

УДК 616.36-008.51-08

*В.В. Хацко¹, А.Д. Шаталов¹, С.А. Шаталов¹, В.Н. Войтюк²,
Д.М. Коссе², Н.К. Базиян¹*

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

1Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

2Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Цель работы – изучить эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии у больных с осложненным холедохолитиазом. Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 92 больных с осложненной желчнокаменной болезнью. Женщин было 55, мужчин – 37 в возрасте 26-79 лет. Старше 60 лет было 64 (69,9%) пациента. Для диагностики применяли клиничко-лабораторные, лучевые, эндоскопические, биохимические методы исследования. Всем пациентам выполнены одномоментные эндоскопические папиллосфинктеротомии или двухэтапные (эндоскопическая папиллосфинктеротомия и лапароскопическая холецистэктомия) операции. У пациентов в анализах крови отмечены повышение уровней билирубина, трансаминаз, мочевины, креатинина, лейкоцитов, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации. Наиболее информативными диагностическими методами явились УЗИ, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Больные распределены на 3 группы. В 1 группе 5 (5,8%) пациентов пожилого возраста после эндоскопической папиллосфинктеротомии отказались от следующей операции. Во 2 группе эндоскопическая папиллосфинктеротомия и лапароскопическая холецистэктомия выполнены у 68 (73,8%) чел. В 3 группе у 19 (20,4%) человек эндоскопическая папиллосфинктеротомия была неэффективна и выполнена открытая операция. У 13 (13,6%) пациентов была выполнена механическая билиарная литотрипсия. Больным применена усовершенствованная тактика лечения (3 изобретения). Непосредственно после эндоскопической папиллосфинктеротомии осложнения возникли у 5 (5,4%). Умерла 1 (1,1%) больная от тромбоэмболии легочной артерии. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия позволяет ликвидировать явления желтухи и холангита у 78,2% пациентов и дает возможность подготовить их к плановой операции в условиях сниженного операционного риска. Применение усовершенствованной тактики лечения позволило снизить число осложнений на 2,1%.

Ключевые слова: холангиолитиаз, обтурационная желтуха, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

С каждым годом количество больных с осложненной желчнокаменной болезнью неуклонно увеличивается, особенно пожилого и старческого возраста. Важную роль в выявлении таких пациентов играют также современные лучевые методы диагностики – ультразвуковой (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) [3-7].

После традиционных хирургических методов лечения холангиолитиаза наблюдается много осложнений в послеоперационном периоде (8-37%) и высокая летальность (3,5-28%), особенно у пожилых больных с полиорганной недостаточностью [1, 5, 6, 8, 9].

В настоящее время к современным методам лечения холангиолитиаза относятся: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование, механическая билиарная литотрипсия, лапароскопическая холедохолитотомия, при которых риск опера-

ции минимальный. После эндоскопической папиллосфинктеротомии частота осложнений составляет 5,6-17%, а летальность – 0,9-1,7% [1, 2, 4, 7]. ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) является ведущей методикой во многих клиниках из-за малоинвазивности и приемлемых отдаленных результатов [3, 5-7].

Цель работы – изучить эффективность ЭПСТ у больных с осложненным холедохолитиазом.

Материал и методы

Проанализированы результаты эндоскопического лечения 92 больных желчнокаменной болезнью, осложненной нарушением проходимости желчных протоков. Из них женщин было 55, мужчин – 37 в возрасте 26-79 лет. Старше 60 лет было 64 (69,4%) человека. Сопутствующая патология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, постинфарктный и атероскле-

ротический кардиосклероз, мерцательная аритмия и др.) выявлена у 66 (72,3%) чел., из них у 49 (53,6%) имелось сочетание двух и более заболеваний. Длительность желтухи составила от 2 до 27 дней.

Для уточнения диагноза применялись следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), ЭРХПГ, интраоперационную холангиографию, биохимические (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза (ЩФ), коагулограмма, мочевины, креатинин, сахар, коагулограмма), определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), статистические.

Всем пациентам были выполнены одномоментные или двухэтапные операции после предоперационной подготовки.

Результаты и обсуждение

При обтурационной желтухе (ОЖ) желчнокаменного генеза наблюдались желтушность кожи и склер, кожный зуд, светлый кал, потемнение мочи, сопровождавшиеся болями в правом подреберье с иррадиацией в левую лопатку, ознобами, повышением температуры тела до 39-40°C.

В анализах крови отмечено повышение общего билирубина от 42 до 390 мкмоль/л, уровня активности аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и аланинаминотрансферазы (АлАТ) до 1,32 и 4,8 мкмоль/ч.л соответственно; уровня мочевины до 14,2 ммоль/л и креатинина до 0,18 ммоль/л; лейкоцитоз до 18,4 Г/л, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) до 4,4-4,6.

Диагностическая точность УЗИ при холангиолитиазе составила 76,1%. Эта диагностика затруднена при наличии конкрементов в терминальном отделе общего желчного протока (ОЖП) и пневматозе кишечника.

ЭРХПГ показала более точную диагностику причин ОЖ. Для контрастирования протоковой системы применяли Билигност. Не удалось выполнить это исследование в 4 случаях, когда большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДПК) находился на дне дивертикула двенадцатиперстной кишки.

Показателями к ЭРХПГ были: анамнестические сведения о перенесенных эпизодах обтурационной желтухи и панкреатита; повышение уровня билирубина, активности транс-

аминаз и щелочной фосфатазы в сыворотке крови; расширение ОЖП более 8 мм по данным УЗИ; наличие УЗ-признаков холангиолитиаза, стеноза сфинктера Одди.

Показаниями к ЭПСТ явились: холангиолитиаз с картиной обтурационной желтухи и/или холангита; холангиолитиаз и стеноз БСДПК при калькулезном холецистите у больных с высокой степенью операционного риска; атипичный микрохоледохолитиаз и стеноз БСДПК при отсутствии камней в желчном пузыре (ЖП); холангит и ОЖ, обусловленные вклиненным камнем дистального отдела ОЖП. В 76 (82,6%) случаях холангиолитиаз был первичным, в 16 (17,4%) – резидуальным. ЭПСТ дала возможность без применения общего обезболивания удалить камни из желчных протоков, ликвидировать стеноз БСДПК, восстановить нормальный пассаж желчи, произвести санацию билиарной системы.

В зависимости от выбора оперативного лечения на втором этапе все больные распределены на 3 группы. В 1 группе 5 (5,8%) пациентов пожилого и старческого возраста после ЭПСТ и ликвидации желтухи отказались от дальнейшего оперативного лечения, в 3 случаях анестезиологический риск превышал операционный. Во 2 группе ЭПСТ с последующей ЛХЭ (через 3-5 дней) выполнена у 68 (73,8%) чел. В 3 группе у 19 (20,4%) чел. ЭПСТ была неэффективна и выполнена холецистэктомия (ХЭ) открытым способом. При этом наружное дренирование ОЖП произведено у 12 пациентов в связи с наличием микрохоледохолитиаза и холангита, а у 7 человек операция закончена наложением холедоходуоденоанастомоза.

Важно тщательно проводить все этапы операций. Разрез БСДПК и интрамуральной части ОЖП осуществлялся в направлении 11-12 часов вдоль большой продольной складки двенадцатиперстной кишки и достигал длины от 1,0 до 1,6 см. Чем толще была продольная складка, тем длиннее разрез.

У 13 (13,6%) пациентов была выполнена механическая билиарная литотрипсия, количество этапов операции было от одного до трех. Трудности во время механической экстракции возникали при наличии крупных камней, их высоком расположении, фиксированности, при стриктуре ОЖП после холедохотомии. Всем больным после ЭПСТ и назобили-

арного дренирования проводили лаваж ОЖП 50-100 мл подогретого раствора 0,25% новокаина, а также 5-10 мл 1% раствора диоксида. Контроль адекватности произведенной ЭПСТ проводился путем рентген-контрастирования ОЖП сразу после вмешательства.

Непосредственно после ЭПСТ осложнения возникли у 5 (5,4%) человек: острый панкреатит – у 3 (3,2%), который купирован к 3-4 дню после консервативных мероприятий; кровотечение из папиллотомной раны – у 2 (2,1%), потребовавшее консервативного лечения в условиях палаты интенсивной терапии. В связи с продолжающимся кровотечением одной больной сделана операция – лапаротомия, дуоденостомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. 1 (1,1%) больная 69 лет умерла после купированного острого панкреатита от тромбоэмболии легочной артерии.

У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение, отмечены следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны – 1 (1,4%), плевропневмония – 1 (1,4%), острый панкреатит – 1 (1,4%). Летальных исходов не было.

Для предупреждения осложнений в премедикацию включали ганглиоблокаторы, холинолитики, седативные препараты, по показаниям антибиотики. Пациентам с факторами риска возникновения панкреатита до и после ЭПСТ вводили Сандостатин®.

Для профилактики и лечения холангита у этой категории больных применяли разработанные в клинике изобретения: «Способ наружного дренирования общего желчного протока» (декларационный патент UA 35896 А от 16.04.2001г.); «Дренаж для желчных протоков» (декларационный патент UA 71226 А от 15.11.2004 г.); «Способ профилактики холангита при наложении билиодигестивного анастомоза» (декларационный патент UA 68123 А от 15.07.2004 г.). Систематизация факторов риска осложнений эндоскопических транспиллярных вмешательств, применение соответствующих методов профилактики и усовершенствованных способов лечения позволили за последний год снизить количество осложнений на 2,1%.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, УЗИ, КТ и ЭРХПГ являются наиболее информативными методами ис-

следования у больных с осложненным холангиолитиазом. ЭПСТ позволяет ликвидировать явления желтухи и холангита у 78,2% пациентов, что дает возможность подготовить их к плановому оперативному вмешательству. Двухэтапное лечение (ЭПСТ и ЛХЭ) целесообразно применять при осложненных формах желчнокаменной болезни, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Применение тактики двухэтапного лечения и усовершенствованных нами способов лечения позволило значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты. По показаниям целесообразно применять одновременную лапароскопическую холецистэктомию и холедохолитотомию.

ТРАНСПАПЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ

В.В. Хацко, О.Д. Шаталов, С.О. Шаталов, В.М. Войтюк, Д.М. Коссе, Н.К. Базіян

Мета роботи – вивчити ефективність ендоскопічної папілосфінктеротомії у хворих на ускладнений холедохолітиаз жовчнокам'яного генезу. Проведено аналіз результатів ендоскопічного лікування 92 хворих на ускладнену жовчнокам'яну хворобу. Жінок було 55, чоловіків – 37 у віці 26-79 років. Старше 60 років було 64 (69,9%) пацієнта. Для діагностики застосовували клініко-лабораторні, променеві, ендоскопічні, біохімічні методи дослідження. Усім пацієнтам виконані одноетапні (ендоскопічна папілосфінктеротомія) або двоетапні (ендоскопічна папілосфінктеротомія та лапароскопічна холецистектомія) операції. У пацієнтів в аналізах крові відзначено підвищення рівнів білірубіна, трансаміназ, сечовини, креатиніна, лейкоцитів, збільшення лейкоцитарного індексу інтоксикації. Найбільш інформативними діагностичними методами були УЗД, комп'ютерна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. Хворі розподілені на 3 групи. У 1 групі 5 (5,8%) пацієнтів літнього віку після ендоскопічної папілосфінктеротомії відмовилися від наступної операції. У 2 групі ендоскопічна папілосфінктеротомія із лапароскопічною холецистектомією виконані у 68 (73,8%) осіб. У 3-й групі у 19 (20,4%) випадках ЕПСТ була неефективна і виконана відкрита операція. У 13 (13,6%) пацієнтів була виконана механічна біліарна літотріпсія. Хворим застосована удосконалена тактика лікування (3 випадки). Безпосередньо після ендоскопічної папілосфінктеротомії ускладнення виникли у 5 (5,4%) осіб. Вмерла 1 (1,1%) хвора від тромбоемболії легеневої артерії. Ендоскопічна папілосфінктеротомія дозволяє ліквідувати явища жовтяниці і холангита у 78,2% пацієнтів і дає можливість підготувати їх до планової операції в умовах зниженого операційного ризику. Застосування удосконаленої тактики лікування дозволило зменшити число ускладнень на 2,1%.

Ключові слова: холангіолітиаз, obturaційна жовтяниця, холангит, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

TRANSPAPILLAR INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE AND CALCULUS CHOLANGITIS

V.V. Khatsko, A.D. Shatalov, S.A. Shatalov,
V.N. Voituk, D.M. Kosse, N.K. Baziyan

The purpose of the work is to study the efficacy of EPST at patients with obstructive jaundice (OJ) and calculus cholangitis. The analysis of the results of endoscopic treatment of 92 patients with gallstone disease complicated by obstructive jaundice, cholangitis was conducted. 55 women and 37 men aged 26 - 79 years were included into the study. There were 64 (69,9%) patients over 60 years. For establishing the diagnosis clinical - laboratory, radiological, endoscopic, biochemical methods of research were applied. All patients were executed one-stage (EPST) or two-stage (EPST and LCE) operations. The patients' blood analyses showed rising levels of a bilirubin, transaminase, levels of urea, creatinine, leucocytes, augmentation of a leukocytic index of an intoxication were marked. The most informative diagnostic methods were: USI, computer tomography (CT), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCPG). The patients were distributed into 3 groups. In 1-st group 5 (5,8%) patients of an elderly age refused the following operation after EPST. In 2 -nd group EPST with LCE were executed at 68 (73,8%) patients. In 3-rd group 19 (20,4%) patients EPST was ineffective and the open operation was performed. At 13 (13,6%) patients mechanical biliary lithotripsy was executed. The patient underwent an advanced tactics of treatment (3 inventions). The complication have arisen at 5 (5,4%) of patients immediately after EPST . 1 (1,1%) patient died from thromboemboly of a pulmonary artery. EPST allows to liquitate the phenomena of an icterus and cholangitis at 78,2% of the patients and enables to prepare them for scheduled operation under the conditions of reduced operative risk. The application of

the advanced tactics of treatment allowed to lower the number of complications into 2,1%.

Key words: cholangiolithiasis, obstructive jaundice, cholangitis, endoscopic papillosphincterotomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мищенко В.В. Желчекаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом – тактика лечения / В.В. Мищенко, П.И. Пустовойт, Д.В. Герасимов // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2-5.10.2010 р. – 2010. – Т. 2. – С. 47-48.
2. Ничитайло М.Ю. Мініінвазивна корекція обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, В.В. Біляєв // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 12 – 15.
3. Рязанов Д.Ю. Двухэтапное хирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом / Д.Ю. Рязанов, С.А. Сицинский, Л.М. Бамбызов // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2-5.10.2010 р. – 2010. – Т. 2. – С. 125-126.
4. Сипливий В.А. Роль эндоскопических методов в лечении осложненных форм холедохолитиаза / В.А. Сипливий, М.С. Котовшиков, А.Г. Петюнин // Хірургія України. – 2005. – № 2 (14). – С. 120-121.
5. Сучасні технології лікування хворих на різні прояви жовчнокам'яної хвороби / О.М. Тищенко, Р.М. Смачило, В.В. Андрищенко [та ін.] // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2-5.10.2010 р. – 2010. – Т. 2. – С. 174-175.
6. Ханевич М.Д. Транспапильярные методы лечения механической желтухи / М.Д. Ханевич, А.М. Грабовый // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. XV, № 3. – С. 57-61.
7. Экстренная хирургия желчных путей / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин [и др.]. – 2005. – 143 с.
8. Яковцов Е.П. Современное лечение желчнокаменной болезни / Е.П. Яковцов, И.В. Донцов, З.С. Мехтиханов // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2-5.10.2010 р. – 2010. – Т. 2. – С. 253.
9. Friendlend S. Bedside scoring system to predict the risk of developing pancreatitis following ERCP / S. Friendlend, R.M. Šoetikno, I. Vandervoort // Endoscopy. – 2002. – Vol. 34, № 6. – P. 483-488.

Стаття надійшла 14.12.2010