением уровня общего и прямого билирубина, потребовавший рестентирования холедоха.

Стентирование главного панкреатического протока с целью разрешения клиники постманипуляционного панкреатита после папиллосфинктеротомии было выполнено четырем больным. Вмешательство проводили в сложных условиях, обусловленных ограничением подвижности подковы двенадцатиперстной кишки из-за увеличения головки поджелудочной железы, выраженным отеком и гемотампонадой в зоне рассеченной папиллы, снижением визуализации устья главного панкреатического протока. Эндопротезирование вирсунгового протока выполняли в ближайшие два дня после папиллосфинктеротомии, что позволило в течение двух-трех дней купировать болевой синдром и избежать развития панкреонекроза. Удаляли панкреатические стенты не позднее 5-6 суток после их установки.

В сложных анатомо-топографических условиях стентирование желчных протоков выполнено у 4 больных:

— у двух больных после резекции желудка по Биллрот-2 (в одном случае у больного с холедохолитиазом для ликвидации билиарной гипертензии и проведения атипичной папиллотомии «над стентом», в другом — у больного с псевдотуморозным панкреатитом, осложненным механической желтухой);

— у двух больных с интрадивертикулярным расположением большого дуоденального сосочка, осложненным протяженной стриктурой нижней трети холедоха.

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

— у одного больного с хронической формой заболелания на протяжении 1.5 года было выполнено два рестентирования гепатикохоледоха с достижением стойкой ремиссии. После стихания воспалительных процессов в желчных путях была выполнена хирургическая операция (холедоходуоденостомия);

— у другого больного с острой формой синдрома Мириizzi стентирование желчных протоков способствовало заживлению холецистодуоденального свища перед проведением плановой операции (холецистэктомии, холедохолитомии).

С целью подготовки больных к оперативному вмешательству (холецистэктомии) стентирование желчных протоков выполнено у четырех больных. После установки билиарных стентов произведено удаление ранее наложенных холецисто- холангиостом. В двух случаях стентирование желчных протоков выполнено при стриктурах терминального отдела холедоха, у больных с синдромом портальной гипертензии и варикозной трансформацией вен пищевода третьей степени, перед проведением операции портокавального шунтирования.

Получен первый опыт успешного эндоскопического лечения перфорации общего желчного протока, возникшей при попытке бужирования рубцовой стриктуры холедоха.

Серьезные осложнения после 49 стентирований желчных путей в группе больных с доброкачественной патологией панкреатобилиарной области наблюдали в 3 (6.1%) случаях, когда диагностировали миграции стентов в холедох с развитием клиники механической желтухи. Причинами миграции стента в холедох стали: в одном случае спонтанный отрыв всех четырех флэпов у дистального конца стента, во втором случае неудачная попытка санации инкрустированного стента, в третьем случае несоответствие длины стента и протяженности стриктуры холедоха. Во всех случаях стенты были успешно удалены при повторных эндоскопических вмешательствах с последующим излечением больных.

Таким образом, характер и тяжесть возникших осложнений после стентирования желчных протоков, в группах больных со злокачественной и доброкачественной патологией панкреатобилиарной области, отличались между собой, но при этом не носили угрожающий жизни характер и во всех случаях были ликвидированы на эндоскопическом этапе.

Вывод

Транспапиллярное стентирование желчевыводящих путей является эффективным и безопасным методом декомпрессии билиарного тракта как при доброкачественной, так и злокачественной патологии панкреатобилиарной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маады А.С. Обоснование применения эндоскопических способов дренирования желчных путей при злокачественных новообразованиях органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 28 с.
2. Каримов Ш.И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой. — Ташкент: Издательство им. Ибн Сины, 1994. — 239 с.
3. Хрусталева М.В. Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи // Анналы НЦХ РАМН. — 1997. — С. 39-42.
4. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. — М.: Медицина. — 1982. — 259 с.
5. Долгушин Б.И., Нечипай А.М., Черкасов В.А. и др. Сочетанное с эндоскопией интервенционно-радиологическое восстановление внутреннего желчеотведения в онкологии // Лечение обтурационного

- синдрома у онкологических больных: Матер. II науч.-практич. конф. интервенционных онкорadiологов. — Казань, 2009. — С. 12-13.
6. Бурдюков М.С. Диагностическая и лечебная эндоскопия при опухолях органов билиопанкреатодуоденальной зоны: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — 30 с.
7. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., и др. Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении окклюзионных поражений внепеченочных желчных протоков // Щадящие методы лечения в хирургии: Тез. конф. — М., 2003. — С. 76-83.
8. Huibregtse K., Katon R.M., Coene P.P., Tytgat G.N. Endoscopic palliative treatment in pancreatic cancer // Gastrointest. Endosc. — 1986. — Vol. 32, № 5. — P. 334-338.
9. 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.