

Ф.Г. НАЗЫРОВ, Л.П. СТРУССКИЙ, А.В. ДЕВЯТОВ,
А.Х. БАБАДЖАНОВ, Д.А. ДЖУМАНИЯЗОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

«Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В. Вахидова», г. Ташкент
Республика Узбекистан

Цель. Провести анализ результатов применения лечебно-диагностических эндоскопических вмешательств в группе пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов эндоскопических вмешательств у 427 пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Выполнены ЭРХПГ и эндоскопические вмешательства: папиллосфинктеротомия или супрапапиллярная холедоходуоденостомия.

Результаты. Эндоскопические манипуляции имеют высокую диагностическую (93,5%) и лечебную (78%) эффективность. Выполнение атипичных эндоскопических папиллотомических вмешательств обуславливает повышение риска развития специфических осложнений, так частота кровотечений составила 12,5% против 6,8% при ЭПСТ, а спровоцированного ЭРХПГ острого панкреатита 7,7% и 5% соответственно. При этом неэффективность консервативных мероприятий по поводу осложнений после эндоскопических вмешательств потребовала выполнения экстренной операции у 6 (15,8%) пациентов после ЭПСТ и у 7 (31,8%) после СПХДС.

Заключение. Эндоскопические манипуляции являются высокоэффективными методами диагностики и миниинвазивного лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Однако необходим рациональный подход с учетом вероятных факторов риска развития специфических для этого типа вмешательств осложнений.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, эндоскопические вмешательства, папиллосфинктеротомия, холедоходуоденостомия

Objectives. To analyze the results of therapeutic-diagnostic endoscopic interventions in the group of patients with cholelithiasis complicated by a mechanical jaundice.

Methods. Comparative analysis of the results of endoscopic interventions was performed in 427 patients with cholelithiasis, complicated by a mechanical jaundice. ERCP and endoscopic interventions; papillosphincterotomy or suprapapillar choledochoduodenostomy were carried out.

Results. Endoscopic manipulations are of high diagnostic (93,5%) and therapeutic (78%) efficacy. The performance of atypical endoscopic papillotomy interventions causes the increase of risk in specific complications development; the hemorrhage frequency composed 12,5% in comparison with 6, 8% at EPST; and provoked ERCP of acute pancreatitis – 7,7% and 5% correspondently. Inefficacy of the conservative actions concerning complications after endoscopic interventions demanded an urgent surgery in 6 (15, 8%) patients after EPST and in 7 (31, 8%) patients after SPCDS.

Conclusions. The endoscopic procedures are highly effective methods for diagnosis and minimally invasive treatment of patients with cholelithiasis complicated by a mechanical jaundice. However, one needs a rational approach taking into account possible risk factors for development of complications specific for this type of interventions.

Keywords: cholelithiasis, mechanical jaundice, endoscopic interventions, papillosphincterotomy, choledochoduodenotomy

Введение

Лечение желчнокаменной болезни (ЖКБ) в начале XXI века остается в основном хирургической проблемой, хотя целый ряд клинических ситуаций требует интегрального решения с привлечением терапевтов, эндоскопистов, рентгенологов и врачей других специальностей.

У пациентов с ЖКБ холедохолитиаз (ХЛ)

занимает ведущее место и наблюдается в 8,1-26,8% случаев [1, 2, 3], а в группе пациентов старше 60 лет его частота достигает 28,1% [4, 5].

Внедрение в клиническую практику эндоскопической ретроградной холангиопанкреатогра-

фии (ЭРХПГ), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), эндоскопической баллонной папиллодилатации, эндобилиопротезирования, а также методов лапароскопической санации общего желчного протока и технологии минидоступа к желчному пузырю, открыло перед клиницистами большие возможности в диагностике и лечении осложненных форм ЖКБ [1, 2, 6, 7, 8].

Неудовлетворенность результатами лечения ЖКБ, особенно осложненной механической желтухой (МЖ) и гнойным холангитом (ГХ), определила необходимость применения комплексного лечения этой категории пациентов, с использованием эндовидеохирургической техники, эндоскопических и эндобилиарных вмешательств.

Цель исследования – провести анализ результатов лечебно-диагностических эндоскопических вмешательств в группе пациентов с ЖКБ осложненной механической желтухой.

Материал и методы

В исследование включены 427 пациентов с ЖКБ, осложненной МЖ, находившихся в РСЦХ имени академика В. Вахидова за период с 2005 по 2009 гг., которым по показаниям выполнена ЭРХПГ (или изолированно ЭРХГ, ЭРПГ) и эндоскопические вмешательства: папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) или супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС), через предварительно наложенную игольчатый электродом супрапапиллярную фистулу (СПФ). С острым калькулезным холециститом было 174 (40,7%) пациентов, с хроническим калькулезным холециститом 253 (59,3%) человек. Распределение наблюдавшихся по полу и возрасту отражено в таблице 1. При этом преобладали женщины (соотношение 1:1,9). Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 16,0$ лет.

Таблица 1

Распределение пациентов с ЖКБ по полу и возрасту

Возрастные группы	Число случаев		%
	м/ж	м/ж	
до 19 лет	-/3	-/0,7	
19-44 лет	23/59	5,4/13,8	
45-59 лет	50/81	11,7/19,0	
60-74 лет	53/104	12,4/24,4	
75 лет и старше	19/35	4,4/8,2	
Всего	145/282	34,0/66,0	

Клиника МЖ отмечалась у 305 пациентов (71,4%). Длительность анамнеза у 206 человек (48,3%) составила 10 и более суток, в остальных случаях пациенты поступали в клинику в сроки до 10 суток от начала проявления МЖ. Показаниями к экстренной ЭРПХГ были данные УЗИ и гипербилирубинемия.

Эндоскопические исследования проводились дуоденофиброскопом фирмы PENTAX FD34V2 с видеокамерой для эндоскопа – WATEC Color Camera WAT-202b. Рентгенологический контроль осуществлялся при помощи аппарата SIEMENS Siremobil Compact.

Диагностической ЭРПХГ было установлено, что основной причиной МЖ в исследуемой группе пациентов являлись: холедохолитиаз у 338 (79,2%) человек; холедохолитиаз в сочетании со стенозирующим папиллитом большого дуоденального сосочка (БДС) у 69 (16,2%) пациентов; стеноз терминального отдела холедоха (ТОХ) в сочетании со стенозирующим папиллитом БДС у 14 пациентов (3,3%) и синдром Мирizzi у 6 человек (1,4%).

Результаты и обсуждение

У 122 (28,5%) пациентов на момент поступления в клинику МЖ отсутствовала, при этом у 101 пациента в анамнезе имелась клиника интерметирующей МЖ, а у 21 пациента на УЗИ выявлен холедохолитиаз или эктазия холедоха. Оценка общего состояния пациентов при поступлении, по данным осмотра и анамнеза, представлена на таблице 2.

Таблица 2

Оценка общего состояния пациентов при поступлении, по данным осмотра и анамнеза

Состояние	Показатель	
	абс.	%
Относительно удовлетворительное	221	51,8%
Средней тяжести	194	45,4%
Тяжелое	12	2,8%

При комплексной оценке МЖ по классификации В.Д. Федорова с соавт. (1986 г.), включающей определение не только показателей билирубина, но и оценку функционального статуса печени – тяжелая степень выявлена у 43 (10,1%) пациентов (табл. 3).

Таблица 3

Комплексная оценка степени тяжести МЖ по Федорову В.Д. с соавт. (1986 г.)

Степень тяжести желтухи	Показатель	
	абс.	%
Нет	122	28,6%
Легкая	196	45,9%
Средняя	66	15,5%
Тяжелая	43	10,1%

На наш взгляд, это имеет принципиальное значение в определении прогноза заболевания, так как при тяжелой степени уровень летальности достигает 40%.

При выполнении ЭРХГ контрастирование желчных протоков с первой попытки осуществлено у 393 (92%) пациентов. В остальных 34 (8%) случаях канюляция проведена при повторной манипуляции, чему способствовала порционная ЭПТ или СПФ. По показаниям осуществлялись эндоскопические вмешательства: ЭПСТ выполнена 323 (75,6%) пациентам, а СПХДС у 104 (24,4%) человек. При этом из 266 наблюдений холедохолитиаза во время ЭПСТ у 197 (74,1%) пациентов удалось извлечь конкремент в просвет двенадцатиперстной кишки. В группе пациентов с холедохолитиазом, где выполнена СПХДС (72 человека) в 45 (62,5%) случаях произведено низведение конкремента из холедоха. Протяженность холедоходуоденостомы в среднем составила 12 мм (табл. 4). При неадекватной ЭПСТ и СПХДС для извлечения относительно более крупных конкрементов выполнялось дополнительное рассечение обычно в пределах 4-6 мм. Так, дополнительное расширение папиллотомного отверстия выполнено у 32 пациентов (7,5%), а дополнительное расширение СПХДС у 34 человек (8,0%).

Вид эндоскопических вмешательств в зависимости от этиологии механической желтухи

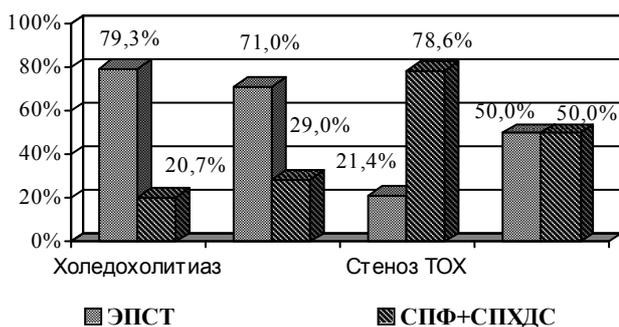


Рис. 1. Вид эндоскопических вмешательств в зависимости от этиологии МЖ

на фоне ЖКБ отражен на рисунке 1.

Как видно из приведенной диаграммы, ЭПСТ наиболее часто применялась при холедохолитиазе (79,3%) и его сочетании с папиллитом (71%), а частота выполнения СПХДС при этой патологии напротив была низкой, соответственно 20,7% и 29%. Однако, в группе пациентов со стенозом терминального отдела холедоха (ТОХ) затрудняющим проведение ЭПСТ, частота выполнения СПХДС составила 78,6%, а ЭПСТ всего лишь 21,4%. При синдроме Мирizzi частота выполнения обеих видов эндоскопических вмешательств была одинаковой.

Среди этиологических причин МЖ, по данным ЭРХГ, в 96,6% случаев выявлен холедохолитиаз и в 92% сочетание его с папиллитом БДС (рис. 2). Стеноз ТОХ определен у 14 (61,1%) пациентов, синдром Мирizzi у 6 (33,3%) человек. Сравнительная диагностическая эффективность по данным УЗИ составила всего 38,8%, тогда как по данным ЭРХГ – 93,5%.

Анализ частоты осложнений в зависимости от вида выполненного эндоскопического вмешательства показал, что после выполнения супрапапиллярных вмешательств в 13 (12,5%) случаях отмечалось различной интенсивности кровотечение, после ЭПСТ в 22 случаях (6,8%), а панкреатит наблюдался соответственно в 8 (7,7%) и 16 (5%) случаях соответственно. В 1

Таблица 4

Эндоскопические лечебно-диагностические манипуляции

Вид вмешательства	количество		протяженность рассечения (мм)	низведение конкремента		
	абс.	%		ХЛТ	низведение	
Контрастирование ЖП при первой попытке	393	92,0%				
Контрастирование ЖП при повторной манипуляции	34	8,0%				
ЭПСТ	323	75,6%	12,0±3,5	266	197	74,1%
СПХДС	104	24,4%	11,8±3,1	72	45	62,5%

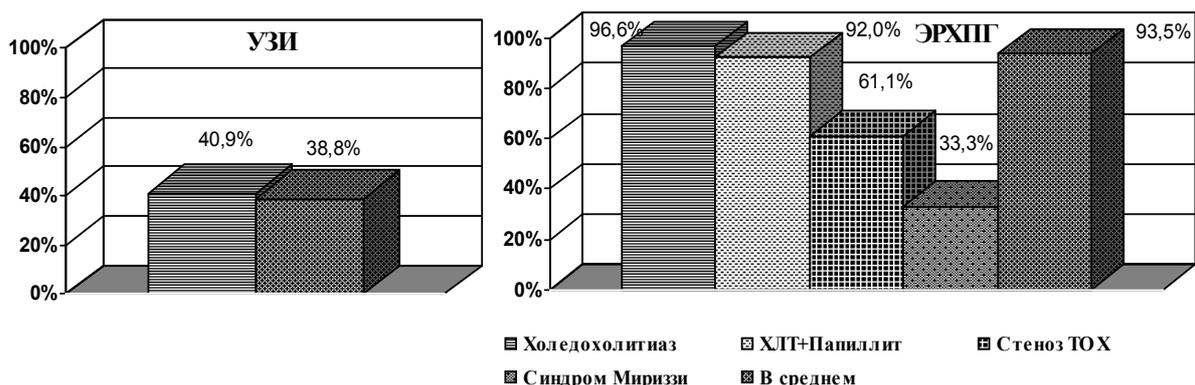


Рис. 2. Диагностическая эффективность в верификации этиологии МЖ

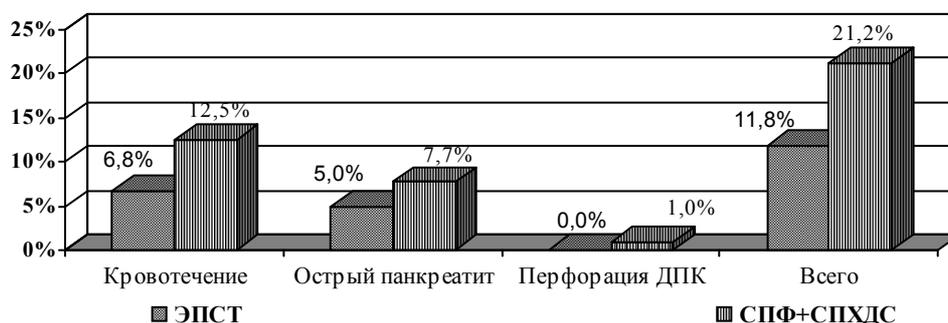


Рис. 3. Частота осложнений в зависимости от вида эндоскопического вмешательства

случае при проведении СПХДС произошла перфорация стенки двенадцатиперстной кишки, потребовавшая оперативного вмешательства.

Таким образом, частота осложнений при наложении СПФ и СПХДС у пациентов с ЖКБ была выше и составила 21,2%, при ЭПСТ данный показатель составил 11,8% (рис. 3).

В 91% случаев после ЭПСТ кровотечение из папиллотомных краев остановлено дополнительной коагуляцией, 2 (9,1%) пациентов экстренно оперированы в связи с неэффективным гемостазом. Умер 1 пациент. При СПХДС неэффективный эндоскопический гемостаз был у 2 пациентов, что составило 15,4%. После операции умер 1 человек. По поводу острого панкреатита спровоцированного ретроградным вмешательством после ЭПСТ и СПХДС оперировано по 4 пациента. Летальность при развитии острого панкреатита составила 6,3% в группе ЭПСТ и 12,5% в группе СПХДС.

В целом неэффективность консервативных мероприятий по поводу осложнений после эндоскопических вмешательств потребовало выполнение экстренной операции у 6 (15,8%) после ЭПСТ и у 7 (31,8%) пациентов после СПХДС (рис. 4).

Среди общего количества эндоскопических вмешательств у 333 (78,0%) пациентов последние в разрешении причины МЖ были эффективными. Так их эффективность оказалась фактически одинаковой для двух методик, составив 78,9% (у 255 из 323 пациентов) при ЭПСТ и 75% (у 78 из 104 пациентов) при СПХДС (табл. 5).

Среди всей группы пациентов с ЖКБ оперированы 320 человек. При этом в 120 случаях произведены традиционные вмешательства и у 198 пациентов произведена лапароскопическая холецистэктомия (табл. 6).

Рис. 4. Эффективность консервативных мероприятий по лечению осложнений после эндоскопических вмешательств



Таблица 5

Эффективность эндоскопических вмешательств в разрешении МЖ

Причина МЖ	эффектив.ЭПСТ			эффектив.СПХДС			всего		
	общ. кол-во	эффек.	%	общ. кол-во	эффек.	%	общ. кол-во	эффек.	%
Холедохолитиаз	268	207	77,2%	70	50	71,4%	338	257	76,0%
ХЛТ+Папиллит	49	46	93,9%	20	18	90,0%	69	64	92,8%
Стеноз ТОХ	3	2	66,7%	11	10	90,9%	14	12	85,7%
Синдром Мирризи	3		0,0%	3		0,0%	6	0	0,0%
Итого	323	255	78,9%	104	78	75,0%	427	333	78,0%

Таблица 6

Виды выполненных экстренных и плановых хирургических вмешательств у пациентов с ЖКБ после превентивных эндоскопических вмешательств

Плановые операции	кол-во	частота
Без операции	107	25,1%
Холецистэктомия, дренирование холедоха, вскрытие сальниковой сумки	6	1,4%
Лапароскопическая холецистэктомия	174	40,7%
Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха	24	5,6%
Традиционная холецистэктомия	27	6,3%
Традиционная холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха	62	14,5%
Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз	5	1,2%
Чрескожная чреспеченочная холангиостомия	2	0,5%
Холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз	2	0,5%
Экстренные операции (эндоскопические осложнения)		
Остановка кровотечения	4	0,9%
Ушивание дефекта 12-перстной кишки, холецистэктомия, дренирование холедоха	1	0,2%
Холецистэктомия, дренирование холедоха, вскрытие сальниковой сумки	8	1,9%

Б/о – группа пациентов с эффективными эндоскопическими вмешательствами, которые не оперированы вследствие тяжелого состояния или высоких показателей билирубина (выписаны с последующей госпитализацией после нормализации биохимических показателей)

Таблица 7

Частота летальности после выполненных вмешательств

Причина МЖ	эндоскоп.вмеш. (n=109)*		трад. опер. (n=120)		лапХЭК (n=198)		всего (n=427)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Холедохолитиаз	4	3,7%	11	9,2%	1	0,5%	16	4,7%
ХЛТ+Папиллит	1	0,9%	2	1,7%			3	4,3%
Стеноз ТОХ		0,0%		0,0%			0	0,0%
Синдром Мирризи	1	0,9%	1	0,8%			2	33,3%
Всего	6	5,5%	14	11,7%	1	0,5%	21	4,9%

Примечание: * - в группу добавлены 2 пациента с ЧЧХС

Общая летальность составила 4,9% (21 случай). Из этого числа частота летальности после выполнения традиционных вмешательств составила 11,7% (14 больных), эндоскопических вмешательств – 5,5% (6 наблюдений) и 0,5% (1 пациент) после ЛапХЭК (табл. 7).

Основной причиной летальности при тяжелой степени МЖ были печеночная или полиорганная недостаточность. При более легких степенях МЖ летальность была обусловлена инфарктом миокарда и тромбоэмболией легочной артерии.

Заключение

Являясь малоинвазивным вмешательством, эндоскопические манипуляции относятся к первичным приоритетным методам диагностики и лечения пациентов с МЖ, однако, несмотря на их высокую диагностическую (93,5%) и лечебную эффективность (78%), необходим рациональный подход с учетом вероятных факторов риска развития специфических для этого типа вмешательств осложнений.

Выполнение атипичных эндоскопических папиллотомических вмешательств обуславливает повышение риска развития специфических осложнений, так частота кровотечений составила 12,5% против 6,8% при ЭПСТ, а спровоцированного ЭРХПГ острого панкреатита 7,7% и 5% соответственно. При этом неэффективность консервативных мероприятий по поводу осложнений после эндоскопических вмешательств потребовала выполнения экстренной операции у 6 (15,8%) после ЭПСТ и у 7 (31,8%) после СПХДС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современная тактика при холелитиазе у больных с высокой степенью операционного риска / Б. С. Брискин [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии.* – 2002. – № 1. – С. 91-92.
2. Тимошин, А. Д., Результаты минимальноинвазивных вмешательств на желчных путях / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов // *Анналы хирург. гепатологии.* – 2002. – № 1. – С. 27-32.
3. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in elderly patients / С. Е. Ashton [et al.] // *Age Ageing.* – 1998. – № 6. – P. 683-688.
4. Эндоскопические технологии у больных с наружными желчными свищами / Ф. Г. Назыров [и др.] // *Материалы XI Моск. Междунар. конгр. по эндоскоп. хирургии.* – М., 2007. – С. 248-249.
5. Анализ ранних эндоскопических вмешательств на БДС и желчевыводящих протоках при остром билиарном панкреатите / С. И. Филиппов [и др.] // *Новые технологии в хирургии: материалы Междунар. хирург. конгр.* – Ростов /н Д, 2005. – С. 249.
6. Каримов, Ш. И. Эндобилиарная хирургия в лечении механической желтухи / Ш. И. Каримов // *Анналы хирург. гепатологии.* – 1996. – № 1. – С. 91-97.
7. The role of endoscopic sphincterotomy in the therapy of choledocholithiasis: a review of our experience / С. Brini [et al.] // *G. Chir.* – 2000. – № 3. – P. 121-123.
8. Role of Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of suspected choledocholithiasis / S. K. Sharma [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2003. – Vol. 17. – P. 868-871.

Адрес для корреспонденции:

100115, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Фархадская, 10,
Республиканский специализированный
центр хирургии им. акад. В.Вахидова,
отделение эндоскопии,
тел.: +99 897-331-06-64,
e-mail: javohir_j@yahoo.com,
Джуманиязов Д.А.

Поступила 04.05.2011 г.