

сегодняшний момент определена тактика, согласно которой при наличии соответствующей медицинской аппаратуры, лечение холедохолитиаза у пациентов с сопутствующим холестистозитом проводится в два этапа. На первом этапе выполняется дуоденоскопическое транспапиллярное удаление конкрементов холедоха, вторым этапом производят лапароскопическую холецистэктомию. При обнаружении холедохолитиаза в ходе лапароскопической холецистэктомии рекомендуется завершение операции холецистэктомией с последующим дуоденоскопическим транспапиллярным удалением конкрементов холедоха в раннем послеоперационном периоде [1,3,5,9,15].

Нерешенным вопросом является ситуация, когда после перенесенной лапароскопической холецистэктомии дуоденоскопическое транспапиллярное удаление конкрементов холедоха становится невозможным из-за наличия ампулярного или периапулярного ДД, распространяющегося на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза. Это происходит вследствие того, что во время лапароскопической холецистэктомии субоперационная холангиография не позволяет визуализировать юкстапапиллярный ДД. Таким образом, пациент подвергается третьему оперативному вмешательству, что значительно увеличивает риск развития интра- и послеоперационных осложнений. Изучение и разработка стратегии ведения данной категории пациентов с учетом возможности выявления юкстапапиллярного ДД в дооперационном периоде является актуальным.

Цель исследования — ретроспективный анализ результатов удаления конкрементов холедоха, сочетающихся с холестистозитом у пациентов с юкстапапиллярными ДД для улучшения исходов лечения и снижения риска осложнений.

Материалы и методы

Ретроспективному анализу было подвергнуто 253 истории болезни пациентов с холедохолитиазом, сочетающимся с холестистозитом. Пациенты находились на стационарном лечении в хирургическом отделении дорожной клинической больницы ст. Харьков СТГО «ЮЖД» за период с 2007 по 2012 гг. Мужчин было 86 (34%), женщин — 166 (66%). Возраст больных составил от 46 до 84 лет с преобладанием пациентов пожилого и старческого возраста.

В предоперационном периоде холедохолитиаз был выявлен у 234 (92,49%) пациентов. В 19 (7,5%) случаях холедохолитиаз выявили при субоперационной холангиографии. Из них у 14 (73,68%) пациентов имел место юкстапапиллярный ДД, у 5 (26,32%) пациентов ДД выявлено не было. Юкстапапиллярные ДД были выявлены у 60 (23,7%) пациентов. Из них ампулярный ДД был у 4 (6,7%) пациентов, периапулярный ДД распространяющийся на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза — у 8 (13,3%). В 48 (80%) случаях имели место периапулярные ДД не распространяющиеся на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза.

Диагностическая программа включала в себя выполнение клиничко-лабораторных исследований, ультразвукового исследования, эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и ЭРХПГ. Лечебная тактика включала выполнение дуоденоскопического транспапиллярного удаления конкрементов, а при её невозможности открытой холецистэктомии. Все транспапиллярные вмешательства заканчивали назобилиарным дренированием, а открытые — наружным дренированием холедоха.

Результаты

Дуоденоскопическое транспапиллярное удаление конкрементов выполнено у 217 (85,77%) пациентов. Из 60 (23,71%) пациентов, у которых имел место юкстапапиллярный ДД, в 39 (65%) случаях первым этапом выполнено дуоденоскопическое транспапиллярное удаление конкрементов. Вторым этапом выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 9 (1,5%) пациентов наличие холедохолитиаза было выявлено во время лапароскопической холецистэктомии при субоперационной холангиографии, поэтому дуоденоскопическое транспапиллярное удаление конкрементов было выполнено вторым этапом в раннем послеоперационном периоде.

12 (20%) пациентам выполнение дуоденоскопического транспапиллярного удаления конкрементов не представилось возможным из-за наличия у них в 4 (33,34%) случаях ампулярного и в 8 (66,66%) периапулярного ДД, распространяющегося на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза. Из них у 7 (58,33%) пациентов полный диагноз был установлен в предоперационном периоде, поэтому сразу выполнили открытое вмешательство с холедохолитомией.

У 5 (41,67%) пациентов наличие холедохолитиаза было выявлено при субоперационной холангиографии во время лапароскопической холецистэктомии, которым планировалось удаление конкрементов дуоденоскопически транспапиллярно в раннем послеоперационном периоде. Однако, наличие юкстапапиллярного ДД с распространением на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза не позволило выполнить планируемое вмешательство и вынудило подвергнуть пациентов открытому вмешательству с холедохолитомией.

Обсуждение

Тактика по удалению конкрементов холедоха, выявленных впервые при субоперационной холангиографии во время лапароскопической холецистэктомии, представлялась наиболее сложной. Затруднения в предоперационной диагностике холедохолитиаза у

данной группы пациентов можно связать с бессимптомным холедохолитиазом и недостаточной диагностической эффективностью используемых методов. Так, чувствительность и специфичность чрезкожного ультразвукового исследования составляет 22-55% и 80-95%, соответственно; эндоскопического ультразвукового исследования — 89-94% и 94-95%, соответственно; ЭРХПГ — 89%-93% и 96-100%, соответственно; компьютерной томографии — 65-88% и 73-97%, соответственно; ядерной магнитно-резонансной томографии — 89-97% и 95-97%, соответственно [6,14].

На основании полученных результатов предложен следующий диагностический-лечебный алгоритм. Всем пациентам, особенно старше 50 лет, у которых частота юкстапапиллярных ДД достигает 25%, с диагнозом холестистозитиаз в комплекс инструментальных методов исследования рекомендуется включение дуоденоскопии с визуализацией БДС, которая позволяет в 100% случаев выявлять юкстапапиллярные ДД. Информацию о наличии, локализации и строении юкстапапиллярного ДД позволяет в случае интраоперационного выявления холедохолитиаза определять оптимальную тактику. Так, в случае выявления периапулярного ДД, но без распространения на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза, конкременты холедоха удаляются в послеоперационном периоде дуоденоскопически транспапиллярно. Наличие ампулярного ДД или периапулярного ДД с распространением на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза служит показанием к конверсии на открытую / лапароскопическую холедохолитомию. Кроме того, при наличии юкстапапиллярного ДД необходимо рассматривать вопрос о формировании билиодigestивного анастомоза, поскольку ДД могут являться причиной холедохолитиаза как проявление синдрома Леммела.

Выводы

1. С целью выявления юкстапапиллярных ДД и планирования тактики лечения пациентов с холестистозитом, которым планируется выполнение лапароскопической холецистэктомии, в программу обследования рекомендуется включение дуоденоскопии с визуализацией БДС.
2. У больных с интраоперационно выявленным холедохолитиазом, сочетающимся с ампулярным или периапулярным ДД с распространением на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза показана конверсия на открытую / лапароскопическую холедохолитомию.
3. Холедохолитиаз, сочетающийся с ампулярным или периапулярным ДД без распространения на интрамуральный отдел холедоха по направлению папиллотомного разреза не является фактором препятствующим выполнению полноценной эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении

Полученные результаты показывают перспективность исследования корреляции холедохолитиаза и юкстапапиллярных ДД в рамках синдрома Леммела с целью разработки методов его профилактики и лечения.

Литература

1. Ветшев П.С., Шулюто А. М., Прудков М. И. (2005) Хирургическое лечение холеститиаза: незаменимые принципы, шадящие технологии. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 8: 83-88
2. Гусев А.В., Покровский Е.Ж., Боровков И.Н. и соавт. (2008) Эндобилиарная баллонная дилатация в лечении желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой. Эндоскопическая хирургия. 5: 29-32
3. Ругенбург Г.М., Румянцев И.П., Протасов А.В. и соавт. (2008) Эффективность применения малоинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза. Эндоскопическая хирургия. 1: 3-8
4. Харламов Б.В., Федоров В.Д., Борушко М.В. (2007) Хирургическое лечение большого парафатерального дивертикула, осложненного гипертонией желчных путей и холангитом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 10: 55-57
5. Maple J.T., Ben-Menachem T., Anderson M.A. et al. (2010) ASGE standards of practice committee — the role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. Gastrointestinal endoscopy. 71: 1: 1-9
6. Chen Q., Xiaodong L., Shengwei L., Xiong D. et al. (2010) Diagnosis and treatment of juxta-apillary duodenal diverticulum. Clin. Invest. Med. 33: 5: 298-303
7. Erdal K., Gokturk H. S., Turk E. et al. (2010) Obstructive jaundice due to peripapillary diverticulum with enterolith compressing the choledochus. Journal of Medicine and Medical Science. 1: 7: 261-263
8. Limmaluatsakul D., Geratiomsupuk N., Rekrinmitir R. (2010) Endoscopic corner. Thai. J. Gastroenterol. 11: 1: 55-57
9. Makiko O., Terumi K., Yuyang T., Naoto E. (2005) MRCP and ERCP in lemmel syndrome. J. Pancreas. 6: 3: 277-278
10. Sanjay K., Rajesh K., Upender K., Jatinder M. et al. (2004) Duodenal diverticulum: review of literature. Indian Journal of Surgery. 66: 3: 140-145
11. Sreelakshmi M., Long R.J. (2011) Juxtaapillary duodenal diverticulum masquerading as a cystic pancreatic neoplasm. J. R. Soc. Med. Sh. Rep. 2: 11: 89
12. Tamaki I., Jun K., Kaoru O. et al. (2008) CT features of juxtaapillary duodenal diverticula with complications. Tokai J. Exp. Clin. Med. 33: 2: 90-94
13. Wiesner W., Beglinger C., Oertli D., Steinbrich W. (2009) Juxtaapillary duodenal diverticula: MDCT findings in 1010 patients and proposal for a new classification. JBR-BTR. 92: 4: 191-194
14. Williams E.J., Green J., Beckingham I., Parks R. (2008) Guidelines on the management of common bile ductstones. Gut. 57: 1004-1021
15. Yucel U., Kemal K., Selim A. (2009) Biliary cannulation facilitated by endoscopic clip assistance in the setting of intradiverticular papilla. Turk. J. Gastroenterol. 20: 4: 279-281

МІНІІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМОМ ЖОВТЯНИЦІ

Шевчук І.М., Дзвонковський Т.М., Гедзик С.М.

Кафедра хірургії № 2, Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Вступ

Гострий панкреатит (ГП) залишається однією з актуальних проблем сучасної хірургії [2]. Серед госпіталізованих осіб з ургентною абдомінальною патологією захворювання підшлункової залози (ПЗ) становлять від 1,4% до 18,9%. Летальність при деструктивних формах захворювання коливається від 28% до 80% [5]. Діагностиці і хірургічному лікуванню ГП присвячено багато досліджень, проблема широко обговорюється, однак далеко від свого вирішення [7]. Розробка нових мініінвазивних методик оперативного лікування хворих на ГП є важливою і актуальною проблемою сьогодення [1]. За даними ряду авторів, некротичний ГП у 42-50% хворих перебігає з надлишковим накопиченням білірубіну в сироватці крові. На вибір лікувальної тактики в таких пацієнтів суттєво впливає характер жовтяниці [3]. Запровадження в хірургічну практику сучасних інструментальних методів дослідження і мініінвазивних хірургічних технологій, зокрема ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) і ендоскопічної папілосфинктеротомії (ЕПСТ), відеолапароскопії, пункційно-дренуючих втручань під контролем УЗД дозволило по новому підійти до лікування хворих на ГП із синдромом жовтяниці [4,6,8].

Матеріал і методи

У період з 2004 по 2011 рр. нами проліковано 489 хворих на ГП. У 194 (39,7%) із них захворювання супроводжувалося синдромом жовтяниці. Гострий біліарний панкреатит діагностовано в 121 (62,4%) хворого, аліментарний — у 73 (37,6%) пацієнтів. Вік хворих від 20 до 80 років, чоловіків було 104 (53,6%), жінок — 90 (46,4%). З метою діагностики ГП із синдромом жовтяниці, крім даних загальноклінічних лабораторних досліджень, широко застосовували ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРХПГ), комп'ютерну томографію (КТ) з контрастним підсиленням. У 52 (43%) пацієнтів діагностовано біліарний інтерстиціальний ГП, у 69 (57%) встановлено некротичні форми захворювання. Асептичний перебіг панкреонекрозу у хворих на біліарний ГП вдалося забезпечити у 51 (73,9%), інфектований перебіг відзначали у 18 (26,1%) осіб. Аліментарний інтерстиціальний ГП встановлений у 39 (53,4%), некротичний — у 34 (46,6%) осіб. Асептичний перебіг панкреонекрозу у хворих на аліментарний ГП вдалося забезпечити у 25 (73,5%), інфектований — у 9 (26,5%) осіб. У 175 (90,2%) хворих на ГП захворювання супроводжувалося обтураційною, у 19 — паренхіматозною жовтяницею.

Результати та їх обговорення

У 30 (57,7%) із 52 хворих на біліарний інтерстиціальний ГП з холедохолітазом чи вклинним конкрементом ВДС ми першим етапом проводили ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), яка у 22 (73,3%) осіб завершилася літоекстракцією, ще у 8 пацієнтів конкременти після папілотомії відійшли самостійно. Таким хворим другим етапом на 2-4 добу, за умови зниження рівня білірубінемії, відсутності клінічних та ендоскопічних даних за кровотечу з розсіченої папіли та наявності адекватного пасажу жовчі проводили лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ). Стенозуючий папіліт діагностовано в 9 (18%) хворих. Вказаним особам виконано ЕПСТ та відновлено пасаж жовчі, після чого проведено ЛХЕ. У 9 (18%) хворих на гострий калькульозний деструктивний холецистит з паравезикальним інфільтратом (абсцесом) у першу добу з часу госпіталізації було проведено оперативне втручання. ЛХЕ була виконана у 6 хворих, в одного пацієнта застосовано конверсію. Ще у 2 хворих з перфорацією жовчного міхура, утворенням біляміхурового абсцесу проведено холецистектомію відкритим способом з адекватним дренируванням черевної порожнини. Стриктур великого дуоденального сосочка (ВДС) діагностовано у 4 (8%) осіб, яким проведено ЕПСТ з подальшою протипанкреатичною терапією в поєднанні з гепатопротекторами. Після покращання загального стану, зменшення вираженості запальних явищ, зниження рівня жовтяниці пацієнтам у плановому порядку виконували ЛХЕ. Всі хворі на інтерстиціальний ГП із синдромом жовтяниці вижили. У 16 (23,2%) хворих на біліарний некротичний ГП, в яких блок жовчних шляхів не вдалося ліквідувати мініінвазивними методами, виконали ранню лапаротомію. Об'єм операції полягав у холецистектомії, холедохолітомії, діагностичній субопераційній холангіографії, зовнішньому дренируванні загальної жовчної протоки та сальникової сумки. Всі хворі живі. За наявності розлитого ферментативного перитоніту у 9 (13%) пацієнтів проводили лапароскопічне дренирування черевної порожнини. У 7 хворих на калькульозний холецистит за відсутності УЗД даних за розширення загальної жовчної протоки, холедохолітазу, холангіту одночасно проведено ЛХЕ. Екссудат із черевної порожнини аспірували з біохімічним та бактеріологічним дослідженням. Після операції у 3 пацієнтів впродовж 3-5 днів проведена ЕПСТ. Показанням до її проведення слугувала стійка білірубінемія (рівень загального білірубіну у сироватці крові понад 50 мкмоль/л). При цьому у двох пацієнтів проведено літоекстракцію, в одного — конкремент відійшов самостійно. Внаслідок прогресування поліорганної недостатності після застосування лапароскопічного втручання померло 2 із 9 осіб. Гнійно-септичні ускладнення панкреонекрозу (секвестрування ПЗ, формування заочеревинних флегмон) після лапароскопічного дренирування черевної порожнини виникли у 2 пацієнтів, що в подальшому стало причиною для відкритого втручання. У 10 (14,5%) хворих на біліарний некротичний ГП причиною жовтяниці був холедохолітаз. Таким особам проводили ЕПСТ з літоекстракцією та наступним базовим протипанкреатичним лікуванням у поєднанні з гепатопротекторами. ЛХЕ таким пацієнтам проводили в «холодному» періоді.

На стадії формування парапанкреатичного інфільтрату госпіталізовано 5 (3,7%) осіб. Причиною жовтяниці у чотирьох пацієнтів був холедохолітаз, у одного — збільшення розмірів головки ПЗ. Пацієнтам із холедохолітазом проводили ЕПСТ та консервативне лікування. За такого перебігу захворювання ЛХЕ застосовували через 17-26 днів після повної ліквідації запального інфільтрату в налчеревній ділянці. Гострі ріднинні утворення в сальниковій сумці в ділянці головки ПЗ діагностовано у 21 (30,4%) пацієнта. При виявленні гострих постнекротичних псевдокіст у 16 (76,2%) хворих під контролем УЗД проводили черезшкірну тонкоіголку пункцію. При формуванні абсцесу в сальниковій сумці в 5 (23,8%) хворих провели черезшкірне дренирування гнійника під контролем УЗД катетером типу «поросячий хвостик». Гнійно-септичні ускладнення виникли у 8 (11,6%) із 69 хворих на біліарний некротичний ГП. У 4 хворих після проведення КТ з контрастним підсиленням виконали лапаротомію, панкреатосеквестректомію з формуванням замкнутої сальникової сумки. У 4 хворих на некротичний ГП діагностовано ізолявані заочеревинні флегмони. Таким пацієнтам проводили дренирування заочеревинної флегмони під контролем УЗД стилет-катетерами чи шляхом люмботомії. Після операції померло дві особи внаслідок розвитку поліорганної недостатності (1) та арівозної кровотечі (1). У 34 (87,2%) хворих на інтерстиціальний аліментарний ГП проводилося консервативне лікування. Згідно з даними УЗД розміри ПЗ зменшувалися в середньому за 5-7 діб, у ці ж терміни, за даними ЕГДС, відновлювався адекватний пасаж жовчі, проходила нормалізація показників білірубіну в сироватці крові. У 5 (12,8%) пацієнтів при відсутності пасажу жовчі через ВДС, незважаючи на консервативну терапію, показники

білірубіну зростали (рівень загального білірубіну в сироватці крові більше 100 мкмоль/л), що було показанням до виконання ЕРХПГ у перші 2-3 доби. Таким пацієнтам з метою декомпресії жовчовивідних шляхів проводили тимчасове ендобіліарне стентування без ЕПСТ. Стенти видаляли на 7-10 добу після зменшення набряку головки ПЗ та нормалізації показників білірубіну в сироватці крові. Всі 39 хворих на інтерстиціальний аліментарний ГП із синдромом жовтяниці вижили.

У 12 (35,3%) хворих на некротичний аліментарний ГП із синдромом жовтяниці при розлитому ферментативному перитоніті використали лапароскопічну санацію та дренирування черевної порожнини за допомогою поліхлорвінілових трубок з подальшим проведенням інтермітуючого перитонеального діалізу. Після застосування відеолапароскопії померло двоє з 12 пацієнтів. У стадії формування парапанкреатичного інфільтрату на 6-9 добу захворювання госпіталізовано 9 (26,5%) хворих на некротичний аліментарний ГП. Причиною жовтяниці було збільшення розмірів головки ПЗ. Таким пацієнтам застосовували тільки інтенсивне консервативне лікування. Гострі ріднинні утворення сальникової сумки, розміщені переважно в ділянці головки ПЗ, були причиною жовтяниці в 13 (38,2%) хворих на некротичний аліментарний ГП. При виявленні гострих постнекротичних псевдокіст у шести хворих проводили черезшкірні пункційні втручання під контролем УЗД. В одного пацієнта ліквідацію гострої постнекротичної кісти в ділянці головки ПЗ, яка випинала у просвіт дванадцятипалої кишки, проведено шляхом ендоскопічної трансмуральної цистодуоденостомії. У шести осіб при формуванні абсцесу в сальниковій сумці проводили черезшкірне дренирування гнійника під контролем УЗД стилет-катетером. У 9 (26,5%) із 34 хворих на аліментарний некротичний ГП після застосування мініінвазивних методів лікування (лапароскопії — у 3, черезшкірного дренирування абсцесу під контролем УЗД — у 2 осіб) та консервативного лікування (4 пацієнти) виникли гнійно-септичні ускладнення. У 6 з них після проведення болосної КТ виконали лапаротомію, панкреатосеквестректомію з формуванням замкнутої сальникової сумки. Ізолявані заочеревинні флегмони діагностовано у 3 хворих на некротичний аліментарний ГП. У двох із них проведено дренирування заочеревинної флегмони стилет-катетером під контролем УЗД. В одного пацієнта розкриття, санацію та дренирування флегмони проведено позаочеревинно через люмботомічний доступ. Після проведення відкритих оперативних втручань померло 4 (11,8%) із 34 хворих на некротичний аліментарний ГП.

Висновки

Мініінвазивні методики, зокрема ЕПСТ, лапароскопія, черезшкірні пункційно-дренирувальні втручання під контролем УЗД, тимчасове ендобіліарне стентування загальної жовчної протоки без папілосфінктеротомії в поєднанні з комплексною інтенсивною консервативною терапією залишаються основним методом у лікуванні хворих на гострий панкреатит із синдромом жовтяниці.

Відкриті втручання здійснювали тільки за розвитку септичних ускладнень панкреонекрозу. Вони включали виконання панкреатосеквестректомії з формуванням замкнутої сальникової сумки.

Застосування таких підходів дозволило покращити результати лікування хворих на гострий панкреатит із синдромом жовтяниці, зупинити прогресування панкреонекрозу, забезпечити в більшості хворих асептичний характер перебігу некротичного процесу в підшлунковій залозі та уникнути необхідності виконання відкритих операційних втручань.

Література

1. Андриєвський П.Н., Грубнік Ю.В. (2002) Лапароскопічне операції у больових с острым панкреатитом. Хірургія України. 2: 25-27
2. Гешелін С.А., Мищенко Н.В., Петров С.Р. с соавт. (2002) Диагностика и лечение больных острым панкреатитом при подозрении на деструкцию. Хірургія України. 3: 20-21
3. Дашенко Б.М., Тамм Т.И., Атик А. с соавт. (2003) Влияние характера желтухи на тактику лечения больных острым панкреатитом. Кліні. хірургія. 1: 17-18
4. Мадярчук В.И., Лебедев Н.В., Хараламбус С. (2000) Папиллотомия. Анналы хирургии. 2: 19-24
5. Мишин В.Ю. (1998) Современные взгляды на роль и место малоинвазивных лечебных и диагностических вмешательств при заболеваниях поджелудочной железы. Анналы хирургии. 1: 23-30
6. Ничитайло М.Е., Крижевський В.В., Малиновський Т.Ю. с соавт. (2000) Лікування некротичного панкреатиту за даними УЗ-пункції та бактеріологічного дослідження. Шпитал. хірургія. 4: 29-31
7. Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Крижевський В.В. (2002) Хирургическое лечение инфицированного некротического панкреатита. Кліні. хірургія. 5: 6: 55
8. Apel D., Rimann J.F. (2000) Emergency endoscopy. Canadian J.Gastroenterol. 14: 199-203