ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Павелец К.В.^{1,2}, Ушкац А.К.², Гацко Д.В.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра факультетской хирургии им. проф. Русанова А.А., 194100 ул.Литовская 2, Санкт-Петербург, Россия

²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», 194104 пр. Литейный 56, Санкт-Петербург, Россия

Резюме

Актуальность темы: эндоскопическая интраоперационная холедохоскопия при традиционных оперативных вмешательствах является высокоинформативным исследованием (специфичность до 98%) в диагностике и лечении холедохолитиаза.

Цель исследования: оценить эффективность интраоперационного использования фиброхоледохоскопии в диагностике и лечении «сложных» форм холедохолитиаза.

Материалы и методы: с 2011 по 2017 год 88 пациентам проведено лечение «сложных» форм холедохолитиаза с использованием интраоперационной фиброхоледохоскопии.

Результаты: после холедохолитотомии рутинновыполнялась фиброхоледохоскопия с проведением аппарата в двенадцатиперстную кишку (ДПК). У 15 пациентов (17%) обнаружены конкременты, которые извлечены корзинками Дормиа. При условии проходимости БДС для бужей и эндоскопа, операция завершалась наложением глухого шва холедоха (приоритетная справка №2018122530 от 29.06.2018г).

Выводы: фиброхоледохоскопия при лечении сложных форм холедохолитиаза позволяет оценить состояние желчевыводящих путей, выполнить литоэкстракцию, санировать желчные протоки.

Ключевые слова: «сложный холедохолитиаз», холедохолитотомия, фиброхоледохоскопия, глухой шов холедоха, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохоскоп, литоэкстракция, холецистэктомия.

FIBROCHOLODOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF COMPLEX FORMS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

Pavelets K.V.^{1,2}, Ushkats A.K.², Gacko D.V.^{1,2}

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University, Department of Faculty Surgery. prof. Rusanova A.A., 194100 Litovskaya street 2, St. Petersburg, Russia

²"City Mariinsky Hospital", 194104 Liteiny Avenue 56, St. Petersburg, Russia

Summary.

Relevance of the topic: endoscopic intraoperative choledochoscopy with traditional surgical procedures is a highly informative research in the diagnosis and treatment of choledocholithiasis.

Objective: to evaluate the effectiveness of intraoperative use of fibrocholedochoscopy in the

diagnosis and treatment of "complex" forms of choledocholithiasis. **Materials and methods:** Between 2011 and 2017, 88 patients underwent treatment for "complicated" forms of choledocholithiasis using intraoperative fibrocholedochoscopy. **Results:** after dissection of the choledochal wall and extraction of large concretions from the lumen, a fibrocholedochoscopy was performed. The fibrocholedochoscope was inserted into the lumen of the common bile duct through a formed opening with examination of the biliary tract. An obligatory condition for assessing the permeability of the distal sections of the bile ducts was the carrying out of an endoscopy through the OBD zone. The remaining remaining calculi were recovered with the help of Dormia baskets (15 (17%) cases). In 86 (97.7%) patients, the operation is completed by the imposition of a hollow stitch of choledoch (priority reference No. 2018122530, 2018). **Conclusion:** fibrocholedochoscopy in the treatment of complex forms of choledocholithiasis allows to methodically evaluate the biliary tract, perform lithoextraction from the proximal and distal sections.

Key words: difficult choledocholithiasis, choledocholithotomy, fibrocholedochoscopy, choledochorrhaphy, endoscopic papillosphincterotomy, choledochoscope, lithoextraction, cholecystectomy.

Введение. Холедохолитиаз встречается у 10 – 35% больных желчнокаменной болезнью и приводит к развитию таких тяжелых осложнений, как механическая желтуха, холангит, острый и хронический панкреатит [1]. Малоинвазивные эндоскопические технологии в настоящее время считаются «золотым стандартом» в лечении холедохолитиаза [2,3,7]. Лапаротомия с холедохотомией и литоэкстракцией на современном этапе развития хирургии остается операцией резерва [4,6]. Эндоскопическая интраоперационная холедохоскопия при традиционных оперативных вмешательствах является высоко информативным исследованием в диагностике и лечении холедохолитиаза. Специфичность метода 98% [3].

Цель работы: оценить эффективность рутинного интраоперационного использования фиброхоледохоскопии в лечении «сложного холедохолитиаза».

Материалы и методы исследования. Среди всех пациентов с холедохолитиазом была выделена категория больных со «сложным холедохолитиазом» в соответствии с рекомендациями Шаповальянца С.Г. и Ардасенова Т.Б., 2013 [5]:

- крупный конкремент (более 1,5 см) или множественные конкременты;
- труднодоступные конкременты по их расположению и форме;
- нарушенная анатомия гепатопанкреатобилиарной зоны (резекция желудка по Бильрот-II, гастрэктомия, синдром Мириззи т.д.).

С 2011 по 2017 год 88 пациентам проведено лечение «сложных» форм холедохолитиаза с обязательным использованием интраоперационной фиброхоледохоскопии. В исследуемой группе было 58 женщин (65.9%), 30 мужчин (34.1%). Средний возраст пациентов составил $68,5 \pm 15,5$ лет. Больных пожилого и старческого возраста – 56 (82%). Медиана возраста исследуемой группы – 70 лет. Для ревизии и санации желчного дерева применялся фиброхоледохоскоп OlympusCHF-XP20, Япония.

Результаты и обсуждение. Манипуляции в зоне терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка выполнялись под мануальным контролем после мобилизации двенадцатиперстной кишки (ДПК) по Кохеру. В рамках исследования всем пациентам на первом этапе операции выполнялась ревизия печечно-двенадцатиперстной связки, супрадуоденальная холедохотомия и извлечение конкрементов, а на втором этапе, при наличии желчного пузыря, выполнялась холецистэктомия – 56 пациентов (82%). При отсутствии желчного пузыря (холецистэктомия в анамнезе) у 22 пациентов (18%), холедохолитотомия была основным и единственным этапом оперативного вмешательства. Применяемая последовательность этапов хирургического вмешательства позволила в ряде наблюдений использовать часть стенки желчного пузыря для закрытия дефекта желчного протока при синдроме Мириззи (15 наблюдений – 17%). Кроме того, подобная последовательность оперативного приема позволила не только сохранить целостность желчных протоков, но и воздержаться от формирования билиодигестивных анастомозов. У 66 пациентов (75%) при проведении инструментальной ревизии обнаружена короткая рубцовая стриктура зоны БДС, которая без технических трудностей дилитирована бужами. В 2 случаях (2.2%) проведение бужей в просвет ДПК не удалось в связи с наличием протяженной стриктуры терминального отдела холедоха. Далее рутинно выполнялась холедохоскопия. Холедохоскопия позволила выявить у 13 пациентов (19%) анатомическую особенность строения желчного дерева в виде трифуркации общего желчного протока. Обязательным условием оценки проходимости дистальных отделов желчевыводящих путей являлось проведение эндоскопа через зону БДС в просвет ДПК, что было выполнено в 86 (97.8%) случаях. В 15 случаях (17%) фиброхоледохоскопия позволила обнаружить оставшиеся конкременты и их фрагменты в желчевыводящих протоках и извлечь их корзинками Дормиа. Свободное проведение бужей в просвет ДПК, холедохоскопический контроль проходимости желчных путей и отсутствие в них конкрементов, позволило завершить операцию у 86 пациентов (97.7%) наложением глухого шва холедоха (приоритетная справка №2018122530 от 29.06.2018г). Лишь в 2 случаях (2.3%), у пациентов с протяженной стриктурой дистального отдела холедоха, потребовалось формирование холедоходуоденального анастомоза. Средние сроки госпитализации пациентов составили

8,3 дня. Летальный исход наступил в 1 (1.1%) случае, причиной которого стал острый инфаркт миокарда на 8 сутки. В послеоперационном периоде в срок от 6 мес. до 3 лет проведено контрольное обследование 49 пациентам. Основным методом обследования была избрана МРХПГ, при которой резидуальных конкрементов и стриктур зоны оперативного вмешательства, ни в одном случае не обнаружено.

Выводы. При «сложном холедохолитиазе» интраоперационная фиброхоледохоскопия позволяет провести осмотр основных протоков билиарного тракта, визуализировать патологические изменения, выполнить экстракцию камней и их фрагментов, позволяет сохранить сфинктерный аппарат БДС и избежать развития рефлюкса дуоденального содержимого в просвет билиарного тракта. Обоснованная интраоперационной фиброхоледохоскопией, убежденность в проходимости желчных путей и отсутствии конкрементов, позволяет в большинстве случаев ставить показания к завершению оперативного вмешательства глухим швом протока.

Список литературы:

1. Ардасенов Т.Б., Будзинский С.А., Панков А.Г., Бачурин А.Н., Шаповальянц С.Г. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза // *Анн.хир. гепатол.* 2013. Т.18. №1.С. 23–28.
2. Балалыкин В.Д., Хабурзания А.К., Гвоздик В.В., Снигирев Ю.В., Амеличкин М.А., Муцуров Х.С., Малаханов С.Н. Большой сосок двенадцатиперстной кишки (БДС) в открытой и эндоскопической хирургии // *Эндоскоп. хирургия.* 2006. Т.12. №1. С. 22–23.
3. Борисов А. Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Мосягин В.Б. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки // *Анн. хир. гепатол.* 2004. Т. 9. № 2. С. 22–30.
4. Гарипов Р.М., Нажинов Р.Д. Результаты хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза // *Анн. хир. гепатол.* 2007. Т. 12. № 4. С. 54–58.
5. Шаповальянц С.Г., Ардасенов Т.Б., Паньков А.Г. Сложный холедохолитиаз – результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2013. № 4. С. 8–14.
6. Hungness E.S., Soper N.J. Management of common bile duct stones // *J. Gastrointest. Surg.* 2006. Vol. 10. № 4. P. 612–619. doi: 10.1016/j.gassur.2005.08.015
7. Sciumè C., Geraci G., Pisello F., Li Volsi F., Cajozzo M., Modica G. Endoscopic removal of a Dormia basket impacted in the biliary tract during treatment of a difficult residual choledocholithiasis. Report of a case // *Ann. Ital. Chir.* 2003. Vol. 74. № 2. P. 209-212.

Информация об авторах.

Павелец Константин Вадимович, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра факультетской хирургии им. проф. Русанова А.А., доктор медицинских наук, профессор, Городская Мариинская больница, заведующий 6 хирургического отделения, +79219972497, rusanov.vergeltung@yandex.ru

Ушкац Александр Константинович, Городская Мариинская больница, заведующий операционным блоком, кандидат медицинских наук, +79216566492, ushkats@gmail.com

Гацко Дмитрий Валентинович, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра факультетской хирургии им. проф. Русанова А.А., аспирант, Городская Мариинская больница, врач 6 хирургического отделения, +79046433402, gatsko@mail.ru