

В.В. Евтушенко, А.И. Брегель

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)

Выявлено преимущество эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике механической желтухи

Ключевые слова: эндоскопия, диагностика, механическая желтуха

ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AND ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY ACCORDING TO THE MATERIALS OF CLINIC OF GENERAL SURGERY

V.V. Evtushenko, A.I. Bregel

Irkutsk state medical university of Roszdrav, Irkutsk

We revealed the advantage of endoscopic retrograde cholangiopancreatography at the diagnostics of obstructive jaundice.

Key words: endoscopy, diagnostics, obstructive jaundice

Актуальность проблемы обусловлена возрастающей частотой механической желтухи, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, трудностями определения причины желтухи и неудовлетворительными результатами лечения этой группы больных.

Цель исследования: определить преимущества эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), по сравнению с УЗИ, для диагностики причин механической желтухи, а также значение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в лечении механической желтухи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По данным клиники общей хирургии, за период с 2006 по 2007 годы ЭРХПГ была выполнена 239 больным. Показанием к проведению ЭРПХГ во всех случаях было подозрение на механическую желтуху. Мужчин было 64 (26,8%), женщин — 175 (73,2 %). По возрасту больные распределились следующим образом: в возрасте 21 — 30 лет было 12 (5,02 %) больных, 31 — 40 лет — 6 (2,51 %), 41 — 50 лет — 24 (10,04 %), 51 — 60 лет — 47 (19,67 %), 61 — 70 лет — 53 (22,18 %), 71 — 80 лет — 66 (27,62 %), старше 80 лет — 31 (23,97 %) больной.

Уровень билирубина не был повышен только у 22 (9,21%) больных и составил 5 — 20 ммоль/л. У 38 (15,90 %) больных содержание билирубина в плазме крови составило 21 — 40 ммоль/л, у 54 (22,59 %) — 41 — 80 ммоль/л, у 42 (17,57 %) — 81 — 120 ммоль/л, у 52 (21,76 %) — 121 — 160 ммоль/л, у 19 (7,95 %) — 161 — 220 ммоль/л, у 12 (5,02 %) больных содержание билирубина превышало 221 ммоль/л.

У 183 больных после проведения ЭРХПГ были установлены показания к рассечению большого дуоденального соска (БДС), и им была выполнена ЭПСТ.

Наличие сопутствующих соматических заболеваний было выявлено у 178 больных. Из них наиболее частыми явились ишемическая болезнь сердца (31,38 %) и гипертоническая болезнь (28,45 %). Каждая из следующих патологий: сахарный диабет, пневмония, гидроторакс, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, пороки сердца, цирроз, — встретились менее чем в 2 % случаев.

До данным УЗИ, проведенного перед ЭРХПГ, конкременты в холедохе были выявлены у 37 (15,48 %) больных, ещё у 57 (23,85 %) конкремент не лоцируется, и у 145 (60,67 %) больных конкрементов выявлено не было.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При осмотре устья БДС у 198 (82,85 %) больных оно имело округлую форму, у 27 (11,30 %) — щелевидную, у 5 (2,09 %) — ворсинчатую, у 1 (0,42 %) ворсинчато-складчатую, у 4 (1,67 %) в виде точки, у 1 (0,42 %) — с полиповидными разрастаниями, и у 3 (1,26 %) больных устье БДС не было описано.

Нетипичная локализация БДС была диагностирована у 31 больного, из них парадивертикулярное расположение БДС — у 19 (61,29 %), интрадивертикулярное — у 12 (38,71 %) больных. Такая локализация БДС обусловила трудность выполнения его канюляции. По этой причине у 25 (10,46 %) больных ЭРХПГ проведено не было. У 14 (5,86 %) больных удалось выполнить лишь версунгографию.

По данным ЭРХПГ, диаметр холедоха у 26 (13,00 %) больных был менее 0,6 см, у 51 (25,50 %) — 0,7 — 1 см, у 69 (34,50 %) — 1,1 — 1,5 см, у 42 (21,00 %) — 1,6 — 2,0 см, у 12 (4,0 %) — 2,1 — 2,5 см.

Причиной механической желтухи послужили: холедохолитиаз — у 134 (56,07 %) больных, микро-

холкдохолитиаз – у 47 (19,67 %), опухоль холедоха – у 5 (2,09 %), аденома БДС – у 2 (0,8 %) больных, опухоль поджелудочной железы – у 1 (0,4 %) больного. Не удалось установить этиологию желтухи при ЭРХПГ у 50 (20,92 %) больных.

При ЭПСТ длина разреза составляла менее 1,1 см у 101 (55,19 %) больного, от 1,1 до 1,5 см – у 70 (38,25 %), и от 1,6 до 2 см – у 12 (6,56 %) больных.

При ЭПСТ у 99 (41,42%) больных конкрементов обнаружено не было, у 84 (35,15 %) больных во время исследования конкремент был удалён, у 39 (16,32 %) больных камень не удалось извлечь из-за его больших размеров, а у 7 (2,93 %) – в связи с фиксацией конкремента в холедохе.

После ЭРХПГ и ЭПСТ осложнения наблюдались у 38 (15,90 %) больных. Самым частым осложнением явилось кровотечение после ЭПСТ – у 26 (10,89 %) больных. У 22 (9,21 %) больных оно было окончательно остановлено во время дуоденоско-

пии, а у 4 в дальнейшем рецидивировало. Острый панкреатит развился у 5 (2,09 %) больных, перфорация холедоха допущена у 5 (2,09 %) больных, перфорация двенадцатиперстной кишки – у 1 (0,42 %), папиллит – у 1 (0,42 %) больного.

В последующем удалось избежать операции у 137 (57,32 %) пациентов, 102 (42,8 %) больным была выполнена холецистэктомии.

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты подтверждают более высокую информативность ЭРХПГ при выяснении причины механической желтухи, по сравнению с УЗИ.

2. При наличии конкрементов в холедохе ЭРПХГ должна завершаться ЭПСТ с извлечением камней из желчных протоков.

3. Необходимо отметить возможность возникновения тяжёлых осложнений при проведении ЭРПХГ и ЭПСТ.