

Мартинш Ч.Т., Гусев А.В., Черенков С.П.,
Покровский Е.Ж.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОБИЛИАРНОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ

*ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская
академия Росздрава, г. Иваново.*

Цель исследования: на основании анализа непосредственных результатов лечения в двух группах больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, оценить эффективность эндобилиарной баллонной дилатации.

Материалы и методы. Для оценки эффективности предлагаемого метода лечения всех оперированных больных (с 2003 по 2006 гг) с вышеуказанной патологией мы разделили на две группы, так как они сравнимы по полу, возрасту, характеру патологии, тяжести состояния, выбранной лечебно-диагностической тактике, видам хирургических вмешательств. Следует отметить, что осуществить двухэтапное лечение (с использованием ЭПСТ) было невозможно по ряду причин – анатомических, тактических, технических, организационных.

I группа – оперированные по поводу острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой традиционными методами (холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование желчных путей) – 98 человек, включая 7 пациентов, которым, в связи с не устраненной интраоперационно патологией терминального отдела общего желчного протока (ТООЖП), в послеоперационном периоде выполнена чресфистульная баллонная дилатация ТООЖП и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК).

II группа – оперированные по поводу острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, с применением интраоперационной эндобилиарной баллонной дилатации – 43 человека.

Полученные результаты. Выздоровление в I группе составило 50%, улучшение (удовлетворительный результат) – 10,2%, осложнения отмечены в 16,3%, неэффективность оперативного лечения – 8,2%, летальный исход – 15,3%. Во II группе выздоровление – 83,7%, улучшение – 2,3%, осложнения – 9,3%, неэффективность – 4,7%, летальных исходов не было.

Таким образом, выздоровление во II группе на 33,7% выше, чем в I группе ($83,7 \pm 5,6\%$ и $50 \pm 5,1\%$ соответственно; $t=4,4$ при P менее 0,001). Количество осложнений во второй группе на 7% меньше, чем в первой ($9,3 \pm 4,4\%$ и $16,3 \pm 3,7\%$ соответственно; $t=1,21$ при P более 0,2, то есть разность между сравниваемыми показателями осложнений не является статистически достоверной). Количество неэффективных процедур (включая летальные исходы) во второй группе на 18,8% ниже, чем в первой группе ($4,7 \pm 3,2\%$ и $23,5 \pm 4,3\%$ соответственно; $t=3,5$ при P менее 0,001, то есть результат достоверный).

Диаметр применяемого баллонного дилататора (в раздутом состоянии) имеет ключевую роль. Так, диаметр до 0,5 см неэффективен при дилатации БСДПК (чаще возникает постдилатационный спазм, закупорка, блок), но применим при дилатации пузырного протока (оптимален при этом диаметр 0,5-1,0 см). Оптимальный диаметр для дилатации БСДПК 1,0 – 1,5 см. При использовании дилататора диаметром от 1,5 до 2 см чаще возникает гиперамилазурия (в наших наблюдениях все случаи гиперамилазурии отмечены после применения 1,5 см баллона).

Во II группе бессимптомная гиперамилазурия наблюдалась в 3 случаях в первые сутки после баллонной дилатации БСДПК (продолжительность до 24 часов в двух случаях до 128 ед, в третьем – до 256 ед, но и до операции была диастаза 128 ед). В 1 случае – в послеоперационном периоде острый панкреатит в течение 10 суток (диастаза в первые сутки 9192 с дальнейшим снижением). Таким образом, острый панкреатит и бессимптомная гиперамилазурия во второй группе встречались на 0,1% чаще, чем в первой ($9,3 \pm 4,4\%$ и $9,2 \pm 2,9\%$ соответственно, $t=0,02$, то есть увеличение числа данного вида осложнений во второй группе не является статистически достоверным).

На основании вышеизложенного можем сделать заключение, что, несмотря на ряд сообщений о более высоком риске развития гиперамилаземии и острого панкреатита (вплоть до панкреонекроза) после баллонной дилатации БСДПК, мы не подтвердили этого заключения. По нашим данным этот вид осложнений встречается практически одинаково часто как после дилатации, так и без нее. Из этого следует, что баллонная дилатация БСДПК является относительно безопасной процедурой (на данном этапе исследования) в плане развития постдилатационной панкреатической гипертензии. При этом необходимо отметить, что для профилактики острого панкреатита после баллонной дилатации БСДПК применяем сандостатин и контрикал в обычных дозировках, а так же не используем баллоны более 1,5 см в диаметре для дилатации БСДПК (несмотря на то, что ряд авторов применяют баллоны 2 см).

Учитывая, что основными причинами развития механической желтухи в обеих группах являются холедохолитиаз и стеноз БСДПК, мы провели срав-

нительный статистический анализ непосредственных результатов лечения в зависимости от этих причин.

При стенотических поражениях БСДПК и ТООЖП в I группе из 18 пациентов различные варианты осложнений и не полной эффективности отмечены в 9 случаях, а во II группе из 29 пациентов в 4 случаях. Таким образом, при использовании интраоперационной баллонной дилатации по поводу стенотических поражений БСДПК и ТООЖП результаты на 36,2% лучше, чем без таковой ($50 \pm 11,8\%$ в I группе и $13,8 \pm 5,6\%$ во II группе, $t=2,7$ при P менее 0,01; то есть результат статистически достоверный).

При холедохолитиазе в I группе из 48 пациентов различные варианты осложнений и не полной эффективности отмечены в 17 случаях, а во II группе из 29 пациентов в 5 случаях. Таким образом, при использовании интраоперационной баллонной дилатации по поводу холедохолитиаза результаты на 18,2% лучше чем без таковой ($35,4 \pm 6,9\%$ в I группе и $17,2 \pm 7\%$ во II группе, $t=1,86$ при P менее 0,1; то есть результат не является статистически достоверным). Если анализировать причины не эффективности баллонной дилатации БСДПК при холедохолитиазе во II группе, необходимо отметить, что они в основном обусловлены либо развитием бессимптомной гиперамилазурии и острого панкреатита либо резидуальным холедохолитиазом. Развитие гиперамилазурии и острого панкреатита мы связываем непосредственно с раздражением головки поджелудочной железы во время баллонной дилатации БСДПК, поэтому, на данном этапе исследования, уменьшить количество подобного рода осложнений затруднительно. Другая ситуация с резидуальным холедохолитиазом. Он возникал при крупных размерах конкрементов (когда после баллонной дилатации они не мигрировали в ДПК) или при множественном холедохолитиазе (при размере более 0,5 см), когда после баллонной дилатации часть «забытых» конкрементов «спускалась» из печеночных протоков и не могла пройти в ДПК в связи с восстановлением функции сфинктера Одди. Таким образом, крупный холедохолитиаз и множественный холедохолитиаз (при размере конкрементов более 0,5 см) необходимо отнести в относительные противопоказания к баллонной дилатации БСДПК. Относительные – так как теоретически возможны при крупном размере конкремента его фрагментация, а при множественном холедохолитиазе – повторные дилатации. Однако, мы на сегодняшний день не имеем опыта данного вида вмешательства.

Учитывая данные относительные противопоказания при холедохолитиазе, результаты статистического анализа следующие. Во II группе различные варианты не полной эффективности и осложнений встречались на 25,1% реже, чем в I группе ($10,3 \pm 5,6\%$ и $35,4 \pm 6,9\%$ соответственно; $t=2,8$ при P менее 0,01, то есть результат достоверный).

Заключение. Исходя из полученных нами данных, мы считаем, что количество конкрементов более 6 является относительным противопоказанием к баллонной дилатации БСДПК. Оптимальные результаты баллонной дилатации БСДПК отмечены при диаметре конкрементов до 0,4 см. При размере конкрементов до 0,6 см возможно его низведение в ДПК после

баллонной дилатации БСДПК или удаление при холедохотомии (при условии единичного холедохолитиаза). Если имеются большие размеры конкрементов, наряду с баллонной дилатацией БСДПК применяется как холедохолитотомия, так и баллонная холедохолитэкстракция, однако, в подобных ситуациях мы не получили достоверного положительного результата, в связи с чем крупные размеры конкрементов (более 1 см) являются относительным противопоказанием к баллонной дилатации БСДПК.