ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ И ТРАНСКУТАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Иванов С.В., Охотников О.И.,
Голиков А.В., Бельченков А.В., Розберг Е.П.
ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Росздрава

УДК: 616.36-008.5-08

Резюме

Предложена новая классификация билиарной гипертензии, на основании которой обоснован алгоритм сочетанного применения малоинвазивных эндоскопических и чрескожных под УЗИ наведением вмешательств при лечении осложнённого течения ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста. Приведена статистика осложнений и летальности при использовании данного вида оперативных вмешательств.

Ключевые слова: механическая желтуха, лечение.

TRANSPAPILLAR AND TRANSCUTANEOUS TREATMENT TECHNIQUES IN BENIGN OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Ivanov S.V., Okhotnikov O.I., Golikov A.V., Belchenkov A.V., Rozberg E.P.

The article introduces a new biliary hypertension classification, on which a surgical algorithm of combined minimally-invasive endoscopic and transcutaneos Ultra-Sound-assisted interventions to treat complex bile diseases in senior and aged patients, showing the complications and mortality statistics when such surgical techniques are used.

Среди пациентов с механической желтухой желчнокаменного генеза лица старше 60 лет с высоким уровнем операционного риска составляют 48,5–65,2% [2, 3, 5, 9, 13, 14]. Осложнения механической желтухи, пожилой возраст пациентов, декомпенсация сочетанной соматической патологии обуславливают высокую послеоперационную летальность, уровень которой у пожилых больных доходит до 80% [2, 10, 11, 13, 14, 19]. Наиболее актуальным, в силу своей сложности и неудовлетворительности результатов лечения разделом билиарной хирургии в настоящее время является лечение синдрома механической желтухи у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным соматическим анамнезом, которые составляют большую часть от всех больных с осложнениями ЖКБ [2, 11, 13, 19].

В настоящее время ведущим методом лечения больных с синдромом механической желтухи пожилого и старческого возраста являются эндоскопические транспапиллярные технологии [1, 3, 4, 8, 18]. Однако, по ряду причин, остается достаточно высоким процент неудач и осложнений при их использовании. Одним из методом разрешения механической желтухи при невозможности эндоскопического пособия у больных с множественной сопутствующей патологией являются малоинвазивные чрескожные вмешательства под ультразвуковым наведением [6, 7, 10, 12, 15, 16, 17, 19].

Успешное лечение больных указанной категории во многом зависит от выбора диагностических и лечебных мероприятий. [9, 14, 19].

Цель исследования: обоснование применения мининвазивных технологий при диагностике и лечении механической желтухи неопухолевого генеза.

Материал и методы исследования

В клинике хирургических болезней №1 КГМУ с 2005 г. по 2009 г. под нашим наблюдением находился 341 пациент с холедохолитиазом. Женщин было 243 (71,3%), мужчин – 98 (28,7%). Средний возраст больных составил 63,2±16,3 года.

В лечении больных был применён разработанный нами способ лечения механической желтухи (патент РФ на изобретение №2268657), заключающийся в выборе рациональной лечебно-диагностической тактики на основании предложенной классификации типов желчной гипертензии. Согласно предложенной классификации, по данным ультразвукового исследования гепатопанкреатобилиарной зоны, при I типе отмечается расширение желчных путей и желчного пузыря до конфлюенса, при II типе желчной гипертензии присоединяется расширение внутрипеченочных желчных ходов, включая протоки III порядка. При первом типе желчной гипертензии лечебные мероприятия начинали с эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ТПВ). После купирования эндотоксикоза и устранения причины обструкции желчного дерева выполнялась радикальная операция – холецистэктомия. При втором типе желчной гипертензии холестаз купировали с помощью чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС).

Результаты исследования

Ведущей причиной возникновения механической желтухи на фоне ЖКБ в рассматриваемой группе явился холедохолитиаз (86,2% наблюдений). Учитывая, что 87,5% от числа наблюдений составили лица старше 60 лет, рассмотрена сопутствующая соматическая патология. Большинство пациентов имело сочетанное поражение сердечно-сосудистой системы – 83%. Второе место занимал церебральный атеросклероз и его осложнения – 6%. ХОБЛ была диагностирована в 5% случаев.

Большее число пациентов с сочетанной патологией (74,7%) имели 3 и более соматических заболевания в анамнезе.

Согласно предложенному нами алгоритму, при I типе желчной гипертензии эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была произведена 265 (77,6%) пациентам. После ЭПТ выполнялась инструментальная ревизия желчных протоков, механическая литотрипсия и механическая литоэкстракция. Осложнения полученные при проведении эндоскопических вмешательств представлены в таблице 1.

Осложнения после ЭПСТ наблюдались у 88 (33,2%) пациентов, в 2 наблюдения ретродуоденальной перфорации и 2 случая панкреонекроза закончились летальным исходом. В одном случае кровотечение из папиллотомной раны было расценено при ФГДС как профузное, больная была оперирована – выполнена экстренная лапаротомия. Летальный исход наступил в раннем послеоперационном периоде от острой дыхательной недостаточности. Остальные из приведённых осложнений ЭПСТ были купированы консервативными мероприятиями. При остром панкреатите и панкреонекрозе летальность составила – 1,5%.

При II типе желчной гипертензии лечение начинали с ЧЧХС – 76 (22,4%) пациентов. Показанием для выполнения данного типа малоинвазивных оперативных вмешательств мы считали:

- пожилой и старческий возраст пациентов при наличии 3-х и более сопутствующих заболеваний;
- диаметре конкремента в холедохе более 22,94±8,07 мм;
- анатомические особенности операционной зоны, затрудняющие проведение транспапиллярного вмешательства (БСДК в глубоком дивертикуле, выраженные деформации терминального отдела холедоха, особенности анатомического строения БСДК и 12-перстной кишки, состояние после резекции желудка по способу Бильрот – II, деформация 12-перстной кишки);
- развитие осложнений со стороны поджелудочной железы после эндоскопической попытки ПСТ.

В этой группе дренирующие лечебные вмешательства сочетали с антеградной контактной холангиолитотрипсией и литоэкстракцией под контролем видеохоледохоскопии. Манипуляции были проведены 55 пациентам (72,3%). У 17 из них (30,9%) проводилась антеградная баллонная пластика БСДК. В 11 случаях (30,3%) пациенты были выписаны на амбулаторное лечение с наружно-внутренним дренажем. После контрольного обследования через месяц дренажи из желчных протоков были удалены.

Табл. 1. Осложнения ЭПСТ

Характер осложнения	Общее количество	%
Ретродуоденальная перфорация	2	0,7
Панкреонекроз	14	5,2
Острый отечный панкреатит	39	14,7
Кровотечение из зоны папиллотомии	18	6,8
Гнойный холангит	14	5,3
Кровотечение из зоны папиллотомии и острый панкреатит	1	0,4
Всего:		**33,2**

Клинический пример

Больная В., 83 лет, ИБ №8185, поступила в хирургическое отделение с диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. В анамнезе множественная, сочетанная сердечно-сосудистая патология. При ультразвуковом исследовании установлен второй тип желчной гипертензии, в дистальном отделе холедоха 2 конкремента 17 и 24 мм. Произведена ЧЧХС (рис. 1), . Далее проведена антеградная литотрипсия и литоэкстракция, баллонная дилатация БСДК(рис. 2). Холангиостома заменена на дренаж меньшего диаметра (рис. 3). Больная выписана. Через 1 месяц после выписки холангиостома удалена.

Осложнения после чрескожных вмешательств имели место у 6 (7,8%) больных (таб. 2).

Случай наружного кровотечения был купирован консервативно местными мероприятиями; экссудативные образования брюшной полости потребовали пункции и перкутанного дренирования под ультразвуковым наведением. Пневмоторакс был устранён дренированием плевральной полости. Случай внутрибрюшного кровотечения потребовал лапаротомии, но несмотря на принятые меры в раннем послеоперационном периоде, на фоне декомпенсации сопутствующей патологии, наступил летальный исход. Таким образом, летальность в этой группе составила 1,3%.

У 19 (5,6%) пациентов после миниинвазивных вмешательства направленных на восстановление пассажа жёлчи было выполнено эндобилиарное стентирование.

Плановая лапаротомия у пациентов с ЖКБ и холедохолитиазом была выполнена 38 больным (13,2%) (табл. 3).

Послеоперационные осложнения отмечены в 4 случаях (10,6%). Они были представлены восходящим тромбозом большой подкожной вены, который потребовал экстренной кроссэктомии, нагноением послеоперационной раны, госпитальной пневмонией, тромбозом глубоких вен голени. Летальных исходов после плановых операций не было.

Выводы

1. В группе пациентов пожилого и старческого возраста, с множественной конкурирующей по тяжести клинического течения патологией, эндоскопические транспапиллярные вмешательства, направленные на купирование механической желтухи, вследствие осложнённого холедохолитиазом течения ЖКБ, сопровождаются высокой частотой осложнений (33,2%).
2. Наиболее частым осложнением эндоскопических транспапиллярных вмешательств при механической желтухе является острый панкреатит и панкреонекроз (19,9%).
3. При неэффективности эндоскопических способов устранения причин механической желтухи, альтерна-

Рис.1.

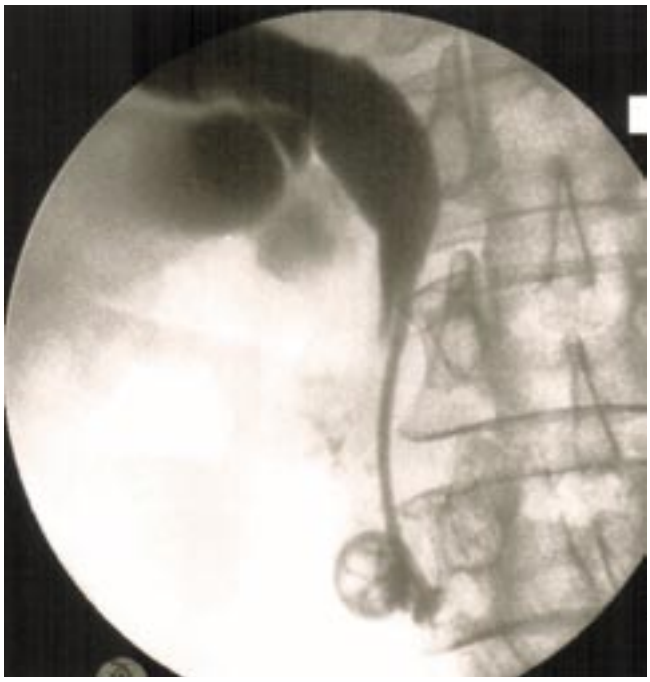

Рис.3.

Табл. 2. Осложнения после ЧЧХС

Характер осложнений	Число наблюдений	%
Кровотечение при бужировании канала	1	1,3
Кровотечение из места пункции печени	1	1,3
Экссудативное образование поддиафрагмального пространства	1	1,3
Экссудативное образование подпеченочного пространства	2	2,6
Пневмоторакс	1	1,3
Всего:	**6**	**7,8%**

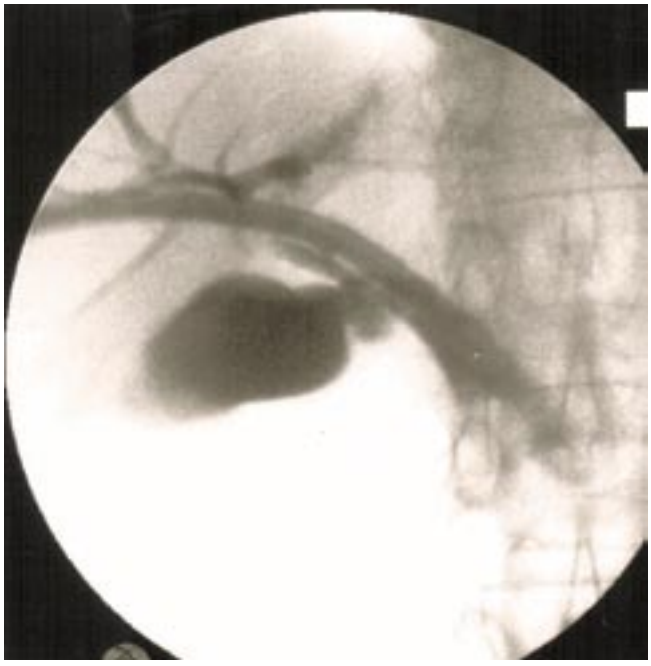

Рис.2.

Табл. 3. Виды плановых оперативных вмешательств у пациентов с осложнённым течением ЖКБ

Вид вмешательства	Число больных	%
Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз, холедохоеюноанастомоз	15	39,5
Холецистэктомия, холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	23	60,5
Итого	**38**	**100,0**

тивным малоинвазивным способом её лечения может быть ЧЧХС под УЗИ наведением.

4. Транскутанные вмешательства сопровождаются низким (7,9%) числом осложнений и минимальной летальностью (1,3%), что благоприятно влияет на исход лечения этой тяжелой категории больных.

Литература

1. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции – успехи и проблемы. // Сб. тезисов 3 Моск. межд. конгресса по эндоскопической хирургии. – М. – 1999. – С. 22–24.
2. Бурков С.Ж. Желчнокаменная болезнь у пожилых людей. Варианты клиники, течения, диагностики, лечения. // Врач. – 1997. – № 11. – С. 8–10.
3. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В. Камни желчных протоков: клиника, диагностика, современные методы лечения» //Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006, № 5. – С. 50–58.
4. Гальперин Э.И., Громова И.В., Зубарева Л.А., Гращенко С.А., Кузовлев Н.Ф. Холедохолитиаз — эндоскопические возможности его разрешения.// Анналы хир. гепатологии 1998. № 3. С. 46–47.
5. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е. и др. Хирургическое лечение больных механической с желтухой неопухолевой этиологии. //Анналы хирургии и гепатологии. 1997. Т. 2. С. 110–116. ;
6. Диагностические и лечебные процедуры под ультразвуковым контролем у больных механической желтухой / А.Н. Лотов, С.А. Кондрашин, В.Я. Заводнов и др. // Хирургия. – 1996. – №3. – с. 57–58.

7. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические в лечебные вмешательства у больных с механической желтухой //Анналы хир. гепатологии. 1999 Т. 1. С. 121–131.
8. Котовский А.Е. Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – №2. – с. 132–135.
9. Нестеренко Ю.А. , Шаповальянц С.Г., Климинский И.В. и др. Хирургическая тактика при механической желтухе // Хирургия. – 1990. – № 2. – С. 14–17.
10. Панцырев Ю.М. Декомпрессивные вмешательства при осложненном течении желчекаменной болезни // Съезд хирургов Молдовы. – 1991. – С. 23–24.
11. Паршиков В.В. Обоснование метода хирургического лечения механических желтух неопухолевого генеза у пожилых больных. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Н. Новгород, 1999. – 21 с.
12. Пипия В.И., Цхакая З.А., Пипия Г.В. и др. Чрескожная чреспеченочная холангиография, холангиостомия и эндопротезирование желчных путей при механичес¬кой желтухе // Вестн. рентгенол. – 2000. №10. С. 54–57.
13. Сотниченко Б.А, Гончаров Н.В. Холедохолитиаз у больных пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2001. № 2. С. 113–117.
14. Тиленко И.А. Диагностика и лечение механической желтухи у больных по¬жилого и старческого возраста // Хирургия. – 1989. – № 8. – с. 98–101.
15. Харченко В.П., Лютфалиев Т.А, Кунда М.А. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессивные вмешательства при желтухе неопухолевой этиологии // Мед. радиол. 2000. №3. С. 60–67.
16. Bonnel O.H., Liguory C.E., Comud F.E., Lefebvre J.F. Common bi1e duct and intrahepatic stones: resu1ts of transhepatic e1ectrohydrau1ic lithotripsy in 50 patients / / Radiology. – 1991. Vol. 180. №2. P. 345–348.
17. Chen M.E., Jan V.V. Percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy //Br. J. Surg. – 1990. Vol. 77. № 5. P. 530–532.
18. Lee J.G., Leung J.W. Endoscopic management of difficult common bile duct stones // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 1996. Vol. 6. № 1. P. 43–55.
19. Matsumoto S., Miyazaki R., Okamoto K., Maeshiro K., Ikeda S. Management of giant common bile duet stones in high-risk patients using a combined transhepatic and endoscopic approach // Am. J. Surg. – 1997. Vol. 173. № 2. P. 115–116.

Контактная информация

Розберг Е.П.
ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Росздрава, Кафедра хирургических болезней №1
тел.: +8 (904) 525-88-18
e-mail: elena.rozberg@mail.ru