



М. Е. Ничитайло,
П. В. Огородник,
А. Г. Дейниченко,
В. И. Коломийцев,
Д. И. Хрыстюк

Национальный институт
хирургии и трансплантологии
им. А.А. Шалимова, г. Киев

© Коллектив авторов

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Резюме. Проанализированы результаты эндоскопического лечения 3225 больных с осложненными формами холедохолитиаза в период с 2000 по 2012 год. Успех эндоскопических операций составил 92,5 %, осложнения возникли у 5,1 %.

Ключевые слова: большой сосочек двенадцатиперстной кишки – общий желчный проток – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитиаз.

Введение

Заболеваемость желчнокаменной болезнью на сегодняшний день остается высокой и в структуре заболеваний органов пищеварения составляет около 30-40 %. Частота желчнокаменной болезни среди населения развитых стран варьирует от 10 до 15 %, и больше чем у 17 % больных ее течение осложняется холедохолитиазом. В Украине, среди больных хроническим калькулезным холециститом конкременты в общем желчном протоке встречаются у 8-17 % пациентов [1-3, 5]. Вопросы выбора хирургической тактики, сроков выполнения и объема оперативного вмешательства на желчевыводящих путях у больных холедохолитиазом, а так же роль и место транспапиллярных эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе продолжают оставаться не согласованными, и часто вызывают разногласия у хирургов.

Материалы и методы исследования

Нами исследованы результаты эндоскопического лечения 3225 больных с осложненными формами холедохолитиаза, находящихся в отделении лапароскопической хирургии и холелитиаза в период с 2000 по 2012 г. Среди исследованных пациентов было 2060 (63,9 %) женщин и 1165 (36,1 %) мужчин. Средний возраст больных составил 55 ± 12 лет.

Эндоскопические вмешательства выполняли в рентгеноперационной при помощи дуоденоскопов JF-1T 40, TJF-160 VR Olympus, электрохирургического блока Olympus, аргоноплазменного коагулятора «ЭКОНТ 0701», торцевых и канюляционных сфинктеротомов, корзин и механических литотриптеров фирм Boston Scientific, Olympus и Microvasive Endoscopy.

Результаты исследований и их обсуждение

Наиболее частыми клиническими проявлениями холедохолитиаза у 95 % пациентов являлись болевой синдром, обтурационная желтуха и ознобы, обусловленные обструкцией желчных путей, холангитом и острым билиарным пакреатитом. Скрытая форма забо-

левания характеризуется полным отсутствием симптомов заболевания и имела место у 5 % наблюдений.

К осложненным формам холедохолитиаза относим:

- 1) множественный холедохолитиаз;
- 2) фиксированные конкременты дистального отдела общего желчного протока (ОЖП);
- 3) крупные камни ОЖП;
- 4) вклиненные камни большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК);
- 5) синдром Мириizzi;
- 6) болезнь Кароли.

1. Множественный холедохолитиаз. К множественному холедохолитиазу относим случаи наличия 3 и более конкрементов в билиарной системе, диктующие необходимость применения специфической тактики лечения. В результате исследования, данная форма заболевания выявлена у 1075 (33,3 %) пациентов с холедохолитиазом. Следует отметить, что безжелтушная форма болезни отмечена нами в 7,5 % наблюдений, что объясняется наличием фасетированных конкрементов различной формы и размеров, создающих предпосылки для обтекания их желчью. В клинической практике применяли активную и активно-выжидательную тактику лечения.

Активную тактику применяем при наличии не более 3 камней в желчных протоках путем их одномоментного поочередного удаления либо механической литотрипсии.

При наличии множественных конкрементов (от 4 до 25), которые имели место у 69 % больных, с целью снижения лучевой нагрузки была предпринята активно-выжидательная тактика эндоскопического лечения.

Активно-выжидательная тактика лечения множественного холедохолитиаза:

- 1) адекватная ЭПСТ (субтотальная);
- 2) удаление дистального конкремента или группы дистальных конкрементов, считывая на дальнейшее самостоятельное отхождение камней либо их фрагментов в просвет двенадцатиперстной кишки;



- 3) инфузионная, антибактериальная и спазмолитическая терапия, холекинетики;
- 4) ежедневный УЗИ контроль;
- 5) при гнойном холангите – назобилиарное дренирование или эндобилиарное стентирование (рис. 1).



Рис. 1. ЭРПХГ. Эндобилиарное стентирование

Балонную дилатацию дистального отдела ОЖП после ЭПСТ применяли у 112 пациентов (рис. 2).

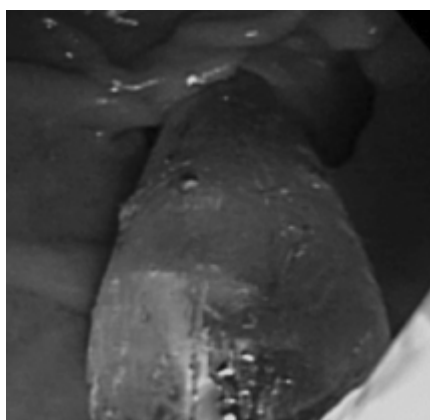


Рис. 2. Балонная дилатация папиллотомного отверстия

Наиболее частой причиной безуспешного эндоскопического лечения множественного холедохолитиаза является плотная obturация холедоха камнями различной формы в виде «монетного столба», что не дает возможности раскрыть литотриптор или корзину для их захвата. Оперативному лечению подлежали 58 больных, при этом у 26 пациентов протоки санированы из традиционного, а у 32 – из лапароскопического доступа.

В целом, предложенная нами тактика, позволила в 94,6 % случаев достичь успешных результатов лечения и в 3-4 этапа полностью санировать желчные протоки пациентов. Наиболее важным условием успешного эндоскопического лечения множественного холедохолитиаза считаем соответствие размеров протоковых конкрементов диаметру дистального

отдела ОЖП и произведенной папиллосфинктеротомии.

2. Фиксированные конкременты дистального отдела ОЖП. Анализ собственных наблюдений показал, что данная форма холедохолитиаза встречалась у 320 (9,9 %) больных. Сложности эндоскопического лечения у этой категории больных обусловлены плотной фиксацией камня в интрапанкреатическом отделе ОЖП, что не давало возможности обойти конкремент инструментом с целью его захвата и удаления (рис. 3).



Рис. 3. Балонная дилатация папиллотомного отверстия

В таких клинических ситуациях применяем следующие приемы:

- 1) смещение конкремента с зоны вклинения в проксимальном направлении и биопсионными щипцами, либо металлическим тубусом литотриптера;
- 2) дробление конкремента литотрипторной корзиной, проведенной в протоки мимо фиксированного камня по гидрофильной струне.

При безуспешном эндоскопическом лечении традиционная холедохолитотомия выполнена у 22 пациентов, а лапароскопическая – у 17 больных.

3. Крупные конкременты гепатохоледоха. Транспапиллярная механическая литотрипсия, внедренная в 1982 году Riemann et al., является эффективным методом лечения крупных конкрементов в желчных протоках, повышающая общий клинический успех эндоскопического лечения холедохолитиаза до 80-95 % случаев [4]. В нашей работе мы применяли ее у 1315 (40,8 %) больных (рис. 4).

Показаниями к выполнению механической литотрипсии считаем:

- 1) конкременты диаметром > 15 мм;

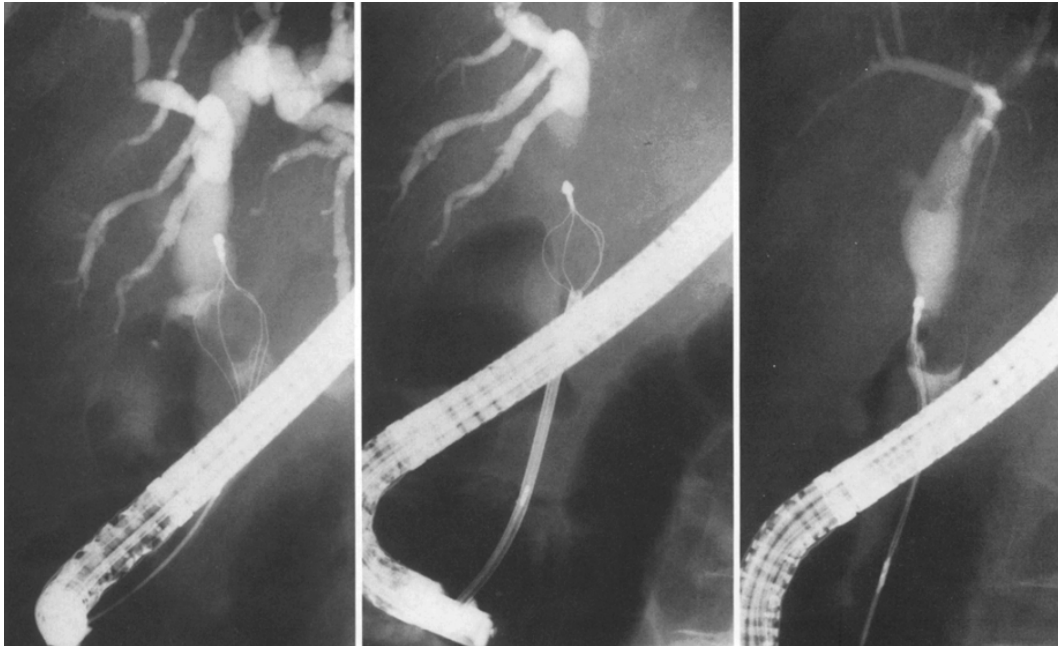


Рис. 4. Этапы выполнения механической литотрипсии

- 2) анатомически узкая интрапанкреатическая часть ОЖП;
- 3) неадекватное папиллотомное отверстие;
- 4) холедохолитиаз при наличии тубулярного стеноза ОЖП и стриктур желчных протоков.

Анализируя наши результаты лечения больных с крупными конкрементами (> 25 мм в диаметре), эндоскопическое лечение часто бывает безуспешным и связано, как правило, с невозможностью захватить конкремент корзинкой литотриптора. С целью ликвидации высокой механической желтухи и гнойного холангита мы применяли эндобилиарное стентирование у 28 пациентов пожилого возраста с единичными конкрементами и тяжелой сопутствующей патологией. Все остальные случаи подлежали оперативному лечению, преимущественно из лапаротомного доступа. Эндобилиарное стентирование выполняли пластиковыми стентами 10 F double pigtail (рис. 5).

В комплекс лечения обязательно включали препараты урсодезоксихолевой кислоты. У 11 больных через 3 месяца было отмечено уменьшение размеров конкрементов, что позволило впоследствии захватить их литотриптором и фрагментировать в один или несколько этапов.

4. Вклинённые конкременты большого сокочка двенадцатиперстной кишки. Среди больных холедохолитиазом частота камней локализующихся в ампуле БСДК составляет от 5 до 15 %, мы наблюдали его у 475 (14,7 %) пациентов с холедохолитиазом. Камни этой локализации приводят к развитию патологических процессов во всех органах панкреатобилиарной зоны, вызывая тем самым обтурационную

желтуху, стойкий болевой синдром, холангит, острый панкреатит.

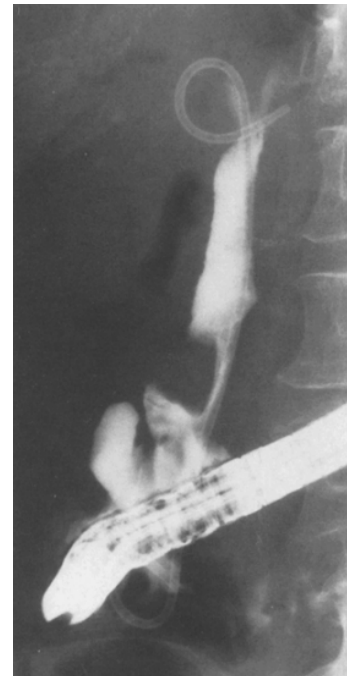


Рис. 5. Эндобилиарное стентирование

В нашей клинике все больные с вклинёнными камнями БСДК подлежали эндоскопическому лечению, преимущественно с использованием атипичской торцевой папиллотомии (рис. 6).

После адекватного рассечения крыши сокочка игольчатым папиллотомом, конкременты в большинстве случаев с током желчи и гноя отходят в полость двенадцатиперстной кишки.



У 44 пациентов, после выполнения торцевой папиллотомии были выявлены крупные фасетированные конкременты, которые вклинились в зоне собственного сфинктера ОЖП. В этих случаях, после папиллотомии самостоятельного отхождения конкрементов не происходило, и их удаляли путем смещения в проксимальные отделы холедоха жестким инструментом, с последующим захватом и экстракцией корзиной Дормиа. У 128 пациентов имели место изолированные камни вклиненные в сосочек, у остальных – сочетанные конкременты желчных протоков. У 13 больных с ампулярным холедохолитиазом наблюдали пролежни конкрементов с формированием папиллярных и супрапапиллярных свищей, как правило с гнойным отделяемым. В таких ситуациях также применяли торцевую папиллотомию, сосочек освобождали от конкремента, а далее выполняли ЭРПХГ и необходимые эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ).

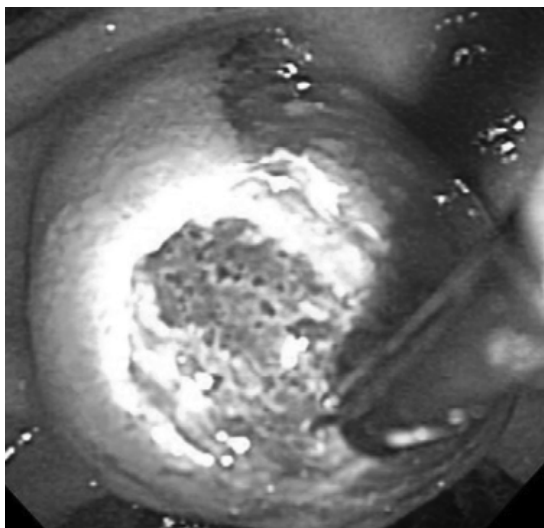


Рис. 6. Торцевая папиллотомия

5. Синдром Мириizzi. Мы в своей работе выполняли ЭТПВ при синдроме Мириizzi у 35 (1,1 %) больных. По классификации Scendes (1989), тип I при синдроме Мириizzi отмечали у 22 %, тип II – у 36 %, тип III – у 31 %, и тип IV – у 11 % больных (рис. 7).

Следует заметить, что ЭТПВ при данном синдроме являются достаточно трудоемкими и нередко безрезультативными. У 14 пациентов, при помощи механического литотриптора, удалось обойти и фрагментировать причинный конкремент. Полноценный захват конкремента в таких ситуациях, как правило не возможен, по этому выполняем краевую литотрипсию, путем поэтапного бокового захватывания и дробления конкремента частями. У 14 больных с высокой механической желтухой и симптомами гнойного холангита предо-

перационно произведены различные варианты назобилиарного дренирования и временного эндобилиарного стентирования. У 7 пациентов с широким холецисто-холедохеальным свищом, через свищевое отверстие были эндоскопически удалены также и все конкременты с желчного пузыря. Впоследствии у этих больных произошло сморщивание пузыря, что не потребовало в дальнейшем выполнения холецистэктомии.



Рис. 7. Синдром Мириizzi, тип V Scendes

6. Болезнь Кароли. Данное заболевание, впервые описанное в 1958 году, представляет собой врожденную патологию, характеризующуюся мультифокальной сегментарной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков. (рис. 8).

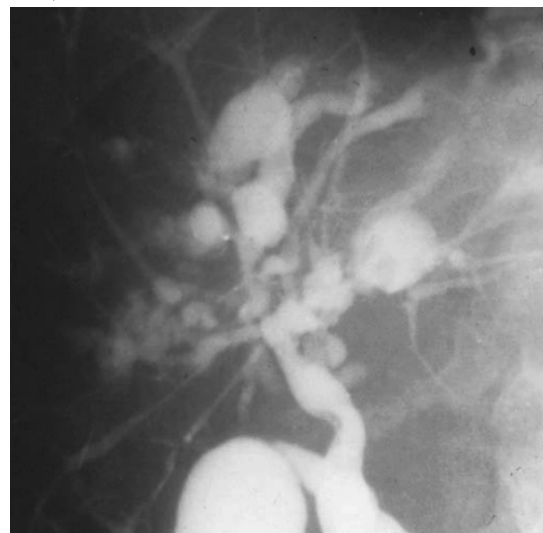


Рис. 8. Болезнь Кароли

Чаще встречается синдром Кароли, представляющий собой сочетание кистозного расширения внутрипеченочных желчных протоков и врожденного фиброза печени. До определенного времени эти заболевания протекают

бессимптомно. При развитии внутривенного холелитиаза у таких больных появляются симптомы холангита и обтурационная желтуха. Эндоскопическое лечение было предпринято нами у 5 (0,2 %) больных. Частичное удаление причинных конкрементов выполнялось путем многократных этапных инструментальных ревизий и последующих санаций кистозно-расширенных протоков растворами антисептиков. В комплекс лечебных мероприятий обязательно включали антибиотики и урсофальк до 20 мг/кг в сутки. В дальнейшем такие больные нуждаются в хирургическом лечении (парциальная гепатэктомия, трансплантация печени).

Анализ современных публикаций свидетельствует о том, что частота осложнений после выполнения ЭТПВ у больных с холедохолитиазом достигает 9,8 %, по нашим данным она составила 5,1 %. Большинство этих осложнений не представляют особой опасности, но встречаются и те, которые в случаях поздней диагностики и несвоевременного лечения могут представлять значительную угрозу для жизни пациента.

Обобщая наш опыт выполнения ЭТПВ, мы наблюдали клинически значимое кровотечение у 2,7 % пациентов. Речь в данном случае, идет о кровотечениях, проявляющихся гематомезисом, меленой, падением цифр гемоглобина крови, требующих гемотрансфузию, а также выполнение эндоскопического, рентген-интервенционного или хирургического гемостаза.

Эндоскопический гемостаз является эффективным методом остановки кровотечения в большинстве случаев. Мы в своей работе доказали, что комплексное использование всего арсенала эндоскопических методов остановки кровотечения в комбинации с рациональной консервативной терапией эффективно в 99,7 % случаев (рис. 9). У 3 больных потребовалась ангиографическая остановка кровотечения, а при ее безуспешности у 1 пациента – дуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда.

Острый панкреатит является одним из наиболее частых осложнений ЭТПВ и его частота, по данным литературы, составляет от 2 до 7,

5 %. Мы наблюдали это осложнение у 2,4 % больных. У 56 % пациентов наблюдалось легкое течение заболевания, у 35 % – средней тяжести и у 9 % – асептический либо инфицированный панкреонекроз.

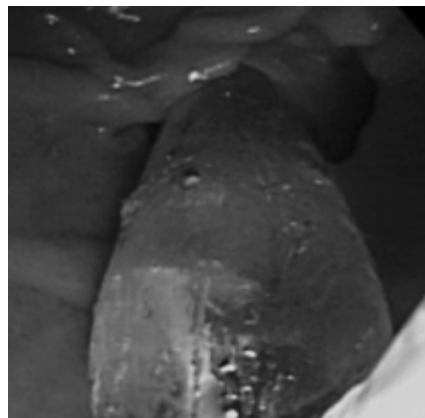


Рис. 9. Баллонная дилатация папиллотомного отверстия

Ретроуденальная перфорация как осложнение ЭТПВ, по сообщениям зарубежных авторов в настоящее время встречается в 0,3-1,3 % случаев, с послеоперационной летальностью достигающей 14 %. Мы наблюдали это осложнение у 3 (0,09 %) из 3225 эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

Выводы.

Приоритетным методом лечения осложненных форм холедохолитиаза является эндоскопический транспапиллярный.

Этапные эндоскопические вмешательства при множественном холедохолитиазе позволяют добиться успеха в лечении данной патологии у 95 % пациентов.

Среди осложнений ЭТПВ наиболее часто встречается кровотечение и легкие формы острого панкреатита, в большинстве случаев поддающиеся эндоскопическому и консервативному лечению.

Наш опыт применения различного лечебно-диагностического алгоритма показывает, что использование преимуществ миниинвазивных технологий позволяет эффективно лечить пациентов с холедохолитиазом, существенно снижая сроки послеоперационной и трудовой реабилитации больных.



ЛИТЕРАТУРА

1. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. / М. Ю. Ничитайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук и др. // – К. : Здоров'я, 2005. – 424 с.
2. Огородник П. В. Эндоскопичні методи лікування обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки. / П. В. Огородник // Клін. хірургія. – 1999. – № 11. – С. 13-16.
3. Caddy R. Grant. Symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones. / R. Grant Caddy // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. – 2006. – Vol. 20, №. 6. – P. 1085-1101.
4. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. / O. J. Shah, M. A. Dar, M. A. Wani, N. A. Wani // ANZ J. Surg. – 2001. – Vol. 71. – P. 423-427.
5. Yonem O. Clinical characteristics of Caroli's syndrome. / O. Yonem, Y. Bayraktar // World J Gastroenterol. – 2007, April 7. – Vol. 13 (13). – P. 1934-1937/

МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗА

*М. Е. Нічитайло,
П. В. Огородник,
А. Г. Дейніченко,
В. І. Коломийцев,
Д. І. Христюк*

Резюме. Проаналізовано результати ендоскопічного лікування 3225 хворих з ускладненими формами холедохолітазу в період з 2000 по 2012 рік. Успіх ендоскопічних операцій склав 92,5%, ускладнення виникли у 5,1%.

Ключові слова: великий сосочок дванадцятипалої кишки, загальний жовчний протік, ендоскопічна папілосфинктеротомія, холедохолітаз.

MINIMALLY-INVASIVE SURGERY OF COMPLICATED FORMS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

*M. Y. Nychytaylo,
P. V. Ogorodnyk,
A. G. Deynychenko,
V.I. Kolomytsev, D. I. Hrystiuk*

Summary. Results of treatment of 3225 patients with complicated forms of choledocholithiasis over a 12 year period have been studied. Complications of endoscopic treatment occurred in 5,1 %, success rate of bile duct clearance was 92,5 %.

Key words: major duodenal papilla, common bile duct, endoscopic sphincterotomy, choledocholithiasis.