

ЕНДОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ ДИСТАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Бойко О.Г.

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

Endoscopic Surgery of the Distal Occlusion of the Common Bile Duct

P.V. Ogorodnik, A.G. Deynichenko, O.G. Boyko

National Institute of Surgery and Transplantology named after A.A. Shalimov NAMS of Ukraine, Kiev

Received: June 24, 2014

Accepted: November 15, 2014

Адреса для кореспонденції:

вул. Гоголя, буд. 2А-2
м. Ніжин, Чернігівська обл., Україна, 16600
тел.: +097-255-22-19

Summary

An evaluation of the effectiveness of the endoscopic surgeries of 385 patients with obturation of the distal department of the common bile duct caused by choledocholithiasis of 176 patients, adenoma of large duodenal papilla of 21 patients, cyst of the pancreatic head of 37, chronic pancreatitis with tubular stenosis of the common bile duct of 19 patients, cancer of the large duodenal papilla of 79 and cancer of the pancreatic head of 53 patients. Application of these surgeries has reduced the mortality rate to 1.8%, the number of complications to 14.8%.

Key words: obstruction of the distal department of the common bile duct, endobiliary stenting, endoscopic papilektomy.

Вступ

На сучасному етапі розвитку гепатобіліарної хірургії остається невирішеною проблема тривалої декомпресії жовчовивідних проток, особливо у інкурабельних хворих. Об'єктивними труднощами частіше

всього бувають великі фіксовані конкременти дистального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП) та великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК), тубулярний стеноз ЗЖП, пухлини панкреатобіліарної зони та ВСДК [2,3]. Стабільної та тривалої декомпресії біліарного тракту можна досягти за допомогою традиційного оперативного лікування з формуванням білідигестивних анастомозів, але ці втручання травматичні і пов'язані з великим ризиком ускладнень особлива у ослаблених хворих з важкою супутньою патологією на фоні вираженої печінкової недостатності [1,4]. Тому все частіше на зміну традиційним приходять мініінвазивні методи, котрі являються не тільки попереднім, а й завершальним етапом в хірургічному лікуванні обтурації дистального відділу ЗЖП [5,6].

Мета роботи: оцінити ефективність ендоскопічних хірургічних втручань у хворих з обтурацією дистального відділу ЗЖП пухлинного та непухлинного походження.

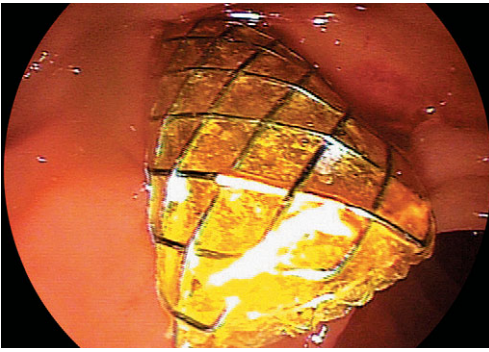


Рис. 1

Ендобілярне стентування нітіноловим стентом дистального відділу ЗЖП при пухлині голівки підшлункової залози.

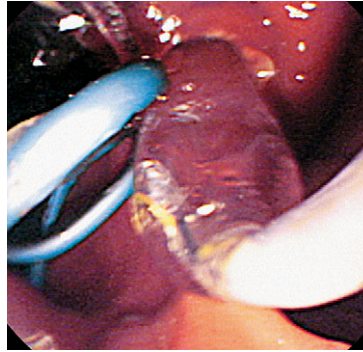


Рис. 2

Ендоскопічна цистогастростомія.

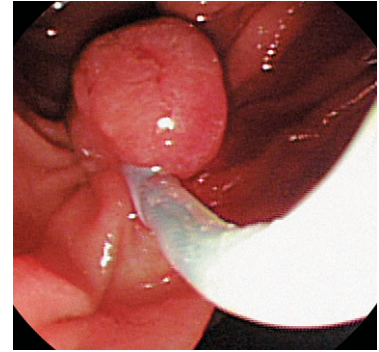


Рис. 3

Ендоскопічна папілектомія. Етап захвату ВСДК діатермічною петлею.

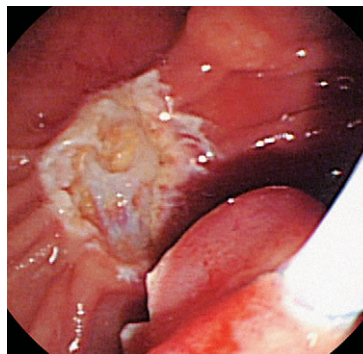


Рис. 4

Ендоскопічна папілектомія. Етап відсічення ВСДК, що несе пухлинну тканину.

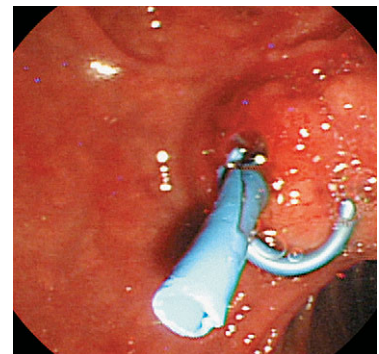


Рис. 5

Ендобілярне стентування тefлоновим стентом.

Матеріали та методи

Дослідження базується на досвіді лікування 385 хворих з обтурацією дистального відділу ЗЖП із використанням ендоскопічних декомпресивних оперативних втручань, які знаходились у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України в період з 2008 по 2013 роки. Середній вік хворих — 63 роки (від 21 до 85). Чоловіків було 172 (44,7%), жінок — 213 (55,3%).

До виконання ендоскопічної операції та на 7–10 сутки після неї оцінювали наступні лабораторні данні: рівень аспартатамінотрансферази (АсАТ), аланінамінотрансферази (АлАТ), білірубину та його фракцій, амілази в крові.

Ендоскопічні операції виконували в умовах рентген-операційної під рентген-телевізійним контролем за допомогою фібродуоденоскопів *JF-1T40*, *TJF*, *JF-1T30* (*Olympus*), з використанням електрохірургічного блоку *Olympus*, аргоноплазмowego коагулятора «*ЕКОНТ 0701*», торцевих папілосфінктеротомів, ендоскопічних петель, механічних літотрипторів та літоекстракторів, гнучких провідників, тefлонових та нітінолових стентів *Boston Scientific*, *Olympus* і *Microvasive Endoscopy*.

Результати та їх обговорення

Причини обтурації дистального відділу ЗЖП наведені в таблиці 1. Пацієнтам з фіксованими конкрементами в дистальному відділі ЗЖП після ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) виконували маніпуляції з ціллю зміщення конкременту в проксимальні відділи ЗЖП, де проводили його механічну літотрипсію з наступною літоекстракцією, а при безуспішному втручанні з метою ліквідації механічної жовтяниці 16 хворим виконали ендобілярне стентування (ЕБС) тefлоновим стентом діаметром 10 F. У 12 пацієнтів при безуспішній ендоско-

Таблиця 1. Причини обтурації дистального відділу ЗЖП

Патологія	Кількість хворих	
	Абс.	%
Холедохолітаз:		
фіксовані конкременти ВСДК	176	45,7%
фіксовані конкременти дистального відділу ЗЖП	104	27%
Кіста голівки підшлункової залози	72	18,7%
Хронічний панкреатит з тубулярним стенозом ЗЖП	37	9,6%
Аденома ВСДК	19	4,9%
Рак ВСДК	21	5,5%
Рак голівки підшлункової залози	79	20,5%
	53	13,8%

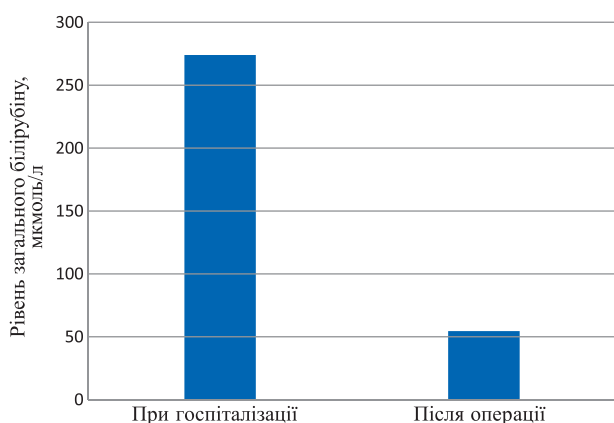


Рис. 6

Зміна рівня білірубину, мкмоль/л.

під час літоекстракції був встановлений назобіліарний дренаж, через який проводили санацію жовчовивідних проток «Метрагілом» з ціллю ліквідації явищ гнійного холангіту. Назобіліарний дренаж видаляли через 3–4 доби і виконували холедохолітотомію, переважно — з лапароскопічного доступу.

Найбільш успішними мініінвазивні втручання були у 104 пацієнтів з вклиненними конкрементами ВСДК, незважаючи на тяжкий загальний стан, обумовлений механічною жовтяницею та проявами гострого біліарного панкреатиту. У всіх випадках виконували атипичну папілотомію — розсікали торцевим папілотомом дах ампули ВСДК. Після цього в порожнину ДПК випадав вклинений конкремент, ретельно санували біліарне дерево розчинами антисептиків. При наявності дрібних конкрементів в ЗЖП виконували літоекстракцію, у 38 хворих доповнену механічною літотрипсією. Хворим з множинними великими конкрементами ЗЖП які неможливо було видаляти ендоскопічно, після ЕПСТ виконували ЕБС тефлоновим стентом діаметром 8 F, проводили санацію жовчних проток розчином антисептика та готували хворого до лапароскопічної або традиційної холедохолітотомії.

При раку ВСДК 39 (49,4%) хворим виконали супрапапілярну холедоходуоденостомію (СПХДС), 23 (29,1%) хворим при переході пухлини на дистальний відділ ЗЖП — СПХДС з ЕБС тефлоновим стентом діаметром 10 F та готували їх до панкреатодуоденальної резекції (ПДП). У 17 (21,5%) неоперабельних хворих з раком ВСДК виконували СПХДС та ЕБС тефлоновим стентом, потім через 2 тижні проводили заміну пластикового стента на металевий (нітіноловий) з пам'яттю форми діаметром 1 см (рис. 1), якій функціонує до 1 року, коли необхідні контрольні ЕРПХГ з можливою заміною стента.

У 53 хворих з раком голівки підшлункової залози лікувальна тактика була наступна: з метою ліквідації механічної жовтяниці та явищ гнійного холангіту 29 (54,7%) пацієнтам виконували ЕБС тефлоновим стентом та готували їх до радикальної операції, у 24 (45,3%) неоперабельних хворих з метастазами в печінку — ЕБС тефлоновим стентом з послідуною його заміною на нітіноловий. Контрольну ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію (ЕРПХГ) проводили через 1, 3, 6 та 12 міс.

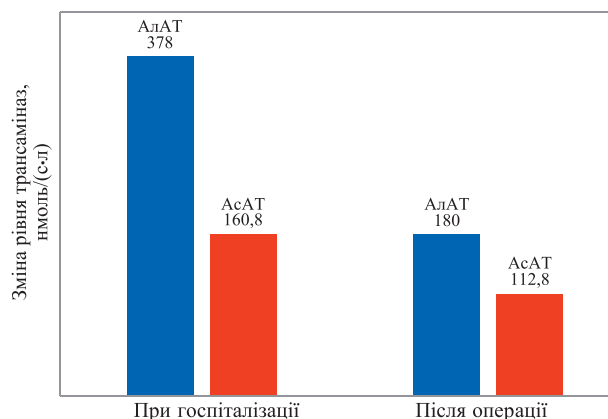


Рис. 7

Зміна рівня трансаміназ, нмоль/с-л.

У 21 (56,8%) пацієнта з кістою голівки підшлункової залози та механічною жовтяницею виконували ендоскопічну цистодуоденостомію, а у 16 (43,2%) — цистогастростомію (рис. 2). У 19 хворих з тубулярним стенозом ЗЖП виконували папілотомію з послідуочим ЕБС тефлоновим стентом як попередній декомпресивний етап хірургічного лікування. Через 7–9 діб, після ліквідації жовтяниці та явищ холангіту, проводили оперативне лікування: 11 (57,9%) хворим — повздовжню панкреатикоєюностомію, 8 (42,1%) — операцію Фрея.

У 21 хворого з аденомою ВСДК, аденому видаляли ендоскопічно разом з слизовою оболонкою ампули ВСДК. У 14 пацієнтів з розміром аденоми менше 2 см папілектомію ендоскопічною петлею виконано одномоментно. Етапи ендоскопічної папілектомії представлені на рис. 3–4. Пухлини розміром більше 2 см у 7 хворих видаляли фрагментами. Висічену тканину пухлини захвували петлею або біопсійними щипцями та вилучали для подальшого стандартного патгістологічного дослідження. Фрагменти новоутворення які не вдалося висікти за допомогою діатермічної петлі фульгурували аргонно-плазмовим коагулятором. Критерієм радикальної резекції вважали відсутність видимої резидуальної тканини пухлини в зоні папілектомії та негативний результат біопсії. Після ендоскопічної папілектомії з ціллю оцінки ступеню внутрішньопротокового розповсюдження пухлини виконували динамічну ЕРПХГ. Тимчасове ендопанкреатичне стентування пластиковими ендопротезами 4–5 F проведено у 5 пацієнтів. У 2 хворих, при розповсюдженні пухлини на дистальний відділ ЗЖП втручання закінчували ендобіліарним стентуванням (рис. 5).

Показаннями для виконання ендоскопічної папілектомії при аденомах ВСДК вважаємо:

1. розміри пухлини <3 см;
2. відсутність ендоскопічних ознак злоякісного росту (ерозія пухлини, кровоточивість пухлини при інструментальній пальпації, щільна консистенція новоутворення);
3. відсутність внутрішньопротокового розповсюдження пухлини за даними холангіопанкреатикографії;
4. доброякісний характер пухлини при біопсії.

В 3 випадках спроба ендопротезування виявилася безуспішною: у 2 хворих із-за вираженого бластоматозного

враження ЗЖП провести стент через пухлину не вдалося, а у 1 пацієнта в процесі бужування та стентування зони стенозу виникла кровотеча з пухлини і втручання було припинено. Перед виконанням ендоскопічних втручань на біль в правому підребер'ї скаржились всі хворі. Через 1–2 тижні 216 пацієнтів із числа тих, у кого спроба ендоскопічного протезування виявилася вдалою, відмічали повне припинення больових відчуттів, а 166 — значне їх зменшення. До ендоскопічних транспапільярних втручань жовтуха мала місце у 383 пацієнтів, з них у 213 після успішного стентування вона була повністю ліквідована, а у 170 хоча і зберігалась, але в менш вираженій формі. Об'єктивним доказом цього була динаміка вмісту в крові білірубіну, особливо його зв'язаної фракції. Якщо при госпіталізації рівень загального білірубіну складав 248 ± 26 мкмоль/л, то після втручання він суттєво та достовірно знижувався до $45,3 \pm 9,2$ мкмоль/л (рис. 6).

Відмічена також позитивна динаміка рівня трансамінази (рис. 7). Середній рівень АлАТ в крові достовірно знизився порівняно з початковим. Середній вміст АсАТ до втручання не перевищував нормальних значень, але достовірно знизився на 7–10 сутки після декомпресивного втручання. Зменшення концентрації цих ферментів свідчить про сприятливий вплив ендоскопічних декомпресивних операцій на стан гепатоцитів та ліквідацію цитолітичного синдрому після біліарної декомпресії.

Середній рівень амілази в крові до і після біліарної декомпресії практично не відрізнявся і складав $4,8 \pm 0,63$ та $4,5 \pm 0,52$ мг/(с • л) відповідно. Це свідчить про те, що при правильному проведенні операції функція підшлункової залози не страждає, так як попередня діагностична ЕПСТ дозволяє розмежувати вічка протокових систем та зберегти адекватний відтік соку підшлункової залози через природне устя в ДПК. Середня тривалість функціонування нітінолових стентів в досліджуваній групі неоперабельних хворих склала 1,2 роки з умовою їх заміни у 5 пацієнтів.

Ускладнення та летальність

За даними вітчизняної та іноземної літератури, летальність при обтурації дистального відділу ЗЖП досягає 12%, особливо у хворих похилого віку на фоні механічної жовтяниці та гнійного холангіту, а ускладнення після традиційних декомпресивних оперативних втручань виникають у 21–32% хворих [3,9,10]. Використання вище вказаних ендоскопічних декомпресивних оперативних втручань дозволяє знизити летальність до 1,8% (померло 7 хворих), а кількість ускладнень до 14,8% (кровотеча мала місце у 36 хворих, висхідний гнійний холангіт — у 12, гострий біліарний панкреатит — 9 пацієнтів).

Висновки

Застосування ендоскопічних транспапільярних методів лікування холедохолітіази є найбільш ефективним (за умови перебування хворого у спеціалізованій клініці з сучасним технічним забезпеченням), та сягає 92%.

Ендоскопічна біліарна декомпресія як перший етап хірургічного лікування хворих з доброякісною та злоякісною обтурацією дистального відділу ЗЖП покращує результати радикальних оперативних втручань, а в неоперабельних випадках є ефективним остаточним методом відновлення жовчевідтоку.

Використання транспапільярних методів декомпресії біліарного тракту дозволяє знизити летальність до 1,8%, а кількість ускладнень до 14,8%.

При доброякісних пухлинах ВСДК ендоскопічна папілектомія є ефективною та безпечною альтернативою традиційній трансдуоденальній поліпектомії.

Література

1. Галлінгер Ю.И., Крендаль А.П., Бактагиров Ю.И. (2004) Эндоскопическое транспапиллярное введение эндопротезов в желчные и панкреатические протоки. *Анналы НЦХ РАМН*. 2: 55-59
2. Константинов Б.А., Галлингер Ю.И. (2007) Итоги 20 лет работы отделения эндоскопической хирургии. *Анналы НЦХ РАМН*. 6: 2-5
3. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф., Плавунов Н.Ф. (2004) Заболевания большого сосочка двенадцатипалой кишки. «Камерон». 168 с.
4. Ревякин В.И., Гринев С.В., Прокушев В.С. (2008) Тактика рентгеноэндоскопического лечения холедохолитиаза. *Эндоскопическая хирургия*. 2: 3-5
5. Огородник П.В. (1999) Эндоскопичні методи лікування обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки. *Клінічна хірургія*. 11: 13-16
6. Хрусталева М.В., Крендаль А.П. (1997) Технические аспекты эндоскопических транспапиллярных вмешательств при патологии панкреато-билиарной зоны. *Анналы НЦХ РАМН*. 6: 29-38
7. Costamagna G. (2006) What to do when the papilla bleeds after endoscopic sphincterotomy. *Endoscopy*. 1: 40-42
8. Fogel E.L., Sherman S., Devereaux B.M., Lehman G.A. (2001) Therapeutic biliary endoscopy. *Endoscopy*. 1: 31-38
9. Lai E.C., Lo C.M., Liu C.L. (2010) Endoscopic stenting for malignant biliary obstruction. *World J. Surg.* Vol. 25; 10: 1289-1295
10. Taylor M.C., McLeod R.S., Langer B. (2011) Biliary stenting versus bypass surgery for the palliation of malignant distal bile duct obstruction: a metaanalysis. *Liver Transpl.* Vol. 6; 3: 302-308