

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

В.В. Бойко, И.А. Криворучко, А.М. Тищенко, А.В. Малоштан, В.М. Феськов, Р.М. Смачило, Р.С. Шевченко, А.С. Иванников

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков

РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты лечения 80 больных обтурационным холестазом доброкачественной этиологии. Из них 42 пациента были оперированы с помощью малоинвазивных технологий, традиционные оперативные пособия выполнены в 38 случаях.

Рассмотрены клинические ситуации, в которых применение эндоскопических технологий оказалось неэффективным или нецелесообразным.

Анализ полученных результатов показывает, что малоинвазивные технологии являются высокоэффективными оперативными вмешательствами при обтурационном холестазе, однако традиционные оперативные вмешательства не потеряли актуальности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь, обтурационный холестаз, малоинвазивные технологии

ВВЕДЕНИЕ

Последнее десятилетие в развитии билиарной хирургии характеризуется внедрением малоинвазивных эндоскопических технологий в клиническую практику. Благодаря совершенствованию медицинской техники лапароскопическая холецистэктомия стала «золотым стандартом» в лечении больных калькулёзным холециститом. По данным мировой статистики, 95% выполняемых холецистэктомий приходится на лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) [1, 2]. Стремительно развиваются и совершенствуются эндобилиарные вмешательства, такие как эндоскопические папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и папиллосфинктеродилатация (ЭПСД), холедохолитоэкстракция [3, 4, 5]. На сегодняшний день хирургия обтурационного холестаза на почве желчнокаменной болезни (ЖКБ) располагает следующими оперативными подходами:

1. Холецистэктомия + наружное или внутреннее дренирование билиарной системы;
2. ЭПСТ или ЭПСД + ЛХЭ;
3. ЭПСТ или ЭПСД + дистантная или

контактная литотрипсия + ЛХЭ;

4. ЛХЭ + лапароскопическое вмешательство на холедохе: холедохолитотомия, наложение билиодigestивного анастомоза, антеградная папиллосфинктеротомия;
5. Комбинированные методики.

Очевидно, что выбор оперативного вмешательства при обструкции билиарной системы зависит от многих факторов: состояния больного, квалификации и опыта хирурга, методических установок лечебного учреждения, его материально-технической оснащённости. Современные тенденции таковы, что материально-техническое состояние клиники является едва ли не ведущим фактором, определяющим стандарты лечения больного.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Харьковском институте общей и неотложной хирургии АМН Украины с 1990 по 2003 годы оперированы 80 больных обтурационным холестазом доброкачественной этиологии. Причины механической желтухи представлены в табл. 1.

Таблица 1

Причины механической желтухи

Диагноз	Панкреатит	Холедохолитиаз	Холедохолитиаз + холангит	Холедохолитиаз + стеноз БДС	Стеноз БДС	Стеноз БДС + холангит	Холедохолитиаз + стеноз БДС + холангит	Холангит	Стеноз холедоха
Острый холецисто-панкреатит	3	2	3	3	4	—	—	—	—
Хронический холецисто-панкреатит	7	1	1	7	3	5	4	—	—
Хронический рецидивирующий холецистит	—	8	5	2	—	1	4	—	—

Острый холецистит	–	4	2	3	1	–	3	1	1
ПХЭС	–	–	–	–	–	–	2	–	–
Всего	10	15	11	12	8	6	13	1	1

Длительность холестаза составляла от 3 дней до 3 месяцев. Возраст пациентов – от 27 до 84 лет. Из них 30 (37,5%) составили мужчины, 50 (62,5%) – женщины.

В зависимости от вида оперативного вмешательства пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 38 больных, которым была выполнена открытая операция. Большинство из них оперировались до внедрения в клиническую практику ЛХЭ. С 1997 года в Харьковском институте общей и неотложной хирургии АМН Украины стали применять лапароскопическую технологию, с помощью которой были оперированы 42 больных, составивших 2-ю группу.

При поступлении всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование гепатопанкреато-билиарной системы. При этом особое внимание обращалось на ширину общего печёчного и общего желчного протоков, которая, по нашим данным, у 78% пациентов превышала 1 см. Внутривнутрипечёчные желчные ходы были расширены у 98,6%. Оценивались также состояние печёчной паренхимы, ширина воротной вены. К сожалению, следует отметить, что эффективность ультразвуковой диагностики холедохолитиаза в нашем исследовании не превышала 40%. Метод не позволяет увидеть терминальный отдел холедоха, где чаще всего локализуется патологический процесс, значительные трудности возникают при диагностике формирующихся стриктур желчных протоков, когда расширение их проксимального отдела еще незначительно. Поэтому данный метод мы считаем ценным скрининговым исследованием для диагностики механической желтухи, однако идентификация причины билиарной обструкции с помощью УЗИ часто бывает затруднительной.

До внедрения в практику эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) окончательная диагностика состояния внепечёчных желчных путей проводилась во время операции на основании визуальной оценки, пальпации, зондирования, а также интраоперационных дебитометрии, холангиоанометрии, холангиографии. О неблагоприятии свидетельствовали расширение холедоха свыше 8 мм, пальпаторное обнаружение конкрементов, симптом щелчка при зондировании большого дуоденального сосочка (БДС), высокое остаточное давление в холедохе и малый дебит желчи, камни или стеноз холедоха, выявленные по данным холангиографии. Лечебная тактика была индивидуализирована в зави-

симости от выявленной патологии. При наличии стенозирующего папиллита выполнялась трансдуоденальная папиллосфинктеропластика (ТДПСП). Анатомическим условием для выполнения данного оперативного вмешательства считалось расширение холедоха не более 1,5 см. БДС рассекался на 1,8–2 см. Абсолютным противопоказанием к ТДПСП считали острый панкреатит.

Тубулярный стеноз протяженностью свыше 2 см и расширение холедоха более 1,5 см служили показаниями к наложению холедоходуоденоанастомоза. Для профилактики несостоятельности швов анастомоза операцию дополняли наружным дренированием холедоха.

На современном этапе в клинике у большинства пациентов проводится двухэтапное лечение обтурационного холестаза при помощи миниинвазивных технологий. При отсутствии показаний к неотложному оперативному вмешательству первостепенной задачей мы считали диагностику и коррекцию патологии протоковой системы. Такая тактика представляется обоснованной и доказала свою жизнеспособность в случаях хронической формы ЖКБ, а также при острых проявлениях заболевания, которые купируются консервативной терапией. У этой категории больных на 1-м этапе нами выполняется ЭРХПГ, которая является общепризнанным методом исследования желчевыводящей системы и поджелудочной железы. По её данным решается несколько задач: диагностика причин желчной гипертензии и определение уровня обструкции, выявление функциональных и анатомических изменений внепечёчных желчных путей и БДС, решение вопроса о возможности эндоскопической коррекции нарушений. Достоверность полученных данных в нашем исследовании достигает 95% (И.В. Сарян, 1992). При обнаружении стеноза БДС, конкрементов холедоха, величина которых позволяет провести холедохолитозэкстракцию или надеяться на самопроизвольное отхождение через папиллотомное отверстие нами выполняется ЭПСТ. После санации билиарной системы проводилась контрольная ЭРХПГ для оценки достигнутого лечебного эффекта.

При невозможности радикальной эндоскопической коррекции патологии желчных протоков у больных механической желтухой или холангитом, на наш взгляд, необходимо попытаться выполнить декомпрессию билиарной системы, что способствует ликвидации явлений холангита. После стихания вос-

палительного процесса может быть предпринята попытка окончательной санации желчевыводящих путей при повторном эндоскопическом вмешательстве. Операциями выбора являются повторная субтотальная или тотальная папиллотомия. Показаниями к ЭПСТ в сочетании с наружным билиарным дренированием считают гнойный холангит и множественные неудалённые конкременты. Транспапиллярный дренаж препятствует повторному вклинению камня. Такая тактика применена нами у 4-х больных. Активная санация билиарного дерева растворами антисептиков позволила в течение 2-3 суток добиться заметного клинического улучшения. В дальнейшем этим больным была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Такой подход требует определённого опыта и практических навыков врача-эндоскописта. При наличии сомнений в возможность окончательной эндоскопической коррекции желчеоттока, считаем необходимым выставлять показания к традиционному оперативному пособию, особенно при персистенции желтухи и холангита. Разумеется, неудачная попытка эндоскопического разрешения обтурационного холестаза является показанием к лапаротомии.

Более сложной клинической задачей является сочетание механической желтухи с деструктивным холециститом. В этой ситуации мы придерживаемся более активной тактики. Ургентно выполняется ЛХЭ с интраоперационной холангиографией, результаты которой определяют дальнейший ход операции. При обнаружении мелких конкрементов в холедохе, которые возможно удалить при ЭПСП, операция ограничивается холецистэктомией и дренированием холедоха через пузырный проток. Затем, через 2-3 суток, выполняется ЭПСТ и холедохолитозэкстракция. Обнаружение крупных камней холедоха нами расценивается как показание к традиционной методике оперирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Виды применённых оперативных вмешательств в обеих группах представлены в табл. 2.

Таблица 2

Виды операций

1-й этап	2-й этап	Количество
¹ ЛХЭ	–	2
² ЭПСТ	–	10(4**)
³ ЛХЭ	ЭПСТ	2
ЭПСТ	ЛХЭ	28(2***)
⁴ ЭПСТ	ХЭ, дренаж холедоха	1
⁵ ЭПСТ	ХЭ, ХДА	5(2*)
⁶ ХЭ, дренирование холедоха	ЭПСТ	2(1*)
⁷ ХЭ, ХДА, дрени-	–	17(14*)

рвание холедоха		
⁸ ХЭ, дренирование холедоха	–	6 (2*)
ТДПС	–	7*

* – операция выполнена до внедрения ЛХЭ.
** – ЭПСТ+ наружное билиарное дренирование
*** – конверсия

¹ – больная 39 лет, оперирована в ургентном порядке по поводу острого холецистопанкреатита, острой механической желтухи. На операции обнаружена гангрена желчного пузыря. Послеоперационный период протекал гладко. На 12 сутки больная выписалась из клиники. У второй пациентки 80 лет мы встретились с гангреной желчного пузыря и холедохолитиазом. В связи с декомпенсацией сердечно-сосудистой системы оперативное лечение было ограничено ЛХЭ и дренированием протоковой системы. На 5-е послеоперационные сутки развился острый инфаркт миокарда, приведший к смерти. На аутопсии послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости выявлено не было.

² – шесть пациентов отказались от второго этапа лечения, трём больным после ликвидации явлений желтухи было рекомендовано воздержаться от операции в связи с выраженной сопутствующей патологией, одна больная 72 лет, умерла на 2-е сутки после ЭПСТ от явлений полиорганной недостаточности.

³ – больные были оперированы в ургентном порядке по поводу острого холецистита, выполнена ЛХЭ. У одной больной клинические проявления желтухи возникли на 5-е сутки послеоперационного периода, у другой – на 23, когда пациентка была выписана из клиники. Эндобилиарное вмешательство позволило ликвидировать явления обтурационного холестаза.

⁴ – больной 30 лет, страдающей ожирением 3 степени, была выполнена ЭПСТ с экстракцией 2 камней из холедоха, один камень извлечь не удалось. Надежды на самопроизвольное отхождение конкремента не оправдались. Через 5 суток после эндобилиарного вмешательства больной выполнена окрытая операция.

⁵ – двое больных оперированы до внедрения ЛХЭ, причиной желчной обструкции являлся стенозирующий папиллит. У двух больных открытое оперативное вмешательство было выполнено по поводу стенозирующего папиллита, неустранённого ЭПСТ. 1 больной имел крупные камни холедоха.

⁶ – больной 62 лет, оперировался на этапе становления мининвазивной технологии в нашем институте по поводу хронического холецистопанкреатита, холедохолитиаза, стенозирующего папиллита, острой механи-

ческой желтухи. Была выполнена открытая операция. В послеоперационном периоде сформировался неполный наружный желчный свищ. По данным фистулографии обнаружен стеноз терминального отдела холедоха. На 29 послеоперационные сутки выполнена ЭПСТ, после чего свищ закрылся. На 49 сутки пребывания в клинике больной выписан в удовлетворительном состоянии. Вторая больная 64 лет, оперировалась до клинического внедрения ЛХЭ по поводу хронического холецисто-панкреатита, стенозирующего папиллита, острого холангита, хронической механической желтухи. Функциональные пробы: дебит – 18 мл/мин, остаточное давление в холедохе – 180 мл.вод.ст, зонд 2 мм проходит в двенадцатиперстную кишку со щелчком. Интраоперационная холангиография выявила сужение терминального отдела холедоха. Операция завершена дренированием холедоха. Через 12 суток больной выполнена ЭПСТ. На 29 сутки выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

⁷ – 14 больных оперировано до внедрения эндоскопических технологий. 3 больных оперированы по классической методике по техническим причинам.

⁸ – у одной больной при ФГДС выявлен стенозирующий папиллит, вколоченный камень в БДС. Второй пациент шёл на оперативное лечение по поводу объёмного образования печени, занимающего левую и часть правой долей печени. На операции выявлен абсцесс печени, холедохолитиаз. Третья больная 71 года, оперировалась в ургентном порядке по поводу острого холецисто-панкреатита, стенозирующего папиллита, острой механической желтухи. На операции выявлен флегмонозный холецистит, расширенный холедох. По техническим причинам эндоскопическое вмешательство не смогли выполнить у одной больной.

Перейти к лапаротомии были вынуждены дважды. В первом случае причиной конверсии послужил диагностированный во время ЛХЭ пузырно-толстокишечный свищ, который впоследствии был иссечён и ушит на кишечнике. Больная была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии на 16 суток после операции.

Во втором случае выполнить лапаротомию вынудило кровотечение из ложа желчного пузыря у больного механической желтухой, страдающего циррозом печени.

При применении описанной тактики возникли следующие послеоперационные осложнения (табл. 3).

С момента клинического освоения ЛХЭ в 1997, в Харьковском институте общей и не-

отложной хирургии АМН Украины с использованием эндоскопических технологий были оперированы 42 больных. Открытое оперативное вмешательство выполнено в 11 случаях, в 4 из них от миниинвазивной технологии пришлось отказаться исключительно по техническим причинам. Двое больных оперированы в период, когда коллектив не располагал достаточным опытом малоинвазивных вмешательств и предпочтение было отдано отработанным открытым методикам. Лишь в 5-и наблюдениях не удалось произвести декомпрессию билиарной системы эндоскопически, причиной тому явились:

1. Крупные конкременты в холедохе – 2
2. Стенозирующий папиллит, по-видимому, в данных ситуациях у больных имелся стеноз терминального отдела холедоха – 2
3. Вколоченный конкремент в БДС – 1

Таблица 3
Послеоперационные осложнения

Осложнения	1-я группа	2-я группа
Инфекционно-воспалительные раны	2	6
Тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей	2	1
Панкреатит	4	7
Эксудативный плеврит	1	1
Пневмония	1	1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1*	–
Острая печеночная недостаточность	2	–
Острая почечная недостаточность	–	1
Полиорганная недостаточность	1*	–
Острые церебральные нарушения	–	1
Острое желудочно-кишечное кровотечение	–	1
Острая кишечная непроходимость	–	1
Кровотечение из ложа желчного пузыря	1	–
Эвентерация	–	1
Абсцесс (инфильтрат) брюшной полости.	–	2
Всего	14	23

* – осложнение, приведшее к смерти

Наш опыт показывает, что указанные осложнения лимитируют применение миниинвазивных технологий, по крайней мере в тех лечебных учреждениях, которые не обладают возможностью проведения эндоскопических вмешательств на холедохе или ударно-волновыми литотрипторными установками, и являются показаниями к выполнению открытой операции.

ВЫВОДЫ

1. Лечебно-диагностические стандарты при

- обтурационном холестазе зависят от материально-технической оснащённости.
2. Эндоскопические технологии являются эффективным оперативным вмешательством при обструкции билиарной системы доброкачественного генеза.
 3. ФГДС и, по возможности, ЭРХПГ долж-

- ны входить в обязательную диагностическую программу больных механической желтухой.
4. В определённых клинических ситуациях классические оперативные методики являются операциями выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. // *Анналы хир. гепатол.* 1998. № 3. С. 16-19.
2. Nakeeb A., Pitt H.A. // *Hepato-Gastroenterology.* 1995. № 42 (4). P.332-337.
3. Rosental R.J., Rossi R.L., Martin R.F. // *Wld J. Surg.* 1998. № 22. P. 1125-1132.
4. Nakeeb A., Pitt H.A. // *Hepato-Gastroenterology.* 1995. Vol 4. № 42. P.332-337.
5. Rosental R.J., Rossi R.L., Martin R.F. // *Wld J. Surg.* 1998. № 22. P. 1125-1132.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОГО ХОЛЕСТАЗУ ДОБРОЯКІСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

В.В. Бойко, І.А. Криворучко, О.М. Тищенко, О.В. Малоштан, В.М. Феськов, Р.М. Смачило, Р.С. Шевченко, А.С. Іванніков

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України, м. Харків

РЕЗЮМЕ

Проаналізовано результати лікування 80 хворих на обтураційний холестаз доброякісної етіології. З них 42 пацієнта були оперовані за допомогою малоінвазивних технологій, традиційні оперативні втручання виконані в 38 випадках.

Розглянуто клінічні ситуації, у яких застосування ендоскопічних технологій виявилось неефективним чи недоцільним.

Аналіз отриманих результатів показує, що малоінвазивні технології є високо ефективними оперативними втручаннями при обтураційному холестазі, однак традиційні оперативні втручання не втрапили актуальності.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: жовчнокам'яна хвороба, обтураційний холестаз, малоінвазивні технології

MODERN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF NON BENIGN OBSTRUCTIVE CHOLESTASIS

V.V. Boyko, I.A. Kryvoruchko, A.M. Tischenko, A.V. Maloshtan, V.M. Feskov, R.M. Smachylo, R.S. Shevchenko, A.S. Ivannicov

Research Institute of General and Urgent Surgery, Kharkiv

SUMMARY

80 patients with benign obstructive cholestasis were analysed. Among them 42 patients were operated on with the help of minimally invasive approach, conventional operations were performed with 38 patients. Clinical cases, in which endoscopic treatment have failed, were discussed.

Obtained results show that minimally invasive approach is highly effective in obstructive cholestasis, but conventional operations are still indicated in certain clinical situation.

KEY WORDS: cholelithiasis, obstructive cholestasis, minimally invasive technologies