

УДК 616.367-007.271-089



М.Е. Ничитайло, П.В. Огородник, А.Г. Дейниченко,
О.Г. Бойко, Д.И. Христюк

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБТУРАЦИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова НАМН Украины, Киев

Цель работы — усовершенствовать методики и оценить эффективность миниинвазивных хирургических вмешательств при обтурации дистального отдела общего желчного протока (ОЖП).

Материалы и методы. Исследование основано на опыте лечения в период с 2005 по 2010 г. в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины 334 больных с обтурацией дистального отдела ОЖП различного генеза с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. Для стентирования ОЖП использовали тефлоновые и нитиновые транспапиллярные эндопротезы. Перед выполнением стентирования во всех случаях проводили эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, в 70 % случаев — с предварительной диагностической атипичной папиллотомией.

Результаты и обсуждение. Применение миниинвазивных методик позволило снизить летальность до 2,1 % (умерло 7 больных) и частоту осложнений до 17 % (кровотечение имело место у 37 больных, восходящий гнойный холангит — у 11, острый билиарный панкреатит — у 9 больных). Средняя продолжительность функционирования стентов в исследуемой группе неоперабельных больных составила 1,2 года.

Выводы. Наш опыт эндобилиарного стентирования с использованием транспапиллярных эндопротезов свидетельствует о том, что оно является эффективной альтернативой традиционному хирургическому лечению в инкурабельных случаях. Миниинвазивные вмешательства менее опасны и травматичны, чем лапаротомные операции, и сопровождаются меньшим количеством осложнений. Стентирование ОЖП способствует значительному улучшению качества жизни неоперабельных пациентов благодаря сохранению естественного пути оттока желчи. Установка назобилиарного дренажа при гнойном холангите позволяет подготовить больного к радикальной операции и значительно сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: обтурация дистального отдела общего желчного протока, эндобилиарное стентирование, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

На современном этапе развития гепатобилиарной хирургии остается нерешенной проблема длительной декомпрессии желчевыводящих путей, особенно у инкурабельных больных. Используемая с этой целью методика эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), которая достаточно хорошо освоена и в настоящее время широко применяется в клинической практике, не во всех случаях позволяет обеспечить адекватный от-

ток желчи и поддерживать его в течение продолжительного периода [1]. Объективными трудностями чаще всего являются протяженные (более 1,5—2,0 см) рубцовые стриктуры общего желчного протока (ОЖП), тубулярный стеноз общего желчного протока, опухоли панкреатобилиарной зоны, крупные множественные камни ОЖП, воспалительные или опухолевые изменения в зоне большого сосочка двенадцатиперстной кишки

(БС ДПК), вклиненные камни фатерова соска и другие причины [2, 3]. Стабильной и длительной декомпрессии билиарного тракта можно достичь с помощью традиционного оперативного лечения с формированием билиодигестивных анастомозов, но эти вмешательства травматичны и сопряжены с большим риском у ослабленных больных с тяжелой сопутствующей патологией на фоне выраженной печеночной недостаточности [1, 4]. Поэтому все чаще на смену традиционным приходят миниинвазивные методики, которые являются не только предварительным, но и завершающим этапом в хирургическом лечении обтурации дистального отдела ОЖП [5, 6].

В последние годы все чаще используют эндобилиарное стентирование (ЭБС) гепатикохоледоха с использованием транспапиллярных тефлоновых или металлических эндопротезов (стендов). Применение этого метода позволяет подготовить пациентов с явлениями механической желтухи, гнойного холангита, печеночно-почечной недостаточности к плановой операции, а во многих неоперабельных случаях стентирование является альтернативой хирургическому вмешательству и зачастую применяется как завершающий этап лечения инкурабельных больных [1, 6, 7].

Цель работы — усовершенствовать методики и оценить эффективность миниинвазивных хирургических вмешательств при обтурации дистального отдела общего желчного протока.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основано на опыте лечения в период с 2005 по 2010 г. в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины 334 больных с обтурацией дистального отдела ОЖП различного генеза с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. Средний возраст больных — 63 года (от 23 до 85 лет). Мужчин было 153, женщин — 181.

До выполнения миниинвазивного хирургического вмешательства и на 7–10-е сутки после него у всех больных оценивали следующие клинические параметры и лабораторные данные: уровень аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, билирубина и его фракций, амилазы в крови.

Для стентирования использовали тефлоновые и нитиноловые транспапиллярные эндопротезы, которые устанавливали с помощью дуоденоскопов JF-1T40, JF-T30 (Olympus, Япония) в условиях рентген-телевизионного контроля. Перед выполнением стентирования во всех случаях проводили эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ), в 70 % случаев — с предварительной диагностической атипичной папиллотомией с целью выполнения селективной холангиографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Причины обтурации дистального отдела ОЖП приведены в таблице.

Пациентам с фиксированными конкрементами в дистальном отделе ОЖП после ЭПСТ выполняли манипуляции с целью смещения конкремента в проксимальные отделы ОЖП, где проводили его механическую литотрипсию с последующей литоэкстракцией, а при безуспешном вмешательстве 15 больным выполнили эндобилиарное стентирование пластиковыми стентами диаметром 8–10 F. У 9 пациентов пришлось установить назобилиарный дренаж, через который выполняли санацию желчевыводящих путей «Метрогилом» с целью ликвидации явлений гнойного холангита. Назобилиарный дренаж удаляли через 3–4 суток и выполняли холедохолитотомию, предпочтительнее — из лапароскопического доступа.

Наиболее успешными миниинвазивные вмешательства были у 101 пациента с вклиненными конкрементами в БС ДПК, несмотря на тяжелое общее состояние, обусловленное механической желтухой и проявлениями острого билиарного панкреатита. Во всех случаях выполняли атипичную папиллотомию — вскрывали торцевым папиллотомом крышу ампулы БС ДПК. После того как в полость ДПК кишки выпадал вклиненный конкремент, тщательно санировали билиарное дерево растворами антисептиков. При наличии конкрементов в ОЖП выполняли литоэкстракцию, у 37 больных дополненную механической литотрипсией.

Больным с множественными крупными не удаляемыми эндоскопически конкрементами в ОЖП после ЭПСТ выполняли ЭБС пластиковым стентом диаметром 8F, санацию желчных протоков проводили раствором антисептика и готовили больного к лапароскопической либо традиционной холедохолитотомии (рис. 1).

При раке БС ДПК 37 (50 %) больным выполняли супрапапиллярную холедоходуоденостомию (СПХДС), 22 (30 %) больным при переходе опухо-

Т а б л и ц а
Причины обтурации дистального отдела ОЖП

Патология	Количество больных
Холедохолитиаз	166
Фиксированные камни БС ДПК	101
Фиксированные камни ОЖП	65
Рак БС ДПК	74
Рак головки поджелудочной железы	45
Кисты головки поджелудочной железы	32
Хронический панкреатит с тубулярным стенозом ОЖП	17

левого процесса на дистальные отделы ОЖП — СПХДС с ЭБС пластиковым стентом диаметром 8F и готовили их к операции. У 15 (20 %) неоперабельных больных с раком БС ДПК выполняли СПХДС и ЭБС пластиковым стентом, затем через 2 нед проводили замену пластикового стента на металлический (нитиноловый) с памятью формы диаметром 1 см (рис. 2).

У 45 больных с раком головки поджелудочной железы лечебная тактика была следующей: 25 (56 %) пациентам выполняли ЭБС пластиковым стентом и готовили их к радикальной операции, у 20 (44 %) неоперабельных больных с метастазами в печень — ЭБС пластиковым стентом с последующей заменой его на нитиноловый. Контрольную ЭРПХГ проводили через 1, 3, 6 и 12 мес.

У 18 (56 %) пациентов с кистой головки поджелудочной железы и механической желтухой выполняли эндоскопическую цистодуоденостомию, а у 14 (44 %) — цистогастростомию (рис. 3).

У 17 больных с тубулярным стенозом ОЖП выполняли ЭБС пластиковым стентом как предварительный декомпрессионный этап хирургического лечения. Через 7—9 сут, после ликвидации желтухи и явлений холангита, проводили оперативное лечение: 10 (59 %) больным — продольную панкреатоюностомию, 7 (41 %) — операцию Фрея.

В 3 случаях попытка эндопротезирования оказалась безуспешной: у 2 больных из-за выраженного blastomatozного поражения ОЖП провести стент через опухоль не удалось, а у 1 пациента в процессе бужирования и стентирования возникло кровотечение из опухоли и вмешательство было прекращено.

Перед выполнением миниинвазивных вмешательств на боль в правом подреберье жаловались все больные. Через 1—2 нед 186 пациентов из числа тех, у кого попытка эндопротезирования оказалась удачной, отмечали полное прекращение болевых ощущений, а 145 — значительное их уменьшение. До вмешательства желтуха имела место у 332 пациентов, из них у 182 после успешного стентирования она была полностью купирована, а у 150 хотя и сохранялась, но в менее выраженной, убывающей степени. Объективным доказательством этого была динамика содержания в крови билирубина, особенно его связанной фракции. Если при госпитализации уровень общего билирубина составлял (236 ± 26) мкмоль/л, то после вмешательства он значительно и достоверно снижился до $(45,3 \pm 9,3)$ мкмоль/л.

Отмечена также положительная динамика уровня трансаминаз (рис. 4). Средний уровень аланинаминотрансферазы в крови достоверно снизился по сравнению с исходным. Среднее содержание аспартатаминотрансферазы до вмешательства не превышало нормальных значений, но достоверно снизилось к 7—10-м суткам после установки эндопротеза. Уменьшение концентрации этих фер-

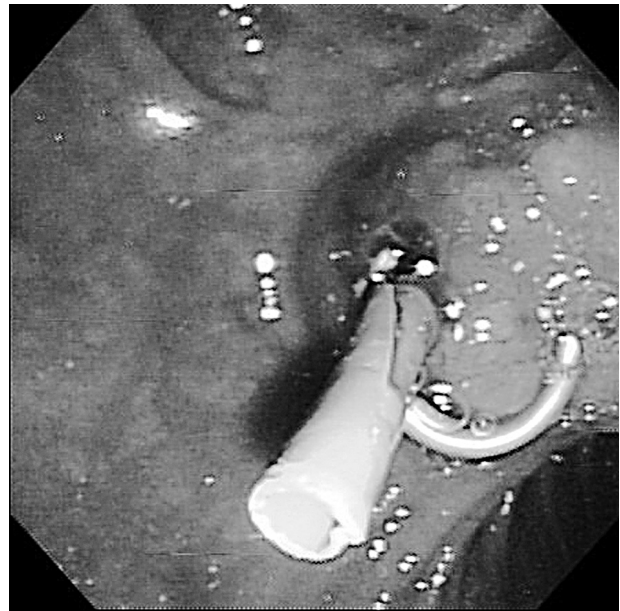


Рис. 1. Эндобилиарное стентирование тефлоновым стентом

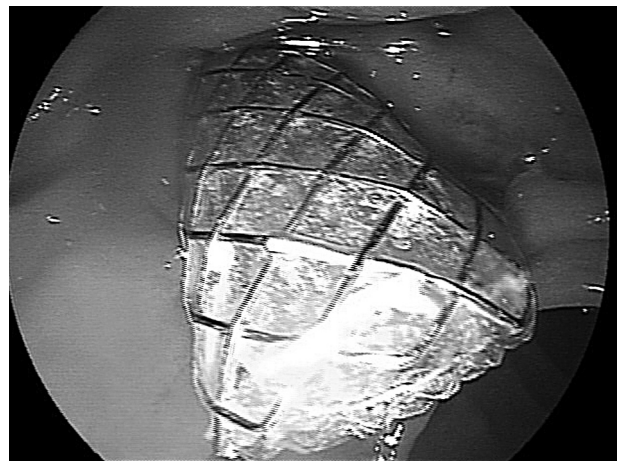


Рис. 2. Эндобилиарное стентирование нитиноловым эндопротезом

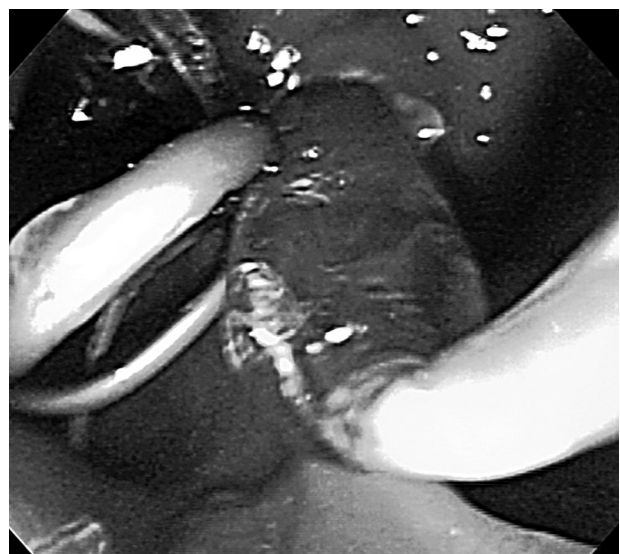


Рис. 3. Эндоскопическая цистогастростомия

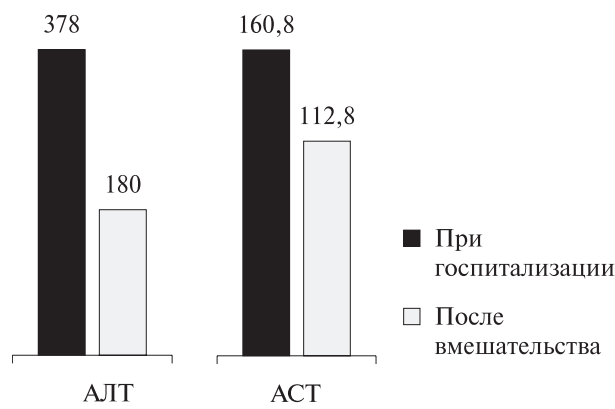


Рис. 4. Изменение уровня трансаминаз, нмоль/(с·л)

ментов свидетельствует о благоприятном влиянии стентирования на состояние гепатоцитов и купирование цитолитического синдрома после билиарной декомпрессии. Средний уровень амилазы в крови до и после эндопротезирования ОЖП практически не отличался и составил $(4,8 \pm 0,63)$ и $(4,5 \pm 0,52)$ мг/(с·л) соответственно. Это свидетельствует о том, что при правильном проведении вмешательства функция поджелудочной железы не страдает, так как предварительная диагностическая ЭПСТ позволяет сохранить адекватный отток сока железы через естественное устье ее протока.

Средняя продолжительность функционирования стентов в исследуемой группе неоперабельных больных составила 1,2 года.

Осложнения и летальность

По данным литературы, летальность при обтурации дистального отдела ОЖП достигает 12 %, особенно у лиц пожилого возраста на фоне механической желтухи и гнойного холангита, а осложнения после традиционных хирургических вмешательств возникают у 21–32 % больных [3, 8–10]. Применение упомянутых миниинвазивных методик позволило снизить летальность до 2,1 % (умерло 7 больных) и частоту осложнений до 17 % (кровотечение имело место у 37 больных, восходящий гнойный холангит — у 11, острый билиарный панкреатит — у 9 больных).

ВЫВОДЫ

Наш опыт эндобилиарного стентирования с использованием транспапиллярных эндопротезов свидетельствует о том, что оно является эффективной альтернативой традиционному хирургическому лечению в инкурабельных случаях.

Миниинвазивные вмешательства менее опасны и травматичны, чем лапаротомные операции, и сопровождаются меньшим количеством осложнений.

Стентирование общего желчного протока способствует значительному улучшению качества жизни неоперабельных пациентов благодаря сохранению естественного пути оттока желчи.

Установка назобилиарного дренажа при гнойном холангите позволяет подготовить больного к радикальной операции и значительно сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Литература

1. Беляев А.А., Климов А.В. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой желчно-каменного происхождения // Хирургия.— 1988.— № 9.— С. 24–27.
2. Галлингер Ю.И., Крендаль А.П., Бақтагиров Ю.И. Эндоскопическое транспапиллярное введение эндопротезов в желчные и панкреатические протоки // Анналы НЦХ РАМН.— 2004.— № 2.— С. 55–59.
3. Константинов Б.А., Галлингер Ю.И. Итоги 20 лет работы отделения эндоскопической хирургии // Анналы НЦХ РАМН.— 2007.— № 6.— С. 2–5.
4. Ревякин В.И., Гринев С.В., Прокушев В.С. Тактика рентген-эндоскопического лечения холедохолитиаза // Эндоскопическая хирургия.— 2008.— № 2.— С. 3–5.
5. Хрусталева М.В. Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи // Анналы НЦХ РАМН.— 1997.— № 6.— С. 39–42.
6. Хрусталева М.В., Крендаль А.П. Технические аспекты эндоскопических транспапиллярных вмешательств при патологии панкреатобилиарной зоны // Анналы НЦХ РАМН.— 1997.— № 6.— С. 29–38.
7. Costamagna G. What to do when the papilla bleeds after endoscopic sphincterotomy // Endoscopy.— 2006.— N 1.— P. 40–42.
8. Fogel E.L., Sherman S., Devereaux B.M., Lehman G.A. Therapeutic biliary endoscopy // Endoscopy.— 2001.— N 1.— P. 31–38.
9. Lai E.C., Lo C.M., Liu C.L. Endoscopic stenting for malignant biliary obstruction // World J. Surg.— 2010.— Vol. 25, N 10.— P. 1289–1295.
10. Taylor M.C., McLeod R.S., Langer B. Biliary stenting versus bypass surgery for the palliation of malignant distal bile duct obstruction: a metaanalysis // Liver Transpl.— 2011.— Vol. 6, N 3.— P. 302–308.

М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, А.Г. Дейниченко, О.Г. Бойко, Д.І. Христюк

МІНІІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ОБТУРАЦІЇ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ

Мета роботи — вдосконалити методики та оцінити ефективність мініінвазивних хірургічних втручань при обтурації дистального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП).

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на досвіді лікування у період з 2005 до 2010 р. у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу Національного інституту хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України 334 хворих з обтурацією дистального відділу ЗЖП різного генезу із застосуванням мініінвазивних хірургічних втручань. Для стентування ЗЖП використовували тefлонові та нітинолові транспапілярні ендопротези. Перед стентуванням в усіх випадках проводили ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, в 70 % випадків — з попередньою діагностичною атипичною папілотомією.

Результати та обговорення. Застосування мініінвазивних методик дало змогу знизити летальність до 2,1 % (померло 7 хворих) та частоту ускладнень до 17 % (кровотеча мала місце у 37 хворих, висхідний гнійний холангіт — в 11, гострий біліарний панкреатит — у 9 хворих). Середня тривалість функціонування стентів у досліджуваній групі неоперабельних хворих становила 1,2 року.

Висновки. Наш досвід ендобілярного стентування з використанням транспапілярних ендопротезів свідчить про те, що воно є ефективною альтернативою традиційному хірургічному лікуванню в інкурабельних випадках. Мініінвазивні втручання менш небезпечні і травматичні, ніж лапаротомні операції, і супроводжуються меншою кількістю ускладнень. Стентування ЗЖП сприяє значному поліпшенню якості життя неоперабельних пацієнтів завдяки збереженню природного шляху відтоку жовчі. Встановлення назобілярного дренажу при гнійному холангіті дає змогу підготувати хворого до радикальної операції та значно скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі.

Ключові слова: обтурація дистального відділу загальної жовчної протоки, ендобілярне стентування, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

М. Ye. Nychitailo, P.V. Ogorodnik, A.G. Deinichenko, O.G. Boiko, D.I. Khristiuk

MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR COMMON BILE DUCT DISTAL OBSTRUCTION

The aim — to improve methods and evaluate the effectiveness of mini-invasive surgery for the distal common bile duct (CBD) obturation.

Materials and methods. The study is based on the treatment experience in the period from 2005 to 2010 at the department of laparoscopic surgery and cholelithiasis of 334 patients with of the CBD distal obturation by various origins using mini-invasive surgery. For CBD stenting teflon and nitinol transpapillar implants were used. Before stenting in all cases the endoscopic retrograde pancreatocholangiography, in 70 % of cases — the previous diagnostic atypical papillotomy was performed.

Results and discussion. The use of mini-invasive techniques has allowed to reduce the mortality rate to 2.1 % (7 patients died) and the incidence of complications by 17 % (bleeding occurred in 37 patients, ascending suppurative cholangitis — in 11, acute biliary pancreatitis — 9 patients). The average stent compatibility duration in the treatment group of inoperable patients was 1.2 years.

Conclusions. Our experience of endobiliary stenting using transpapillar endoprosthesis suggests that it is an effective alternative to traditional surgical treatments in incurable cases. Minimal intervention less dangerous and traumatic than laparotomy surgery and accompanied by fewer complications. CBD stenting has greatly improved the life quality in inoperable patients by preserving natural bile outflow way. Nasobiliary drainage in suppurative cholangitis allows to prepare the patient for radical surgery and significantly reduce the patients's hospital stay time.

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