
Случай из практики

ВАРИАНТ КОРРЕКЦИИ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Гусев А. В.^{1*}, доктор медицинских наук,
Боровков И. Н.²,
Арутюнян С. А.¹,
Барвинский А. С.³

¹ Кафедра общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² Отделение рентгенангиохирургии МУЗ «Городская больница скорой помощи»,
600017, Владимир, ул. Горького, д. 5

³ МУЗ «Городская клиническая больница № 7», 153035, Иваново, ул. Воронина, д. 11

РЕЗЮМЕ Возможности использования антеградной папиллосфинктеротомии при холедохолитиазе недооценены. В научной литературе встречаются сообщения лишь о единичных наблюдениях. Мы приводим клинический случай успешного применения чрескожной чрепеченочной папиллосфинктеротомии при рецидивном холедохолитиазе у больной пожилого возраста при высоком риске оперативного лечения и неэффективности ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Ключевые слова: антеградная чрепеченочная папиллосфинктеротомия, рецидивный холедохолитиаз, ретроградная папиллосфинктеротомия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: evg1612@rambler.ru

Холедохолитиаз встречается у 3–20% всех больных, страдающих желчнокаменной болезнью [2, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 17, 19], в большинстве случаев сопровождая холецистолитиаз, причем частота последнего увеличивается с возрастом [14]. Реже наблюдаются изолированный холедохолитиаз без конкрементов в желчном пузыре, рецидивный и резидуальный холедохолитиаз [14, 18].

В 1986 г. Н. Cohen [4] при проведении ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии в сложных ситуациях предложил использовать антеградную катетеризацию зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки (ДПК) для его лучшей

визуализации. В 1986 г. Н. J. Burhenne [3] сообщил о возможности антеградной сфинктеротомии через холецистостому, а W. B. Long et al. [11], M. Tanaka et al. [5] и Э. И. Гальперин [1] – через наружный дренаж внепеченочных желчных протоков. С 90-х годов прошлого столетия появились сообщения о единичных случаях интраоперационного применения антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии во время лапароскопической холецистэктомии [8, 9, 15].

В связи с тем, что в научной литературе сведения об использовании антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии немногочисленны

A VARIANT OF RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS CORRECTION BY TRANSCUTANEOUS TRANSHEPATIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY

Gusev A. V., Borovkov I. N., Arutyunyan S. A., Barvinsky A. S.

ABSTRACT The possibilities of antegrade papillosphincterotomy use in choledocholithiasis are underestimated. There are several reports about rare observations. Authors describe the clinical case of successful use of transcutaneous transhepatic papillosphincterotomy in recurring choledocholithiasis in the elderly patient with high risk of operative treatment and inefficacy of retrograde endoscopic papillosphincterotomy.

Key words: antegrade transhepatic papillosphincterotomy, recurring choledocholithiasis, retrograde papillosphincterotomy.

и большинство авторов подчеркивает необходимость дальнейших исследований, мы описали случай применения антеградной чрескожной чреспеченочной рентгенэндоскопической папиллосфинктеротомии.

Больная Д. 71 года поступила в хирургический стационар больницы скорой помощи г. Владимира с диагнозом: «Состояние после холецистэктомии от 1991 года, рецидивный холедохолитиаз, механическая желтуха».

При поступлении состояние средней тяжести, обусловлено выраженностью основной и сопутствующих патологий (ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза, гипертоническая болезнь). Желтуха наблюдается более суток.

В стационаре проведен анализ крови: количество лейкоцитов – $8,7 \cdot 10^9/\text{л}$, уровень амилазы – 75 ед., общего билирубина – 151,8 мкмоль/л, прямого билирубина – 135,7 мкмоль/л, АСТ – 1,72, АЛТ – 1,74, щелочной фосфатазы – 0,86, общего белка – 82,8 г/л, протромбиновый индекс – 82%.

При ультразвуковом исследовании выявлено расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, предположен холедохолитиаз.

Наличие желчной гипертензии, подозрение на холедохолитиаз, состояние после перенесенной холецистэктомии явились показанием к выполнению дуоденоскопии с целью подтверждения диагноза и проведения ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии, холедохолитоэкстракции с восстановлением адекватного пассажа желчи в двенадцатиперстной кишке. Однако при выполнении дуоденоскопии обнаружен парапапиллярный дивертикул, который затруднял визуализацию большого сосочка ДПК, а проведение ретроградных эндобилиарных вмешательств оказалось невозможным. Желчи в ДПК при этом не обнаружено, что косвенно подтвердило наличие препятствия для ее оттока.

В подобных ситуациях при невозможности выполнения ретроградных эндоскопических эндобилиарных вмешательств показано повторное

оперативное вмешательство на внепеченочных желчных протоках путем лапаротомии, холедохотомии, интраоперационной холангиографии, ревизии, санации и наружного (или внутреннего) дренирования билиарного тракта. В данном случае проведение такого оперативного лечения было бы сопряжено с высоким риском, так как не была скорректирована механическая желтуха и субкомпенсированная сопутствующая патология. Кроме того, прогрессирование гепаторенального синдрома диктовало необходимость срочной декомпрессии билиарного тракта альтернативными методами.

В связи с этим больной выполнена наружная холангиостомия катетером Fr12. При чрескожной чреспеченочной холангиографии подтвержден холедохолитиаз и желчная гипертензия. Второй этап – редренирование правого печеночного протока перфорированным катетером (Fr12). Дренаж переведен в наружно-внутреннее положение, то есть удалось провести его внутренний конец в двенадцатиперстную кишку. Третьим этапом была выполнена антеградная чрескожная чреспеченочная папиллосфинктеротомия. При этом папиллотом был введен через холангиостому в ДПК, а наружно-внутренний дренаж подтянут назад из ДПК в просвет билиарного тракта. Под дуоденоскопическим контролем выполнена папиллосфинктеротомия, папиллотом извлечен, конкремент низведен в ДПК, а чреспеченочный дренаж оставлен в холедохе. При контрольной холангиографии конкрементов в билиарном тракте не выявлено, диаметр протоков уменьшился. Чреспеченочный дренаж удален. Каких-либо осложнений чрескожного чреспеченочного эндобилиарного вмешательства не было. Больная выписана из стационара с выздоровлением.

Приведенный случай демонстрирует возможность эффективного применения антеградной чреспеченочной папиллосфинктеротомии в лечении рецидивного холедохолитиаза при высоком риске оперативного вмешательства и неэффективности ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии у больной пожилого возраста после ранее перенесенной холецистэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э. И., Волкова Н. В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. – М.: Медицина, 1988.
2. Boerma D., Schwartz M. P. Gallstone disease. Management of common bile-duct stones and associated gallbladder stones: Surgical aspects // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2006. – № 20 (6). – P. 1103–1116.
3. Burhenne H. J., Scudamore C. H. Antegrade transcholecystic sphincterotomy: canine study of a new interventional technique // Gastrointest. Radiol. – 1986. – № 11 (1). – P. 73–76.
4. Cohen H., Quinn M. Antegrade assistance for retrograde sphincterotomy using a new sphincterotome // Gastrointest. Endosc. – 1986. – № 32 (6). – P. 405–407.

5. Endoscopic sphincterotomy in patients with difficult cannulation: use of an antegrade guide / M. Tanaka [et al.] // *Endoscopy*. – 1986. – № 18 (3). – P. 87–89.
6. Exploration of biliary tracts for laparoscopy for treatment of choledocholithiasis / S. Rojas Ortega [et al.] // *Rev. Gastroenterol. Mex.* – 2004. – № 69 (3). – P. 112–116.
7. Kharbutli B., Velanovich V. Management of preoperatively suspected choledocholithiasis: a decision analysis // *J. Gastrointest. Surg.* – 2008. – № 12 (11). – P. 1973–1980.
8. Laparoscopic antegrade sphincterotomy / A. L. DePaula [et al.] // *Semin. Laparosc. Surg.* – 1997. – № 4 (1). – P. 42–44.
9. Laparoscopic antegrade sphincterotomy. A new technique for the management of complex choledocholithiasis / M. J. Curet [et al.] // *Ann. Surg.* – 1995. – № 221 (2). – P. 149–155.
10. Laparoscopic common bile duct exploration / R. Tinoco [et al.] // *Ann. Surg.* – 2008. – № 247 (4). – P. 674–679.
11. Long W. B., Schwarz W., Ring E. J. Endoscopic sphincterotomy assisted by catheterization antegrade // *Gastrointest Endosc.* – 1984. – № 30 (1). – P. 36–39.
12. Lyass S., Phillips E. H. Laparoscopic transcystic duct common bile duct exploration // *Surg. Endosc.* – 2006. – № 20 (2). – P. 441–445.
13. Petelin J. B. Laparoscopic common bile duct exploration // *Surg. Endosc.* – 2003. – № 17 (11). – P. 1705–1715.
14. Roberts-Thomson I. C. The management of bile duct stones // *Indian J. Gastroenterol.* – 2004. – № 23 (3). – P. 102–106.
15. Sheen-Chen S. M. Laparoscopic antegrade sphincterotomy for the management of complex choledocholithiasis // *Ann. Surg.* – 1996. – № 224 (2). – P. 236.
16. Simultaneous laparoscopic treatment for common bile duct stones associated with acute cholecystitis. Results of a prospective study / M. Chiarugi [et al.] // *Chir. Ital.* – 2006. – № 58(6). – P. 709–716.
17. Thirteen years' experience with laparoscopic transcystic common bile duct exploration for stones. Effectiveness and long-term results / A. M. Paganini [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2007. – № 21 (1). – P. 34–40.
18. Transfistular approach for the treatment of retained biliary stones / M. Palermo [et al.] // *Acta Gastroenterol. Latinoam.* – 2010. – № 40(3). – P. 239–243.
19. Why is there recurrence after transcystic laparoscopic bile duct clearance? Risk factor analysis / A. Bove [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2009. – № 23 (7). – P. 1470–1475.