

Минимально инвазивные операции на внепеченочных желчных протоках

А. И. Лобаков,
Л. М. Портной,
В. И. Бирюшев, В.
Н. Филижанко,
М. В. Мокин,
Е. Е. Круглов,
В. А. Денисов
Отделение
хирургии № 1
(Зав. - проф. А.И.
Лобаков)
Московского
областного научно-
исследовательского
клинического
института им.
М.Ф.
Владимирского

Статья посвящена миниинвазивным методам декомпрессии и дренирования внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при блоках различной этиологии и локализации. Нашей целью являлась разработка способа выполнения дренирующих операций тяжелым, крайне тяжелым и incurable больным, при сопутствующих заболеваниях, лицам пожилого и старческого возраста. Представлен опыт лечения 25 больных с обтурационными поражениями внепеченочных желчных протоков различной этиологии. У 7 больных имелись доброкачественные стриктуры, у 18 - рак внепеченочных желчных протоков различной локализации. Всем больным для декомпрессии билиарного тракта были выполнены миниинвазивные вмешательства восстановительного характера: установка в желчные протоки наружного (9), наружно-внутреннего (8) или внутреннего, "потерянного" (8), дренажа. Для дренирования различных отделов ВЖП нами разработаны оригинальные инструменты и способ, позволяющие осуществлять эндопротезирование желчных протоков при любом уровне блока. Получен патент РФ на изобретение № 2 180243 от 10.03.02 г. Результаты лечения прослежены через 3, 6, 9 и 12 мес. Через 1, 12 и 13 мес 3 больным произведена замена стентов в связи с инкрустацией последних солями желчных кислот. Через 14 мес. у 2 больных стенты извлечены в связи с формированием стойкого билиодигестивного свища. Преимуществом предложенного нами способа является возможность дренирования любого отдела БЖП не зависимо от этиологии и локализации блока, использования его как этап при подготовке больного к радикальной операции, у пожилых больных с длительно существующей желтухой, при неоперабельных опухолях ВЖП и рубцовых стриктурах. Кроме того, способ позволил расширить показания к выполнению дренирующих операций за счет того контингента больных, которым ранее эти операции не производились из-за тяжести состояния и пожилого возраста.

Minimally Invasive Operations on the Extrahepatic Bile Duct

A.I. Lobakov,
L. M. Portnoy,
V. I. Biryushev,
V. N. Filizhanko,
M. V. Mokm,
E. E. Kruglov
V. A. Denisov
Surgery
Department №1
(Chif-Prof. A.I.
Lobakov) M.H.
Vladimirsky
Moscow Regional
S-Reserch
Clinical Institute

An article is devoted to malinvasive methods of decompression and drainage of extrahepatic bile duct blocks of a various etiology and localization. The purpose of work was performance of draining operations at Sevier, the extremely Sevier and incurable patients, at patients with accompanying diseases, patients of elderly and senile age. Experience of treatment of 25 patients with bile duct obstructive lesions of a various etiology is submitted. In 7 patients took place benign strictures and at IS - an extrahepatic bile duct cancer of various localization. In all patients for biliary decompression were executed malinvasive restoration interventions; installation of external (9 patients), external-internal (3 patients) or internal "lost" stents (8 patients). For a drainage of various parts of the biliary tree we develop original instruments and a method, allowing to carry out stentig of any level biliary block. The patent of the Russian Federation for the invention no. 2180243 from 10.3.2002 is received. Results of treatment are followed up for 3, 6, 9 and 12 months. In 1, 12 and 13 months 3 patient stents had to be removed because of incrustation of the last by cholic acid salts. In 14 months 2 patient removed stents as proof bilio-digestive fistula had formed. Advantage of our method is the opportunity of a biliary drainage not dependent on an etiology and localization of the block; an opportunity to use is as the first step for preparation of the patient for radical operation; to apply in elderly patients with long lasting icterus, at nonresectable bile duct tumors and benign strictures. Besides, indications of draining operations are expanded due to patients in which these operations could not be carried out because of gravity of a condition and age of patients.

Введение

Число больных с различными заболеваниями панкреатодуоденобилиарной зоны постоянно растет. Это обусловлено как истинным увеличением количества больных, так и улучшением методов диагностики [1, 4, 8, 10, 21]. При этом наиболее сложной проблемой является лечение больных с обтурационными поражениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП), в первую очередь с опухолевыми поражениями ВЖП [3, 4, 6, 14, 22].

У 30-50% больных опухоль локализуется в труднодоступных для диагностики и лечения местах [7, 10, 11, 13, 17].

Выполнение радикальных операций возможно в 10-14.8%, паллиативных, в том числе 85.2% эндоскопических, вмешательств [4, 13, 16, 17], а у 5-15% больных [3, 13] приходится отказываться от любого оперативного вмешательства.

Среди основных причин, заставляющих отказаться от радикального вмешательства, выделяются пожилой возраст больных, сопутствующие заболевания, наличие тяжелой печеночной недостаточности. Немаловажное значение имеет травматичность самой операции [1, 9, 11, 12, 13, 20, 21, 22].

Послеоперационная летальность составляет 15-60% [1, 6, 14, 16, 20, 21].

С учетом данных факторов перспективным направлением в хирургии гепатопанкреатобилиарной зоны является разработка малотравматичных, органосохраняющих и миниинвазивных операций, преследующих цель реканализации и протезирования ВЖП.

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 25 больных с обтурационными поражениями ВЖП различной этиологии. У 7 больных имелись доброкачественные стриктуры ВЖП у 18- рак ВЖП различной локализации. Возраст больных от 49 до 70 лет.

У всех больных основным симптомом являлась длительная механическая желтуха и печеночно-почечная недостаточность давностью 1 мес. и более.

Диагностические мероприятия у больных включали использование фистулохолангиографии (при наличии наружных желчных свищей), чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Высокую эффективность показало совместное использование ЧЧХГ и ЭРХПГ. Точным и безопасным методом диагностики, позволяющим установить уровень и протяженность блока в желчных протоках, является МРТ.

Всем больным для декомпрессии билиарного тракта были выполнены миниинвазивные вмешательства восстановительного характера: установка в желчные протоки наружного (9 больных), наружно-внутреннего (8) или внутреннего, "потерянного" (8) дренажей.

Для дренирования различных отделов ВЖП нами разработаны оригинальные инструменты и способ, позволяющие осуществлять эндопротезирование желчных протоков при любом уровне блока.

Способ включает эндоскопическое транспапиллярное проведение направляющей струны за уровень стеноза, чрескожное чреспеченочное извлечение внутрипротокового конца струны и выведение его наружу в восьмом-девятом межреберье справа. Таким образом создается натяжение струны за оба конца, что позволяет провести эндопротез в любой отдел ВЖП.

На рис. 1 представлен общий вид устройства и захват струны предлагаемым устройством.

Устройство содержит полу иглу 1, в которой телескопически размещен поршень 2, их дистальные торцы совмещены и выполнены со скосом предпочтительно 30°. Игла 1 снабжена фигурным вырезом в виде крючка 3, расположенным на расстоянии 2-3 мм от дистального края. Это позволяет обеспечить достаточную жесткость в момент тракции при одновременном обеспечении минимальной травмы печени.

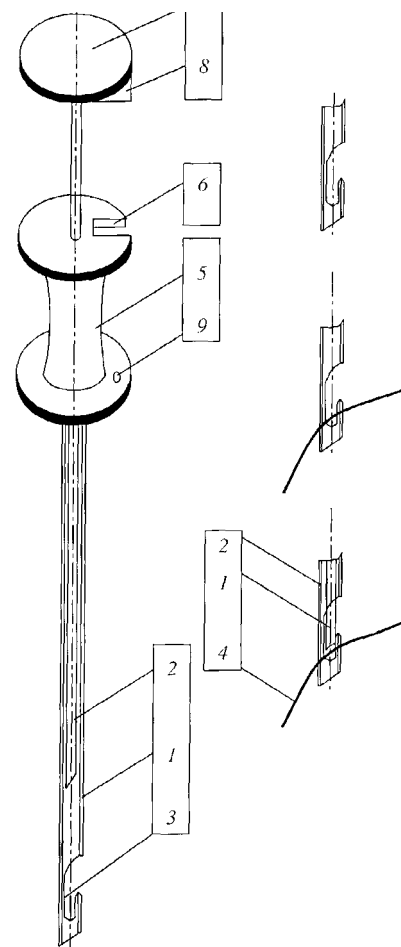


Рис. 1. Общий вид предлагаемого устройства (а) и захват струны с его помощью (б).

Захват крючка соответствует диаметру струны 4. Проксимальный торец иглы снабжен муфтой 5 с прорезью 6, проксимальный торец поршня имеет фланец 7 с упором 8. Соответственно фигурному вырезу на муфте 5 выполнена метка 9.

Способ выполнения операции с применением предлагаемого устройства. Выполняют эндоскопическую ретроградную холангиографию, эндоскопическую папиллотомию по стандартной методике. Под рентгенологическим контролем по каналу эндоскопа через большой дуоденальный сосочек, ретроградно, струну постепенно продвигают в проксимальные отделы желчных протоков, при этом рабочим концом она располагается в протоках печени.

Струну 4 эндоскопически проводят за зону стеноза или стриктуры и располагаются в гепатикохоledoхе или долеом протоке печени. Под местной анестезией (20 мл 0.25% новокаина) в восьмом межреберье справа, по передней подмышечной линии производят чрескожную чреспеченочную пункцию протока, в котором располагается рабочий конец струны 4. Иглу 1 подводят к струне 4, при этом хирург определяют положение крючка 3 по метке 9. С помощью фланца 7 поршень 2 частично извлекают, открывая просвет крючка 3. Струну захватывают крючком 3, упором на фланец 7 фиксируют в крючке поршнем 2 и извлекают наружу. За два конца струну натягивают внутри желчных протоков. После этого по струне под рентгенологическим и эндоскопическим контролем толкающей трубкой соответствующего диаметра стент продвигают в область стеноза. Затем по рабочему концу струны 4 чрескожно в желчные протоки устанавливают наружный дренаж для профилактики осложнений и последующего контроля. После этого струну и толкатель извлекают.

С использованием данного способа оперировано 10 больных с хорошими результатами (рис. 2-4).



Рис. 2. Аденокарцинома дистального отдела общего желчного протока у больной Ю., 59 лет. а – до операции; б – после эндопротезирования.

Приводим наблюдение.

Больная Ю., 1941 года рождения. Диагноз: опухоль гепатикохоледоха на уровне средней трети. Механическая желтуха. Предъявляет жалобы на выраженный кожный зуд, светлый кал, потемнение мочи, желтушность кожных покровов, появившиеся около 3 мес. назад. В анамнезе холецистэктомия (1986 г.). При поступлении состояние средней тяжести, выраженная желтушность кожи и слизистых, умеренные явления энцефалопатии, печеночно-почечной недостаточности. Анализ крови: билирубин 174/72 мкмоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, АЛТ/АСТ 412/233, щелочная фосфатаза 2055ед/л, ГГТП 1661ед/л. Больной произведена ЭРХПГ, выявлены новообразование гепатикохоледоха, экзофитно растущее в просвет протока, резкая эктазия желчных протоков над областью блока. Предпринята попытка чрескожной чреспеченочной установки наружного дренажа, закончившаяся неудачей.

24.11.99 по предложенной нами методике осуществлена эндоскопическая холангиография, струна проведена за область опухолевого стеноза, произведены чрескожный чреспеченочный захват и извлечение рабочего конца струны, под рентгенологическим и эндоскопическим контролем установлен стент в область блока внепеченочных желчных протоков. Чрескожно установлен дренаж для профилактики крово- и желчеистечения, а также для последующего рентгенологического контроля (холангиографии). В послеоперационном периоде отмечено регрессирование от-

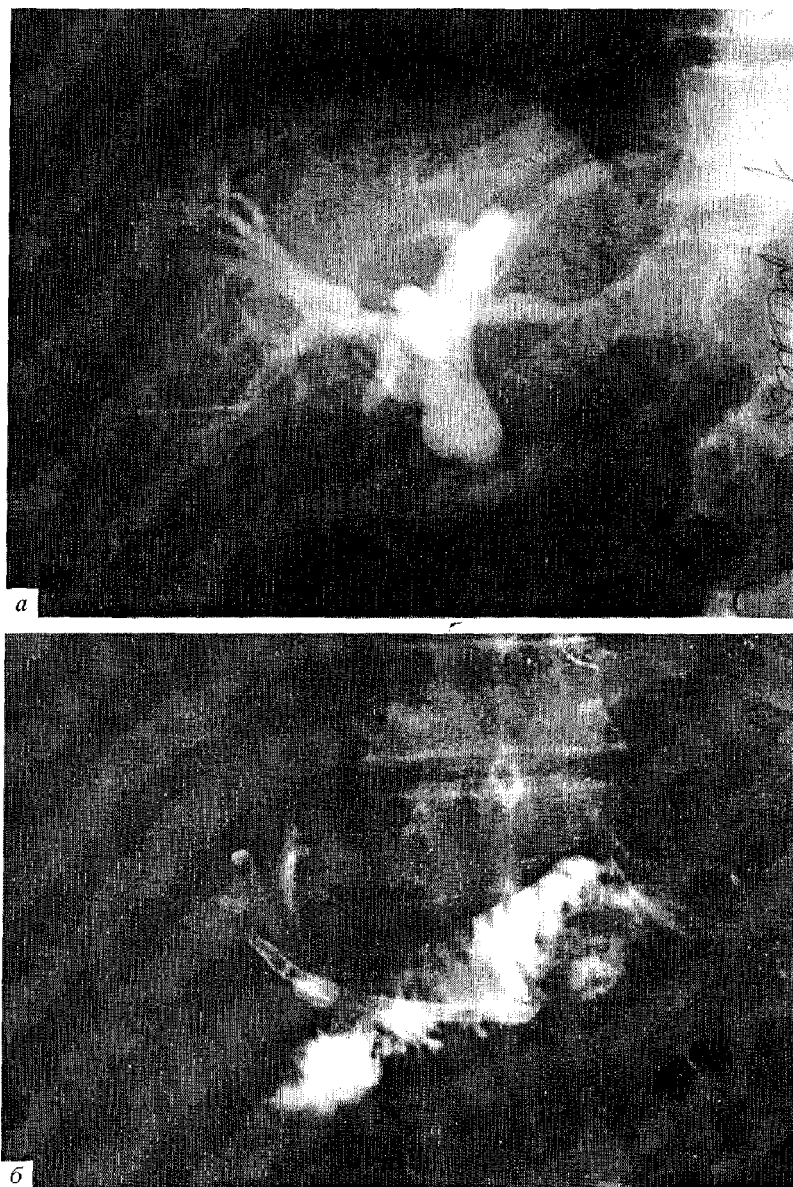


Рис. 3. Рубцовая стриктура гепатикосионоанастомоза после ПДР у больного И., 72 лет. а – до операции; б – после эндопротезирования.

рицательных симптомов: через 3 сут уменьшилась желтушность кожи, улучшилось общее самочувствие, уровень билирубина 42/21 мкмоль/л, креатинина 87 мкмоль/л, АЛТ/АСТ 96/58, щелочной фосфатазы 1197 ед/л, ГГТП 667 ед/л. Через 2 нед. состояние больной удовлетворительное, желтухи нет, явления печеночной недостаточности купированы, уровень билирубин 14/15 мкмоль/л, АЛТ/АСТ 86/58, щелочная фосфатаза 418 ед/л, ГГТП 230 ед/л. Пациентка выписана под наблюдение врача поликлиники по месту жительства.



Рис. 4. Рак ворот печени у больной П., 55 лет. Состояние после эндопротезирования.

Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде у наблюдавшихся нами больных отмечен регресс клинических проявлений заболевания: снижение кожного зуда (3-й сутки), снижение и нормализация температуры тела (3-5-е сутки), улучшение биохимических показателей крови (7-10-е сутки), уменьшение желтухи (7-10-е сутки), регрессирование симптомов печеночно-почечной недостаточности.

Результаты лечения 8 больных (4 со злокачественными и 4 с доброкачественными стриктурами ВЖП) прослежены через 3, 6, 9 и 12 мес. Их состояние удовлетворительное, желтухи и холангита нет, эндопротез сохраняет свое положение, функционирует удовлетворительно. Через 11,12 и 13 месяцев 3 больным произведена замена стентов в связи с инкрустацией последних солями желчных кислот. Через 14 мес. у 2 больных стент извлечен в связи с формированием стойкого билиодигестивного свища.

Преимущества данного способа такие же, как и других миниинвазивных вмешательств: малая травматичность, минимальное количество осложнений и хорошие отдаленные результаты, экономическая эффективность. Кроме того, способ позволил расширить показания к выполнению

дренирующих операций за счет того контингента больных, которым ранее эти операции не выполнялись из-за тяжести состояния и пожилого возраста. Он дал возможность дренировать любой отдел ВЖП независимо от этиологии и локализации блока, использовать его как этап при подготовке больного к радикальной операции, у пожилых больных с длительно существующей желтухой, при неоперабельных опухолях ВЖП и рубцовых стриктурах.

Список литературы

1. Александров Д.А., Староконь П.М., Храмов В.П. и др. Влияние операционной травмы на состояние больных с острыми хирургическими заболеваниями желчевыводящих путей в раннем послеоперационном периоде. В кн. "Раневой процесс в хирургии и военно-полевой хирургии". Саратов, 1996. С. 207-209.
2. Борисова Н.А., Борисов А.Е., Верховский В.В. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства в лечении больных с механической желтухой опухолевого происхождения. В кн. "Новые технологии в хирургической гепатологии". С.-Петербург, 1995. С. 219-221. Вишневецкий В.А.,
3. Икрамов Р.З., Гаврилин А.В. и др. Радикальные операции при опухолях проксимальных печеночных протоков. В кн. "Новые технологии в хирургической гепатологии". С.-Петербург, 1995. С. 341-344.
4. Гавриленко Г.А., Бочкарев В.Н., Стрельцов Ю.П. и др. Опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненные механической желтухой. В кн. "Актуальные вопросы теоретической и клинической онкологии". Оренбург, 1996. С. 107-109.
5. Гадиев С.И., Ашрафов А.А., Мусаев Б.А. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия в лечении механической желтухи опухолевого генеза. В кн.: "Новые технологии в хирургической гепатологии". С.-Петербург, 1995. С. 225-227.
6. Гадиев С.И. Пути улучшения диагностики и результатов хирургического лечения добро- и злокачественных поражений внепеченочных желчных протоков, осложненных холангитом. Дис. ... д-ра мед. наук., Баку, 1990.
7. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю. Радикальное лечение рака желчных протоков // В кн. "Первый московский международный конгресс хирургов" М., 1995. С. 248-249.
8. Долгушин Б.И., Макаров Е.С., Нечушкин М.И. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства в сочетании с контактной внутрипротоковой лучевой терапией в лечении местнораспространенного рака проксимальных желчных протоков // В кн.: "Новые технологии в хирургической гепатологии". С.-Петербург, 1995. С. 228-229.
9. Емельянов С.И., Феденко В.В., Матвеев Н.Л. и др. Лапароскопическая хирургия опухолевой обструкции желчных путей // Эндоскоп, хир., 1996. № 1. С. 7-12.
10. Иванов В.А., Морозов С.В., Лапкин К.В. Новые методики ультразвуковой томографии и их роль в повышении информативности метода при диагностике рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны // В кн. "Фундаментальные основы жизнедеятельности организма в норме и патологии". М. 1996. С. 236-238.
11. Касумьян С.А., Бескосный А.А., Алибегов Р.А. Диагностика и хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости, обусловленной опухолевыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной зоны // В кн. "Горячие точки" в гастроэнтерологии". Смоленск, 1995. С. 127-128.
12. Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф. Механическая желтуха//М., 1990.
13. Лапкин К.В., Малярчук В.И., Иванов В.А. и др. Основные принципы хирургического лечения механической желтухи опухолевого генеза. В кн.: "Первый Московский международный конгресс хирургов". М., 1995. С. 277-278.
14. Малоштан А.В. Хирургическая тактика у больных с механической желтухой. Дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1989.
15. Никуличев С.Ю. Хирургическое лечение опухолевой непроходимости проксимального отдела внепеченочных желчных протоков // В кн. "Первый московский международный конгресс хирургов". М., 1995. С. 287-288.
16. Парфенов И.П., Попов А.С., Жарко А.Г. и др. Хирургическое лечение рака проксимального сег

мента печеночного протока // В кн. "Новые технологии в хирургической гепатологии". С.-Петербург, 1995. С. 351-353.

17. Халов Ю.Н., Салищев Р.Ф., Служко В.Л. Диагностика и лечение механической желтухи опухолевого генеза // В кн.: "Актуальные вопросы современной хирургии". Астрахань, 1996. Т. 6. С. 85-87.

18. Хрусталева М.В. Эндоскопическое дуоденбили-арное дренирование в лечении механической желтухи бластоматозного генеза. Хирургия, 1998. № 6. С. 85-86.

19. Шалимов А.А., Лифшиц Ю.З. и др. Радикальные операции у больных механической желтухой бластоматозного генеза // В кн. "Первый московский международный конгресс хирургов". М., 1995. С. 259-261.

20. Шаповальянц С.Г. и др. Комплексная оценка степени тяжести состояния больных с механической желтухой // Хирургия, 1992. С. 105-108.

21. Шихман М.Е. Комбинированное лечение опухолей панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой // Дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 1993.

22. Ярешко В.Г. Механические способы холецистоди-гестивных соустьев в лечении больных с механической желтухой (эксперим.-клин. исслед.). Дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1986.

23. Frameglia M., Nimura Y., Hayakawa N. Biliary cystadenocarcinoma resected by segment 3 and 4 hepatectomy. Hepatogastroenterology, 43(10): 1029-1034 1996 Jul-Aug.

24. Gulliver D.J., Baker M.E., Cheng C.A. Malignant biliary obstruction: efficacy of thin-section dynamic CT in determining resectability. AJR Am J Roentgenol, 159(3): 503-507 1992 Sep.

25. Hadjis N.S., Blenkharn J.I. Outcome of radical sui-gcry in hilar cholangiocarcinoma.; Alexander N Addi'ess Surgery, 107(6): 597-604 1990 Jun.

26. Jarnagin W.R., Burke E., Powers C. Intrahepatic biliary enteric bypass provides effective palliation in selected patients with malignant obstruction at the hepatic duet confluence. Am J Surg, 175(6): 453-460 1998 Jun.

27. Kanay M., Nimura Y., Kamiya J. Preoperative intrahepatic segmental cholangitis in patients with advanced carcinoma involving the hepatic hilus. Surgery, 119(5): 49-50 1996 May.

28. Yap C.K., Chee E.N., Consigliere D. Four year experience with cholangiocarcinoma: a survey of patients. clinical presentation, management and prognosis in two hospitals. Singapore Med J, 33(3): 235-238 1992 Jun.

29. Vellarl.D., Banting S.W., Hardy K.J. The anatomical basis for segment III cholangiojejunostomy with analysis of 13 cases. Aust N Z J Surg, 68(7): 498-503 1998 Jul.

30. Terpstra O.T. [Biliary tract carcinoma: surgery or irradiation? (see comments)] Ned Tijdschr Geneesk, 139(22): 1117-1119 1995 Jun 3.