

5. Забелин А. С., Райнаули Л. В. // Рос. стомат. журнал. — 2003. — № 2. — С. 40—42.

6. Ильинских Н. Н., Семенов А. Г., Романова М. В., Ильинских Е. Н. // Актуальные проблемы биологии. Сборник научных работ. — 2004. — Т. 3, № 1. — С. 218.

7. Неделько Н. А., Каде А. Х., Петросян Н. Э. // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез. — М.: Авиаизд, 2001. — С. 409—410

8. Шаргородский А. Г. // Тр. VII Всероссийского съезда стоматологов. — М., 2001. — С. 126—128.

9. Шулаков В. В., Воложин А. И., Агапов В. С., Смирнов С. Н. // Материалы V конф. челюстно-лицевых хирургов. — СПб., 2000. — С. 158—159.

10. Zschocke J, Schulze A, Lindner M., et al. // Hum. Genet. — 2001. — № 108. — Р. 404—408

Контактная информация:

Тобоев Георгий Владимирович — к. м. н., докторант кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, e-mail: tobоеv77@mail.ru

УДК 616.36-008.5

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, В. В. Мандриков, Ю. И. Веденин, М. И. Туровец

Кафедра факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ ВолГМУ и ВНЦ РАМН

Проанализированы результаты лечения 230 пациентов с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом. Продemonстрированы преимущества эндоскопических транспапиллярных вмешательств, дополненных назобилиарным дренированием с целью декомпрессии билиарного тракта. Доказана эффективность эпидуральной анестезии в профилактике развития острого послеоперационного панкреатита.

Ключевые слова: механическая желтуха, гнойный холангит, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, назобилиарное дренирование.

ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE COMPLICATED BY PURULENT CHOLANGITIS

A. G. Beburishvili, E. N. Zubina, V. V. Mandrikov, Y. I. Vedenin, M. I. Turovets

The results of treatment of 230 patients with obstructive jaundice complicated by purulent cholangitis are analyzed. The advantages of nasobiliary draining in addition to endoscopic transpapillary procedures are demonstrated. The efficacy of epidural anesthesia in prevention of development of acute postoperative pancreatitis is proved.

Key words: obstructive jaundice, purulent cholangitis, endoscopic retrograde pancreatocholangiography, nasobiliary draining.

Своевременная диагностика и целенаправленное лечение больных механической желтухой неопухолевого и опухолевого генеза до сих пор остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. В последние годы в гепатобилиарной хирургии самое широкое распространение получила эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) в сочетании с различными видами вмешательств на большом дуоденальном соске (БДС) [2, 6, 7]. Высокая информативность ЭРПХГ, достигающая 82—94 %, и терапевтическая эффективность эндоскопических транспапиллярных манипуляций при воспалительно-калькулезных и опухолевых заболеваниях печени, магистральных желчных протоков и поджелудочной железы привели к тому, что эти методы заняли веду-

щее место в стандартах лечения больных с синдромом желчной гипертензии [1, 3, 4, 10]. Помимо классических вмешательств, таких как эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), литоэкстракция с помощью проволочных корзин, назобилиарное дренирование (НБД), в клиническую практику внедряются новые эндоскопические методы: баллонная гидродилатация БДС, различные виды внутрипротоковой литотрипсии, билиарно-дуоденальное дренирование с помощью эндопротезов различной конструкции. Комплексное применение этих методов еще в большей степени повышает эффективность эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ) при заболеваниях, сопровождающихся механической желтухой и острым холангитом [5, 8, 9].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой и острым холангитом на основе комплексного применения различных ЭТПВ.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиника факультетской хирургии ВолГМУ располагает опытом применения ЭРПХГ в сочетании с различными видами ЭТПВ у 230 больных. Рентгенэндоскопическое исследование выполняли больным с синдромом желчной гипертензии при невозможности установления причины нарушения желчеоттока с помощью ультразвукового исследования. Мужчин было 84 (36,5 %), женщин — 146 (63,5 %). Средний возраст больных составил $(63,4 \pm 12,5)$ лет. Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных механической желтухой по полу и возрасту, %

Пол	Возраст, лет							Всего
	< 30	31–40	41–50	51–60	61–70	70–80	> 80	
мужской	3 (1,3)	11 (4,8)	14 (6,1)	17 (7,4)	23 (10,0)	14 (6,1)	2 (0,9)	84 (36,5)
женский	5 (2,2)	16 (7,0)	22 (9,6)	35 (15,2)	39 (16,9)	23 (10,0)	6 (2,6)	146 (63,5)
Итого	8 (3,5)	27 (11,7)	36 (15,7)	52 (22,6)	62 (26,9)	37 (16,1)	8 (3,5)	230 (100)

Из 230 больных 167 (72,6 %) человек были госпитализированы в срочном порядке.

Во всех наблюдениях при дооперационном лабораторном обследовании отмечали повышенное содержание билирубина в плазме крови. У 38 (16,5 %) больных уровень билирубина составил 41—60 мкмоль/л, у 126 (54,8 %) пациентов — 61—80, у 30 (13,1 %) — 81—120, у 17 (7,4 %) — 121—160, у 10 (4,3 %) — 161—220 и у 9 (3,9 %) больных содержание билирубина превышало 220 мкмоль/л.

До выполнения рентгенэндоскопического метода диагностики УЗИ позволило установить причину механической желтухи у 174 (75,6 %) из 230 пациентов. Чувствительность и специфичность УЗИ в диагностике причин нарушения желчеоттока составили 75,6 и 68,3 % соответственно. Ультрасонографические признаки острого холангита (визуализация стенок гепатикохоледа или внутрипеченочных желчных протоков, гиперэхогенные включения в просвете желчных протоков без четкой акустической тени наряду с расширением просвета гепатикохоледа, гипо- или анэхогенные образования в паренхиме печени) были установлены у 42 (18,3 %) больных.

У 23 (10,0 %) из 230 больных с целью профилактики острого панкреатита после ЭТПВ в качестве анестезиологического пособия применяли эпидуральную анестезию (ЭА) — одномоментную или продленную. За час до эндоскопического вмешательства выполняли пункцию или катетеризацию эпидурального пространства по общепринятой методике на

уровне Th IX — Th X. Катетер проводили на 4—5 см в краниальном направлении. После введения тест-дозы (Sol. Lidocaini 2 % — 4,0) и отсутствия признаков интратекального введения анестетика вводили основной препарат — Sol. Marcaini 0,2 % — 15,0 — в сочетании с 200 мкг клофелина. В качестве премедикации использовали реланиум 5—10 мг и атропина сульфат 0,1 % — 1,0 мл.

Пациентам с выраженными клиническими проявлениями интоксикационного синдрома, гнойного холангита, печеночной недостаточности, гипербилирубинемией свыше 150 мкмоль/л с целью декомпрессии билиарного тракта в качестве первого этапа транспапиллярных вмешательств в 38 (16,5 %) наблюдениях выполнили НБД с отсроченной холангиографией, по результатам которой определяли дальнейшую тактику эндоскопической коррекции желчеоттока.

У 192 (83,5 %) больных ЭТПВ начинали с выполнения ЭРПХГ. Во всех наблюдениях сразу после ЭРПХГ осуществляли лечебные транспапиллярные вмешательства. ЭТПВ осуществляли в течение 5 суток после госпитализации. Определяющими факторами для установления сроков проведения ЭРПХГ и лечебного транспапиллярного вмешательства считали начальный уровень гипербилирубинемии и степень тяжести билиарного сепсиса. ЭПСТ в качестве единственного эндоскопического вмешательства выполнили 33 (14,3 %) больным, ЭПСТ с литоэкстракцией корзинкой Dormia — 83 (36,1 %), ЭПСТ с механической литотрипсией и последующей литоэкстракцией осколков — 41 (17,8 %), баллонную гидродилатацию БДС и литоэкстракцию — 30 (13,1 %), эндопротезирование общего желчного и общего печеночного протоков — 43 (18,7 %) пациентам.

Установку НБД в качестве завершающей манипуляции после ЭТПВ выполнили у 10 (4,3 %) пациентов с множественным холедохолитиазом после ЭПСТ с литоэкстракцией и у 11 (4,8 %) после ЭПСТ с механической литотрипсией крупных конкрементов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При дуоденоскопии БДС в 90 % наблюдений располагался типично. Нетипичная локализация отверстия БДС была обнаружена у 23 (10,0 %) больных. У 7 из них отверстие соска располагалось в парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки и у 16 больных — в крае дивертикула. У 141 (61,3 %) пациента устье БДС имело полусферовидную форму, у 67 (29,1 %) — округлую, у 22 (9,6 %) — щелевидную. Диаметр устья БДС в большинстве наблюдений не превышал 5 мм.

После детального клинико-лабораторного обследования и УЗИ органов брюшной полости, выполненного в качестве скринингового метода диагностики, при ЭРПХГ были установлены следующие причины, вызвавшие механическую желтуху: холедохолитиаз — 98

(42,6 %) больных, холедохолитиаз в сочетании со стенозом БДС — 58 (25,2 %), изолированный стеноз БДС и хронический панкреатит — 31 (13,5 %), опухоль поджелудочной железы — 17 (7,4 %), опухоль ворот печени — 9 (3,9 %) пациентов, злокачественное поражение желчного пузыря — 6 (2,6 %), верифицированные опухоли других локализаций с метастазами в печеночно-двенадцатиперстную связку — 6 (2,6 %), опухоль БДС — 5 (2,2 %) больных (табл. 2).

Таблица 2

Причины непроходимости желчных протоков

Причина непроходимости желчных протоков	Количество больных, (%)
Холедохолитиаз	98 (42,6)
Холедохолитиаз + стеноз БДС	58 (25,2)
Изолированный стеноз БДС	31 (13,5)
Опухоль поджелудочной железы	17 (7,4)
Проксимальная холангиокарцинома	9 (3,9)
Опухоль желчного пузыря	6 (2,6)
Метастатическое поражение <i>lig. hepatoduodenale</i>	6 (2,6)
Опухоль БДС	5 (2,2)
Итого	230 (100)

Диагноз после проведения ЭРПХГ устанавливали на основании эндоскопических признаков заболевания, результатов канюляции БДС и продвижения катетера по желчным протокам, характера распространения контраста по протокам на экране монитора и по данным рентгенографии.

По данным ЭРПХГ, диаметр холедоха у 53 (23,0 %) пациентов составил от 8 до 10 мм, у 94 (40,9 %) — 11—15 мм, у 50 (21,7 %) — 16—20 мм, у 28 (12,2 %) — 21—25 мм и у 5 (2,2 %) пациентов достигал 25—30 мм.

Показаниями к выполнению ЭТПВ считали:

1. Визуализацию эхопозитивных структур в желчных протоках.
2. Сужение терминального отдела холедоха.
3. Увеличение диаметра гепатикохоледоха более 8 мм.
4. УЗ-признаки опухолевого поражения гепатодуоденальной зоны при наличии клинико-лабораторных признаков желчной гипертензии.

Противопоказания для выполнения ЭТПВ считали относительными при наличии:

1. Парапапиллярных дивертикулов больших размеров.
2. Выраженного опухолевого процесса в двенадцатиперстной кишке, стенозирующего ее просвет.
3. Опухолевой инфильтрации стенки кишки, не позволяющей вывести БДС в правильное положение.

Мы считаем, что попытка транспапиллярного вмешательства может быть выполнена любому пациенту, способному по тяжести состояния перенести как таковую дуоденоскопию.

У 157 пациентов ЭПСТ выполняли в трех вариантах: канюляционная — 128 (81,5 %) больных, комбинированная — 25 (15,9 %), неканюляционная — 4 (2,6 %) пациента. После осуществления ЭПСТ отме-

чали активное поступление из папиллотомного отверстия темной желчи, фибрина, гноя, мелких конкрементов, а на контрольных холангиограммах — свободное поступление контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. У 2 больных сразу после ЭПСТ произошло спонтанное отхождение конкрементов.

У 21 пациента с холедохолитиазом, в том числе резидуальным, после выполнения ЭПСТ и литоэкстракции в качестве завершающего этапа вмешательства установили НБД.

Показаниями к НБД считали:

1. Уровень билирубина крови более 150 мкмоль/л.
2. Продолжительность желтухи более 6 суток.
3. Выраженные клинические проявления интоксикационного синдрома, гнойного холангита, печеночной недостаточности.
4. Риск вклинения фрагментов конкрементов в терминальный отдел общего желчного протока после механической литотрипсии.

Для оценки критериев эффективности НБД принимали во внимание ряд показателей — темп снижения гипербилирубинемии, показатели трансаминаз, характер отделяемой по дренажу желчи, клиническое течение гнойного холангита. У больных с НБД уровень билирубина сыворотки крови за 7 дней после ЭТПВ снизился на $(100,1 \pm 19,8)$ мкмоль/л, в то время как у пациентов без НБД — на $(64,8 \pm 13,1)$ мкмоль/л ($p < 0,05$). В процессе желчеотведения по НБД отмечали достоверное снижение показателей аланин-трансаминазы и аспартат-трансаминазы до $(73,3 \pm 11,4)$ и $(51,8 \pm 9,8)$ IU/L соответственно ($p < 0,01$).

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) считали одним из объективных прогностических показателей тяжелого течения гнойного холангита. У пациентов до выполнения ЭТПВ исходным значением ЛИИ было $7,9 \pm 0,8$. На 7-е сутки после проведения ЭТПВ с НБД исследуемый параметр составил $5,98 \pm 0,7$, а у больных без наружного отведения желчи ЛИИ ниже $6,8 \pm 0,3$ не опустился.

Токсичность плазмы в обеих группах больных оценивали по уровню веществ средней молекулярной массы (ВСММ) методом спектрального анализа. На 7-е сутки после НБД уровень ВСММ плазмы составил $(0,139 \pm 0,021)$, у пациентов без НБД — $(0,281 \pm 0,014)$ у. е.

Таким образом, применение НБД в показанных клинических ситуациях позволило в оптимальные сроки купировать интоксикацию и холестаз за счет повышения эффективности декомпрессии билиарного тракта.

При опухолевых окклюзиях билиарного тракта у пациентов после эндоскопического протезирования ($n = 43$) максимальное снижение гипербилирубинемии отмечали на 6-е сутки послеоперационного периода.

Осложнения после выполнения ЭТПВ были отмечены у 31 (13,5 %) пациента. У 13 (5,6 %) из них

диагностировали острый панкреатит с повышением амилазы более 350 ед/л, у 10 (4,3 %) — транзиторную гиперاميлазэмию до 300 ед/л без клинико-инструментальных проявлений острого панкреатита, у 3 (1,3 %) больных развился послеоперационный панкреонекроз, у 2 (0,9 %) — острый обтурационный холецистит, обусловленный блокадой устья пузырного протока стентом и у 1 (0,4 %) пациента ЭПСТ развилось кровотечение из зоны БДС, которое было остановлено при лапаротомии.

Пациентам с острым обтурационным холециститом ($n = 2$) после стентирования холедоха по поводу опухолевого поражения гепатопанкреатобилиарной была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Таким образом, повторные хирургические вмешательства после ЭТПВ произведены у 3 (1,3 %) больных.

У больных, в качестве анестезиологического пособия которым выполняли ЭА, развития острого послеоперационного панкреатита и его деструктивных форм не отмечали. Транзиторную гиперاميлазэмию после ЭТПВ с ЭА наблюдали у 5 из 23 пациентов. Среднее значение уровня амилазы крови у пациентов после ЭА было достоверно ниже, чем у больных, которым ЭА перед ЭТПВ не выполняли ($p < 0,01$).

У пациентов с холедохолитиазом, папиллостенозом среднее пребывание в стационаре составило ($7 \pm 3,4$) койко-дня (за исключением этапного лечения осложненной ЖКБ). Больных с опухолевой обструкцией магистральных желчных протоков выписывали через ($11 \pm 2,8$) суток послеоперационного периода. Длительность пребывания пациентов этой категории в стационаре объяснялась тяжестью общего состояния больных, связанной с возрастом пациентов, характером основного и сопутствующих заболеваний, длительностью желтухи, печеночной недостаточностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. ЭРПХГ позволяет в ранние сроки заболевания провести дифференциальную диагностику механической желтухи, установить ее причину, а также определить тактику и методы оперативного лечения.

2. Комплексное применение ЭТПВ позволяет достигнуть хорошего терапевтического эффекта и избежать хирургического вмешательства в 98,7 % наблюдений.

3. Применение НБД в качестве завершающего этапа ЭТПВ позволяет достигнуть более быстрой нормализации лабораторных показателей путем создания управляемой декомпрессии желчных протоков.

4. ЭА является эффективным методом профилактики развития острого послеоперационного панкреатита и транзиторной гиперاميлазэмии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафов А. А., Рафиев С. Ф. Хирургическая тактика при остром гнойном холангите. — М.: 3-й конгресс ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова, 2001. — С. 102.
2. Брискин Б. С., Демидов Д. А., Милешин И. П. // Эндоскопическая хирургия. — № 2. — 2006. — С. 23.
3. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г., Кузовлев Н. Ф. и др. // Хирургия. — 1997. — № 1. — С. 77—78.
4. Заруцкая Н. Ф. Оптимизация тактики применения миниинвазивных способов декомпрессии билиарного тракта при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Кемерово, 2008. — 11 с.
5. Котовский А. Е., Граченко С. А. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у больных механической желтухой, осложненной гнойным холангитом. — М.: 3-й конгресс ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова, 2001. — С. 113.
6. Мисник В. И., Меграбян Р. А. и др. Принципы лечения гнойного холангита при остром холецистите. — М.: 3-й конгресс ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова, 2001. — С. 115.
7. Харнас С. С., Сеницын В. Е., Шехтер А. И. и др. // Хирургия. — 2003. — № 6. — С. 36—41.
8. Maire F., Hammel P., Ponsot P., et al. // Am-J-Gastroenterol. — 2006. — Apr. — Vol. 101(4). — P. 735—742.
9. Stiehl A., Rost D. // Clin-Rev-Allergy-Immunol. — 2005. — Apr. — Vol. 28(2). — P. 159—165.
10. Corvera C. U., Blumgart L. H., Darvishian F., et al. // J-Am-Coll-Surg. — 2005. — Dec. — Vol. 201(6). — P. 862—869.

Контактная информация:

Бебуришвили Андрей Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом эндоскопической хирургии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: beburishvili@mail.ru