

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ

*Б.М. Даценко, К.А. Крамаренко*

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии и проктологии

### РЕЗЮМЕ

Проведен анализ и сравнение результатов эндоскопического лечения 139 больных желчнокаменной болезнью, осложненной непроходимостью желчных путей. Комплекс инструментальных методов исследования, который включал методы ультразвукового сканирования, дуоденофиброскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, был дополнен при обследовании больных методами "диагностической эндоскопической" папилосфинктеротомии, эндоскопической электротермометрии желчных путей и холангиоманометрии. Разработана технология методик, повышающих эффективность лечебных эндоскопических вмешательств при нестандартных ситуациях: применение модифицированного назобилиарного дренажа при стенозе терминального отдела холедоха, множественных и больших конкрементах холедоха позволило провести адекватную местную терапию гнойного холангита и купирования механической желтухи у 97,5% больных; предложен способ канюляционной эндоскопической папилосфинктеротомии по управляемому проводнику при расположении большого дуоденального соска в парапапиллярном дивертикуле, что позволяет увеличить частоту успешных манипуляций в таких ситуациях до 87,5%.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** желчнокаменная болезнь, непроходимость желчных путей, нестандартные ситуации

### ВВЕДЕНИЕ

Эндоскопические методики являются в настоящее время обязательным элементом обследования и малоинвазивного лечения больных с непроходимостью желчных путей доброкачественного генеза. Стандартные методы современной эндоскопии – дуоденоскопия, ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ), литоэкстракция камней общего желчного протока, а также назобилиарное дренирование (НБД), используемые в рациональных сочетаниях, позволяют в 76-92% случаев осуществить качественную диагностику и разрешение холедохолитиаза и стенозирующих процессов билиарного тракта [2, 3]. В нестандартных ситуациях (неудачи при селективной канюляции холедоха и получении холангиограмм, диагностика начальной стадии стеноза и спазма большого дуоденального соска (БДС), выполнение ЭПСТ при деформации папиллы в дивертикуле, диагностика и эндоскопическое лечение распространенного гнойного холангита) эти методы не всегда выполнимы и требуют усовершенствования [1, 4, 5, 6].

Целью исследования явилось разработка новых и модернизация стандартных методов диагностики и малоинвазивного лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной непроходимостью желчных протоков, применение которых способствует

улучшению результатов, особенно в нестандартных ситуациях.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты обследования и лечения 139 больных с непроходимостью желчных путей доброкачественной этиологии.

Комплекс обследования больных с ЖКБ, осложненной непроходимостью желчных путей включал последовательное использование клинико-лабораторных и инструментальных методик, среди которых наиболее информативными были ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастродуоденоскопия и ЭРХПГ. Показанием к дуоденоскопии и ЭРХПГ явились такие данные, как наличие желтухи и клиники холангита у больного, гипербилирубинемия и увеличение щелочной фосфатазы крови при лабораторном исследовании, расширение желчных путей по данным УЗИ более 8 мм.

ЭРХПГ является наиболее информативным методом исследования в диагностике холедохолитиаза и стенозирующих процессов желчных протоков, однако её проведение в стандартном варианте обеспечивает получение качественных холангиограмм и установление причины холестаза только в 82-91% наблюдений [6, 7]. У 11 больных в технически сложных ситуациях нами была применена "диагностическая" ЭПСТ с использованием папиллотомы игольчатого типа в режиме "резания" в направлении от устья БДС сверху длиной от 4 до 8 мм с целью

адекватной канюляции желчных путей и выполнения качественных холангиограмм. Такая методика позволила выполнить канюляцию холедоха и ретроградную холангиографию у 135 пациентов (97,1%).

Определённые трудности возникают при диагностике стеноза и спазма БДС [4]. Для дифференциальной диагностики этих состояний у 11 больных нами использована методика холангиоманометрии. Чётких рентгенологических и визуальных признаков стеноза БДС у данных больных не выявлено, что определило показания к выполнению холангиоманометрии. Измерение давления выполнялось по разработанному нами способу с помощью подсоединённого к аппарату Вальдмана специального назобилиарного катетера (1 мм в диаметре), предварительно установленного в гепатикохоледох при дуоденофиброскопии. Во время исследования регистрировали исходное давление в желчных протоках (оно составило 138-184 мм. вод. ст.) и дебит тока дистиллированной воды в двенадцатиперстную кишку (7-15 мл./мин.). Измерения повторяли через 30 минут после внутривенного введения спазмолитиков (4,0 мл но-шпы, 2,0 мл метацина) и приёма 0,0005 г нитроглицерина под язык. По степени снижения исходных цифр давления в желчном протоке и дебите тока жидкости через папиллу судили о спазме или стенозе БДС. Метод позволил у 2 больных выявить спазм БДС, который был легко корригирован консервативным лечением; у 6 – стойкий спазм БДС и 3 – стеноз БДС (последним 9 больным впоследствии выполнена ЭПСТ).

Эндоскопическая электротермометрия желчных протоков (ЭЭТМ) была выполнена 41 пациенту у которых при дуоденоскопии был установлен гнойный холангит. ЭЭТМ выполняли с использованием усовершенствованного нами электротермометра фирмы "Ситизен". Целью ЭЭТМ являлась оценка распространённости гнойного холангита в проксимальных отделах желчных путей. У 21 из 41 больного при электротермометрии были обнаружены признаки гнойного воспаления во внутривисцеральных желчных путях, что выражалось в гипертермии стенки протоков на этом уровне 39,0 °С-39,5 °С. В дальнейшем этим пациентам был применён усовершенствованный нами метод эндоскопического назобилиарного дренирования.

Всем больным была выполнена ЭПСТ в комбинации с другими эндобилиарными вмешательствами, такими как НБД, литоэкстракция конкрементов корзиной Дормиа, протезирование желчного протока. Эндобилиарные вмешательства выполнялись эн-

доскопами JF-B4, JF-1 T 20 фирмы "Olympus" в первые двое суток пребывания больных в стационаре.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 139 обследованных больных у 90 причиной непроходимости был холедохолитиаз, у 28 – стеноз большого дуоденального соска (БДС) (в 11 случаях – в сочетании с холедохолитиазом), у 9 – терминальный стеноз холедоха (в 7 случаях – в сочетании с холедохолитиазом), у 3 – синдром Мириizzi, у 1 – рубцовые стриктуры желчных путей, у 8 больных – спазм БДС. У 132 больных указанная патология проявлялась механической желтухой; у 94 – осложнилась холангитом различной степени выраженности.

ЭПСТ была выполнена 135 пациентам (97,1%), в 26 (18,7%) случаях ЭПСТ сочеталась с литотракцией камней холедоха, у 73 больных (52,5%) – с назобилиарным дренированием, 3 больным произведено протезирование желчного протока. Основными показаниями к ЭПСТ являлись холедохолитиаз, стеноз БДС, гнойный холангит. Кроме того, ЭПСТ была выполнена больным со стенозом терминального отдела холедоха, рубцовыми стриктурами желчных протоков, синдромом Мириizzi как первый этап вмешательства, создающий условия для адекватного эндоскопического дренирования желчных протоков (чаще всего – назобилиарного).

У 6 больных (из 16) в случаях расположения БДС в парапапиллярном дивертикуле был применён разработанный нами способ ЭПСТ при парапапиллярном дивертикуле с использованием папиллотомы с управляемым направителем, который позволил провести успешные вмешательства на БДС, расположенном в парапапиллярном дивертикуле у 14 пациентов из 16 (87,5%).

Мы считаем НБД наиболее предпочтительным видом завершения эндобилиарного вмешательства у больных с холангитом и в тех случаях, когда не удаётся эндоскопически устранить причину непроходимости желчных путей. Для местного холангита через НБД в клинике кафедры применяется препарат, представляющий собой 1% раствор иодопирона в 15% водном растворе полиэтиленгликольоксида. Такая комбинация обеспечивает быстрое подавление инфекции желчных путей на фоне обязательного восстановления пассажа желчи. У 8 больных с терминальным стенозом желчного протока стандартное назобилиарное дренирование оказалось малоэффективным и нами был применён модифицированный дренаж. Конструкция дренажа позволила осуществить адекватное дренирование общего желчного

протока при вираженном его сужении и провести местную противовоспалительную терапию у 7 больных (из 8).

Эффективность эндоскопических вмешательств оценивалась по данным клинко-лабораторных и ультразвуковых исследований и с помощью контрольных ЭРХПГ.

Полное восстановление проходимости желчных путей после эндобилиарных вмешательств было достигнуто у 113 больных (81,3%), ещё у 22 пациентов (15,8%) удалось купировать явления механической желтухи и холангита благодаря методу назобилиарного дренирования. Неэффективными эндобилиарные вмешательства оказались у 4 больных (2,7%).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Громова И.В., Кузовлев Н.Ф., Уржумцева Г.А. и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2000. № 1. Т 5. С. 109-113.
2. Даценко Б.М., Ибишов Ш.Ф. *Комплексная диагностика в неотложной хирургии органов брюшной полости*. -К.: Здоровье. 1991. 197 с.
3. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф. и др. *Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии*. -К.: Здоровье. 2000. 304 с.
4. Панцырев Ю.М., Орлов С.Ю., Чернякевич С.А., и др. *Эндоскопическая перфузионная папилосфинктероманометрия*. -Москва. 1994. 15 с.
5. Насташенко И.Л., Довбенко О.В. // *Эндоскопическая хирургия*. 2002. № 6. С. 48-52.
6. Семин М.Д., Хоцяновский В.С. // *Практична медицина*. 2003. № 1. Т. IX. С. 14-16.

#### ВЫВОДЫ

Применение усовершенствованных эндоскопических методов диагностики и лечения, особенно в нестандартных ситуациях, позволяет более чем в 90% случаев достичь желаемого эффекта при лечении ЖКБ, осложнённой непроходимостью желчных путей. Особенно важным является тот факт, что почти у всех больных удаётся ликвидировать явления холангита и механической желтухи – наиболее грозные осложнения непроходимости желчных протоков, обуславливающие тяжесть состояния пациентов с обтурацией желчных путей.

## ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ ДОБРОЯКІСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ В НЕСТАНДАРТНИХ СИТУАЦІЯХ

*Б.М. Даценко, К.О. Крамаренко*

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії і проктології*

#### РЕЗЮМЕ

Проведено аналіз і порівняння результатів ендоскопічного лікування 139 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену непрохідністю жовчних шляхів. Комплекс інструментальних методів дослідження, що включав методи ультразвукового сканування, дуоденофіброскопії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, був доповнений при обстеженні хворих методами "діагностичної" ендоскопічної папілосфинктеротомії, ендоскопічної електротермометрії жовчних проток і холангіоманометрії. Розроблено технологію методик, що підвищують ефективність лікувальних ендоскопічних втручань при нестандартних ситуаціях: застосування модифікованого назобіліарного дренажу при стенозі термінального відділу жовчного протока, множинних і великих конкрементах жовчного протока дозволило провести адекватну місцеву терапію гнійного холангиту і купірування механічної жовтяниці у 97,5% хворих; запропонований спосіб канюляційної ендоскопічної папілосфинктеротомії по керованому провіднику при розташуванні великого дуоденального соска в парапапілярному дивертикулі, що дозволяє збільшити частоту успішних маніпуляцій у таких ситуаціях до 87,5%.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** жовчнокам'яна хвороба, непрохідність жовчних шляхів, нестандартні ситуації

## ENDOSCOPIC DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BILIARY TRACTS' OBSTRUCTION OF BENIGN ETHIOLOGY IN NON-STANDARD SITUATIONS

*B.M. Datsenko, K.A. Kramarenko*

*The Medical Postgraduate Academy of Kharkov, Department of surgery and proctology*

#### SUMMARY

The standard complex of tool examination of 139 patients with gallstone disease complicated obstruction bile ducts (USD, duodenofibrosopy, ERCP), was added with methods of "diagnostic" EPST, electrother-

mometries of biliary ducts, and cholangiomanometry. Endoscopic manipulations of the first stage of treatment (EPST, nasobiliary drainage (NBD), the extraction of bile duct stones) were improved considering the non-standard situations. The applied modified nasobiliary drainage allowed to improve the adequate local therapy of purulent cholangitis and stopping of mechanical icterus up to 97.5%. The EPST with controlled conductor at locating of papilla in diverticulum allowed to increase the frequency of successful manipulations in such situations up to 87.5%.

**KEY WORDS:** gallstone disease, obstruction bile ducts, non-standard situations