



<https://doi.org/10.34883/PI.2022.11.1.011>
УДК 616.367-007.271-089-035



Орловский Ю.Н.¹✉, Салмин И.М.^{2,3}, Сазонов М.В.³, Кутько А.П.³, Пушков И.Е.³,
Глыздов А.П.^{2,3}

¹ Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь

² Областной научно-практический центр «Хирургия заболеваний поджелудочной
железы и печени», Витебск, Беларусь

³ Витебская областная клиническая больница, Витебск, Беларусь

Чрезхолецистостомическая эндобилиарная коррекция стриктуры большого дуоденального сосочка: случай из практики

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Орловский Ю.Н. – концепция и дизайн исследования; Орловский Ю.Н., Салмин И.М. – написание статьи; Орловский Ю.Н., Салмин И.М., Глыздов А.П. – редактирование текста; Салмин И.М., Сазонов М.В., Кутько А.П., Пушков И.Е. – обработка материалов, оценка результатов исследования; Салмин И.М., Сазонов М.В., Кутько А.П., Пушков И.Е. – написание литературного обзора.

Подана: 01.12.2021

Принята: 28.02.2022

Контакты: orl_doc@hotmail.com

Резюме

В статье описывается клиническое наблюдение пациента с доброкачественной стриктурой большого дуоденального сосочка. Показаны трудности выбора лечебной тактики у данного пациента, а также продемонстрирована эффективность комбинированного малоинвазивного лечения с использованием антеградной чрезхолецистостомической эндобилиарной и ретроградной эндоскопической коррекции стриктуры большого дуоденального сосочка (методика Rendezvous).

Данная патология развивается наиболее часто при холангиолитиазе, рецидивирующих холангитах, хроническом панкреатите. Существуют различные варианты изолированных малоинвазивных вмешательств (эндоскопические, антеградные под УЗИ- и рентген-контролем), а также комплексные, которые объединяют антеградные чреспеченочные и ретроградные эндоскопические.

Комплексным вмешательствам на сегодняшний день отдается предпочтение при неэффективности изолированных манипуляций, а также при сложном холангиолитиазе, выраженной деформации двенадцатиперстной кишки, рубцовом процессе в зоне папиллы, хирургических вмешательствах с измененной анатомией панкреатодуоденобилиарной зоны. Эта методика хорошо себя зарекомендовала, ее эффективность достигает 85–100%, при этом частота осложнений составляет 3–10%, а летальность – менее 1%.

Ключевые слова: большой дуоденальный сосочек, стриктура, эндобилиарные вмешательства, желтуха, баллонная дилатация

Arlouski Y.¹✉, Salmin I.^{2,3}, Sazonay M.³, Kutsko A.³, Puskou E.³, Gluzdou A.^{2,3}

¹ Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

² Regional Scientific and Practical Center "Surgery of Diseases of the Pancreas and Liver",
Vitebsk, Belarus

³ Vitebsk Regional Clinical Hospital, Vitebsk, Belarus

Extracholecystostomic Endobiliary Correction of the Papilla Vatery Stricture: A Case Report

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Arlouski Y. – the concept and design of the study; Arlouski Y., Salmin I. – writing the article; Arlouski Y., Salmin I., Gluzdou A. – editing the text; Salmin I., Sazonay M., Kutsko A., Puskou E. – processing of materials, evaluation of the results of the study; Salmin I., Sazonay M., Kutsko A., Puskou E. – writing a literary review.

Submitted: 01.12.2021

Accepted: 28.02.2022

Contacts: orl_doc@hotmail.com

Abstract

The article describes a case report of a patient with a benign stricture of the papilla Vatery. The difficulties in choosing the treatment tactics in this patient are shown, and the effectiveness of combined minimally invasive treatment with the use of antegrade transcholecystostomy endobiliary and retrograde endoscopic correction of the stricture of the papilla Vatery (Rendezvous technique) is demonstrated.

This pathology develops most often with cholangiolithiasis, recurrent cholangitis, chronic pancreatitis. There are various options for isolated low-invasive interventions (endoscopic, antegrade under ultrasound and X-ray control), as well as complex ones that combine antegrade transhepatic and retrograde endoscopic.

Today, complex interventions are preferred in cases of ineffectiveness of isolated manipulations, as well as in complex cholangiolithiasis, pronounced deformity of the duodenum, cicatricial process in the papilla zone, surgical interventions with altered anatomy of the pancreatoduodenobiliary zone. This technique has proven itself well and its effectiveness reaches 85–100%, while the complication rate is 3–10%, and the mortality rate is less than 1%.

Keywords: papilla Vatery, stricture, endobiliary intervention, jaundice, balloon dilatation

■ ВВЕДЕНИЕ

Основными причинами, вызывающими обтурационную желтуху доброкачественной этиологии, являются холангиолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) и стриктуры внепеченочных желчных протоков [1–3]. По данным различных авторов, стеноз БДС приводит к нарушению выделения желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК) в 15–19% случаев. Частой причиной данной патологии является желчнокаменная болезнь и холангиолитиаз, которые в свою очередь вызывают хроническое воспаление в зоне БДС, развитие холангита, рецидивирующего панкреатита и в конечном виде приводит к рубцовой стриктуре БДС [4–5]. Механическая желтуха развивается у 20–60% пациентов со стенозом БДС [6–10].



Существуют различные варианты мини-инвазивного хирургического пособия, которые разделяются на изолированно эндоскопические, антеградные под УЗ- и рентген-контролем, а также комплексные вмешательства, которые объединяют антеградные чреспеченочные и ретроградные эндоскопические (методика Rendezvous).

В настоящее время комплексным вмешательствам отдается предпочтение при неэффективности изолированных манипуляций, а также при сложном холангиолитиазе, выраженной деформации ДПК, рубцовом процессе в зоне БДС, хирургических вмешательствах с изменением анатомии панкреатодуоденобилиарной зоны и др. Эта методика, несмотря на вышеперечисленные сложности, хорошо себя зарекомендовала, ее эффективность достигает 85–100%, при этом частота осложнений составляет 3–10%, а летальность – менее 1% [4, 7–10].

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2019 г. по август 2020 г. в ОНПЦ «Хирургия заболеваний поджелудочной железы и печени» на базе Витебской областной клинической больницы проходили лечение 53 пациента со стриктурами билиарного тракта доброкачественной этиологии разных локализаций: терминального отдела холедоха – 48, средней трети – 4, внутрипеченочных желчных протоков (левой доли печени) – 1 пациент. Основной причиной развития стриктур были: холангиолитиаз (51–96,2%), неуточненные – 2 (3,8%).

Эндоскопические вмешательства (папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, литотрипсия, стентирование и баллонная дилатация) выполняли по стандартной методике у 49 пациентов. У 1 пациента в сочетании со стриктурой БДС и ранее сформированной холецистостомы выполнили комбинированную методику «рандеву»: сочетание антеградной эндобилиарной баллонной дилатации и ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии. Сочетание методов эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции, баллонной дилатации было у 35 (71,4%) пациентов. В 10 случаях манипуляцию заканчивали постановкой пластиковых стентов. Неэффективной процедура была у 7 (14,3%) пациентов, которым потребовались оперативные вмешательства в объеме трансдуоденальной папиллосфинктеропластики и литоэкстракции. У 1 пациента с изолированной стриктурой левого долевого протока эффективной была антеградная баллонная дилатация.

■ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент А., 57 лет, госпитализирован с явлениями механической желтухи в районную больницу 11.08.2020 г., где с целью декомпрессии желчного дерева была наложена под УЗ-контролем чрескожная чреспеченочная холецистостома дренажем 9 fr.

Переведен в ОНПЦ «Хирургия заболеваний поджелудочной железы и печени» 25.08.2020 г. Жалобы на момент перевода отсутствовали. Механическая желтуха купировалась. Ежесуточный сброс желчи по дренажу составлял от 400 до 600 мл.

При обследовании: УЗИ ОБП (25.08.2020 г.): желчный пузырь спавшийся, в просвете дренаж. Холедох до 8 мм. Внутрипеченочные протоки незначительно расширены.

ФЭГДС (28.08.2020 г.): БДС имеет овальную холмовидную форму, слизистая розовой окраски, устье до 3 мм. Из устья желчь не поступает. В области терминальной складки имеется втянутость стенки ДПК (дивертикул?).

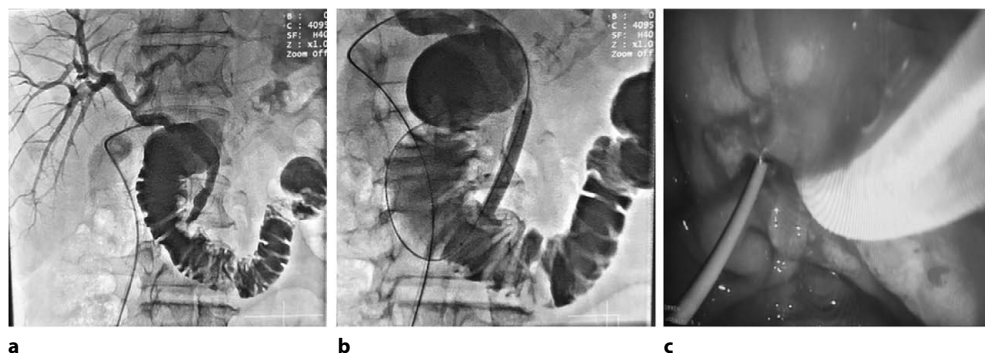


Рис. 1. Комбинированная методика «рандеву»: а – чрезхолестистостомическое введение проводника в ДПК и контрастирование билиарного дерева (визуализируется стриктура терминального отдела холедоха), б – баллонная дилатация стеноза большого дуоденального сосочка и терминального отдела холедоха, с – эндоскопическая папиллосфинктеротомия под контролем проводника после баллонной дилатации

Fig. 1. Combined "Rendezvous" technique: а – transcholecystostomy introduction of the conductor into the duodenum and contrasting of the biliary tree (the stricture of the terminal part of the common bile duct is visualized), б – balloon dilation of stenosis of the papilla Vateri and the terminal part of the common bile duct, с – endoscopic papillosphincterotomy after balloon dilatation

КТ ОБП с контрастным усилением (02.09.2020 г.): поджелудочная железа в размерах не увеличена. Образований в панкреатобилиарной зоне не выявлено.

По данным фистулографии от 11.09.2020 г.: контраст медленно поступает в ДПК, холедох на всем протяжении расширен до 9 мм и сужается в виде «писчего пера» в зоне БДС (рис. 1а).

По данным лабораторных показателей и клинической картины данных за панкреатит не получено.

05.09.2020 г. была выполнена ЭФГДС, заканюлировать БДС не удалось из-за фатерального дивертикула. Папиллотомия игольчатым папиллотомом не представлялась возможной.

В центре (14.09.2020 г.) была выполнена новая рандеву-процедура в билиарном тракте: антеградная чрезхолестистостомная баллонная дилатация БДС под рентген-контролем и ретроградная эндоскопическая ПСТ. Процедура заключалась в следующем. В рентгенэндоваскулярной операционной произведена замена дренажа на порт. Проводник через пузырный проток выведен в ДПК. Произведена баллонная пластика стриктуры БДС баллоном 4 мм (рис. 1б). Проводник оставлен для ориентира и быстрого операционного доступа к зоне БДС. Далее выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия, канюляция БДС и папиллотомия натяжным папиллотомом (рис. 1в). При ЭРПХГ эвакуация контраста в ДПК быстрая, холедох не расширен, дефектов наполнения не выявлено. На этом оперативное вмешательство завершено.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее время все большее распространение получают малоинвазивные методы диагностики и лечения стриктур БДС: чрескожное чреспеченочное билиарное дренирование, эндоскопическое стентирование холедоха, эндоскопическая ПСТ [2, 7].



Однако вышеперечисленные методы чаще применяются в раздельном варианте и не всегда эффективны ввиду технических сложностей, вызванных сложным холангиолитиазом, выраженной деформацией ДПК, рубцового процесса в зоне БДС, стенозом верхних отделов пищеварительного тракта.

Разработанную нами технологию «рандеву» применяли как окончательную лечебную процедуру, т. к. опухолевый процесс был исключен. Транспузырный доступ возможен для выполнения данной методики при функционирующем желчном пузыре. Методика является приоритетной у пациентов с незначительным расширением внутрипеченочных желчных протоков, когда существует высокая вероятность неэффективной попытки дренирования внутрипеченочных желчных протоков, тяжелой сопутствующей патологии или травматизации внутрипеченочных сосудов и вызвать кровотечение, гемобилию, перитонит.

В данном случае у пациента уже была сформирована холецистостома дренажем 9 fr и исключен опухолевый характер возникновения механической желтухи. Учитывая то, что изолированная эндоскопическая попытка папиллотомии была неудачной в связи с наличием парафатерального дивертикула, а проходимость пузырного

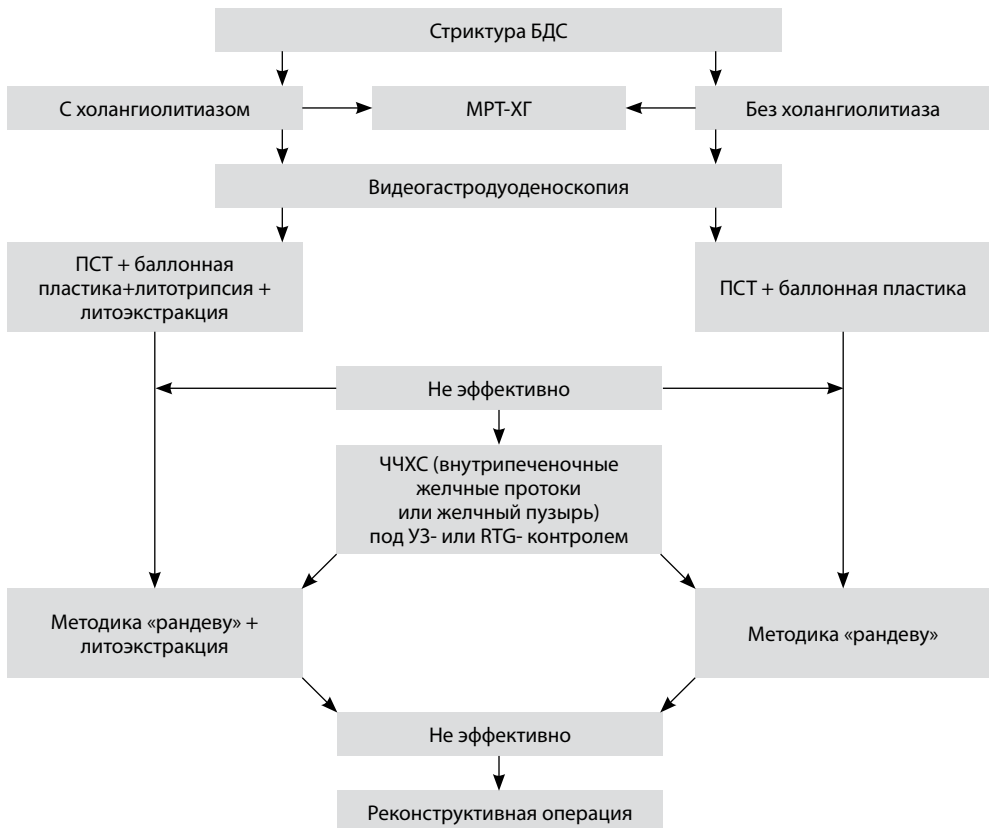


Рис. 2. Лечебно-диагностический алгоритм при стриктуре БДС
Fig. 2. Treatment and diagnostic algorithm for stricture Vategy

протока по данным холангиографии не нарушена, пациенту было выполнено комбинированное вмешательство «рандеву» при совместной работе эндоскопической и рентгенэндоваскулярной служб.

Учитывая сложность патологии и разногласия в лечебной тактике, нами разработан следующий лечебно-диагностический алгоритм (рис. 2).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Золотым стандартом» у пациентов с механической желтухой, вызванной стриктурой БДС, является эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Однако изолированный эндоскопический способ разрешения проблемы не всегда осуществим ввиду таких причин, как сложный холангиолитиаз, выраженная деформация ДПК, рубцовый процесс зоны БДС, хирургические вмешательства с изменением анатомии панкреатодуоденобилиарной зоны и др. Поэтому в качестве первого этапа необходимо выполнять чрескожное транспеченочное дренирование желчных протоков, что дает возможность проведения комбинированных вмешательств в варианте «рандеву». Мы считаем, что при функционирующем желчном пузыре и незначительном расширении желчных протоков предпочтение при выборе доступа к желчному дереву следует отдать чрескожному транспеченочному дренированию желчного пузыря под УЗ-контролем, что позволяет выполнить полноценное комбинированное мини-инвазивное вмешательство «рандеву» с хорошим результатом, особенно у пациентов пожилого возраста с коморбидной патологией, когда изолированные вмешательства неэффективны, а риск осложнений при оперативном вмешательстве высок.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bykov M.I., Porkhanov V.A., Gobaeva S.L. et al. (2019) Possibilities of therapeutic retrograde minimally invasive technologies for obstructive jaundice syndrome. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, vol. 24, no 2, pp. 60–73. doi: 10.16931/1995-5464.2019260-73
2. Kulezneva Yu.V., Melekhina O.V., Kurmanseitova L.I. et al. (2018) Antegrade bile diversion: analysis of complications and methods of their prevention. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, vol. 23, no 3, pp. 37–46. doi.org/10.16931/1995-5464.2018337-46
3. Okhotnikov O.I., Yakovleva M.V., Grigor'ev S.N. (2016). Antegrade endobiliary interventions for non-dilated bile ducts. *Khirurgiya*, no 12, pp. 42–47. doi: 10.17116/hirurgia20161242-47.
4. Popov A.Yu., Baryshev A.G., Bykov M.I. et al. (2018) Analysis of the results of minimally invasive decompression of the biliary tract in obstructive jaundice. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*, no 12, pp. 50–56. Available at: <https://doi.org/10.17116/hirurgia20181215>.
5. Testoni P.A., Mariani A., Aabakken L. et al. (2016) Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*, vol. 48, no 07, pp. 657–683. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-0042-108641>.
6. Baniya R., Upadhaya S., Madala S. et al. (2017). Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage versus percutaneous transhepatic biliary drainage after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A meta-analysis. *Clin. Exp. Gastroenterol.*, vol. 10, no 5, pp. 67–74. Available at: <https://doi.org/10.2147/CEG.S132004>.
7. Kotovskii A.E., Glebov K.G., Dyuzheva T.G. et al. (2019) Retrograde bile duct endoprosthesis in benign diseases of the hepatopancreatoduodenal zone. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, vol. 24, no 1, pp. 61–70. Available at: <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2019161-70>.
8. Hu B., Sun B., Cai Q. et al. (2017) Asia-Pacific consensus guidelines for endoscopic management of benign biliary strictures. *Gastrointest. Endosc.*, vol. 86, no 1, pp. 44–58. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2017.02.031>.
9. Tringali A., Lemmers A., Meves V. et al. (2015) Intraductal biliopancreatic imaging: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) technology review. *Endoscopy*, vol. 47, no 8, pp. 739–753. Available at: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1392584>.
10. Nedoluzhko I.Yu., Khon E.I., Shishin K.V. (2019) Endoscopic removal of neoplasms of the greater duodenal papilla. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, vol. 2, no 1, pp. 36–42. Available at: <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2019136-42>.