



РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БИЛИАРНО-ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Лебедев С. В., Еремеев А. Г., Татаринов А. П., Свистунов И. О.

ВПО «Тверская ГМА Минздрава России»

Лебедев Сергей Вадимович

Тверь, ул. 3. Коноплянниковой, д. 2, корп. 2, кв. 32

Тел. 8 (915) 702-95-00

E-mail: serg-leb@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Цель исследования — изучение роли патологических изменений билиарно-панкреатодуоденальной зоны в возникновении постхолецистэктомического синдрома.

Материалы и методы. С помощью диагностического комплекса, включающего эндосонографию, произведено изучение патологических изменений билиарно-панкреатодуоденальной зоны у 138 больных калькулезным холециститом со значительным риском холангиолитиаза и 112 пациентов с клиникой постхолецистэктомического синдрома.

Результаты. Обнаружен одинаковый спектр патологических изменений билиарно-панкреатодуоденальной зоны в обеих группах.

Заключение. Патологические изменения билиарно-панкреатодуоденальной зоны, ставшие причиной постхолецистэктомического синдрома, в большинстве случаев возникают до момента проведения оперативного лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; постхолецистэктомический синдром, эндосонография

SUMMARY

Study of the role of biliopancreatoduodenal pathological changes in the development of postcholecystectomy syndrome.

Material and methods. Diagnostic complex, including endosonography has been performed in 138 patients with calculous cholecystitis with a significant risk of choledocholithiasis and 112 patients with postcholecystectomy syndrome.

Results. The same spectrum of pathological changes of biliopancreatoduodenal zone in both groups was discovered.

Conclusions. The pathological changes of biliopancreatoduodenal zone in patients with postcholecystectomy syndrome most likely to appear before the operation.

Keywords: cholelithiasis; postcholecystectomy syndrome; endoscopic ultrasonography

Современное состояние билиарной хирургии характеризуется значительным повышением роли лапароскопического варианта холецистэктомии в лечении пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Многие хирургические клиники обладают опытом сотен и тысяч подобных операций. Однако, несмотря на постоянное совершенствование технических аспектов выполнения

хирургического вмешательства, инструментария, сохраняется неудовлетворенность отдаленными результатами данной операции. У 15 – 40% пациентов [1 – 3] остаются «старые» или возникают новые клинические симптомы с возможным развитием патологических изменений органов пищеварения, объединяемых термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС). Это свидетельствует

о необходимости дальнейшего поиска причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения холелитиаза [4].

По данным XVIII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ (Москва, 2011), одной из основных причин развития неудовлетворительных результатов холецистэктомии является недостаточная предоперационная диагностика состояния билиарно-панкреатодуоденальной зоны (БПДЗ).

Длительное нахождение конкрементов в желчном пузыре, их миграция в желчевыводящие протоки (ЖВП) могут стать причиной значительных воспалительных изменений в большом дуоденальном сосочке (БДС) и терминальном отделе холедоха (ТОХ), вызвать нарушение пассажа желчи и панкреатического сока через устье БДС, стойкую желчную гипертензию, холангит, дистрофию и склероз тканей [5]. Печень, желчевыводящие протоки (особенно фатеров сосочек), поджелудочная железа могут стать органами-мишенями длительного существования конкрементов в билиарной системе у пациентов с ЖКБ, вовлечься в патологический процесс и рассматриваться как возможная причина возникновения ПХЭС. Таким образом, совершенствование методов диагностики состояния БПДЗ у пациентов с ЖКБ могло бы улучшить понимание роли различных патологических изменений БПДЗ в развитии неудовлетворительных результатов хирургического лечения калькулезного холецистита и создать предпосылки для их профилактики.

Анализ литературных данных показал, что большинство современных методов диагностики патологических изменений БПДЗ у пациентов с ЖКБ имеют ряд недостатков. Так, традиционное трансабдоминальное ультразвуковое исследование обладает недостаточной информативностью в диагностике патологических изменений данной зоны, особенно области ТОХ и БДС [6]. Гепатобилиосцинтиграфия технически сложна в выполнении и обладает относительно низкими показателями специфичности и чувствительности (78 и 49% соответственно) [7].

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография и компьютерная томография также имеют недостаточную диагностическую точность при обследовании органов БПДЗ (соответственно 84 и 67%), при этом трудной остается визуализация БДС, ТОХ и дистального отдела панкреатического протока [8, 9].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в настоящее время считается «золотым стандартом» диагностики патологических изменений желчевыводящих и панкреатического протоков у пациентов с ПХЭС, особенно для выявления холангиолитиаза, стриктур ЖВП, оценки пассажа контраста через БДС [10]. Неоспоримым преимуществом ЭРХПГ перед другими диагностическими методиками является возможность наметить и непосредственно выполнить необходимый объем малоинвазивного лечения. Однако

эндоскопические манипуляции на внепеченочных желчевыводящих путях обладают инвазивностью и риском развития осложнений [11]. На современном этапе актуально снижение частоты использования ЭРХПГ только в диагностических целях и целесообразно ее применение как первого этапа комплекса лечебно-диагностических ретроградных манипуляций на БДС и ЖВП.

Внедрение в медицинскую практику эндосонографии привело к улучшению диагностики состояния БПДЗ у пациентов с ЖКБ. Обладая диагностической точностью 96% [12] и низким риском осложнений (0,2%) [13], данная методика, позволяет оценивать структуры размером 0,2 – 1 мм и проводить достаточно детализированное обследование БПДЗ, особенно ТОХ и БДС [14]. Эндосонография характеризуется высокими показателями специфичности (75,3%) и чувствительности (92,3%) в выявлении изменений БДС и ТОХ воспалительного характера [15]. При этом точность дифференциальной диагностики между воспалительными и опухолевыми процессами в БДС и ТОХ достигает 82%. Диагностическая информативность эндосонографии при обследовании БПДЗ у пациентов с ЖКБ может оптимизировать показания для последующих эндоскопических лечебно-диагностических манипуляций на БДС и билиарных путях.

Вышесказанное свидетельствует, что использование эндосонографии при обследовании пациентов с ЖКБ может создать детализированную картину состояния БПДЗ. Данный подход может способствовать улучшению понимания причин возникновения неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с калькулезным холециститом.

Цель работы — с помощью диагностического комплекса, включающего эндосонографию, улучшить понимание роли патологических изменений БПДЗ в возникновении постхолецистэктомического синдрома.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Произведен ретроспективный анализ результатов использования диагностического лабораторно-инструментального комплекса, включающего эндосонографию, у 250 пациентов с калькулезным холециститом, среди которых 228 больных были госпитализированы в хирургическое и гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ «Областная клиническая больница» (г. Тверь) и 22 пациента обследованы амбулаторно в поликлинике ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» в период 2009 – 2012 гг. Среди больных преобладали женщины (72,5%). Средний возраст обследованных составил $56,2 \pm 3,4$ года.

Все пациенты были разделены на две группы. Первую составили 138 больных калькулезным холециститом с риском холангиолитиаза средней и высокой степени. Риск определялся на основании рекомендаций Американского

Общества гастроинтестинальной эндоскопии [16] и Британской Ассоциации гастроэнтерологов [17].

Следует отметить, что пациенты с острым калькулезным холециститом и необходимостью выполнения оперативного лечения в экстренном порядке не вошли в группу исследования.

Вторую группу составили 112 пациентов, перенесших холецистэктомию в различные сроки. Показанием для включения их в группу исследования служило подозрение на поражение ЖВП органического характера на основе критериев, используемых в первой группе пациентов. В группу исследования не были включены больные с ятрогенными интраоперационными повреждениями внепеченочных желчевыводящих путей, обнаруженными во время выполнения операции или в раннем послеоперационном периоде.

Все пациенты проходили комплексное лабораторно-инструментальное обследование с использованием эндосонографии эхоэндоскопом GF-UM160 с ультразвуковым центром EU-M60 и системным видеосистемой CV-180 Evis Exera (Olympus, Япония). Методика проведения исследования соответствовала стандартной эндосонографии БПДЗ, принятой в Японии [18].

При проведении эндосонографии обращалось особое внимание на состояние билиарных путей, особенно ТОХ и БДС. Оценивалось состояние стенок и просвета желчевыводящего и панкреатического протоков, их анатомическое взаимоотношение. Фатеров сосочек осматривался в поперечном и продольном сечении, оценивались его размеры, многослойность экоструктуры.

Патологические изменения ампулярной зоны диагностировались при увеличении БДС более 1 см в продольном сечении, выявлении в просвете ампулы сосочка дополнительных образований и/или нарушение его многослойной экоструктуры [19]. Воронкообразное сужение и нитевидный просвет ТОХ на уровне БДС трактовались как наиболее вероятный признак патологических изменений ампулярной зоны воспалительного характера. Гомогенная экоструктура и гладкие границы обнаруженного патологического очага, сохранение слоев стенки двенадцатиперстной кишки, отсутствие увеличенных регионарных лимфоузлов оценивались как признаки опухолевого доброкачественного поражения зоны БДС [20]. Распространение гипоехогенных масс в зоне БДС на дуоденальный мышечный слой, стенки и просвет терминальных отделов билиарного и панкреатического протоков, паренхиму поджелудочной железы, обнаружение рядом с БДС лимфатических узлов подозрительных на метастатическое поражение свидетельствовали о наиболее вероятном злокачественном процессе [11, 21].

На основании полученных результатов выстраивалась детализированная картина патологических изменений БПДЗ в обеих группах пациентов. При этом проводился отбор больных для проведения ретроградных эндоскопических лечебно-диагностических манипуляций на желчевыводящих протоках. Во время их выполнения осуществлялась дальнейшая верификация патологического процесса путем осмотра области БДС, взятия прицельной биопсии с поверхности сосочка при его визуальных

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ БПДЗ
У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВОЙ (N = 138) И ВТОРОЙ (N = 112) ГРУПП**

Виды патологических изменений		Группа 1, абс. (%)	Группа 2, абс. (%)
Патологические изменения не найдены		9 (6,5%)	27 (24,1%)
Патологические изменения ТОХ и БДС		61 (44,2%)	38 (33,9%)
В том числе:	воспалительные	56	24
	опухолевые	5	11
	утолщение сфинктера Одди	—	3
	в сочетании с холангиолитиазом	29	8
Стриктура холедоха		1 (0,7%)	14 (12,5%)
в том числе с холангиолитиазом		1	7
Холангиолитиаз без патологических изменений ЖВП		28 (20,3%)	28 (25,0%)
Парафатеральный дивертикул без структурных изменений ЖВП		5 (3,6%)	2 (1,8%)
Опухоль общего желчного протока		3 (2,2%)	1 (0,9%)
Опухоль головки поджелудочной железы		4 (2,9%)	2 (1,8%)
Признаки хронического панкреатита		96 (69,6%)	73 (65,1%)
В том числе:	легкой степени	65	59
	средней степени	22	11
	тяжелой степени	9	3
Язва луковицы двенадцатиперстной кишки		—	3 (2,7%)

патологических изменениях либо после проведения папилосфинктеротомии с края разреза.

У пациентов с подозрением на злокачественное поражение органов БПДЗ уточнение характера патологического процесса происходило также во время выполнения оперативного вмешательства и на основании последующего гистологического исследования биопсийного материала, полученного во время операции.

Далее на основе полученных результатов проведен сравнительный анализ спектра патологических изменений БПДЗ у пациентов обеих групп.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение диагностического лабораторно-инструментального комплекса, включающего эндосонографию, позволило обнаружить патологические изменения БПДЗ у 129 (93,5%) пациентов первой группы и 85 (75,9%) больных второй группы (см. табл.), при этом получен одинаковый спектр данных изменений среди больных калькулезным холециститом с риском холангиолитиаза высокой и средней степени и пациентов с ПХЭС. Обращает на себя внимание значительное число пациентов с эндосонографическими признаками хронического панкреатита в обеих группах. Кроме того, патологические изменения БПДЗ воспалительного и опухолевого характера без учета вышеуказанной патологии выявлены у 69 (50%) пациентов первой группы и у 52 (46,4%) больных с клиникой постхолецистэктомического

синдрома. Поражение ТОХ и БДС диагностировано у значительной доли пациентов в обеих группах (соответственно 61 (44,2%) и 38 (33,9%)). Изменения опухолевого характера выявлены у 12 (8,7%) обследованных первой группы и 14 (12,5%) больных второй группы. Холангиолитиаз без поражения ЖВП был обнаружен у каждого пятого пациента первой группы и у каждого четвертого больного второй группы.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведение комплексного диагностического обследования, включающего эндосонографию, позволило создать достаточно детализированную картину состояния БПДЗ у больных калькулезным холециститом с риском холангиолитиаза высокой и средней степени перед их оперативным лечением и у пациентов с признаками постхолецистэктомического синдрома. Спектр патологических изменений БПДЗ во многом совпал в обеих группах. Данное обстоятельство подтверждает тот факт, что патологические изменения БПДЗ ставшие причиной постхолецистэктомического синдрома, в большинстве случаев возникают до момента проведения оперативного лечения. Одним из мероприятий по профилактике неудовлетворительных результатов хирургического лечения холелитиаза может стать поиск возможностей более широкого использования эндосонографии для диагностики патологических изменений БПДЗ у пациентов с ЖКБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П. Я., Солюянова И. П., Яковенко А. В. Желчнокаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика. // Леч. врач. — 2002. — № 6. — С. 26–32.
2. Лазебник Л. Б., Копанева М. И., Ежова Т. Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные) // Тер. арх. — 2004. — № 2. — С. 83–87.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — 264 с.
4. Гальперин Э. И., Волкова Н. В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. — М.: Медицина, 1998. — 272 с.
5. Лоранская И. Д., Вишневецкая В. В. Изучение моторной функции желчевыводящей системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта. // Болезни органов пищеварения. Приложение. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 7.
6. Nickl N. J., Bhutani M. S., Catalano M., et al. Clinical implications of endoscopic ultrasound: the American Endosonography Club Study. // Gastrointest. Endosc. — 1996. — Vol. 44, № 4. — P. 371–377.
7. Rosenblatt M. L., Catalano M. F., Alcocer E., Geenen J. E. Comparison of sphincter of Oddi manometry, fatty meal sonography, and hepatobiliary scintigraphy in the diagnosis of sphincter of Oddi dysfunction // Gastrointest. Endosc. — 2001. — Vol. 54, № 6. — P. 697–704.
8. Гранов А. М., Тютин Л. А., Березин С. М. Диагностические возможности магнитно-резонансной холангиопанкреатографии // Вестн. рентгенол. — 1999. — № 4. — С. 42–45.
9. Deprez P. H. Endosonography role in ampullary pathology // Acta Endoscopica. — 2006. — Vol. 36, № 1. — P. 11–26.
10. Shimizu S., Tada M., Kawai K. Diagnostic ERCP. // Endoscopy. — 1994. — Vol. 26. — P. 88–92.
11. Masci E., Toti G., Mariani A. et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study // Am. J. Gastroenterol. — 2001. — Vol. 96, № 2. — P. 417–423.
12. Inui K., Kida M., Fujita N. et al. Standart imaging techniques in the pancreatobiliary region using radial scanning endoscopic ultrasonography // Dig. Endosc. — 2004. — Vol. 16. — P. 118–133.
13. Jansen C., Faiss S., Nürnberg D. Complications of endoscopic ultrasound and endoscopic ultrasound-guided interventions — results of a survey among German centers // Z. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 46, № 10. — P. 1177–1184.
14. Aibe T., Fuji T., Okita K., Takemoto T. A fundamental study of normal layer structure of the gastrointestinal wall visualized by endoscopic ultrasonography // Scand. J. Gastroenterol. — 1986. — Vol. 21, № 123. — P. 6–15.
15. Will U., Bossekert H., Meyer F. Correlation of Endoscopic Ultrasonography (EUS) for Differential Diagnostics between Inflammatory and Neoplastic Lesions of the Papilla of Vater and the Peripapillary Region with Results of Histologic Investigation // Ultraschall Med. — 2008. — Vol. 29, № 3. — P. 275–280.
16. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the evaluation of suspected Choledocholithiasis // Gastrointest. Endosc. — 2010. — Vol. 71, № 1. — P. 1–9.
17. Williams E. J., Green J., Beckingham I. et al. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS) // Gut. — 2008. — Vol. 57. — P. 1004–1021.
18. Inui K., Kida M., Fujita N. et al. Standart imaging techniques in the pancreatobiliary region using radial scanning endoscopic ultrasonography // Dig. Endosc. — 2004. — Vol. 16. — P. 118–133.
19. Оноприев А. В., Камрич А. Н. Эндоскопическая ультрасонография в диагностике опухолей фатерова сосочка. // Клини. эндоск. — 2007. — № 3 (12). — С. 63–68.
20. Mantke R., Peitz U. Surgical Ultrasound: An Interdisciplinary Approach for surgeons. — Thieme, 2007. — 445 p.
21. Dietrich C. F. Endoscopic Ultrasound: An Introductory Manual and Atlas. — Thieme, 2006. — 408 p.