

Применение полимерных транспапиллярных дуоденобилиарных стентов в лечении механической желтухи различной этиологии.

*Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В., Амелина М.А.,
Шатверян Д.Г., Юсупова Х.И.*

ГУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН, Москва

В лечении больных с механической желтухой различной этиологии все чаще предпочтение отдается малоинвазивным эндоскопическим способам восстановления желчеоттока. Наиболее эффективным методом желчеотведения является транспапиллярное эндопротезирование гепатикохоледоха с применением различных полимерных дуоденобилиарных стентов. Транспапиллярное стентирование использовалось как метод предоперационной подготовки, позволявший выполнить операцию в плановом порядке без желтухи и холангита, так и в качестве окончательного метода желчеотведения.

В период с 1988 по 2007 гг. попытки транспапиллярного эндопротезирования гепатикохоледоха полимерными стентами были предприняты нами у 395 больных с обструкцией желчных протоков различной этиологии. Больные были в возрасте от 12 до 95 лет. У 360(91,1%) пациентов имелись явления механической желтухи, у 32(8,1%) больных - до поступления в нашу клинику было выполнено наружное желчеотведение: у 10 - назобилиарное дренирование, у 12 - гепато - и холецистостомия и у 10 – наружное дренирование холедоха. У 3(0,8%) пациентов гипербилирубинемии не было. Причиной нарушения желчеоттока в 273(69,1%) случаях явилось blastomatozное поражение органов панкреатобилиарной зоны, в 65(16,5%) - стриктура гепатикохоледоха и в 57(14,4%) - крупные конкременты желчного протока.

Для дуоденобилиарного дренирования использовали пластиковые стенты диаметром от 2,5 до 4,0 мм фирм «Cook» (США), «Olympus» (Япония), «GIP» (Германия). В ряде случаев использовали параллельное введение нескольких эндопротезов. У больных с рубцовыми стриктурами гепатикохоледоха введение нескольких дренажей позволяло создать жесткий “каркас” для продолжительного расширения суженного участка. У пациентов с холедохолитиазом применяли стенты типа «pig-tail», которые лучше фиксируются в протоке в отсутствие органического сужения и при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). В начале нашей работы эндопротезирование выполняли только после предварительной папиллосфинктеротомии. В настоящее время для стентирования используем двухпросветные инструменты и тefлоновые проводники, что позволяет при первичном желчеотведении устанавливать стент без рассечения устья холедоха.

При первичном эндопротезировании в желчный проток устанавливали различное число эндопротезов, имеющих различный диаметр. По диаметру дренажные трубки мы делим на 3 группы: протезы малого диаметра – до 7 Fr (до 2,3 мм), среднего диаметра – 8-9 Fr (2,7-3,0 мм) и крупнокалиберные протезы – более 10 Fr (более 3,3 мм). На начальных этапах работы при первичном протезировании стремились установить протез большого диаметра или ввести несколько стентов, полагая, что в этих случаях можно добиться наилучшего результата дренирования. Протезы малого диаметра устанавливали лишь при отсутствии дренажей большого диаметра или в случае наличия плотного сужения, когда стенты большого диаметра установить не удавалось.

Из предпринятых попыток эндопротезирования у 395 больных дуоденобилиарный дренаж удалось установить у 308 (78,0%) пациентов. В 87 (22,0%) случаях попытки протезирования были безуспешными, что привело к необходимости выполнения у этих пациентов хирургических вме-

шателств на высоте желтухи. Эндопротезирование было успешным у всех пациентов с холедохолитиазом. В 13(20,0%) случаях не удалось установить протез пациентам с высокой рубцовой стриктурой гепатикохоледоха. Наибольшее число неудач – 74(27,1%) наблюдалось в группе больных с бластоматозным поражением, что в большинстве случаев было связано с протяженным и высоким поражением гепатикохоледоха или распространением опухолевого процесса на стенку кишки.

При выполнении эндопротезирования осложнения были отмечены у 38(9,6%) больных. В 8(2,0%) случаях у пациентов с выраженной желтухой наблюдалось кровотечение из зоны папиллотомического разреза, потребовавшее проведения эндоскопического гемостаза. У 9(2,9%) больных произошла дислокация стента. У 21(6,8%) пациента с установленными дуоденобилиарными дренажами в ранние сроки возникли явления острого холангита, что потребовало проведения повторных эндоскопических манипуляций. Ни одно из осложнений не привело к летальному исходу.

Из 308 больных с установленными стентами 108(35,1%) пациентов были оперированы в ранние после протезирования сроки. У 11(3,6%) пациентов с крупными конкрементами желчного протока после купирования желтухи была выполнена механическая литотрипсия, позволившая во всех случаях санировать холедох. У 189 (61,3%) больных с инкурабельными опухолями или высоким риском оперативного лечения транспапиллярное эндопротезирование явилось окончательным паллиативным вмешательством. Всем неоперированным пациентам с установленными эндопротезами в дальнейшем производилась замена дренажей в связи с их окклюзией солями желчных кислот. Срок функционирования стентов в среднем составил, по нашим данным, 4,5 мес.

С целью определения оптимальных условий дренирования при первичном желчеотведении и оценки функции стентов в отдаленном периоде мы провели анализ результатов стентирования в зависимости от диаметра и числа установленных дренажей. Наше исследование показало, что при первичном желчеотведении эффективность дренирования не зависит от числа и диаметра установленных стентов. Применение одиночных протезов среднего калибра (8-9 Fr) имеет адекватный дренирующий эффект, не отличающийся от такового при применении крупнокалиберных протезов или при установке нескольких дренажей. В то же время, установка протеза среднего диаметра технически легче и безопаснее, поскольку не требует выполнения папиллосфинктеромии, часто осложняющейся кровотечением в условиях желтухи. Следовательно, при первичном стентировании следует устанавливать одиночный стент среднего диаметра. При анализе отдаленных результатов стентирования у неоперированных больных срок функции дренажа был продолжительнее при введении крупнокалиберных стентов или введении нескольких дренажей. Таким образом, для увеличения сроков адекватного желчеотведения и уменьшения числа замен стентов, необходимо устанавливать несколько протезов большого диаметра.

Накопленный нами опыт позволяет констатировать, что транспапиллярное дуоденобилиарное дренирование является эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарного тракта различной этиологии. Этот метод, позволяя достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, дает возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, а у больных пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, может служить альтернативой хирургическому лечению.