



Б. В. Євсіков, В. В. Грубник,
Д. В. Герасимов,
А. І. Ткаченко

ЕНДОСКОПІЧНІ І ЧЕРЕЗШКІРНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ОБСТРУКЦІЇ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ: НАЙБЛИЖЧІ І ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Одеський національний
медичний університет

КУ «Одеська обласна
клінічна лікарня»

© Колектив авторів

Резюме. Спроба ендоскопічної декомпресії жовчних шляхів при гострому холангіті у 255 пацієнтів була успішною у 94,1 % випадків, позитивна динаміка спостерігалась у 92 %. Ускладнення, що спостерігались при цьому: у 7,9 % випадків кровотечі (2 пацієнти померли), розвиток панкреатиту в 3,75 %. Черезшкірне втручання виконано 131 хворому, у 96,2 % зовнішнє дренування, з них 72 % — стентування зони обструкції. При цьому 9,5 % хворих померли від печінкової недостатності, у 4,7 % хворих виникла дислокація дренажу з протоки. При холедохолітазі — у всіх хворих удалося нормалізувати пасаж жовчі. Проводилося ендоскопічне стентування в 14 і черезшкірне в 11 хворих з післяопераційними стриктурами гепатікохоледоха. Після ендоскопічного стентування в 4 (28,6 %) пацієнтів були ознаки рестенозу, після черезшкірного — спостереження в термін від 3 до 7 років не виявило ознак рестенозу. Технічні варіанти та показання до застосування методик, що названі, потребують подальшого вивчення.

Ключові слова: холедохолітаз, холангіт, малоінвазивні втручання.

Вступ

Частою причиною обструкції жовчних проток є онкологічні захворювання (85-90 %). В умовах obturaції жовчних шляхів, холангіта, печінкової недостатності оперативне лікування є дуже ризикованим і супроводжується високою летальністю, що у хворих з непухлинною обструкцією жовчних проток складає 5,6-6,3 %, а при пухлинному ураженні 30,3-33,0 % [2]. Але використання малоінвазивних методик має меншу кількість ускладнень при досягненні бажаного ефекту — нормалізації пасажу жовчі. Ендоскопічні та черезшкірні втручання дозволяють надати допомогу пацієнтам, які є функціонально неоперабельними, названі методики є єдино можливими для порятунку безнадійних хворих [1, 3, 5].

Матеріали та методи досліджень

Ендоскопічні і черезшкірні втручання при обструкції жовчних шляхів виконані в 407 пацієнтів. У 193 випадках, мало місце пухлинне ураження проток. (табл. 1).

Спроба ендоскопічної декомпресії жовчних проток при пухлинній обструкції мала місце в 255 пацієнтів, при цьому в 94,1 % випадків вона була успішною. Невдачі були пов'язані з попередніми оперативними втручаннями, наявність навколо сосочкового дивертикула ДПК, стан після резекції шлунку по Б2, деформацією кишки за рахунок здавлення пухлиною, пухлинними розростаннями в ділянці устя холедоха. Цим хворим виконували черезшкірні втручання.

Таблиця 1

Пацієнти, яким виконували ендоскопічні та черезшкірні втручання

	Усього	Ендоскопічні втручання	Черезшкірні втручання
Пухлинне ураження дистальних відділів холедоха	193	128	63
Пухлинне ураження проксимальних відділів холедоха	77	32	44
Пухлинне ураження воріт печінки	28	-	24
Холедохолітаз	85	81	10
Ятрогенні ушкодження проток	24	14	11
Разом	407	255	152

Результати досліджень та їх обговорення

Позитивна динаміка після ендоскопічного біліарного протезування досягнута в 221 хворих (92 %). У 7 хворих відзначено погіршення стану, розвиток печінково-ниркової недостатності, внаслідок необоротних змін у печінці, у 12 — приєднання холангіту, що розцінено як неадекватне дренування протокової системи, наявності густої жовчі, сладжа, що вимагало додаткового проведення черезшкірного дренування. Відзначено ускладнення, що пов'язані з виконанням папіллотомії: у 19 (7,9 %) розвинулась кровотеча, що привела до загибелі 2 пацієнтів, в інших випадках вона успішно зупинена консервативно. Розвиток гострого панкреатиту відзначений у 9 хворих (3,75 %) (табл. 2).

Таблиця 2
Ранні ускладнення після ендоскопічних і черезшкірних втручань

	Ендоскопічні втручання	Черезшкірні втручання
Печінково-ниркова недостатність, %	2,9	9,5
Кровотеча, %	7,9	-
Підтікання жовчі, %	-	4,7
Гострий панкреатит, %	3,75	-
Гострий холангіт, %	5	4,1

Після ліквідації жовтяниці оперовано 29 пацієнтів: 9 виконана радикальна операція, 20 виконана симптоматична операція. Іншим пацієнтам обсяг хірургічної допомоги був обмежений малоінвазивними методами. Встановлення стенту стало остаточною хірургічною допомогою.

Але за нашими спостереженнями, середня тривалість служби стента діаметром 9-10 Fr – 3-4 місяці. При діаметрі 12 Fr – 4-5 місяців. Настає обструкція стенту, що потребує його заміни. Після встановлення стенту хворим давали рекомендації з'явитися через 4 місяці для його заміни. Заміну виконували в амбулаторному режимі.

При звертанні пацієнта з ознаками механічної жовтяниці, холангіту внаслідок обтурації стенту виконували ЕРХПГ. При вільному просвіті проток, відсутності включень виконували заміну ендопротеза на новий. При виявленні жовчної замазки, виконували назобіліарне дренивання з активним вимиванням детриту, що контролювалося як за характером виділень з дренажу, так і рентгенологічно. Тривалість назобіліарного дренивання варіювали від 2 до 12 діб, що залежало від кількості та щільності утвореної замазки. При звільненні холедоха від замазки виконували установку нового стента.

У 131 хворого за неможливості ендоскопічних втручань проводили черезшкірне дренивання проток під рентгенологічним або УЗ контролем, з наступним встановленням ендопротеза. З 131 хворого, які зазнали черезшкірних втручань, у 126 (96,2 %) вдалося встановити зовнішній дренаж. З них у 95 (72,5 %) вдалося зробити реканалізацію стенозу з наступним стентуванням.

Ускладнення спостерігались в 14 хворих, 12 хворих (9,5 %) померли від печінкової недостатності. У 6 (4,7 %) відбулася дислокація дренажу з протоки в черевну порожнину, 2 хворих оперовані «відкрито», у 2 виконане ендоскопічне втручання, у 2 виконане повтор-

не дренивання під УЗ чи рентгенконтролем. Незважаючи на це, 2 хворих померли (1,6 %). У 6 (4,1 %) розвився холангіт. Одна пацієнтка померла від тромбозу воротної вени.

Установлені черезшкірно стенти замінювали через кожні 4-5 місяців, що попереджало їх обструкцію та розвиток холангіту.

Також обструкція холедоха відбувається за рахунок доброякісних процесів: індуративного панкреатиту, стискання лімфовузлами, рубцями, холедохолітазу. Ендоскопічне встановлення стентів при доброякісній обтурації жовчних проток виконана в 81 хворого, у 10 хворих виконаний черезшкірний доступ. У всіх хворих ліквідован холангіт та відновлен пасаж жовчі.

Складною задачею для хірурга є лікування хворих з ятрогенними ушкодженнями жовчних проток. Проводили ендоскопічне стентування у 14 пацієнтів і черезшкірне – у 11 з післяопераційними стриктурами жовчних проток. Черезшкірний доступ для дренивання і діляції післяопераційних стриктур звичайно можливий лише під рентгенконтролем, оскільки престенотична діляція виражена менш ніж при пухлинній обструкції. Черезшкірний доступ має ряд переваг перед ендоскопічним. Черезшкірно можливо розширювати канал і стенозовану ділянку до бажаного розміру, у той же час, як розмір ендопротеза, який встановлений ендоскопічним шляхом обмежений діаметром робочого каналу ендоскопа. Установлений черезшкірно ендопротез легко замінюється в амбулаторному режимі, при появі симптомів холангіту дозволяє виконувати декомпресію і санацію холедоха шляхом відкриття зовнішнього кінця ендопротеза. Установлені ендопротези замінювали кожні 4-5 місяців амбулаторно. Дилатація стриктури проводилась не менш двох років.

Після ендоскопічного стентування у 4 (28,6 %) пацієнтів періодично спостерігались симптоми холангіту, що вимагали повторної установки ендопротеза. Після черезшкірного стентування спостереження в терміни від 3 до 10 років виявило ознак рестенозу.

Висновки

Накопичений досвід свідчить про перспективність малоінвазивних методик при обструкції жовчних шляхів. Технічні варіанти і показання до застосування перерахованих методик потребують вивчення.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. — М. : Видар, 2009. — 311, 320-322, 466-466, 568 с.
2. Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки / Котовский А. Е., Уржумцева Г. А., Глебов К. Г. [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2009. - № 1. - С. 68-74.
3. Диагностический алгоритм при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе / Р. М. Гарипов, Р. З. Латыпов, А. Р. Титов [и др.] // *Мед. вестн. Башкортостана.* - 2006. - Т. 1, № 1. - С. 48-50.
4. Дискуссионные вопросы хирургических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки / А. С. Балалыкин, В. Д. Балалыкин, В. В. Гвоздик [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии.* - 2007. - № 4. - С. 45-53.
5. Дискутабельные вопросы нетипичной эндоскопической папиллотомии / Д. Н. Ульянов, Д. А. Балалыкин, А. С. Балалыкин [и др.] // *Воен.-мед. журн.* - 2007. - № 8. - С. 34-39.
6. Желчнокаменная болезнь / Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулуток А. М. [и др.]. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 175 с.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Б. В. Евсиков,
В. В. Истонник,
Д. В. Герасимов,
А. И. Ткаченко*

Резюме. Попытка эндоскопической декомпрессии желчных путей при остром холангите в 255 пациентов в 94,1 % случаев была успешной, положительная динамика наблюдалась в 92 %. Осложнения, которые наблюдались при этом: в 7,9 % случаев кровотечения (2 пациента умерли), развитие панкреатита в 3,75 %. Чрескожное вмешательство выполнено 131 больному, в 96,2 % — внешнее дренирование, из них 72 % — стентирование зоны обструкции. При этом 9,5 % больных умерли от печеночной недостаточности, у 4,7 % больных возникла дислокация дренажа из протока. При холедохолитиазе — у всех больных удалось нормализовать пассаж желчи. Проводилось эндоскопическое стентирование в 14 и чрескожное у 11 больных с послеоперационными стриктурами гепатикохоледоха. После эндоскопического стентирования в 4 (28,6 %) были признаки рестеноза после чрескожного — наблюдение в срок от 3 до 7 лет на рынке не выявило признаков рестеноза. Технические варианты и показания к применению методик, названы, требуют дальнейшего изучения.

Ключевые слова: холедохолитиаз, холангит, малоинвазивные вмешательства.

ENDOSCOPIC AND TRANSDERMAL INTERVENTIONS IN BILE DUCT OBSTRUCTION: IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS

*B. V. Eysikov, V. V. Grubnik,
D. V. Gerasimov,
A. I. Tkachenko*

Summary. Endoscopic procedures were performed in 255 patients with good results in 94.1 % of them. Complication were seen in 11.7 % cases: bleeding — in 7.9 % and acute pancreatitis — 3.75 %. 2 patients died. Transhepatics stent were performed in 131 patients. Follow-up from 3 to 7 years show good results in patients with post-operative stenosis of bile ducts after transhepatic dilatation.

Key words: choledcolitiasis, cholangitis, mini-invasive manipulations.