

ID: 2019-02-24-A-18578

Краткое сообщение

Гниლოსыр П.А., Козлов В.В., Хмара М.Б., Панютин К.С., Агапов Г.Г., Багдян А.К., Денишев Р.Р., Аванесян Г.А.

Анализ эффективности эндоскопической экстракции конкремента из общего желчного протока

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Проведён анализ эффективности эндоскопической экстракции конкремента из холедоха в лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом в "ГУЗ Саратовская городская клиническая больница им. Ю.А. Гордеева" с 2013 по 2017 год.

В нашей больнице был использован различный спектр диагностических и лечебных вмешательств на внепечёночных желчных протоках, а именно: холецистохолангиография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), эндоскопическая папилотомия и литоэкстракция, и др. В данной работе рассмотрена ЭРПХГ с последующей эндоскопической литоэкстракцией.

В ходе исследования была установлена эффективность эндоскопической экстракции конкремента из холедоха при лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом. Эффективность вмешательства - 90,2%, неэффективность - 9,81%, осложнения - 2,05%, летальность - 0 %.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, ретроградная панкреатохолангиография

Введение

Желчнокаменная болезнь и её осложнения (холедохолитиаз, холангит, стриктура терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка, механическая желтуха) до сих пор ставят перед хирургами острые проблемы и заставляют применять для их решения новые методики, которые требуют постоянного совершенствования. Одними из таких методик являются эндоскопические чрезпапиллярные вмешательства.

Ретроградные чрезпапиллярные вмешательства, внедрённые в клиническую практику с 70-х годов прошлого столетия, в настоящее время становятся всё более общепризнанными и актуальными. Сегодня именно эндоскопические чрезпапиллярные вмешательства вместе с ультразвуковыми методиками занимают лидирующие позиции в мининвазивной диагностике и лечении больных с осложнённой желчнокаменной болезнью.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом.

Задачи:

- 1) Изучить традиционные и малоинвазивные методы лечения осложнённой желчнокаменной болезни.
- 2) Выявить влияние эндоскопической экстракции конкремента из холедоха на исход лечения больных желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом и на основании полученных данных определить оптимальную тактику ведения больных.

Материал и методы

В нашей больнице при лечении осложнённой ЖКБ используется различный спектр диагностических и лечебных вмешательств на внепечёночных желчных протоках, одним из которых является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) и эндоскопическая папилотомия с литоэкстракцией.

В период с 2013 по 2017 в хирургическое отделение 1 ГКБ им. Ю.А. Гордеева поступило 396 больных с диагнозом механическая желтуха. Из общего числа пациентов мужчин было 242 пациента (61,1%), женщин 154 (38,9%).

Подавляющее число больных было пожилого и старческого возрастного периода, а именно мужчин возрастом от 61 до 90 лет - 197 пациентов (из 242 мужчин - 81,4%), с возрастом 60 и менее - 45 пациентов (из 242 мужчин - 18,6%). Структура по возрасту среди пациентов женского пола аналогична: от 56 до 90 лет - 120 пациенток (77,9%), пациентов женского пола возрастом 55 лет и менее было 34 (22,1%).

У исследуемых больных отмечались следующие сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца - у 166 (41,9%), гипертоническая болезнь - у 202 (51%), хроническая сердечная недостаточность - у 190 (47,9%), язвенная болезнь желудка и ДПК - у 12 (3%).

Учитывая вышеперечисленные факторы, а именно возраст пациентов и сопутствующие заболевания установлено, что у большинства исследуемых больных имеется высокий операционно-анестезиологический риск, и выполнение им открытой операции не желательно, из-за высокой вероятности развития интра- и послеоперационных осложнений. В этом случае наиболее рациональным решением является использование малоинвазивных методов диагностики и лечения больных с осложнённой желчнокаменной болезнью, одним из которых является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ).

При дообследовании у 104 пациентов обнаружили опухоль головки ПЖ, 244 пациентов диагностирован холедохолитиаз, у 48 пациентов выявлены другие причины (псевдотуморозный панкреатит, опухоль ворот печени или БДС).

Результаты и обсуждение

У 104 пациентов с опухолью головки ПЖ была выполнена операция. 56 из них был проведён холецистоеюноанастомоз по Шалимову. 34 пациентам был выполнен холецистоеюноанастомоз по Ру, 6 пациентам была наложена холецистостома, у 4 человек отмечалось прорастание опухоли в желудок, им был наложен холецистоеюноанастомоз и гастроэнтероанастомоз.

У 244 больных с диагностированным холедохолитиазом, с целью малоинвазивного устранения механической желтухи было выполнено ЭРПХГ. У 18 (7,38%) человек исследование не удалось из-за анатомических особенностей, а именно дивертикула ДПК.

Таблица 1. Количество и причины неэффективных случаев эндоскопической экстракции конкремента из холедоха

<i>Вмешательство</i>	<i>Причина</i>	<i>Количество больных</i>
Эндоскопическая ретракция конкремента из холедоха	Дивертикул ДПК	18 (7,38%)
	Крупный конкремент	4 (1,63%)
	Застревание корзинки Dormia в холедохе	2 (0,8%)
Всего		24 (9,81%)

Таблица 2. Возникшие осложнения при проведении эндоскопической экстракции конкремента из общего желчного протока

<i>Осложнение</i>	<i>Количество</i>
Кровотечение из зоны папилотомии	4
Повреждение задней стенки ДПК с развитием забрюшинной флегмоны	1
Всего	5 (2,05%)

У 226 (92,62%) пациентов было выполнено ЭРПХГ, из них в 12 (4,92%) случаях выявлено рубцовое сужение холедоха. В 205 (84,01%) случаях была выполнена папилосфинктеротомия и извлечение конкрементов, в 15 (6,15%) случаях конкременты были удалены после повторной ЭРПХГ. В 4 (1,63%) случаях конкремент не удалось низвести в ДПК из-за его больших размеров, в 2 (0,8%) случаях отмечалось застревание корзинки Dormia в холедохе, что потребовало оперативного лечения. Пациенты, которым не удалось извлечь конкремент при ЭРПХГ были оперированы открыто.

В ходе работы были выявлены следующие сложности в эндоскопическом лечении холедохолитиаза:

- 1) Сложности доступа к большому дуоденальному сосочку за счёт рубцовых стриктур двенадцатиперстной кишки.
- 2) Сложности канюляции большого дуоденального сосочка в связи с наличием парапапиллярного дивертикула двенадцатиперстной кишки, транслокации и анатомических особенностей БС ДПК.
- 3) Сложности захвата конкремента в связи с его большим размером.

Среди общего количества пациентов 48 пациентам выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха. 42 пациентам выполнена холецистэктомия и наложение билиодигестивных анастомозов. 8 пациентам с запущенным опухолевым процессом в воротах печени было выполнено наружное дренирование желчевыводящих протоков.

В результате ЭРПХГ в 3 случаях были осложнения. В 1 случае при папилотомии была повреждена задняя стенка ДПК с развитием забрюшинной флегмоны, что потребовало открытой операции. В 4 случаях возникло кровотечение из зоны папилотомии, в 3 случаях был выполнен эндоскопический гемостаз, в 1 случае потребовалось выполнение открытой операции. Общее число осложнений при выполнении ЭРПХГ с последующей литоэкстракцией - 5 (2,05%).

Выводы

1. В ходе проведения нашего исследования была установлена высокая эффективность эндоскопической экстракции конкремента из холедоха. Стоит отметить, что результативность манипуляции прежде всего зависит от возможности визуализации большого дуоденального сосочка, установления анатомических взаимоотношений общего желчного протока со стенкой двенадцатиперстной кишки, а так же от соблюдения методических и технических правил проведения данного вмешательства.
2. У больных, которым была проведена данная манипуляция наблюдалась более быстрая положительная динамика в процессе лечения желчнокаменной болезни. К тому же в меньшей степени наблюдались осложнения в послеоперационном периоде и сокращалось время пребывания больного в стационаре.
3. Эндоскопическую экстракцию конкремента из холедоха с уверенностью можно отнести к уникальному методу оказания помощи больным с высоким операционно-анестезиологическим риском, которым противопоказано проведение открытой операции. Данный метод во-первых ускоряет выздоровление больных и как следствие приводит к экономии средств на лечение, а во-вторых способствует улучшению качества помощи больным желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом.

Литература

1. М.И. Кузин, П.С. Ветшев, Хирургические болезни, учебник - 3-е изд. - М.: Медицина, 2005. - 784 стр.
2. Гарелик П.В., Жандаров К.Н., Мармыш Г.Г., Данилов М.В., Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни. М.2010; 471.
3. Орлов С.Ю., Фёдоров Е.Д., Будзинский С.А., Матросов А.Л., Паныков А.Г. Эндоскопическое лечение сложного холедохолитиаза. Пособие для врачей. М.: МГИУ; 2006;28.
4. Теремов С.Е., Мухин А.С. Результаты хирургического лечения холедохолитиаза и его осложнений. Новости хирургии., 2011; 19:6:51 - 58.
5. Балалыки А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции - успехи и проблемы. Третий Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов. Под ред. проф. Ю.И. Галлингера. М 1999; 22—24.
6. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Оптимизация проведения эндохирургических транспапиллярных вмешательств. 7-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов. Пол ред. проф. Ю.И. Галлингера. М 2003; 169 - 170.