

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Стойко Ю.М.¹, Иванов С.В.², Зубрицкий В.Ф.¹, Левчук А.Л.¹,
Обуховский Б.И.¹, Розберг Е.П.², Конторщикова Е.С.¹

УДК: 616.366-003.7-072.1-084

¹ИУВ ФГУ Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова

²ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Росздрава. г. Курск.

Резюме

Анализируется собственный опыт профилактики осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных холедохолитиазом

Ключевые слова: профилактика, эндоскопические транспапиллярные вмешательства, холедохолитиаз.

PROPHYLACTICS TECHNIQUES OF ENDOSCOPIC TRANSPAPILLAR INTERVENTIONS IN CHOLEDOCHOLITHIASIS PATIENTS

Stoiko Yu.M., Ivanov S.V., Zubritsky V.F., Levchuk A.L., Obukhovskiy B.I., Rozberg E.P., Kontorschikova E.S.

Our own experience of prevention of complications of endoscopic transpapillary interventions in patients with choledocholithiasis is analyzed.

Keywords: prophylaxis, endoscopic transpapillary interventions, choledocholithiasis.

Введение

На современном этапе развития хирургии, несмотря на совершенствование аппаратуры и методик оперативных миниинвазивных эндоскопических операций, процент осложнений при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах (ЭТВ) остается высоким и не имеет тенденции к снижению, а летальность достигает 4% [1, 3, 5, 6, 7, 10, 11]. По сводным статистическим данным, частота нерезультативных эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ) составляет 16–22%, а осложнений – 0,6–2,6%. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) не удается у 5–12% пациентов, частота ранних осложнений после нее колеблется от 6 до 10% [8, 14, 12]. Частота неудач при эндоскопической механической литоэкстракции составляет 16,3%, а механической литотрипсии – 19,4% [2, 4, 13]. Такие послеоперационные осложнения как панкреатит, встречаются в 10–13% случаев, кровотечение из папиллотомной раны – 1–6%, гнойный холангит – 3–5%, ретродуоденальные перфорации – 0,5–1,2% [2, 4]. Применение нетипичных способов папиллотомии и многоэтапных эндоскопических операций увеличивает частоту осложнений до 30% [10, 13]. Складывается мнение, что в лечение данного типа патологии наступает некий декаданс миниинвазивной эндоскопической хирургии [6, 8, 10]. Сложившаяся ситуация в значительной степени дискредитирует эндоскопический метод и без сомнения требует энергичных организационных и методологических мер по ее исправлению. В немалой степени существующему положению способствовало замалчивание реальных цифр осложнений и преувеличение клинической результативности применяемых методик.

Материалы и методы

В исследование было включено 362 пациента с механической желтухой неопухолевого генеза, которым выполнялись ЭТВ. Больные находились на лечении в клинике хирургии НМХЦ им. Н.И. Пирогова и клинике хирургических болезней №1 Курского государственного медицинского университета с 2005 по 2009 гг.

Женщин было 261 (72,6%), мужчин – 101 (27,4%). Средний возраст составил 63,2±16,3 года). Все пациенты были разделены на две репрезентативные группы, в зависимости от способов подготовки к ЭТВ и послеоперационной профилактики осложнений (табл. 1).

Основную группу составили 173 (43%) больных, предоперационная подготовка которых проводилась по разработанной нами методике. Контрольную группу составили 189 (52%) пациентов, предоперационная подготовка которых проводилась традиционным способом. Эндоскопические исследования были выполнены на базе отделения эндоскопических методов диагностики и лечения с использованием аппаратов «Olimpus» JF 1 T-20, GIF – E, PQ – 20, «Pentax» FD – 34 – V (Япония) и набора эндоскопического инструментария. Визуализация получаемого изображения производилась с использованием видеотелевизионной системы фирмы «Olimpus» и DVD-регистратора JVC (Япония).

В основной группе в предоперационной подготовке дополнительно использовались блокаторы протонной помпы и антисекреторные препараты. За сутки до исследования больной переводился на парентеральное питание, один раз в сутки внутривенно вводили нексиум – 60,0 мг и сандостатин 0,3 мг п/к. За 1 час до ЭТВ в/м вводили атропин, сибазон и с целью предоперационной антибиотикопрофилактики цефазолин в терапевтиче-

ской дозе, продолжая его введение в течение суток после ЭПСТ.

Риск развития панкреатита и инфекционных осложнений у этих больных оценивался как крайне высокий.

Результаты и их обсуждение

ЭПСТ в качестве единственного лечебного вмешательства была выполнена 136 больным (37,5%), в остальных случаях произведены различные варианты сочетанных и комбинированных вмешательств (табл. 2).

Так в 90 (24,9%) случаях папиллотомия была дополнена литоэкстракцией, в 5 (1,4%) – транспапиллярным стентированием терминального отдела холедоха. В 36 (9,9%) наблюдениях ЭТВ сочетались с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС). Осложнения транспапиллярных вмешательств были зарегистрированы у 67 (18,5%) пациентов (табл. 3).

Эндоскопическое рассечение БДС является наиболее адекватным и, казалось бы, малоинвазивным методом, обеспечивающим доступ для малоинвазивного лечения холедохолитиаза и доброкачественных рубцовых стенозов Фатерова сосочка. В то же время, анализ результатов ЭПСТ свидетельствует о высоком проценте осложнений и послеоперационной летальности после этой операции. Наиболее грозными осложнениями являлись послеоперационный панкреатит, который в первой группе пациентов составил 8,5% и панкреонекроз – 2,8%, летальность от которого составила 0,6%.

Во второй группе пациентов, на фоне более расширенной медикаментозной подготовки, послеоперационный панкреатит развился в 1,9% случаев и привел к деструкции поджелудочной железы в 0,5% наблюдений. Острый панкреатит у 26 (7,2%) больных был купирован консервативными мероприятиями. Летальности в исследуемой группе больных не было.

Диагностический и лабораторный мониторинг начинали в день оперативного вмешательства с выполнения УЗИ, определения уровня амилазы, липазы и билирубина крови, экспресс-теста «Трипсиногена-2» в моче. Результаты УЗИ в дооперационном периоде позволили объективизировать метод выбора декомпрессии желчевыводящих путей, а в послеоперационном периоде оценить динамику купирования билиарной гипертензии. В 11,4% случаев, в связи с отсутствием эффекта от ЭТВ, было произведено ЧЧХС (9,9%). Четверым пациентам, у которых разрешить холедохолитиаз путем ЭТВ не удалось, была выполнена лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование холедоха Т-образным дренажем по Керу.

В одном наблюдении после ЭПСТ, у пациента I группы после выполнения протяженной, атипичной (более 2,5 см) ПСТ, выходящей за пределы интрамуральной части общего желчного протока и неправильно выбранного направления разреза, произошла ретроудоденальная перфорация ДПК. Осложнение было диагностировано на 2-е сутки после ЭПСТ – выполнена экстренная лапаротомия. На операции, кроме повреждения ДПК, был выявлен

Табл. 1. Распределение пациентов с доброкачественным характером механической желтухи по группам

№	Причина возникновения «доброкачественной» механической желтухи	I группа 2006–2008 гг.	II группа 2009–2010 гг.
1.	Желчнокаменная болезнь,	130	113
2.	холедохолитиаз.	11	16
3.	Резидульный холедохолитиаз.	19	21
4.	Стриктура терминального отдела общего желчного протока.	17	10
5.	Острый билиарный панкреатит. Папиллит, парапапиллярный дивертикул ДПК.	12	13
Всего:		189	173

Табл. 2. Характер выполненных малоинвазивных оперативных вмешательств

№	Объем операции	Количество (абс.)	Осложнения (абс.)
1.	ЭРХПГ + ЭПСТ	136	27
2.	ЭПСТ + назобилиарное наружное дренирование	68	6
3.	ЭПСТ + литоэкстракция	90	21
4.	ЭПСТ + транспапиллярное стентирование	5	1
5.	ЭПСТ + ЧЧХС	36	8
6.	ЧЧХС + антеградное трансбилиарное стентирование	27	4
Всего:		362	67

Табл. 3. Хирургические осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств

№	Осложнения ЭТВ	Число больных (абс.)		Умерло (абс.)	
		I группа	II группа	I группа	II группа
1.	Острый панкреатит.	31	7	–	–
2.	Панкреонекроз	10	2	2	–
3.	Кровотечение из папиллотомной раны БДС.	11	1	1	–
4.	Гнойный холангит.	2	1	–	–
5.	Ретроудоденальная перфорация ДПК.	1	–	1	–
6.	Гемобилия.	1	–	–	–
Всего:		56	11	4	–

панкреонекроз. Больной скончался от прогрессирования полиорганной недостаточности.

В ряде случаев ретроперитонеальная перфорация ДПК наступила даже при проведении ограниченной ЭПСТ у больных с парапапиллярным дивертикулом ДПК [11, 18]. Диагностика ретроудоденальной забрюшинной перфорации базировалась на клинической симптоматике, данных компьютерной томографии с гастродуоденографией водорастворимым контрастом и контрольной ЭРХПГ, позволяющих установить локализацию и объем повреждения.

Очень часто парапапиллярные дивертикулы ДПК сопровождаются рубцовыми стриктурами терминального отдела общего желчного протока, что создает серьезные препятствия даже для введения проводника. И несмотря на то, что большинство хирургов сходятся во мнении использования ЭПСТ, как наиболее адекватного метода хирургического лечения рубцовых стенозов Фатерова сосочка, анализ результатов ЭПСТ показывает увеличение послеоперационных осложнений [1, 11, 15, 21].

В случаях неудачной попытки ЭТВ с ЭПСТ и невозможности проведения проводника, 27 пациентам с наличием билиарной гипертензии во внутрипеченочных желчных протоках выполнена ЧЧХС с хорошим клиническим эффектом. В 17 случаях ЧЧХС была установлена с наружным желчеотведением, в 10 стент удалось провести ниже места препятствия в ДПК.

Когда размеры камней (до 1 см) не превышали диаметр общего желчного протока (у 87% больных) после ЭПСТ конкременты самопроизвольно выходили в просвет ДПК. Для удаления камней более 1,5 см в диаметре использовали корзинку Dormia. При попытке удаления желчных камней более 2 см, возникали технические сложности, которые при чрезмерном рассечении БДС (более 2,5 см) привели к перфорации стенки БДС и интенсивному кровотечению. Извлечение крупных (более 2–2,5 см) конкрементов после ПСТ в дальнейшем у 37 пациентов, было произведено после внутрипротоковой литотрипсии.

При возникших технических трудностях во время механической литотрипсии и литэкстракции у 5 пациентов вмешательство было ограничено билиодуоденальным протезированием тефлоновыми протезами.

Дуоденальное кровотечение после выполнения ЭПСТ развилось у 12 (3,3%) пациентов. Трех больным выполнялась типичная ЭПСТ, остальным 9 – атипичное. Клинические признаки кровотечения проявились спустя 3–12 часов после вмешательства. У всех больных произведена эндоскопическая коагуляция краев разреза. При анализе причин осложнений установлено, что в 6 наблюдениях причиной кровотечения стала коагулопатия на фоне механической желтухи, в 4 – выполнение ЭТВ на фоне парапапиллярного дивертикула с повреждением аномально расположенного бокового сосуда ДПК, в 2 – чрезмерная травматизация стенки при механической литэкстракции. У всех пациентов второй группы, при выполнении ЭПСТ и ЭТВ, интраоперационное кровотечение из зоны БДС останавливали с помощью диатермокоагуляции и аргонплазменной коагуляции. Кроме этого, у больных второй группы, при наличии признаков печеночной недостаточности и коагулопатии, перед ЭТВ проводилась с инфузии свежзамороженной плазмы. В случаях интраоперационных кровотечений, кроме эндоскопического гемостаза, внутривенно вводили – «Тринексам» 30,0 мг/кг (в суточной дозе до 3 гр.). Кровотечения из зоны папиллотомии были остановлены эндоскопически за исключения одного случая, потребовавшего экстрен-

ной лапаротомии в связи с продолжающимся кровотечением. В ходе последовавшей экстренной лапаротомии была произведена холецистэктомия, трансдуоденальная папилосфинктеропластика, холедохотомия с дренированием холедоха по Керу. Послеоперационный период осложнился развитием несостоятельности швов ДПК и госпитальной пневмонией. После повторной операции, направленной на устранение прогрессирующего перитонита и абдоминальной флегмоны, больная скончалась от прогрессирующей полиорганной недостаточности.

Сроки выполнения хирургических вмешательств после ЭТВ и ЧЧХС зависели от исходной степени тяжести печеночной недостаточности. В дальнейшем хирургические вмешательства выполняли после нормализации биохимических показателей и купирования интоксикации, при III степени печеночной – не ранее 4 недель после билиарной декомпрессии и восстановления основных показателей гомеостаза.

Для профилактики холангита предпочтение отдавали антибиотикам цефалоспоринового и эмпинемового ряда (сульперазон, меранем).

С целью профилактики кровотечений из эрозий и язв желудочно-кишечного тракта использовали ингибиторы протонной помпы (нексиум, лассек) и антацидные препараты.

Таким образом, в настоящее время ЭТВ при лечении холедохолитиаза и механической желтухи не могут быть признаны безопасными и легковыполняемыми, о чем свидетельствует частота осложнений – 18,5% и летальность, достигающая в I группе пациентов – 1,1%.

Заключение

При сравнительном анализе ЭТВ у больных двух групп выявлено, что на исходы лечения оказывают непосредственное влияние тактические, технические и организационные факторы при проведении эндоскопических вмешательств. Эндоскопическая папилосфинктеротомия сложна технически, доступна узкому кругу подготовленных специалистов, по анатомическим причинам не всегда выполнима, не лишена риска развития тяжелых осложнений. Успех хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, стриктурами БДС, механической желтухой, холангитом, – зависит от полноты и качества до- и интраоперационного обследования, адекватности оперативного вмешательства, объем которого следует устанавливать индивидуально с учетом локализации патологического процесса, характер осложнений и сопутствующих заболеваний. Разработанная лечебно-диагностическая тактика сочетанного рентгеноэндоскопического лечения пациентов II группы с доброкачественными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны позволяет в кратчайшие сроки ликвидировать механическую желтуху, холангит и минимизировать количество осложнений. Консервативная терапия, проводимая до и после ЭТВ, способствует уменьшению риска осложнений.

Литература

1. Аралова М.В., Кузнецов В.А. Хирургическое лечение больных механической желтухой. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2010. — Т. 3. — №2. — С. 168–172.
2. Балалыкин А.С. ЭРХПГ и ЭПТ и чреспапиллярные операции — успехи и проблемы. // Сб. тезисов 3-го Моск. Междн. Конгресса по эндоскопической хирургии. — М. — 1999. — С. 22–24.
3. Галлингер Ю.И., Гормова И.В., Зубарева Л.А. и др. Холедохолитиаз — эндоскопические возможности его разрешения. // Анналы хирургической гепатологии. — 1998. — №3. — С. 46–47.
4. Зубрицкий В.Ф., Ханевич М.Д., Левчук А.Л. Рентгенохирургические вмешательства у больных с обтурационным холестазом. // Тез. докл. сессии «Современные возможности лучевой диагностики повреждений и заболеваний у военнослужащих». — ВМед А, Санкт-Петербург, 1997. — 72 с.
5. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уружумцева Г.А. и др. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. // Анналы хирургической гепатологии. — 2010. — Т. 15. — №1. — С. 9–18.
6. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Климинский И.В. и др. Хирургическая тактика при механической желтухе. // Хирургия. — 1990. — №2. — С. 14–17.
7. Протокол обследования и лечения больных острым панкреатитом / под. ред. Ю.Л. Шевченко. М.: НМХЦ им. Н.И. Пирогова, 2006. — 16 с.
8. Тарасенко С.В., Брянцев Е.М., Мароховский С.Л. и др. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных доброкачественными заболеваниями желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии. — 2010. — Т. 15. — №1. — С. 21–26.
9. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Левчук А.Л. и др. Хирургическая тактика при синдроме механической желтухи. // Вестн. Нац. медико-хир. центра им. Н.И. Пирогова. — 2009. — Т. 4. — №. 1. — С. 10–13.
10. Bonnel O.H., Liguory C.E., Comud F.E., Lefebvre J.F. Common Bile duct and intrahepatic stones: results of transhepatic electrohydraulic lithotripsy in 50 patients. // Radiology. — 1991. — Vol. 180. — N2. — P. 345–348.
11. Chen M.E., Jan V.V. Percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy. // Br. J. Surg. — 1990. — Vol. 77. — N 5. — P. 530–532.
12. Lee J.F., Leung J.W. Endoscopic management of difficult common bile duct stones. // Gastrointestn. Endosc. Clin. N. Am. — 1996. — Vol. 6. — N1. — P. 43–55.
13. Matsumoto S., Miyazaki R., Okamoto K., Maeshiro K., Ikeda S. Management of giant common bile duct stones in high-risk patient using a combined transhepatic and endoscopic approach. // Am. J. Surg. — 1997. — Vol. 173. — N2. — P. 115–116.

Контактная информация

Стойко Юрий Михайлович
доктор медицинских наук, профессор, главный хирург Национального
медико-хирургического Центра им Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70.
тел.: +7 (495) 464-44-54