

УДК 616.367 – 003.7 – 072.1 – 089

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Габриэль С.А., Дынько В.Ю., Гучетль А.Я., Гольфанд В.В., Цитович Ф.В.

МУЗ «Городская больница №2 «Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение» (МУЗ ГБ №2 «КМЛДО»), Краснодар, e-mail: gb2@kmldo.ru

Нами проанализирована эффективность эндоскопических методов диагностики и лечения пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза в условиях муниципального многопрофильного лечебно-диагностического учреждения за период 2008–2010 гг. Общее количество пациентов составило 318 человек. В эту группу были включены пациенты с механическим препятствием оттоку желчи неонкологического генеза и повышенным уровнем билирубина более 20 мкмоль/л, большую часть которой составляли пациенты с желчно-каменной болезнью, осложненной механической желтухой – 230 (72,3%). Нами использовался практически весь спектр как диагностических, так и лечебных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, применяемых при билиарной гипертензии: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция и литотрипсия (ЭМЛЭ, ЭМЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), бужирование, стентирование, а также эндоскопическую контактную электрогидравлическую литотрипсию конкрементов и баллонную дилатацию холедоха. Эффективными наши вмешательства были у 303 больных (95,3%), неэффективны у 15 больных (4,7%). Осложнения имели место у 17 (5,3%) больных. Летальность в этой группе больных не отмечена.

Ключевые слова: РХПГ, механическая желтуха, эндоскопические чреспапиллярные вмешательства, желчно-каменная болезнь, холедохолитиаз

ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME BENIGN ETIOLOGY

Gabriel S.A., Dynko V.Y., Guchetl A.Y., Golfand V.V., Citovich F.V.

Municipal health care facility city hospital №2, Krasnodar municipal medical diagnostic association (MHCF CH №2 «KMMDA»), Krasnodar, e-mail: gb2@kmldo.ru

We analyzed the effectiveness of endoscopic through the papillary interventions in diagnosis and treatment of obstructive jaundice syndrome benign etiology in the municipal multidisciplinary treatment and diagnostic facilities for 2008–2010. The total number of patients was 318. This group included patients with mechanical outflow of bile is not an obstacle of cancer genesis and elevated bilirubin levels over 20 mmol / l, most of whom were patients with cholelithiasis complicated by obstructive jaundice – 230 (72,3%). We used the whole range of both diagnostic and therapeutic endoscopic through the papillary interventions used in biliary hypertension: endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), endoscopic papillotomy, endoscopic stone extraction, mechanical lithotripsy, nasobiliary drainage, biliary tract bougienage, biliary stenting, electrohydraulic lithotripsy (shock wave lithotripsy), biliary balloon dilatation. Our intervention was effective in 303 patients (95,3%), ineffective in 15 patients (4,7%). Complications occurred in 17 (5,3%) patients. Mortality in this group of patients was not marked.

Keywords: ERCP, obstructive jaundice, endoscopic through the papillary interventions, gallstone disease, choledocholithiasis

Заболевания органов панкреато-билиарно-дуоденальной зоны, сопровождающиеся билирубинемией, находятся в центре внимания хирургов в связи как с увеличением их количества, так и со сложностью диагностики и лечения.

Развитие малоинвазивных методов диагностики этой группы больных показало разнообразие причин, вызывающих холестаза. По данным различных авторов, наиболее частой причиной холестаза доброкачественного генеза являются: холедохолитиаз – 16–31%, первичный изолированный стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) – 2,3–32,2%, хронический панкреатит – 2,1–11,6%, стриктура холедоха – 1,7–7,4% [Сажин В.П., 1997 г., Ярема И.В., 1999 г., Егиев В.Н., 2000 г., Старков Ю.Г., 2003 г., Ермаков Е.А., 2003 г.]. В большинстве случаев эндоскопические методики позволяют малоинвазивно устранить причину холестаза и восстано-

вить желчеотток, выступая как окончательный метод лечения или в качестве подготовительного этапа к основной операции.

Цель исследования – определение эффективности эндоскопических методов в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза.

Материалы и методы исследования

Общее количество пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза, прошедших обследование и лечение в условиях нашей клиники за период 2008–2010 гг., составило 318 человек. В эту группу были включены пациенты с механическим препятствием оттоку желчи неонкологического генеза и повышенным уровнем билирубина более 20 мкмоль/л. В нашей клинике используется практически весь спектр как диагностических, так и лечебных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, применяемых при билиарной гипертензии. Основными являются: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия

(ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция и литотрипсия (ЭМЛЭ, ЭМЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), а также бужирование и стентирование. В качестве дополнительных использовали эндоскопическую контактную электрогидравлическую литотрипсию конкрементов и баллонную дилатацию холедоха.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от причин билиарного блока больные распределились следующим образом:

Таблица 1
Распределение больных в зависимости от вида патологии (N-318)

Вид патологии	Абсолютное число	%
Желчно-каменная болезнь (ЖКБ). Холецисто-холедохолитиаз	163	51,3
Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Холедохолитиаз	67	21
ЖКБ. Транзиторная желтуха (с холецистолитиазом или ПХЭС)	62	19,5
Хронический осложненный панкреатит	34	10,7
Острый панкреатит. Панкреонекроз	14	4,4
Стриктура ТОХ	6	1,9
Блоки или рубцовые стриктуры холедоха ятрогенного генеза (ЯПХ, перенесенные в анамнезе операции и др.)	7	2,2

Из табл. 1 видно, что больше всего пациентов было с желчно-каменной болезнью, осложненной механической желтухой – 230 (72,3%).

Также определяется довольно большая группа (62 больных) с транзиторной жел-

тухой и подозрением на холедохолитиаз (незначительной дилатацией холедоха при трансабдоминальном УЗИ, невыраженной билирубинемией). В этой группе при выполнении РХПГ или РХПГ с ЭПТ и ревизией холедоха конкрементов не выявлено. Хочется отметить, что по нашему убеждению количество больных в этой группе должно быть максимально приближено к нулю. Мы считаем, что данные диагностические вмешательства у этой категории больных должны быть заменены применением эндоскопического УЗИ или магнитно-резонансной холангиографии.

Средний возраст больных составил $48 \pm 0,5$ лет. В связи с этим определяется выраженность и разнообразие сопутствующей патологии, представленной в табл. 2.

Таблица 2
Характер сопутствующей патологии

Наименование сопутствующей патологии	Абсолютное количество	%
Гипертоническая болезнь	97	30,5
Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность	102	32
Ишемическая болезнь сердца	94	29,6
Сахарный диабет	23	7,2
Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки	18	5,7
Ожирение	11	3,5
Хроническая обструктивная болезнь легких	3	0,9
Хроническая почечная недостаточность	3	0,9
Беременность	1	0,3

Из табл. 2 видно, что основная масса сопутствующей патологии представлена заболеваниями сердечно-сосудистой системы, иногда сочетанного характера.



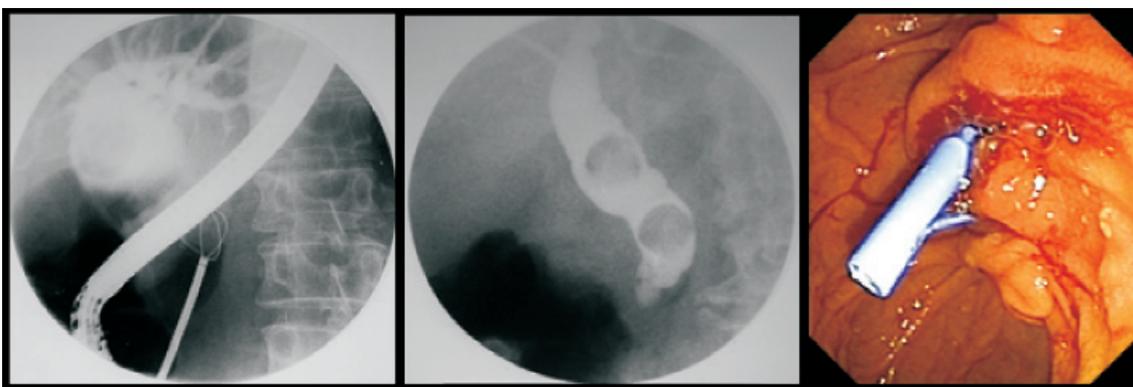
Рис. 1. Эндофото. Изменения со стороны ДПК и БДС. Слева направо: Интрадивертикулярное расположение БДС, аденома БДС, папиллит

Были выявлены следующие изменения со стороны двенадцатиперстной кишки и БДС: у 53 (16,6%) больных определялись дивертикулы ДПК (38 больных – парапапиллярные дивертикулы, 15 больных – интрадивертикулярное расположение БДС), аденомы БДС выявлены у – 51 больного (16%), папиллит – у 48 больных (15%).

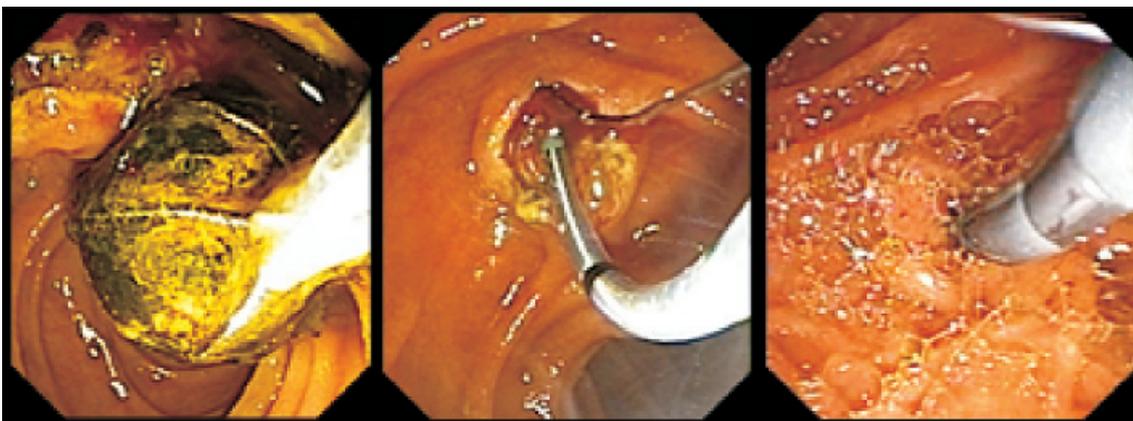
Наличие дивертикулов, как парапапиллярных, так и интрадивертикулярное расположение БДС, в связи с дислокацией БДС, осложняло выполнение чреспапиллярных вмешательств и в ряде случаев было причиной многоэтапности папиллотомии или, вообще, невозможности выполнения чреспапиллярных вмешательств.

Общее количество чреспапиллярных вмешательств составило:

ретроградные холангио-панкреатографии – 416;
эндоскопическая папиллотомия – 313;
эндоскопическая механическая литоэкстракция – 235;
эндоскопическая механическая литотрипсия – 22;
билиарное стентирование – 18;
назобилиарное дренирование – 10;
эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия – 3;
бужирование холедоха – 1;
баллонная дилатация стриктуры холедоха – 1.



Слева направо: механическая литотрипсия, ретроградная холангиография, эндоскопическое стентирование холедоха



Слева направо: механическая литоэкстракция, эндоскопическая папиллотомия, эндоскопическое бужирование холедоха

*Рис. 2. Применяемые методы эндоскопической диагностики и лечения билиарной гипертензии.
Слева направо: механическая литотрипсия, ретроградная холангиография, эндоскопическое стентирование холедоха*

Этапность эндоскопических вмешательств в этой группе больных составила: (табл. 3).

Таблица 3
Этапность эндоскопического лечения больных

Вид вмешательства	Абсолютное количество	%
В 1 этап	231	72,6
В 2 этапа	49	15,4
В 3 и более этапов	38	12

Из табл. 3 видно, что у основной части больных эндоскопические вмешательства были выполнены в один этап.

У 15 больных (4,7%) эндоскопические вмешательства цели не достигли. В нижеприведенной таблице нами проанализировано количество и причины неудач эндоскопического вмешательства.

Из табл. 4 видно, что большая часть неудач связана с невозможностью экстракции конкремента у больных со сложным холедохолитиазом.

Таблица 4

Причины и количество неудач эндоскопического вмешательства

Патология	Попытка вмешательства	Абсолютное количество	%
ЖКБ. Холедохолитиаз. Синдром Мирризи	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	4	1,3
ЖКБ. Холедохолитиаз (крупный вклиненный конкремент)	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	4	1,3
ЖКБ. Холедохолитиаз (состояние после резекции желудка по Бильрот 2 или гастрэктомии)	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	1	0,3
ЖКБ. Холедохолитиаз. Изменение топика БДС в результате пара- или интрадивертикулярного расположения	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	3	0,9
Псевдотуморозный панкреатит. Вирсунголитиаз	Эндоскопическая литоэкстракция вирсунголитов, эндоскопическое билиарное стентирование	1	0,3
Ятрогенное повреждение холедоха. Рубцовая стриктура холедоха		2	0,6
Итого		15	4,7

Мы проанализировали виды и количество осложнений при эндоскопических вмешательствах в данной группе больных (табл. 5).

Таблица 5
Виды и количество осложнений эндоскопических вмешательств (N=318)

Вид осложнения	Абсолютное количество	%
Кровотечения из папиллотомной раны	7	2,2
РХПГ-индуцированный панкреатит	8	2,5
Ретродуоденальная перфорация	2	0,6
Всего	17	5,3

Из табл. 5 видно, что наиболее частым осложнением были РХПГ-индуцированный панкреатит (2,5%) и кровотечение из папиллотомной раны – 2,2%. Общее количество осложнений составило 5,3%

Таким образом, эффективность наших вмешательств в эндоскопической диагностике и лечении больных данной группы составила: (табл. 6).

Как видно из табл. 6, эффективными наши вмешательства были у 303 больных (95,3%), неэффективны у 15 больных (4,7%). Осложнения имели место у 17 больных. Летальность в этой группе больных не отмечена.

Таблица 6

Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у больных с механической желтухой доброкачественного генеза (N = 318)

Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства были:	Абсолютное количество	%
Эффективны (цель вмешательства достигнута)	303	95,3
Неэффективны (неудачны)	15	4,7
Осложнения	17	5,3
Летальность	0	0

Выводы

1. Применение эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у больных с механической желтухой является обязательным условием полноценной работы современного гастроэнтерологического центра.

2. Эндоскопические чреспапиллярные методы являются методами выбора в диагностике и лечении больных с механической желтухой доброкачественного генеза. Их эффективность составила 95,3%.

3. Высокая эффективность эндоскопических вмешательств обеспечивается наличием высококвалифицированных специалистов и комплексным применением эндоскопических методик.

Список литературы

1. К выбору тактики лечения холедохолитиаза / В.Н. Егиев, А.И. Валетов, М.Н. Рудакова и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №6. – С. 13–15.
2. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. Миниинвазивные методы лечения желчно-каменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков // Хирургия. – 2003. – №6. – С. 68–74.

3. Сравнительные аспекты диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / В.П. Сажин, В.П. Жаболенко, С.С. Маскин и др. // Хирургия. – 1997. – №3. – С. 45–48.

4. Антеградная папиллосфинктеротомия при поражениях желчных путей, выявленных при лапароскопической холецистэктомии / Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, К.В. Шишкин и др. // Хирургия. – 2003. – №9. – С. 14–17.

5. Некоторые аспекты эндоскопической диагностики и лечения больных с механической желтухой неопухолового генеза / И.В. Ярема, В.П. Шевченко, А.А. Сергейко и др. // Эндоскопическая хирургия: тезисы докладов 2-го Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. – 1999. – №2. – С. 79–80.

Рецензенты:

Андреев А.В., д.м.н., зав. отделением рентгенохирургических и ультразвуковых методов лечения МУЗ Городская больница №2 «Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение», г. Краснодар;

Сахно В.Д., д.м.н., зав. хирургическим отделением №1 МУЗ Городская больница №2 «Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение», г. Краснодар.

Работа поступила в редакцию 04.10.2011.