

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

*Т.И.Тамм, Б.М.Даценко, К.А.Крамаренко,
В.Б.Борисенко, А.П.Захарчук, В.В.Непомнящий,
И.Н.Мамонтов, Хамам Аббуд*

Харьковская медицинская академия
последипломного образования
Харьков, Украина

Проанализированы результаты ретроградных эндоскопических вмешательств (РЭВ) у 1512 больных с непроходимостью желчных путей. Полное восстановление проходимости желчных протоков достигнуто у 1179 пациентов (78%); временное восстановление пассажа желчи с ликвидацией холангита и механической желтухи — у 242 больных (16%). Неэффективные или неудавшиеся РЭВ были у 91 (6%) пациента. Таким образом, в 94% РЭВ имели значительный лечебный эффект.

Ключевые слова: эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобиллярное дренирование.

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 папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и др. манипуляции) манипуляций, спектр которых очень широк. Хороший лечебный эффект в лечении непроходимости желчных протоков после РЭВ наступает у 69-95% пациентов. [1, 2, 3, 4]. Целью исследо-

вания был ретроспективный анализ результатов таких вмешательств на базе клиники кафедры хирургии и проктологии ХМАПО.

Материалы и методы исследования

Проанализированы отдаленные результаты выполненных РЭВ у 1512 больных, среди которых мужчин было 506 (33,5%), женщин — 1006 (66,5%); возраст больных составил от 18 до 92 лет. Для осмотра БДС и выполнения РЭВ применяли дуоденоскопы JF-B4, JF-1T20, TJF-30 фирмы «Olympus». Контроль состояния внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы выполняли с помощью эхокамер фирм «Aloka», «Simens», «Радмир», конвексным датчиком с частотой 3,5 Гц. Биохимический и клинический анализы крови выполняли унифицированными методиками.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее частым показанием к РЭВ являлись холедохолитиаз, который обнаружен у 998 (66,0%) больных и стеноз БДС, выявленный у 278 (18,4%) пациентов. Другая патология в виде опухоли желчных протоков и головки поджелудочной железы, синдрома Мириззи, деформации БДС в парапапиллярном дивертикуле, хронического и острого панкреатита, дискинезии желчных путей, желчеистечения в брюшную полость после оперативных вмешательств и др. явилась показанием к РЭВ суммарно в 15,6% случаев. Соотношение больных с нарушением проходимости холедоха различной этиологии представлено в табл. 1.

Таблица 1

Соотношение больных с нарушением проходимости холедоха различной этиологии

Выявленная патология	Количество больных
Холедохолитиаз	998 (66,0%)больных
Стеноз БДС	278 (18,4%)больных
Опухоли желчных протоков и головки поджелудочной железы	94 (6,2%)больных
Опухоли БДС	44 (2,9%)больных
Хронический и острый панкреатит	39 (2,6%)больных
Синдром Мириззи	33 (2,2%)больных
Другая патология	26 (1,7%)больных
Всего	1512 (100%)больных

По мере накопления опыта нами было установлено, что порядок выполнения РЭВ зависит от визуально выявленных изменений БДС, качества выполненной канюляции желчных путей и ЭРХПГ, а также данных, полученных при рентгенологическом исследовании.

При выраженных воспалительных изменениях БДС, когда нет сомнений в наличии препятствия в дистальном отделе или холангите, целесообразно сразу производить папиллотомию, а ЭРХПГ выполнять позже, по ходу лечебного вмешательства. Такой подход, на наш взгляд, сокращает время процедуры, позволяет выполнить более качественные холангиографии и, что очень важно, препятствует распространению гнойной желчи из дистальных отделов желчных путей во внутривнутрипеченочные протоки.

При неизменном или малоизменном БДС считаем обязательным в первую очередь выполнить ЭРХПГ, а дальнейшую лечебную тактику необходимо строить на основании полученных рентгенологических данных. Выполнить ЭРХПГ стандартным способом удалось у 1345 (89%) больных. У 166 (11%) пациентов была выполнена диагностическая ЭПСТ, во время которой производили небольшое надсечение устья и ампулы БДС и обнажение устья холедоха для выполнения селективной его канюляции и холангиографии. Такую ЭПСТ выполняли с большой осторожностью в режиме режущего тока, с длиной разреза 4-8 мм.

Из вышеизложенного следует, что РЭВ, состоящие из комплекса диагностических и лечебных вмешательств на БДС, следует выполнять в определенной последовательности, но очередность их может быть разной.

Основными показаниями к РЭВ мы считали холедохолитиаз, стенозирующий папиллит и гнойный холангит. Относительным показанием для выполнения РЭВ были различные стенозы желчных путей, синдром Мириizzi, желчный свищ, хронический панкреатит головки поджелудочной железы, опухолевые стенозы желчных путей, рак БДС и другие. При холедохолитиазе, стенозе БДС и холангите вмешательства были чаще всего радикальными, после которых не требовалось дополнительной коррекции желчных путей. Манипуляции, которые выполнялись по относительным показаниям, носили паллиативный характер, обычно завершались временным дренированием желчных путей и являлись подготовительным этапом к радикальной хирургической операции.

В качестве лечебного пособия у больных с холестаазом применяли ЭПСТ, экстракцию камней холедоха, назобилиарное дренирование (НБД), протезирование желчных протоков в различных сочетаниях, за исключением литотрипсии и баллонной дилатации БДС. Виды выполненных лечебных вмешательств приведены в табл. 2.

Следует отметить, что НБД было выполнено почти у половины пациентов — 649 (43%). Это связано с частым наличием холангита у больных с обтурацией желчных путей и с тем, что лечебные манипуляции у 25-30% пациентов производились в 2-3 этапа с перерывом между этапами в два дня. Каждый из таких этапов пациентов заканчивался установкой НБД для декомпрессии желчных путей и лечения холангита. Стентирование желчных протоков также производили при повторных РЭВ после предварительного НБД.

Таблица 2

Структура и соотношение лечебных РЭВ у больных с холестаазом

Вид вмешательства	Количество вмешательств	%
1. ЭПСТ	529	35
2. ЭПСТ+экстракция камней холедоха	331	22
3. ЭПСТ+экстракция камней холедоха+ НБД	196	13
4. ЭПСТ+НБД	407	27
5. ЭПСТ+НБД+протезирование желчного протока	46	3
6. ЭПСТ+вирсунготомия+экстракция камня панкреатического протока	3	-
Общее число наблюдений	1512	100

Лечебную эффективность РЭВ оценивали как полную, частичную и неэффективную, что представлено в табл. 3. Полное восстановление проходимости желчных протоков, ликвидация холангита и механической желтухи были достигнуты у 1179 (78%) пациентов; временное восстановление пассажа желчи, ликвидация холангита и механической желтухи с помощью эндоскопического дренирования — у 242 (16%) больных. Неэффективные или неудавшиеся РЭВ были у 91 (6%) пациента. Все пациенты второй группы с временным восстановлением пассажа желчи после ликвидации явлений механической желтухи и холангита были оперированы в плановом порядке. В целом в 94% случаев РЭВ имели значительный лечебный эффект у больных с нарушением пассажа желчи различной этиологии.

Таким образом, в хирургии желчных путей РЭВ являются незаменимым методом диагностики и лечения больных с непроходимостью желчных протоков. Учитывая то, что РЭВ представляют собой комплекс различных манипуляций, их следует выполнять в определенной последовательности в зависимости от визуальных данных о состоянии БДС и результатов рентгенологического исследования. Соблюдение этой последовательности позволяет улучшить результаты лечения больных с холестазом и снизить число неудовлетворительных результатов до 6%.

Таблица 3

Эффективность выполненных РЭВ

Степень эффективности лечебных эндоскопических вмешательств	Количество	%
Полное восстановление проходимости желчных протоков, ликвидация холангита и механической желтухи.	1179	78
Временное (частичное) восстановление пассажа желчи, ликвидация холангита и механической желтухи.	242	16
Неэффективное или невыполненное эндоскопическое вмешательство.	91	6
Общее число наблюдений	1512	100

Выводы

1. Диагностические и лечебные мероприятия у больных с непроходимостью желчных путей следует начинать с ретроградных эндоскопических вмешательств. Соблюдение определенной последовательности и правил выполнения манипуляций в ходе ретроградных эндоскопических вмешательств позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных и снизить количество неудачных вмешательств до 6%.

2. Полное или частичное восстановление проходимости желчных путей у пациентов с механической желтухой в результате ретроградных эндоскопических вмешательств достигнуто у 94% пациентов.

Литература

1. Дронов О.И., Насташенко И.Л., Любенко Д.Л., Георгица В.М. Причины незадовільних результатів діагностики та лікування хворих з механіч-

ною жовтяницею та обструкцією жовчовивідних проток // Харківська хірургічна школа. — 2008. — №2. — С. 167-170.

2. Крамаренко К.А. Пути оптимизации эндоскопических методов лечения осложненных форм желчнокаменной болезни и эффективность их применения в нестандартных ситуациях: Автореф. дисс. к.мед.н.:14.01.03. — Харьков: ХГМУ, 2003. — 20 с.
3. Нечитайло М.Ю., Огородник П.В., Підмурняк О.О. та співавт. Лікування холедохолітазу сучасними хірургічними методиками // Шпитальна хірургія. — 2007. — №2. — С. 12-14.
4. Тамм Т.И., Крамаренко К.А., Захарчук А.П., Борисенко В.Б. и др. Ретроградные эндоскопические вмешательства на желчных путях // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2011. — Т. 15, №3. — С. 35-36.

Т.І.Тамм, К.О.Крамаренко, О.Я.Бардюк, В.Б.Борисенко, О.П.Захарчук, В.В.Непомнящий, І.Н.Мамонтов, Хамам Аббуд. Ефективність ретроградних ендоскопічних втручань у хворих з непрохідністю жовчних шляхів. Харків, Україна.

Ключові слова: ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, назобілярне дренивання.

Проаналізовано результати ретроградних ендоскопічних втручань у 1512 хворих з непрохідністю жовчних шляхів. Повне відновлення прохідності жовчних проток досягнуто у 1179 (78%) пацієнтів, тимчасове відновлення пасажу жовчі з ліквідацією холангіту і механічної жовтяниці — у 242 (16%) хворих. Неefективні або невдалі РЕВ були у 91 (6%) пацієнта. Таким чином, у 94% ретроградні ендоскопічні втручання мали значний лікувальний ефект.

T.I.Tamm, K.A.Kramarenko, A.J.Bardyuk, V.B.Borisenko, A.P.Zaharchuk, V.V.Nepomniachtchi, I.N.Mamontov, Hamam Abboud. The effectiveness of retrograde endoscopic interventions in patients with biliary tract obstruction. Kharkiv, Ukraine.

Key words: endoscopic retrograde pankreatoholangiography, endoscopic papillosphincterotomy, nazobiliare drainage.

The results of endoscopic retrograde intervention (REI) in 1512 patients with biliary tract obstruction. Full restoration of patency of the bile duct was achieved in 1179 (78%) patients, temporary restoration of the passage of bile from the liquidation of cholangitis and jaundice — in 242 (16%) patients. Inefficient or failed REI were in 91 (6%) patients. Thus, 94% REI had a significant therapeutic effect.