

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.366-002-073.75

Е. А. Баулина, А. В. Алленов, А. А. Баулин, О. Н. Щёкин, В. А. Николашин,
О. А. Николашин, В. А. Баулин, Р. Р. Ильясов, О. А. Баулина

РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОГРАФИЯ В НОВОЙ СХЕМЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ БИЛИРУБИНЕМИЕЙ

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» МЗ РФ (ректор — проф. А. И. Кислов)

Ключевые слова: холецистит, эндохирургия

Введение. Длительный опыт клинического применения ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктерграфии (ЭПСТ) показал их высокую информативность и эффективность при заболеваниях панкреатобилиарной системы [2, 4, 7]. К сожалению, выполнение их может быть неудачным у 5–35% пациентов. К неудачам относятся безуспешные попытки канюляции большого дуоденального сосочка (БДС) и контрастирование соответствующей протоковой системы — они обусловлены анатомическими изменениями двенадцатиперстной кишки (ДПК) и БДС, невозможностью установки эндоскопа в удобную позицию, плохой подготовкой больных, неопытностью эндоскописта, плохой визуализацией отверстия и др. [1, 3, 5]. Обладая высокой диагностической и лечебной эффективностью, из-за вынужденной травматизации при поиске отверстия, эти манипуляции таят в себе опасность возникновения осложнений, достигающих при ЭРХПГ 0,6–3,6%, при ЭПСТ — 13% и летальности соответственно до 0,2 и 3% [6, 8, 9].

При наличии у больных желтухи, которая чаще всего бывает механического характера и требует, несомненно, быстрого разрешения, тактически хирурги при наличии и доступности ЭРХПГ и ЭПСТ стараются выполнить эти манипуляции в первую очередь [1, 6]. Второй проблемой при деструктивном холецистите, по нашему мнению — первой и более важной, является наличие и необходимость удаления очага воспаления. Поэтому перед хирургом стоит дилемма: как поступить, увязывая все эти обстоятельства. К этому присоединяются проблемы, связанные с оснащением лечебных учреждений, наличием необходимого оборудования в других ЛПУ и их возможности, очередность и др. Задержка с выполнением ЭРХПГ и ЭПСТ на 12–48 ч при отсутствии холангита не является критической. Оставление же очага деструкции и гнойного воспаления может иметь значительные отрицательные последствия в плане увеличения частоты как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности. Изменение схемы оказания помощи, где первично выполняется холецистэктомия, дополненная дренированием общего желчного протока (ОЖП), быстро разгрузит желчевыводящую

Сведения об авторах:

Баулина Екатерина Анатольевна (e-mail: baoulin@mail.ru), Алленов Александр Владимирович (e-mail: burdenko@e-pen.ru),
Баулин Анатолий Афанасьевич (e-mail: baoulin@mail.ru), Щёкин Олег Николаевич (e-mail: burdenko@e-pen.ru),
Николашин Валерий Александрович (e-mail: med@ascular.ru), Николашин Олег Александрович (e-mail: nikolashin07@mail.ru),
Баулин Владимир Анатольевич (e-mail: bushroot1984@gmail.com), Ильясов Руслан Рамильевич (e-mail: diamonddoctor@mail.ru),
Баулина Ольга Александровна (e-mail: olga.kosenko@mail.ru),
Пензенский институт усовершенствования врачей, 440060, г. Пенза, ул. Стасова, 8А

систему и купирует холангит, как угрожающее состояние. Вмешательство на желчевыводящих путях для выяснения причин билирубинемии, особенно у тяжёлых больных и если протоки малого диаметра, во избежание серьёзных последствий — лучше отложить на второй этап. При такой ситуации, а при холангите естественно, когда холангиография противопоказана, можно дожидаться купирования холангита и выполнить трансдренажную холангиографию. Расчленение операции, особенно если они малоинвазивные, — всегда благо для больного вследствие их малой травматичности и лёгкой переносимости.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты выполнения ЭРХПГ и ЭПСТ за 6 лет. Всего выполнено ЭРХПГ у 120, а ЭРХПГ с ЭПСТ — у 232 больных. За это время количество неудачных попыток составило 24,8%, осложнения отмечены у 7,6% при летальности 0,6%. Повторные ЭПСТ выполнялись у 13 пациентов. Женщины составили 74,9%, мужчины — 25,1%.

Результаты и обсуждение. Причинами неудачных исследований были папиллярные дивертикулы, аденома БДС, атипия БДС, рак головки поджелудочной железы, стеноз устья БДС, контрастирование протока поджелудочной железы, невозможность рассмотреть устье и канюлировать ОЖП, недостаточная медикаментозная подготовка и обеспечение. Во многом в поиске БДС и отверстия в нем помогало наличие дренажа в ОЖП, через который вводили стерильный раствор и был виден вытекающий в ДПК. Это было решающим в поиске БДС у 21,4%. За первые 3 года из 189 пациентов попытка контрастирования желчевыводящей системы при недренированном ОЖП не была достигнута у 38,9%, в последние годы эта цифра изменилась в лучшую сторону именно из-за дренированного ОЖП и стала составлять 14,8%.

Данное вмешательство не обходится без осложнений: панкреатит — у 16 (выраженный панкреатит у 3, двое из которых умерли от панкреонекроза), кровотечение — у 7, дуоденобилиарный рефлюкс — у 2, холангит — у 1, вклинение корзинки Дормиа — у 1 пациента. Мы обратили внимание на следующие факты: тяжёлые формы панкреатита (панкреонекроза) редки, но молниеносны. Фактически нет явной причинной связи с ЭРХПГ и ЭПСТ по выраженности этого грозного осложнения. Операции протекали технически просто и быстро, не повреждалось устье панкреатического протока, не было явного попадания контраста в панкреатический проток. У пациентов было ожирение, все они оперированы в «холодный» период. Летальность при развитии панкреонекроза при панкреатите составила 13%.

Большинство осложнений при операции ЭПСТ удалось излечить медикаментозными средствами и эндоскопическим способом.

При сравнении результатов ЭРХПГ и ЭПСТ двух групп больных, у которых первым этапом выполнялась разгрузка желчевыводящей системы, а вторым холецистэктомия, отличались в худшую сторону от группы больных, в которой первым этапом удалялся очаг инфекции (холецистэктомия) и дренировался ОЖП для разгрузки желчевыводящей системы. Отличие заключалось в технически более простом выполнении холецистэктомии, благоприятном течении послеоперационного периода, уменьшении количества осложнений, возрастании процента выполнения ЭРХПГ. Самое главное, что у более чем $\frac{2}{3}$ больных с билирубинемией после трансдренажной холангиографии не обнаружено препятствия, и им не была показана ЭРХПГ. Тем самым мы не подвергали этих больных опасности развития осложнений, связанных с ретроградными процедурами. Из 19 больных потребовалось выполнение ЭПСТ у 16, в последующем классическая операция выполнена у 2 из-за отсутствия показаний для проведения ЭПСТ при камне диаметром более 1,5 см. Заклинённая корзинка Дормиа извлечена экстренно после холедохотомии. Следует заметить, что наличие дренажа в ОЖП, кроме того, помогает вымывать камни из протока после ЭПСТ.

Это же и подтверждается результатами лечения при экстренной ситуации у 248 больных с острым холециститом, сопровождающимся билирубинемией от 29,54 до 167,16 ммоль/л. Только у 63 (25,4%) из них при УЗИ обнаружен или подозревался холедохолитиаз. 20 пациентов оперированы классически из-за перитонита. Первым этапом у 248 больных мы выполняли видеолaparоскопическую холецистэктомию и дренировали ОЖП. У 168 (67,8%) — интраоперационно обнаружены признаки возможного сдавления общего печеночного протока или ОЖП за счёт отёка или рубцового процесса связки, тесного спаяния связки с Гартмановским карманом, особого хода пузырного протока, возможной визуальной патологии печени и др. В послеоперационном периоде при трансдренажной холангиографии у 44 (17,7%) — обнаружены камень или камни диаметром до 1 см и ОЖП около 1 см. И только у 11 (4,4%) пациентов обнаружены протоки диаметром свыше 1,5 см и камни свыше 1 см. Отсутствие явных признаков внешнего давления на протоки при невысоких цифрах гипербилирубинемии мы отметили у 9 (3,6%) и объясняли это эндотоксикозом за счёт основного процесса — острого холецистита. В обеих группах в сроки 3–5 дней уровень билируби-

на нормализовался. У 7 (2,9%) — препятствие не было обнаружено, билирубин не изменялся, у них был повышенный уровень активности ферментов, что говорило о гепатитах нерасшифрованной природы. Среди остальных 9 (3,6%) больных причиной билирубинемии явились панкреатит, папиллит, дивертикулы ДПК, стриктуры, опухоль (из них только у 2 потребовалась хирургическая коррекция). При выполнении контрольной рентгеновской чрездренажной холангиоскопии, холангиографии у 184 (74,2%) пациентов камней и каких-либо препятствий желчеоттока не обнаружено, уровень билирубина приходил в норму через несколько дней и не повышался при пережатии дренажа. При детальной разработке группы из 486 больных во время операции холецистэктомии дренирован ОЖП у 60, лишь у 23 (38%) — при трансдренажной холангиографии обнаружен холедохолитиаз, разрешенный успешно ЭПСТ у 14, и только у 9 — потребовались операции на ОЖП, которые проведены целенаправленно через мини-доступ без осложнений.

Выводы. 1. С целью предотвращения развития осложнений, связанных с ЭРХПГ, у больных с билирубинемией необходимо вначале выполнять холецистэктомию эндоскопическим способом, дренировать ОЖП, проводить трансдренажную холангиографию как более безопасную, а затем уже при необходимости выполнять ЭПСТ и другие малоинвазивные операции.

2. Применение малотравматичных методов эффективно и безопасно и может быть рекомендовано для копирования в практике, особенно при недостаточном обеспечении лечебного учреждения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Башилов В. П., Брехов Е. И., Малов Ю. Я., Василенко О. Ю. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. 2005. № 10. С. 40–45.
- Ветшев П. С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Росс. журн. гепатол., колопроктोल. 1999. № 3. С. 18–24.
- Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М., 2006. 362 с.
- Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулуто А. М., Прудков М. И. Желчнокаменная болезнь. М., 2000. 286 с.
- Кононенко С. Н., Лимончиков С. В. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности мининвазивных технологий, направленных на ее ликвидацию // Хирургия. 2011. № 9. С. 4–10.
- Савельев В. С. 80 лекций по хирургии. / Под ред. В. С. Савельева. М., 2008. 378 с.
- Шевченко Ю. Л., Ветшев П. С., Стойко Ю. М. и др. Оптимизация диагностического алгоритма и повышение эффективности малоинвазивных хирургических вмешательств при механической желтухе // Анналы хир. гепатол. 2008. № 4. С. 96–101.
- Шкроб О. С., Кузин Н. М., Дадвани С. А. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. 1998. № 9. С. 52–59.
- Archer S.B. et al. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. results of a national survey // Ann. Surg. 2001. Vol. 234, № 4. P. 549–558.
- Baron T. H., Kozachek R. A., Carroloice D. L. ERCP. MedSfera. 2008. 524 s.

Поступила в редакцию 24.12.2012 г.

Е. А. Баулина, А. В. Алленов, А. А. Баулин,
О. Н. Шчекин, В. А. Николашин, О. А. Николашин,
В. А. Баулин, Р. Р. Ильясов, О. А. Баулина

RETROGRADE COLANGIOPANCREATOGRAPHY (RCG) AND ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROGRAPHY (EPG) IN NEW SCHEME OF ENDOSURGICAL STRATEGY OF TREATMENT OF CHOLECYSTITIS ACCOMPANIED BY BILIRUBINEMIA

Institute of Advanced Medical Studies, Penza

The article is devoted to the substantiation of strategy changes in acute cholecystitis and the bilirubinemia of obscure etiology. At the first stage the treatment was started from RCG in 120 patients and RCG with EPG in 232 patients. The results obtained were not very good, there being many organizational problems. At the second stage the laparoscopic cholecystectomy with drainage of the common bile duct (228 patients) were performed in 248 patients with acute cholecystitis and increased bilirubin from 29,54 till 167,16 millimole/l. Furthermore, the postoperative transdrainage cholangiography was made in 184 (74,2%) patients, the stones or the obstruction of bile secretion weren't found. The classical intervention on common bile duct was required only to 4 patients, for the rest EPG was performed according to the indications. EPG was the most effective and the results were the best.

Key words: *cholecystitis, endosurgery, strategy*