

РЕТРОГРАДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ

И. М. Сайфутдинов, Л. Е. Славин, А. Ф. Галимзянов, Р. Т. Зимагулов
Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Ключевые слова

злокачественные опухоли, панкреатобилиарная область, паллиативное лечение, стентирование желчных протоков, механическая желтуха

Более 80% пациентов со злокачественными опухолями панкреатобилиарной области, осложненными 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 [6]. Холецистостомия, ретроградное назобилиарное и антеградное дренирование общего желчного протока (холедоха) — наиболее распространенные варианты желчеотведения у больных с желчной гипертензией [3, 5, 7]. Однако все перечисленные варианты дренирования билиарного дерева приводят к естественной потере желчи. В редких случаях используют сложные и требующие консолидированного участия нескольких хирургических служб пункционные билиодигестивные и билиобилиарные анастомозы, компрессионные гепатикоеноанастомозы [4].

В течение последних 20 лет широкое признание в лечении больных с механической желтухой злокачественного генеза получили такие малоинвазивные рентгеноэндобилиарные вмешательства, как стентирование желчных протоков. Оно реализует внутреннее отведение желчи и может служить окончательным методом лечения, обеспечивающим адекватный желчеотток у онкологических больных [9, 12].

Ретроградное стентирование желчных 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, 11]. Благодаря бурному развитию и внедрению в клиническую практику ретроградных эндоскопических вмешательств на желчных протоках открылись новые подходы к лечению больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков [1].

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 желчных протоков. Механическая желтуха присутствовала у 44 (67,7%) из 65 больных, содержание общего билирубина находилось в пределах 58–570 мкмоль/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 видеозогастроскоп GF-UM160 компании «Olympus».

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

При стентировании желчных путей использовали эндоскопическую видеосистему «Olympus V-70» с терапевтическим дуоденоскопом TJF-V70 с диаметром инструментального канала 4,2 мм, а также рентгенодиагностический цифровой аппарат стеноскоп 6000 CCD («General Electric») и пластиковые билиарные стенты диаметром от 2,5 до 3,3 мм.

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

Эндопротезирование желчных 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 месяца 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 желчных протоков служили единственным методом лечения вследствие проведенных ранее оперативных вмешательств на брюшной полости и тяжелой 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 месяцев 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 общего и прямого билирубина, что потребовало рестентирования общего желчного протока.

В сложных анатомо-топографических условиях стентирование желчных 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», еще в 1 случае — у больного с псевдотуморозным панкреатитом, осложненным механической желтухой);

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

Эндопротезирование желчных путей при синдроме Мириizzi выполнено у 2 больных с целью декомпрессии желчных 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 желчных путях была проведена хирургическая операция (холедоходуоденостомия);

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

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

В группе больных со злокачественной патологией панкреатобилиарной области среди причин блока желчных 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 желчных протоков выполняли назобилиарное дренирование, проводили детоксикационную и антибактериальную терапию. Стентирование желчных протоков осуществляли из ретроградного доступа под эндоскопическим и рентгенологическим контролем (рис. 1, 2).

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

Осложнения после 67 процедур эндопротезирования желчных 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 желчного протока.

Характер и тяжесть осложнений после стентирования желчных протоков в группах 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 желчных протоков наиболее часто упоминают в разрезе паллиативного лечения обструкции желчных путей, обусловленной злокачественной патологией. В нашей работе мы расширили показания для проведения эндопротезирования желчных протоков за счет больных с интрадивертикулярным расположением большого дуоденального сосочка, синдромом Мириizzi, склерозирующим холангитом и пациентов с постманипуляционным панкреатитом, которым выполняли эндопротезирование главного панкреатического протока (рис. 3, 4).

Стентирование вирсунгова 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 включало одномоментное выполнение панкреато- и билидуоденального 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, папиллосфинктеротомия завершалась эндопротезированием холедоха. Это позволило снизить частоту случаев транзиторной амилаземии и клиники 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.

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	
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 Мириззи	—	—	2	—	2
Рубцовая послеоперационная стриктура холедоха	—	—	3	1	4
Интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка	3	—	—	—	3
Склерозирующий холангит	—	—	—	1	1
Перфорация холедоха	—	—	1	—	1
Неразрешенный 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 желчного протока; 3 — средняя треть общего желчного протока; 4 — область ворот печени/конфлюэнс долевых протоков.

Таблица 2

Осложнения, возникшие при стентировании желчных протоков

Осложнения	При стентировании желчных 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

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



Рис. 1. Эндопротезирование общего желчного протока опухоли головки поджелудочной железы.



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



Рис. 3. Стентирование вирсунгова протока при постманипуляционном панкреатите.

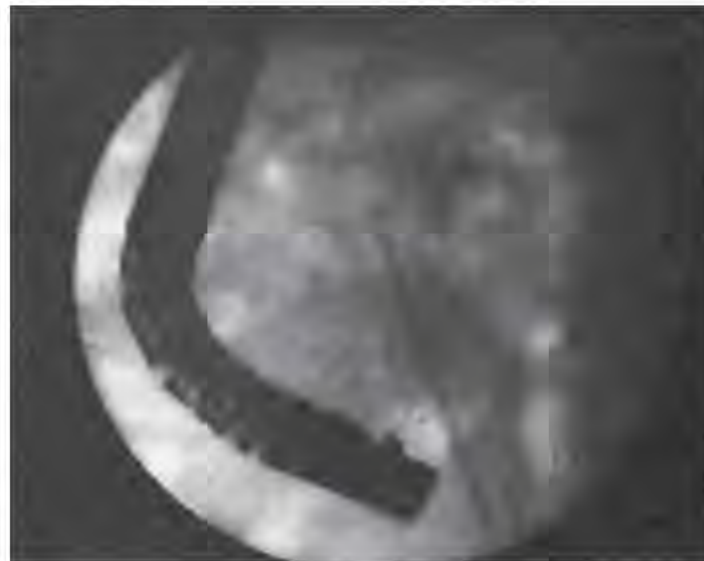


Рис. 4. Позиция стента вирсунгова протока при рентгеноскопии.

Литература

1. Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении опухолевых и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / С. Г. Шаповальянц, А. Г. Паньков, А. Г. Мыльников [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2008. — Т. 18, № 6. — С. 57–63.
2. Котовский А. Е. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование желчных протоков / А. Е. Котовский, К. Г. Глебов // Анн. хир. гепатол. — 2008. — Т. 13, № 1. — С. 66–71.
3. Кулезнева Ю. В. Чрескожная декомпрессия желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза / Ю. В. Кулезнева, Р. Е. Израйлов, В. И. Капустин // Моск. хир. ж. — 2010. — № 2. — С. 45–51.
4. Новые малоинвазивные способы восстановления внутреннего желчеоттока в онкологической практике / М. С. Бурдюков, А. М. Нечипай, И. Н. Юричев [и др.] // Клин. эндоскоп. — 2010. — № 1. — С. 2–11.
5. Предоперационное дренирование в лечении больных с опухолевой обтурацией желчных путей / В. И. Малайчук, Ф. В. Базилевич, З. Ш. Абашидзе [и др.] // Анн. хир. гепатол. — 2008. — Т. 8, № 2. — С. 170.
6. Хрусталева М. В. Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи / М. В. Хрусталева // Анналы НЦХ РАМН. — 1997. — № 6. — С. 39–42.
7. Юрченко В. Г. Назобилиарное дренирование в гепатобилиарной хирургии / В. Г. Юрченко // Сибир. мед. ж. — 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 / J.-M. Dumonceau // Endoscopy. — 2012. — Vol. 44. — P. 277–298.
9. Endoscopic biliary endoprosthesis in the palliation of malignant ob-obstruction of the distal common bile duct: a randomized trial / H. A. Shepherd, G. Royle, A. P. Ross [et al.] // Br. J. Surg. — 1988. — Vol. 75. — P. 1166–1168.
10. Morgan D. E. Endoscopic stent therapy in advanced chronic pancreatitis: relationships between ductal changes, clinical response, and stent patency / D. E. Morgan // Am. J. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 98. — P. 821–826.
11. Nguyen-Tang T. Endoscopic treatment in chronic pancreatitis, timing, duration and type of intervention / T. Nguyen-Tang, J.-M. Dumonceau // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 24. — P. 281–298.
12. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas / N. A. van der Gaag, E. A. J. Rauws, C. H. J. van Eijck [et al.] // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 362. — P. 129–137.

УДК 616.36-008.811.6-008.51:616.361-002-006.6-072.2-089.819.5-089.168:615.472.5

**РЕТРОГРАДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ
ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ**

И. М. Сайфутдинов, Л. Е. Славин,

А. Ф. Галимзянов, Р. Т. Зимагулов

Межрегиональный клинико-
диагностический центр, Казань, Россия**Ключевые слова:** злокачественные опухоли, панкреатобилиарная область, паллиативное лечение, стентирование желчных протоков, механическая желтуха

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 желчных протоков. Механическая желтуха была выявлена у 44 из 65 больных (в 67% случаев), острый холангит — у 14 больных (в 21% случаев). Стентирование желчных протоков выполнено у 47 больных с доброкачественной патологией панкреатобилиарной области (хронический и постманипуляционный панкреатит, доброкачественная стриктура общего желчного протока, синдром Мирizzi, интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка, холедохолитиаз) и 18 больных со злокачественными новообразованиями этой локализации (рак головки поджелудочной железы, желчных протоков и большого дуоденального сосочка). Использовали пластиковые билиарные стенты диаметром от 2,5 до 3,3 мм.

Результаты. Стентирование желчных протоков при патологии панкреатобилиарной области позволило разрешить клинику механической желтухи и холангита, ликвидировать болевой синдром, предупредить развитие панкреатита, подготовить больных к оперативному вмешательству. Серьезные осложнения при стентировании желчных протоков (миграция стента в общий желчный 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 желчного протока.

УДК 616.36-008.811.6-008.51:616.361-002-006.6-072.2-089.819.5-089.168:615.472.5

**РЕТРОГРАДНЕ СТЕНТУВАННЯ
ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ПАТОЛОГІЇ
ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ОБЛАСТІ**

І. М. Сайфутдінов, Л. Є. Славін,

А. Ф. Галімзянов, Р. Т. Зімагулов

Міжрегіональний клініко-діагностичний
центр, Казань, Росія**Ключові слова:** злоякісні пухлини, панкреатобілярна область, паліативне лікування, стентування жовчних проток, механічна жовтяниця

Мета — оцінити результати ретроградного стентування жовчовивідних шляхів при патології панкреатобілярної області.

Методи. У 2008-2012 рр. 65 хворим (28 чоловікам і 37 жінкам) з патологією панкреатобілярної області віком від 33 до 86 років було виконано 85 операцій ретроградного стентування жовчних проток. Механічна жовтяниця була виявлена у 44 з 65 хворих (у 67% випадків), гострий холангіт — у 14 хворих (у 21% випадків). Стентування жовчних проток виконано у 47 хворих з доброякісною патологією панкреатобілярної області (хронічний і постманипуляційний панкреатит, доброякісна стриктура загального жовчного протоку, синдром Мірізі, інтрадивертикулярне розташування великого дуоденального сосочка, холедохолітаз) і 18 хворих із злоякісними новоутвореннями цієї локалізації (рак головки підшлункової залози, жовчних проток і великого дуоденального сосочка). Використовували пластикові біліарні стенти діаметром від 2,5 до 3,3 мм.

Результати. Стентування жовчних проток при патології панкреатобілярної області дозволило вирішити клініку механічної жовтяниці та холангіту, ліквідувати болювий синдром, попередити розвиток панкреатиту, підготувати хворих до оперативного втручання. Серйозні ускладнення при стентуванні жовчних проток (міграція стента в загальний жовчний протік, гнійний холангіт) зареєстровані після 5 (5,9%) з 85 операцій, які були вилікувані при повторному ендоскопічному втручанні.

Висновок. Ретроградне стентування жовчовивідних шляхів служить ефективним методом лікування хворих як з доброякісною, так і зі злоякісною патологією панкреатобілярної області, характеризується низькою (5,9%) частотою специфічних ускладнень і знижує ризик розвитку гострого панкреатиту до 3% у хворих з папілостенозом і стриктурою термінального відділу загальної жовчної протоки.

**RETROGRADE BILIARY STENTING
IN PATIENTS WITH
PANCREATOBILIARY DISEASES**

I. M. Sayfudinov, L. E. Slavin,

A. F. Galimzianov, R. T. Zimagulov

Interregional Clinical Diagnostic Center,
Kazan, Russia**Key words:** malignant tumors, pancreatobiliary area, palliative therapy, endoscopic biliary stenting, obstructive jaundice

Aim is 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 from 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 2.5-3.3 mm were used for stenting.

Results. Endoscopic biliary stenting gives a possibility 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 of them 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 papillstenosis and stricture of the common bile duct terminal part down to 3%.