

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Курбонов Х.Х., Зухуров Х.Д., Каримов З.К.,  
Абдуллоев Д.Д., Шамиров Х.Г.

Таджикский государственный медицинский университет

имени Абуали ибни Сино

Душанбе, Таджикистан

**Резюме:** В основу работы положены результаты обследования 32 пациентов с нарушениями желчеоттока и холедохолитиазом. Эффективность метода эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при нарушениях желчеоттока и холедохолитиаза составила 86,4%. Использование ЭПСТ позволило с высокой степенью устранить нарушение желчеоттока и холедохолитиаза, выявленных при обследовании желчных путей, а также варианты интраоперационной холедохоскопии, ретроградной литоэкстракции при ЖКБ.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, интраоперационная холедохоскопия, эндоскопическая литоэкстракция.

## OPPORTUNITIES OF THE ENDOSCOPIC PAPIL- LOSPHINCTERECTOMY IN CHOLEDOCHOLITHIASIS

Kurbonov H.H., Zuhurov H.D., Karimov Z.K.,  
Abdulloev D.D., Shamirov H.G.

Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino

Dushanbe, Tajikistan

**Resume:** 32 patients's with cholelithiasis and disturbance in bile outflow investigation results are presented in given paper. The efficacy of endoscopic papillosphincterectomy (EPST) in cholelithiasis and disturbance in bile outflow was 86.4%. The usage of EPST permitted to correct the disturbance of bile outflow and cholelithiasis, which were found in bile ducts investigation. Methods of intraoperational choledochoscopy, retrograde lithoextraction in cholelithiasis also were effective.

**Key words:** choledocholithiasis, endoscopic papillosphincterectomy, intraoperational choledochoscopy, endoscopic lithoextraction.

**Введение.** Холедохолитиаз и стриктуры дистальных отделов холедоха являются частыми находками при систематическом использовании методов дооперационной и интраоперационной оценки состояния желчных путей [1,3,6,7]. Эти находки заставляют хирургов выполнять традиционную, открытую холедохолитотомию, различные методы интраоперационной холедохоскопии, рентгенографии, литоэкстракции традиционным способом или с помощью холедохоскопа через пузырный проток, холедохотомических доступов с последующим дренированием желчных протоков, порою в послеоперационном периоде проведения эндоскопической ретроградной холангио-панкреатографии (ЭРХПГ) и литоэкстракцией, [1,2,5,8]. При выявленных нарушениях желчеоттока интраоперационно или до операции, конкрементах общего желчного протока, стенозах традиционно является двухэтапная тактика, когда первым этапом является холецистэктомия (ХЭ), ревизия внутри и внепеченочных

желчных ходов, второй этап литоэкстракция с различными вариантами дренирования холедоха. Выбор оптимального метода ликвидации холедохолитиаза и восстановления пассажа желчи является весьма актуальной проблемой в связи с широким распространением традиционных и лапароскопических операций. Однако до настоящего времени недостаточно изучены преимущество возможности различных методов устранения холедохолитиаза и нарушений проходимости желчных путей, четко не определены показания к традиционным и лапароскопическим вмешательствам на желчных протоках при холедохолитиазе, а также методы его ликвидации [1,2,4]. Имеющиеся в литературе сообщения о традиционных вмешательствах при холедохолитиазе основываются на многочисленных наблюдениях выполнения различных видов холедохотомии, либо ревизии холедоха через культю пузырного протока, а проне обнаруженных камнях, даже после тщательной соответствующей ревизии приводится единичные случаи [1,2,3,7].

Множество противоречий встречается в практической работе, даже ведущих клиник, по проблеме лечения холедохолитиаза сочетающегося с калькулезным холециститом, особенно у экстренных больных. Одни хирурги настаивают на разобщении ХЭ с методами устранения холедохолитиаза [1,5,7,]. Другие, считают оправданным, приписывая большой успех сохранению сфинктерного аппарата БДС при традиционной литоэкстракции через холедохотомию [2,3,6]. Третье, считают высокоэффективным удаление конкрементов холедоха через пузырный проток[4,8]. Средисообщений есть единичные случаи, о выполнении интраоперационной эндоскопической антеградной, ретроградной папилосфинктеротомии и литоэкстракции[8].

Однако возможности использования данных методов в описанных наблюдениях касаются только избранных случаев, эти случаи ограничены рядом объективных причин. Среди них-узость пузырного протока и холедоха, большое количество и размеры конкрементов, выраженность холангита, необходимость восстановления адекватного пассажа желчи при стриктурах терминального отдела холедоха (ТОХ) и папиллостенозах.

Взгляды различных авторов порой являются противоречивыми, отсутствует комплексный дифференцированный подход к решению проблемы лечения холедохолитиаза, особенно на этапах дооперационного или интраоперационного выявления, особенно у экстренных больных. Поэтому выбор оптимального метода ликвидации холедохолитиаза и восстановления пассажа желчи в связи с широким распространением традиционных и малоинвазивных операций является сейчас весьма актуальной проблемой.

**Цель исследования.** Устранения нарушений желчеоттока и холедохолитиаза, выявленных при обследовании желчных путей, а именно, о выполнении интраоперационной холедохоскопии ретроградной литоэкстракции при ЖКБ.

**Материал и методы.** На протяжении последних 7 лет нами была разработана и успешно применяется стройная система обследования пациентов с холелитиазом. В качестве методов интраоперационной диагностики мы используем, холангиографию и холедохоскопию. Начиная с 2007 года нами было разработана и внедрена

методика эндоскопической интраоперационной (во время ХЭ) холедохоскопии, и литоэкстракции. У 32 пациентов, при интраоперационном обследовании выявлены нарушения желчеоттока и конкременты общего желчного протока, однако, методы эндоскопической рентгенологической диагностики (ИОХС и ИОХГ) обнаружили холедохолитиаз, папиллостеноз и стриктуры ТОХ.

Среди 32 оперированных показаниями к ЭПСТ были: папиллостеноз у 23 больных, сочетающиеся с холедохолитиаза в 10 случаях; стриктуры ТОХ у 3 больных, сочетающейся во всех случаях с холедохолитиазом; конкременты общего желчного протока-6 наблюдений. Всего мы выполнили 29 ЭПСТ и одну интраоперационную ретроградную папилосфинктеротомию. Мы считали ЭПСТ показанной больным со стенозами БДС, стриктурами ТОХ выявленными при интраоперационной диагностике. А также больными с холедохолитиазом, в тех случаях, когда из-за узости и особенности анатомического хода холедоха мы не смогли выполнить холедохоскопическую литоэкстракцию.

У большинства оперированных пациентов, желчные протоки были либо не расширены, либо расширены нерезко. Диаметр холедоха у этих пациентов находился в пределах 0,7 до 1,5см, со средним диаметром 1,0см. Это обстоятельства обусловлено тем, что при выявлении явной желчной гипертензии и холедохолитиаза по данным транскутанного УЗИ, во всех случаях, выполняли больным холедохоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиографию, папилосфинктеротомию и литоэкстракцию после ХЭ. В большинстве случаев интраоперационно выявленного холедохолитиаза, конкременты были небольших размеров (от 0,3 до 1,5см) и в небольшом количестве (от 1 до 8, со средним значением 1,5см), так как крупные конкременты, особенно при большом их количестве, хорошо выявляются при дооперационном транскутанном УЗИ. У больных с папиллостенозом наблюдались: умеренная дилатация холедоха в супра- и ретрадуоденальном его отделе-20, сужение протока на уровне БДС в виде так называемого «писчего пера»-8, выраженный рефлюкс в главный панкреатический проток-7 дилатация ГПП -7 больных. У 3-х больных имевших стриктуру холедоха, последняя была представлена рентгенологической

семиотикой- сужением в дистальной части интрапанкреатического отдела холедоха, при дилатированном ретродуоденальном и интрапанкреатическом отделе протока. Кроме этого как дополнительный рентгенологический признак нарушения желчеоттока, при введении контраста перед поступлением его в кишку, наблюдалась дилатация протоковой системы, по данным динамической холангиографии в режиме рентгеноскопии у 19 больных с папиллостенозом и у 3 со стриктурой ТОХ.

**Результаты и их обсуждение.** ЭПСТ была успешна в 29 из 32 попыток, позволив восстановить адекватный желчеотток и удалить конкременты холедоха. Во всех случаях холедохолитиаза была выполнена ретроградная литоэкстракция корзинкой Дормиа. Применённые методики ЭПСТ и ретроградной литоэкстракции позволило почти во многих случаях в послеоперационном периоде при ТХЭ, устранить холедохолитиаз и органических нарушений желчеоттока.

Причиной серийных неудач ЭПСТ явились невозможность ретроградного проведения папиллотомы Демлинга через БСД и дистальный отдел холедоха, что было обусловлено нарушением валиковой структуры со стриктурой и наличием аденом Фатерова соска. В этих случаях им было выполнена традиционные операции ретроградная папилосфинктеротомия и дренирование холедоха через БСД. В остальных случаях эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия была успешно.

Осложнений ЭПСТ, литоэкстракции и ретроградной папиллосфинктеротомии не было. Случаев послеоперационного реактивного панкреатита, кровотечений, перфорации кишки не было. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений.

Наш опыт рутинного применения интраоперационной холедохоскопии и холангиографии показывает, что возможность её выполнения составляет 94%. Только 6% больных имеют облитерированный пузырьный проток. У данной категории больных проходимость пузырьного протока оказалась весьма высока, так как камни в нерасширенном холедохе это результат миграции через широкий пузырьный проток. Ключевым моментом ЭПСТ является проведение папиллотомы в дистальный отдел холедоха при вклиненных и множественных камнях, стриктурах. В наших наблюдениях это оказалось

возможным в 29 из 32 случаев, что и потребовало выполнения традиционной ретроградной папиллосфинктеротомии.

Важнейшим вопросом ЭПСТ после холецистэктомии, определяющим успех и отсутствие осложнений, обусловлено является позиционирование папиллотомы соответственно направлению продольной складки. Этот этап вмешательства в некоторых случаях затруднен. В большинстве наблюдений папиллотом Демлинга при его проведении сам устанавливается в нужном положении. В отдельных случаях целесообразно для коррекции положения папиллотомы использовать проведенную через дуоденоскоп проводник и мониторинг рентгеноскопию. Дифференцированный комплексный подход к решению такой многогранной проблемы, какой является холангиолитиаз в эпоху прогрессирования хирургической технологии, требует от специалистов высочайшего оснащения и владения различными методами, как диагностики, так и лечения заболеваний билиарного тракта. К сожалению, большинство хирургических клиник по ряду различных причин, не имеют достаточного оснащения для интраоперационной диагностики и лечения.

**Заключение.** На этапах диагностики или во время операции при холедохолитиазе и стриктурах ТОХ наиболее оптимальным считаем многоэтапное лечение ЭПТ, ЭПСТ и эндоскопическую ретроградную литоэкстракцию, НБД после традиционной или ХЭ миниинвазивным способом. Преимуществом применяемой нами хирургической тактики, основу которой составляет ЭПСТ, по сравнению традиционной, является возможность выполнения одноэтапного лечения. Применение ЭПСТ включает этап ЭРПХГ и рентгенологический мониторинг ДОХ, тяжелый для больного и трудоемкий для хирурга. Кроме того, ретроградная папиллосфинктеротомия отличается малой травматичностью. Сохранность сфинктерного аппарата, в большинстве случаев расширенного общего желчного протока, является на наш взгляд безусловным исходом. Технические трудности связанных с канюляцией БДС и выполнение панкреатографии сводит часто к развитию острого панкреатита, что удлиняет сроки пребывания послеоперационного периода. Для профилактики данной проблемы помимо передового оснащения, необходимо высокоорганизованное взаимодействие всех

членов операционной бригады. Подобные оперативные вмешательства возможны только в хирургических клиниках с высокой координацией и взаимодействием оперирующих хирургов и специалистов владеющих эндоскопией.

## Литература:

1. Галлингер Ю. И. Эндоскопическое транспапиллярное дуоденобилиарное дренирование в лечении механической желтухи // *Анналы РНЦХ РАМН.*- Москва.- 2001.- выпуск 10. - с.60-63

2. Годжелло Э.А. Современные возможности и перспективы внутрисветной гастроинтестинальной эндоскопической хирургии // *Эндоскопическая хирургия* - 2000.- №2 (Материалы III Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии).- с.19

3. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А., Ратник Н.П., Абдуллаев А.Г., Скипенко О.Г. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // *Хирургия.*- 2004. - №3,

с. 13-17 с

4. Сацкевич В.Н., Пикуза В.И. Новые возможности в лечении механической желтухи и холедохолитиаза // *Аннали хирургической гепатологии.* -1996.-Т.1.-№1.-С 62.

5. Щатверян Д.Г., Галлингер Ю. И., Эндоскопические транспапиллярные методы лечения холедохолитиаза в клинически сложных случаях // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.*-2004. - № 1.- с. 211

6. Yu. Gallinger *Endoscopic Transpapillary Mechanical Lithotripsy for the Treatment of Choledocholithiasis // Euro-Asian Congress of Endoscopic Surgery.*-1997.- p. 82

7. Yu. Gallinger *Endoscopic transpapillary biliary stenting in treatment of obstructive jaundice // Surg. Endoscopy.*-1998.- V.12.- N. 5.- P. 728

8. Ooi L.L., Goh Y.C., Chew S.P. et al. *Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: a collective experience of four teaching hospitals and results of repair // Department of Surgery, Singapore General Hospital, Singapore.* 1998.