

інтенсивної терапії в часовому аспекті займали в середньому 7-9 діб. Після цього хворим проводились традиційні "вкриті" оперативні втручання в об'ємі холецистектомії, холедохотомії з літоекстракцією та зовнішнім дрениванням холедоуху. Інтраопераційно проводилась ревізія холедоуху гудзиком зондом, евакуйована з загальної жовчевої протоки жовч обов'язково була посиена для визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків. Подальше післяопераційне лікування також проводилось в умовах реанімації. Середній термін перебування у стаціонарі хворих контрольної групи склав 36 діб. Летальність у даній групі складала 13% (12 хворих). Причиною смерті у 2 хворих стала гостра масивна тромбемболія легеневої артерії; у 1 хворого — гострий обширний циркулярний інфаркт міокарда; у 9 хворих — поліорганна дисфункція на фоні вкрай важкого ступеню біліарного сепсису, ускладненого множинними міліарними абсцесами печінки.

Хворим досліджуваної групи надавалась перевага ранньої декомпресії біліарного тракту шляхом ЕПСТ з літоекстракцією протягом перших 2-3 діб перебування в стаціонарі. Аналогічно контрольній групі, після отримання з папілотомної рани жовчі, остання відправлялась на бактеріологічний посів та дослідження чутливості мікроорганізмів до антибіотиків. При неможливості повного видалення конкрементів з холедоуху, застосовували методику ендоскопічного назобіліарного дренивання загальної жовчної протоки (дренаж заводився проксимальніше розташування конкрементів) для тимчасової декомпресії. В подальшому, коли стан пацієнтів оцінювався ближче до середнього ступеню важкості, цим хворим (вони склали всього 4,4%, себто 6 пацієнтів) виконувалась холецистектомія з холедохотомією та зовнішнім дрениванням холедоуху. Середній термін перебування у стаціонарі хворих досліджуваної групи склав 24 доби. Летальність у даній групі складала 3,7% (5 пацієнтів). Причиною смерті у 4 хворих стала поліорганна дисфункція на фоні вкрай важкого ступеню біліарного сепсису, ускладненого множинними міліарними абсцесами печінки; у 1 хворого — гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом.

Висновки

Поширеність жовчокам'яної хвороби без сумнівів призводить також і до більш частого розвитку її ускладнень. Серед них надзвичайно актуальним залишається гострий гнійний холангіт, ускладнений біліарним сепсисом у осіб похилого віку. Наявність різноманітної супутньої патології у даного контингенту пацієнтів тільки ускладнює перебіг вказаної нозології, зменшує вірогідність швидкого одужання та створює негативний фон протягом усього періоду лікування.

Проведене дослідження вказує на те, що раннє застосування мініінвазивного транспапільярного втручання, а саме ЕПСТ з літоекстракцією з метою декомпресії біліарного тракту зменшує в першу чергу летальність серед пацієнтів з біліарним сепсисом, вкорочує строк їх перебування у стаціонарі та створює задовільні умови для планового радикального лікування жовчокам'яної хвороби.

Література

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. (2009) Руководство по хирургии желчных путей. (Москва). Издательский дом "Видар". 568 с.
2. Гельфанд Б.Р., Руднов В.А., Проценко Д.Н., Гельфанд Е.Б., Звягин А.А., Ярошенко А.И. (2004) Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия. Инфекция и антимикробная терапия. 2: 46-60.
3. Саенко В.Ф., Десятерик В.И., Перцева Т.А., Шаповалюк В.В. (2005) Сепсис и полиорганная недостаточность. (Кривой Рог). Издательство "Минерал". 466 с.
4. Bormann P.C. et al. (2003) Management of cholangitis. Hepatobiliary Pancreat Surg. 10: 406-414
5. Classen M., Demling L. (1974) Endoscopic sphincterotomy der papilla vateri und steinextraction aus dem ductus choledochus. Dtsch. Med. Wochenschr. 99: 497
6. Border J.R. (1988) Sepsis, multiple organ failure and the macrophage. Arch. Surg. 123: 3: 285

РЕТРОГРАДНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Тамм Т.И., Крамаренко К.А., Захарчук А.П., Борисенко В.Б., Мамонтов И.Н., Непомнящий В.В., Чефранов А.В., Аббуд Хамаи

Кафедра хирургии и проктологии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Введение

Ретроградные эндоскопические вмешательства (РЭВ) на большом дуоденальном соске (БДС) и желчных протоках в настоящее время представляют комплекс диагностических (дуоденоскопия с ЭРХПГ) и лечебных (эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) и др. манипуляции) манипуляций, спектр которых очень широк. Диагностическая ценность и лечебный эффект таких вмешательств являются достаточно высокими. В 90-97% в ходе РЭВ удаётся установить точный диагноз. Хороший лечебный эффект в лечении непроходимости желчных протоков после РЭВ наступает у 69-95% пациентов. Осложнения после РЭВ возникают в 2,8-7,5% случаев [1-3]. В клинике кафедры хирургии и проктологии ХМАПО РЭВ выполняются с 1990 года и накоплен достаточный опыт по их применению. Целью нашей работы является ретроспективный анализ результатов таких вмешательств за последние 15 лет.

Материалы и методы

Проанализированы отдаленные результаты выполненных РЭВ у 1109 больных, среди которых мужчин было 368 (33,2%), женщин — 741 (66,8%); возраст больных составил от 18 до 92 лет. Для обзора БДС и выполнения РЭВ применяли дуоденоскопы JF-B4, JF-IT20, TJF-30 Olympus, ангиограф TUR DE 16, электрохирургический блок UES Olympus. Контроль состояния внепечёночных желчных путей и ПЖ выполняли с помощью эхокамера Aloka, Simens, Радмир, конвексным датчиком с частотой 3,5 Гц. Биохимический и клинический анализы крови выполняли унифицированными методиками.

Результаты и обсуждение

Наиболее частым показанием к РЭВ являлись холедохолитиаз, который обнаружен у 725 (65,4%) больных и стеноз БДС, выявленный у 218 (19,6%) пациентов. Другая патология в виде опухоли желчных протоков и головки поджелудочной железы, синдрома Миризи, деформации БДС в парапапиллярном дивертикуле, хронического и острого панкреатита, дискинезии желчных путей, желчеистечения в брюшную полость после оперативных вмешательств и др., явилась показанием к ЭПСТ суммарно в 15% случаев, что представлено в таблице 1.

Основными показаниями к выполнению РЭВ в своей работе мы считали: клинику механической желтухи и холангита (гипербилирубинемия, гиперфосфатемия по лабораторным данным); расширение желчных протоков более 8 мм в области гепатикохоледоха по данным УЗИ; перенесенные приступы холангита и механической желтухи в анамнезе.

Второстепенными показаниями являлись: расширение панкреатических протоков по данным УЗИ; симптом "аэробилии" по данным УЗИ; желчный свищ.

К противопоказаниями к РЭВ мы относили: перенесенная ранее резекция желудка по Бильрот-2; стенозы верхних отделов ЖКТ.

Острый панкреатит мы не относили к абсолютным противопоказаниям к РЭВ. Более того, в тех случаях, когда при панкреатите по данным УЗИ выявлялась дилатация желчных протоков, признаки холедохолитиаза, мы обязательно выполняли РЭВ.

С накоплением опыта, нами был разработан алгоритм выполнения РЭВ, представленный в таблице 2. В данной схеме указана последовательность действий эндоскописта в зависимости от визуальных изменений БДС, успешности выполнения канюляции желчных путей и ЭРХПГ, полученных рентгенологических данных.

При выраженных воспалительных изменениях БДС (указаны в схеме), когда нет сомнений наличии препятствия в дистальном отделе или холангите, мы предлагаем сразу переходить к папиллотомии, а ЭРХПГ выполнять позже, по ходу лечебного вмешательства.

Такой подход, на наш взгляд, сокращает время процедуры, позволяет выполнить более качественные холангиографии, препятствует распространению гнойной желчи из дистальных отделов желчных путей во внутриспечёночные протоки. При неизменной или малоизменённой папилле первоочередное выполнение ЭРХПГ мы считаем обязательным, а дальнейшую лечебную тактику необходимо строить на основании полученных рентгенологических данных. Выполнить ЭРХПГ стандартным способом удаётся не всегда, по нашим данным — в 89%. У 11% пациентов мы прибегали к выполнению диагностической ЭПСТ, целью которой являлось небольшое надсечение устья и ампулы БДС, обнажение устья холедоха для качественной его канюляции и холангиографии. Такую ЭПСТ мы выполняли с большой осторожностью в режиме режущего тока, длина разреза была 4-8 мм.

Таким образом, РЭВ является комплексом диагностических и лечебных вмешательств на БДС, последовательность и очерёдность которых может быть разной.

Среди показаний к ЭПСТ мы выделяли основные (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, гнойный холангит) и относительные (стенозы желчных путей, синдром Миризи, желчный свищ, хронический панкреатит головки поджелудочной железы, опухолевые стенозы желчных путей, рак БДС и другие). По своей лечебной эффективности лечебные вмешательства были нами разделены на лечебные (при холедохолитиазе, стенозе БДС, холангите), палиативные (при стенозах желчных протоков, синдроме Миризи, крупных неудаляемых камнях холедоха, желчных свищах, раке БДС). Отдельно выделена диагностическая ЭПСТ.

Таблица 2. Алгоритм выполнения РЭВ

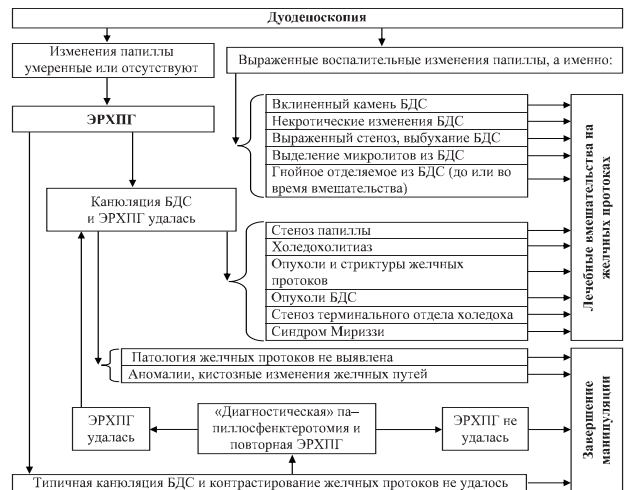


Таблица 1.

Выявленная патология	Количество больных
Холедохолитиаз	725 (65,4%)
Стеноз БДС	218 (19,6%)
Опухоли желчных протоков и головки поджелудочной железы	63 (5,6%)
Опухоли БДС	38 (3,4%)
Хронический и острый панкреатит	28 (2,6%)
Синдром Миризи	17 (1,6%)
Другая патология	20 (1,8%)
Всего	1109 (100%)

Таблица 3.

Вид вмешательства	Количество вмешательств	%
ЭПСТ	390	35
ЭПСТ+экстракция камней холедоха	179	16
ЭПСТ+экстракция камней холедоха+НБД	143	13
ЭПСТ+НБД	365	33
ЭПСТ+НБД+протезирование желчного протока	32	3
Общее число наблюдений	1109	100

Таблиця 4.

Степень эффективности лечебных эндоскопических вмешательств	Колличество	%
Полное восстановление проходимости желчных протоков, ликвидация холангита и механической желтухи	876	79%
Временное (частичное) восстановление пассажа желчи, ликвидация холангита и механической желтухи	166	15%
Неэффективное или невыполненное эндоскопическое вмешательство	67	6%
Общее число наблюдений	1109	100

Среди лечебных манипуляций нами применялись ЭПСТ, экстракция камней холедоха, назобилиарное дренирование (НБД) и протезирование желчного протока в различных сочетаниях. Литотрипсия, баллонная дилатация БДС и желчных протоков нами не производились в силу недостаточного технического оснащения. Виды выполненных лечебных вмешательств приведены в таблице 3.

Следует отметить, что мы применяли НБД почти у половины пациентов (49%). Это связано с частым наличием холангита у больных с обтурацией желчных путей и с тем, что лечебные манипуляции у 30-35% пациентов производились в 2-3 этапа с перерывом между этапами в 2 дня. Каждый из таких этапов пациентов заканчивался установкой НБД для декомпрессии желчных путей и лечения холангита. Стентирование желчных протоков мы также производили при повторных РЭВ, после предварительного НБД.

Лечебную эффективность РЭВ мы оценивали как полную, частичную и неэффективную, что представлено в таблице 4. Полное восстановление проходимости желчных протоков, ликвидация холангита и механической желтухи нами достигнута у 876 пациентов (79%); временное восстановление пассажа желчи, ликвидация холангита и механической желтухи с помощью эндоскопического дренирования у 166 больных (15%). Неэффективные или неудавшиеся РЭВ были у 67 пациентов (6%). Все пациенты второй группы с временным восстановлением пассажа желчи после купирования явлений механической желтухи и холангита были оперированы в плановом порядке. Таким образом, в 94% РЭВ имели значительный лечебный эффект.

Осложнения после РЭВ возникли у 48 (4,3%) больных. Спектр и частота различных осложнений приведена в таблице 5. У 12 из 48 пациентов (1,1%) возникли тяжелые осложнения, они были оперированы. Умерло 2 (0,2%) пациента.

Таблиця 5. Осложнения, возникшие при ретроградных эндоскопических вмешательствах

Характер осложнения	Колличество случаев	Оперировано	Выздоровело	Умерло
Острый панкреатит:				
• отечный	16	-	16	-
• деструктивный	6	6	5	1
Кровотечение из папиллотомной раны	16	1	16	-
Перфорация задней стенки ДПК	3	2	2	1
Вклинение корзины с камнем, отрыв её	5	1	5	-
Острая кишечная непроходимость	2	2	2	-
Всего	48	12	46	2

Выводы

Эндоскопические вмешательства на БДС и желчных протоках являются незаменимым элементом диагностики и лечения пациентов с обтурацией желчных протоков в современной хирургии. Для получения наилучших результатов необходимо придерживаться алгоритма выполнения РЭВ. Лечебный эффект с помощью ретроградных эндоскопических вмешательств достигается у 94% пациентов с механической желтухой.

Литература

- Грубник В.В., Ткаченко А.И., Дожев А.С. и др. (2001) Эндоскопические и лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе. Харьковская хирургическая школа. 1: 19-22
- Крамаренко К.А. (2003) Пути оптимизации эндоскопических методов лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни и эффективность их применения в нестандартных ситуациях. Автореферат дис... канд. мед. наук. (Харьков). 20 с.
- Дзюновский Т.М., Козань И.В., Кахно С.А. и др. (2003) Причины и профилактика осложнённой эндоскопической папиллосфинктеротомии. Практическая медицина. IX: 1: 16-19
- Rabenstein T., Hahn E.G. (2002) Post-ERCP pancreatitis: new momentum. Endoscopy. 4: 325-330
- Rolny P., Andren-Sandberg A., Falk A. (2003) Recurrent pancreatitis as a late complication of endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones: diagnosis and therapy. Endoscopy. 4: 356-360

МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПНЕВМОКАРДИОДИЛАТАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АХАЛАЗІЮ КАРДІЇ

Терешкевич І.С., Бурій О.М., Раздобудько Ю.М., Лисинчук В.В.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, Київ

Вступ

Ахалазія кардії (АК) — нервово-м'язове захворювання стравоходу, яке характеризується неэффективною перистальтикою грудного відділу стравоходу і відсутністю координованого розслаблення нижнього стравохідного сфінктера у відповідь на ковтання. Вперше це захворювання в 1672 році описав відомий англійський лікар, анатом і фізіолог Томас Вілліс.

Причина виникнення АК до теперішнього часу не вивчена. Існує ряд теорій походження цього захворювання, які до кінця не підтверджують етіології даної недуги, а тільки розглядають як можливі фактори етіопатогенезу, зокрема інфекційний (трипаносома Круса, віруси групи герпесу), психогенний (психологічна травма, стрес) та генетична схильність. Тому на даний час немає етіопатогенетично обґрунтованого лікування [2]. При відсутності адекватного лікування АК є безперервно прогресуючим захворюванням, яке розвивається індивідуально різними темпами від найлегших функціональних проявів до значних порушень гомеостазу за рахунок аліментарної недостатності [3,10].

З літературних даних відомо, що безрецидивного методу лікування АК не існує [1,3]. Так, навіть, після найбільш ефективної оперативної корекції АК рецидив становить від 3% до 20-50%. Зважаючи на це, в останній час ведеться пошук нових шляхів вирішення проблеми в діагностиці та лікуванні АК, особлива увага приділяється вибору оптимальної мініінвазивної методики [8,12].

Не зважаючи на велике число класифікацій АК, найбільшого поширення в країнах СНД набула клінічно-анатомічна класифікація Б.В. Петровського і співавторів (1962), які виділяють чотири стадії захворювання. I стадія (рання) характеризується функціональним тимчасовим спазмом кардії без розширення стравоходу; непрохідність стравоходу спастичного характеру. При II стадії настає стабільний спазм кардії і незначне розширення стравоходу з посилення його моторики. Для III стадії властива наявність рубцевих змін м'язових шарів кардії зі звуженням і вираженням супрастенотичним розширенням стравоходу, уповільнення його моторної функції. При IV стадії просвіт стравоходу розширений більше ніж на 5 см, подовжений та викривлений у вигляді латинської літери S; явища застійного езофагіту з ділянками некрозу і виразкувань; периезофагіт і фіброзний медіастиніт [1,3].

Також розрізняють I тип АК (з помірним розширенням стравоходу) і II, що характеризується значним подовженням стравоходу, нерідко з його S-подібним викривленням. За ступенем порушення функції кардії і стравоходу виділяють 3 стадії: компенсації, декомпенсації і різко вираженої декомпенсації [3].

Для більш повного визначення ступеня дисфагії застосовують класифікацію, яка використовується при раку стравоходу: I ступінь — проходить будь-яка їжа, але при ковтанні твердої їжі виникають неприємні відчуття (пекучість, дряпання, іноді біль); II ступінь — тверда їжа затримується в стравоході і проходить насилу, доводиться запивати тверду їжу водою; III ступінь — тверда їжа не проходить. При спробі проковтнути її виникає відрижка. Хворі харчуються рідкою і напіврідкою їжею; IV ступінь — по стравоходу проходить тільки рідина; V ступінь — повна непрохідність стравоходу, хворі не в змозі проковтнути ковток води, не проходить навіть слина [6].

На даний час відомі наступні методи лікування АК: медикаментозний (седативні препарати, M-холінолітики, гангліоблокатори, спазмолітики, нітропрепарати, антагоністи кальцію), ін'єкційний (ботулотоксин), інструментальний (кардіодилатація) та хірургічний, які мають симптоматичний характер і направлені тільки на усунення дисфагії. Медикаментозний метод найбільш авторів вважають неэффективним і використовують лише при підготовці до кардіодилатації або при неможливості кардіодилатації і хірургічного лікування [2]. Ін'єкційний метод заснований на здатності ботулінового токсину типу A блокувати холінергічні синapsи, тим самим викликаючи розслаблення нижнього стравохідного сфінктера (НСС). Препарати ботулотоксина (Botox і Dysport) вводять під час ендоскопії в ділянку НСС. Проте, відомі і хороші віддалені результати через 6 місяців визначаються лише у 40-60% хворих з I-II стадією АК, у пацієнтів з III стадією цей результат істотно гірший [13]. Тому ендоскопічне введення ботулотоксину виправдане при I і II стадії АК, а також при відмові або протипоказах до ПКД і хірургічного лікування [2].

З мініінвазивних методів лікування АК найбільшого поширення отримала інструментальна кардіодилатація [7]. За принципом дії (повітря, рідина чи металеві бранші апарату) дилататори для розширення кардії поділяють на пневматичні, гідростатичні і механічні. Немає єдиної думки про перевагу того чи іншого способу для кардіодилатації [1,5].

Більшість авторів вважає, що кардіодилатація є безпечним і надійним методом симптоматичного лікування АК. Проте єдиної точки зору щодо показів та протипоказів до кардіодилатації в літературі немає [1,8]. Питання якими препаратами проводити премедикацію залишається не вирішеним [9,14]. Так багато авторів вважають, що застосування наркотиків і анальгетиків знижує больову чутливість і тим підвищує небезпеку перфорації стравоходу при кардіодилатації та рекомендують проводити її без премедикації [4,11,12]. Існують повідомлення, що при неефективності інструментальної терапії і прогресу фібозно-рубцевого процесу в кардії виникає необхідність у виконанні різних оперативних втручань [6,15].

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 28 хворих з АК з використанням методу ендоскопічної пневмокардіодилатації (ЕПКД), середній вік яких становив 41,7±2,7 років, з них 13 (46,4%) чоловіків і 15 (53,6%) жінок, які знаходилися на лікуванні в Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМУ в 2010-2011 роках. Хворі при поступленні обстежували клінічно (скарги, анамнез, об'єктивні дані), лабораторно (загальноклінічні аналізи), інструментально (гастроінтестинальна ендоскопія (ГЕ), УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження стравоходу та шлунка).

За допомогою ГЕ та рентгенологічного дослідження всім хворим проводили диференційну діагностику стенозу нижньої третини стравоходу з метою виключення пептичної та неопластичної патології. Для визначення стадії АК користувалися класифікацією Петровського Б.В. і співавторів. Ступінь дисфагії оцінювали за відповідною шкалою (I-V ступені).

Всім хворим з АК за 30 хв до ЕПКД проводили премедикацію, що включала внутрішньом'язове введення антибіотика групи цефалоспоринів I-II покоління в дозі 1,0 г, 0,5 мл 0,1% розчину атропіну сульфату та 2,0 мл 0,5% розчину сибазону. ЕПКД проводили з використанням системи *Regiflex-II Boston Scientific* (США), застосовували балон діаметром 3,0 і 3,5 см. Тиск в балоні за допомогою манометра нагнітали до 10-15 PSI (фунт-сила на квадратний дюйм; 1 psi = 51,715 мм рт. ст.). Курс лікування складався із 2-3 сеансів, інтервал між якими був 3-6 днів, що залежало від ендоскопічної картини кардії після сеансу дилатації; наявності чи відсутності надриків слизової оболонки кардії. В кінці курсу ЕПКД виконували рентгенологічний контроль.

Після першого сеансу ЕПКД для попередження та лікування шлунково-стравохідного рефлюксу всім пацієнтам призначали антациди (альмагель-А, маалокс) на 10 днів та інгібітори протонної помпи (гасек, нольза, контролок) в дозі 20 мг 2 рази на день протягом 1 міс. Для купування больового синдрому призначали ін'єкційні спазмолітики (но-шпа, спазмалгон), знеболюючі препарати (кетолонг, кетанов, кеторолак). Ефективність ЕПКД оцінювали за клінічними даними (дисфагія), результатами ГЕ (езофагогаз, розширення стравоходу, діаметр та прохідність кардії), рентгенологічними дослідженнями стравоходу (діаметр стравоходу, евакуація контрасту в шлунок, наявність газового міхура шлунка).

Результати та їх обговорення

ЕПКД проводили всім хворим на АК незалежно від стадії захворювання, віку та статі при відсутності протипоказів (тяжкий загальний стан хворого, варикозне розширення вен стравоходу, виразково-геморагічний езофагіт, захворювання крові, що супроводжується підвищеною кровоточивістю, гарячка стані). З 28 (89,3%) хворих на АК, яким проводили ЕПКД, 25 пацієнтів були з первинною формою захворювання і 3 (10,7%) пацієнтів з рецидивом в різні терміни після хірургічного лікування — езофагокардіоміомії (від 1 року до 30 років). Основну частку серед пацієнтів з первинною АК зайняли хворі з II ст. — 16 (64%), меншу — хворі з III ст. — 7 (28%), найменшу частку склали хворі з I і IV ст. — 1 (4%) і 1 (4%) відповідно.