

Новые технологии в лечении холедохолитиаза (описание 4-х наблюдений)

В. Н. Егиев, А. И. Валетов, М. Н. Рудакова,
М. В. Семенов.

Центр эндохирургии, литотрипсии и новых медицинских технологий МПС РФ (директор - В.М. Мешков) на базе ЦКБ №4 (главный врач - С.Ф. Шулешко), Москва

Know-hows in the Choledocholithiasis' Management

V.N. Egiev, A.I.Valetov, M.N. Rudakova,
M.V. Semenov

Endosurgery, Lythotripsy and New Medical Technologies Center (director – V.M. Meshkov). Hospital No. 4 (director – S.F. Shuleshko), Moscow

С тех пор, как в широкую клиническую практику была внедрена эндоскопическая папиллосфинктеротомия прошло более двух десятилетий. До последнего времени метод оставался одним из основных в лечении осложненной желчекаменной болезни, которая в структуре хирургической патологии органов брюшной полости занимает одно из первых мест.

К настоящему времени литературные данные свидетельствуют о разноречивости оценки отдаленных результатов у больных после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Одни [5, 9, 10] считают, что синдром после разрушения сфинктерного аппарата терминального отдела холедоха играет важную роль и отражается на состоянии больного, другие [3, 6] полагают, что постпапиллотомического синдрома не существует, есть и примирительная точка зрения [4] - не отвергая наличия постпапиллотомического синдрома, авторы считают, что его роль явно преувеличена. Поэтому этот вопрос требует специального изучения и на основании полученных результатов объективной оценки.

Частичная или полная непроходимость желчных протоков и большого дуоденального сосочка (БДС) доброкачественного генеза может быть вызвана несколькими причинами. Чаще всего (у 30.3-78.5% больных) она обусловлена: холедохолитиазом [1, 3, 4, 5, 8, 11] без наличия стриктуры терминального отдела холедоха; стенозом большого дуоденального сосочка у 6.2— 25% больных; или сочетанием холедохолитиаза и стеноза БДС (у 20.2 - 23.6 % больных) [3 - 7, 10].

Лечение больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, складывается из двух основных моментов: удаления желчного пузыря, как правило, содержащего конкременты, и санации желчных путей. Очередность их выполнения зависит от клинической ситуации и общего состояния конкретного больного. Большинство ведущих отечественных специалистов основным методом восстановления проходимости желчных протоков и большого дуоденального сосочка, обусловленных холедохолитиазом без стеноза терминального отдела холедоха, считают эндоскопическую папиллотомию, дополненную различными способами наружного или внутреннего дренирования желчного дерева, инструментальной санацией желчных путей [4, 6, 11]. Успешная самостоятельная миграция желчных конкрементов из холедоха в двенадцатиперстную кишку или удачная инструментальная санация зависит от соответствия диаметров конкремента и папиллотомического отверстия.

Современные технические возможности позволяют хирургу из многообразия способов достижения этой цели выбрать наиболее адекватный. При этом разные авторы применяют как наиболее простые (механическая литотрипсия), так и более сложные (лазерная и ультразвуковая эндоскопическая, транспапиллярная литотрипсия).

Первые попытки фрагментации конкрементов путем применения дистанционной литотрипсии в желчном пузыре и в общем желчном протоке были предприняты после внедрения литотрипсии в урологическую практику. Однако большое количество осложнений и неудач, которые были связаны с несовершенством медицинской техники и неотработанностью методики проведения дистанционной билиарной литотрипсии, не позволило широко использовать этот метод.

Аппараты нового поколения, созданные на основе современных научно-технических достижений, расширили перспективу использования дистанционной литотрипсии в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией [3].

Несмотря на многообразие вариантов санации желчного дерева, их объединяет одно — включение в комплекс мероприятий эндоскопической папиллосфинктеротомии, операции, разрушающей неизменный сфинктерный аппарат терминального отдела холедоха.

Попытки решить проблему лечения холедохолитиаза у больных с желчнокаменной болезнью без разрушения сфинктеров ранее уже предпринимались.

Так, К.В. Лапкин и соавт. [5] разработали методику прецизионного шва холедоха современными шовными материалами и применили ее у 90 больных (39.8%). Авторы установили возможность применения глухого шва холедоха с использованием прецизионной техники полипропиленовыми нитями. А главным условием для столь широкого применения глухого шва - уверенность хирурга в полном восстановлении желчеоттока после полной санации желчных протоков. Самым надежным методом контроля санации авторы считают интраоперационную холедохоскопию.

Бурное развитие и внедрение операций с помощью лапароскопической техники, произошедшее за последние годы, значительно расширило арсенал оперативных вмешательств при холецисто- и холедохолитиазе. Опыт крупных клиник мира позволяет пересмотреть некоторые, уже устоявшиеся взгляды на проблему холедохолитиаза. Так, известные хирурги Италии (М. Менего, G. Melotti, P. H. Mouret) [7, 9, 10] считают достаточно простой и эффективной процедуру инструментального удаления камней диаметром менее 1 см из общего желчного протока через расширенный пузырный проток под рентгенологическим контролем или под контролем холедохоскопа. Если конкременты не удается извлечь через культю пузырного протока даже после его предварительной дилатации, авторы выполняют лапароскопическую холедохолитомию. Контроль за качеством санации и проходимости БДС осуществляется холангиографией и эндоскопической холедохоскопией. Операцию заканчивают ушиванием холедоха наглухо. Показания к наружному дренированию желчных протоков через культю пузырного протока или Т-образным дренажом через холедохотомическое отверстие ограничено случаями нарушения проходимости эндоскопа в двенадцатиперстную кишку через терминальный отдел холедоха.

По мнению авторов, противопоказаниями для лапароскопического лечения холедохолитиаза являются:

- выраженное расширение общего желчного протока, просвет которого полностью выполнен конкрементами;
- умеренное расширение общего желчного протока с "ущемленным" камнем в ампуле большого дуоденального соска;
- множественные мелкие конкременты в нерасширенном или незначительно расширенном общем желчном протоке.

Учитывая вышеизложенное, считаем важным дальнейший поиск альтернативных путей лечения больных с холедохолитиазом без стриктуры терминального отдела холедоха.

Приводим следующие клинические наблюдения, свидетельствующие о возможности лечения больных с холедохолитиазом без вмешательства на БДС.

Описание клинических наблюдений

Больная К., 36 лет переведена в отделение из одной из городских больниц, где оперирована 16 суток назад в экстренном порядке по поводу острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза. Произведена холецистэктомия, холедохолитотомия. Из холедоха извлечены 6 конкрементов около 1 см в диаметре. Операция завершена наружным дренированием холедоха по Керу и дренированием брюшной полости. При контрольной рентгенохолангиографии на 10 сутки

после операции выявили расширение холедоха и холедохолитиаз. Больная поступила в эндохирургическое отделение в удовлетворительном состоянии. Клинических и лабораторных признаков механической желтухи не было. При прямом рентгеноконтрастном исследовании холедох шириной до 16 мм, в терминальном его отделе определяются 3 флотирующие конкремента до 15 мм и диаметре. Под внутривенным наркозом проведен один сеанс дистанционной литотрипсии (ДЛТ) на аппарате Modulit SLX, 3140 импульсов на 8-9 уровнях. Конкременты фрагментированы до размеров 3-4 мм. После медикаментозного паралича сфинктера терминального отдела холедоха под рентгеноконтрастным контролем фрагменты из общего желчного протока отмыты в двенадцатиперстную кишку. В последующие сутки после ДЛТ состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. По дренажу к 4 суткам после манипуляции незначительное количество отделяемого. При контрольной прямой холангиографии холедох шириной до 5-6 мм, внутривенные протоки не расширены, сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку свободный, функция БДС не нарушена. После удаления дренажа Кера, на 5 сутки после манипуляции больная выписана в удовлетворительном состоянии. Общий срок пребывания больной в стационаре 6 суток. Осмотрена через 1 месяц - состояние удовлетворительное. Изменений со стороны холедоха БДС не выявили.

Больная Ж., 33 лет, поступила в эндохирургическое отделение для планового оперативного лечения по поводу хронического калькулезного холецистита. Анамнез заболевания около трех лет. При клиническом обследовании установлен диагноз хронического калькулезного холецистита. Заподозрен холедохолитиаз. При УЗИ органов брюшной полости - желчный пузырь заполнен конкрементами диаметром 1 см. Холедох расширен до 1.2 см, стенки его утолщены, в просвете определяются 2 камня до 12 мм в диаметре. При ЭРПХГ - БДС не изменен, катетеризация его свободная. При холангиографии - ширина холедоха 2 см, в его просвете 5 флотирующих конкрементов до 15 мм в диаметре. Пузырный проток расширен. Сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку не нарушен. В плановом порядке больной выполнена лапароскопическая операция. При ревизии - желчный пузырь заполнен конкрементами, стенка его с признаками хронического воспаления. Холедох расширен до 15 мм, в его просвете при интракорпоральном УЗИ определяются конкременты. После клипирования пузырной артерии рассечен пузырный проток, из его просвета удален крупный конкремент. Произведена супрадуоденальная холедохотомия, из холедоха удалены 2 камня. Под контролем холедохоскопа корзиной Dormia извлечены еще 3 конкремента из печеночных протоков и 1 из терминального отдела холедоха, диаметром от 1 до 2 см. При контрольной холангиоскопии — других конкрементов не выявлено, холедохоскоп диаметром 4.2 мм свободно проходит в двенадцатиперстную кишку. Холедохотомическое отверстие ушито непрерывным швом нитью полисорб 5/0 наглухо. Через культю пузырного протока оставлен дренаж. Типичная холецистэктомия, дренирование подпеченочного пространства. На 2-е сутки после операции отмечено выделение желчи из дренажа брюшной полости. Выполнена повторная лапароскопия, при которой выявлено выпадение дренажа из пузырного протока. Произведено наложение петли на культю пузырного протока, санация и дренирование брюшной полости. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений, больная выписана на 10-е сутки после первой операции. Обследована через 3 и 6 месяцев - изменений со стороны внепеченочных желчных протоков и БДС не выявили.

Больная К., 43 лет, поступила в плановом порядке с хроническим калькулезным холециститом, заподозрен холедохолитиаз. Желтухи при поступлении нет. При УЗИ - расширение холедоха до 10 мм. При ЭРПХГ - БДС не изменен. При ЭРХГ - холедох до 15 мм, внутривенные протоки умеренно расширены, в просвете холедоха — множественные флотирующие тени до 1 см в диаметре. Пузырный проток расширен до 1 см, в желчном пузыре множественные камни от 1 до 1.5 см. Полный сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку через 15 мин. В плановом порядке больная оперирована лапароскопическим доступом. При ревизии — холедох до 15 мм, в просвете множественные конкременты. После выделения пузырного протока и его вскрытия из него удален конкремент до 1 см в диаметре. Клипирована пузырная артерия,

пересечена. Супрадуоденальная холедохотомия длиной 13 мм. При помощи холедохоскопа из просвета холедоха удалены 9 конкрементов до 1 см в диаметре.

При контрольной холангиоскопии конкременты не обнаружены, слизистая холедоха не изменена. Холедохоскоп диаметром 4.2 мм свободно проходит через БДС. Глухой шов холедоха полисорбом 4/0. Пузырный проток лигирован двумя эндопетлями. Типичная холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений, при контрольном УЗИ - просвет холедоха до 8 мм, однородный. Выписана на 6-е сутки после операции. Обследована через 3 месяца - изменений со стороны внепеченочных желчных протоков нет.

Больная М., 63 лет, поступила в экстренном порядке с клинической картиной острого холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи. При УЗИ - холедох до 15 мм в диаметре, в терминальном отделе конкремент до 6 мм в диаметре. В желчном пузыре множественные конкременты до 1 см. Выполнена ЭРПХГ— БДС полусферической формы, с признаками папиллита, в ампуле его определяется конкремент, который при канюляции смещен проксимально. Установлен назобилиарный дренаж, через который выполнена холангиография: имеется расширение холедоха до 13 мм, в дистальном отделе 3 конкремента, диаметром до 8 мм, признаков стеноза БДС нет. Проведено консервативное лечение, желтуха ликвидирована. Через 17 дней после поступления больной выполнена дистанционная литотрипсия 3-х конкрементов дистального отдела холедоха на аппарате Modulit SLX под рентгенологическим контролем, попытки отмыть фрагменты конкрементов через назобилиарный дренаж не увенчались успехом. Через 4 суток больной выполнена типичная лапароскопическая холецистэктомия, которая завершена установкой дренажа через культю пузырного протока. На 5-е сутки после операции под контролем рентгенотелевидения после введения атропина и но-шпы, произвели отмывание осколков камней из холедоха. Дренаж удален на 6-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии. При контрольном ультразвуковом и эндоскопическом обследовании холедох шириной 6 мм, однороден. БДС не изменен.

Таким образом, наш небольшой опыт нестандартных подходов к лечению холедохолитиаза свидетельствует о целесообразности дальнейшей разработки этой проблемы.

Список литературы

1. Андреев А.Л., Фалин А.К. и др. Лапароскопическая хирургия холедохолитиаза // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т. 1.. приложение, С. 25-26.
2. Борисов А.Е., Земляной В.П. и др. Возможности эндовидеохирургии в лечении желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т. 1.. приложение. С. 32-33.
3. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Ивлев В.П., Шинкевич В.В. Дистанционная литотрипсия в сочетании с эндоскопической папиллотомией при холедохолитиазе // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т. 1., приложение, С. 79.
4. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Волкова Н.В., и др. Современные аспекты диагностики и лечения механической желтухи доброкачественного генеза // *Тезисы III Всероссийского съезда хирургов*, Л., 1989. С. 172-173.
5. Лапкин К.В., Малярчук В.И. Прецизионный шов нитью из полиолефиновых соединений в хирургии желчевыводящих путей // *Хирургия*. 1988. № 4. С. 46-52.
6. Савельев В.С., Ревякин В.И. Тактика лечения калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом // *Анналы хирургической гепатологии*. Тула, 1996. С. 107.
7. Berci G. Cholangiography and choledochoscopy during laparoscopic cholecystectomy, its place and value. *Dig. Surg.* 1991. V. 8. P. 92-96.
8. Carrol B.J., Fallas M.J., et al. Laparoscopic transcystic choledochoscopy. *Surg. Endosc.* 1994. V. 8. P. 311-314.
9. Gelin M. Laparoscopic treatment of common bile duct stones. *Br J Surg.* 1992. V. 79. P. 69.
10. Meinerо M., Melotti G., Mouret P.H. *Laparoscopic Surgery*. Milano, 1994. P. 137-228.
11. Sivak M.V. Endoscopic management of bile duct stones // *Am. J. Surg.* 1989. V. 158. P. 228-40.

Комментарий

проф. С.И. Емельянов (руководитель Центра Абдоминальной Эндоскопической Хирургии МЗ РФ)

В своей работе авторы затрагивают тему лечения холедохолитиаза, которую хирурги продолжают обсуждать уже более 100 лет, после того, как в 1882 году С. Langenbuch выполнил первую холецистэктомиию. Как известно, с этого времени парадигма лечения холедохолитиаза в своем развитии прошла несколько этапов, и в настоящее время доминирующим в мире подходом является выполнение лапароскопической холецистэктомии и периоперационное (либо до операции, либо после нее) выполнение эндоскопической транспапиллярной санации холедоха. Сейчас мы являемся свидетелями и активными участниками очередного сдвига парадигмы лечения холедохолитиаза. Речь идет об активном изучении и внедрении в клиническую практику лапароскопической санации холедоха (через пузырный проток и в виде лапароскопической холедохолитотомии), и о начале внедрения в практику дистанционной ультразвуковой литотрипсии. Что касается лапароскопической санации холедоха, то в принципе этот подход неплохо изучен. Первые упоминания о лапароскопической холедохолитотомии относятся к 1990 году (J. Petelin из Канзаса), и к настоящему времени в мире накоплен опыт уже сотен таких операций с хорошими результатами. Кроме этого, существенный опыт имеется и в нашей стране. Так, наша клиника имеет опыт 31 лапароскопической холедохолитотомии (первая операция - июнь 1993 года). Кроме этого, мы располагаем сведениями о более чем 120 лапароскопических холедохолитотомиях, выполненных в крупных клиниках Москвы, Санкт-Петербурга и Новомосковска (данные на 1996 год). Что касается второго метода лечения, приводимого в статье, а именно дистанционной литотрипсии конкрементов гепатикохоледоха, то этот метод изучается в том числе и в нашей стране. Так, в клинике, возглавляемой Б.С. Брискиным, накоплен опыт нескольких десятков случаев проведения дистанционной литотрипсии конкрементов гепатикохоледоха, при этом получены интересные и вполне обнадеживающие результаты. Однако, безусловно, эта технология требует очень серьезного изучения, в том числе, возможно проведение крупных серий экспериментальных исследований на животных, так как потенциально этот метод может нести в себе угрозу серьезных осложнений, например, повреждение стенок холедоха и паренхимы поджелудочной железы за счет ударной волны. Кроме этого требуется тщательное уточнение показаний, противопоказаний и деталей клинического применения данной технологии, а также сравнительная оценка ее эффективности.