

ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОБСТРУКЦІЄЮ ЖОВЧНИХ ПРОТОК

О.І.Дронов, І.Л.Насташенко¹, В.П.Польовий², В.М.Георгіца³

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, ¹Київський міський центр хірургії печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози, ²Буковинський державний медичний університет, ³Чернівецький військовий госпіталь

Резюме. Проведено аналіз діагностики та лікування 1911 хворих з механічною обструкцією жовчних проток (ЖП). Встановлені такі причини незадовільних результатів ендоскопічних діагностичних та лікувальних втручань: наявність великих або множинних конкрементів, перенесені раніше операції на шлунку та дванадцятипалій кишці (ДПК), рубцева деформація і стенозування цибулини ДПК, наявність дивертикулів, патологія підшлункової залози, позацибуліні виразки ДПК з пенетрацією в ЖП, хвороба Каролі, паразитарні інвазії ЖП.

Ключові слова: механічна жовтяниця, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Мініінвазивні методи дренування жовчних проток (ЖП) мають переваги перед традиційними відкритими [1, 2]. Провідними серед мініінвазивних втручань, що виконуються для біліарної декомпресії, є пункційні транскутанні транспечінкові методи під контролем ультрасонографії [3]. Проте вони супроводжуються великою кількістю ускладнень (кровотеча, витікання жовчі в черевну порожнину з місця проколу печінки, гемобілія, вислизання дренажів з ЖП, їх обтурація при гнійних або паразитарних інвазіях ЖП) [4, 5]. Пункційні втручання застосовуються при неефективності інших діагностичних і лікувальних ендоскопічних способів відновлення фізіологічного відтоку жовчі в дванадцятипалу кишку (ДПК) [6, 7].

Мета дослідження. Визначити ефективність та причини незадовільних результатів ендоскопічних методів діагностики та лікування хірургічної патології органів гепатопанкреатодуоденальної ділянки (ГПДД).

Матеріал і методи. У Київському міському центрі хірургії печінки та підшлункової залози,

хірургічному відділенні Чернівецького військового госпіталю в період 2005-2009 рр. лікувалося 1911 хворих з обструкцією ЖП, ускладненою механічною жовтяницею. Незадовільні (хибно позитивні або хибно негативні) результати діагностики біліарної патології, за даними ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ), спостерігалися в 138 (7,2 %) хворих. Неуспішні спроби ендоскопічної декомпресії ЖП констатовано у 13 (9,3 %) хворих. Поряд із загально-клінічними та лабораторними методами обстеження хворим проводили ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію, оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, магнітно-ядерну томографію, ЕРПХГ.

Результати дослідження та їх обговорення. У 39,4 % (54 хворих) спостережень причиною незадовільних результатів ендоскопічного лікування хворих з біліарною обструкцією доброякісного походження були великі або множинні конкременти в ЖП. Методом вибору в таких випадках було застосування контактної (74,6 %, 40 хворих) або екстракорпоральної (25,6 %, 14) літотрипсії. Зазначимо, що можливості контакт-

ної літотрипсії обмежені, що зумовлено технічними особливостями існуючих типів літотрипторів, зокрема розмірами та конфігурацією кошичка літотриптора, та неможливістю створення адекватної силової дії на конкремент. Дистанційна ударно-хвильова літотрипсія супроводжувалася значним травмуванням суміжних органів у зоні фокусації ударних хвиль [8].

У 10 (7,8%) хворих причиною неможливості виконання ендоскопічних втручань на органах ГПДД були перенесені раніше оперативні втручання: резекція шлунка II способом Більрота (4 хворих), гепатікоєюностомія (5), холедоходуоденостомія (1). Деформація цибулини ДПК з її стенозуванням внаслідок тривалого перебігу виразкової хвороби у 6 (4,3 %) випадках також обмежила застосування ендоскопічних втручань.

При розташуванні великого сосочка ДПК в порожнині парапапілярного дивертикула, виявлене нами у 8 (5,6 %) хворих, при неможливості його візуалізації – у 6 (74,8 %) хворих та при розташуванні великого сосочка ДПК в порожнині багатокамерного дивертикула – в 2 (25,2 %) хворих проведення ендоскопічних втручань виявилось неможливим з технічних причин.

Хронічний фібринозно-генеративний панкреатит, що призводить до стенозу панкреатичної частини спільної жовчної протоки (СЖП), у 3 (41,3%) хворих виявився причиною незадовільних результатів ендоскопічних холедохолітоекстракцій. Хворі з новоутвореннями голівки підшлункової залози звертаються по спеціалізовану хірургічну допомогу, як правило, досить пізно. Тому можливості мініінвазивних методів їх лікування, зокрема й ендоскопічної декомпресії ЖП, обмежені термінами від початку захворювання. Загальноприйнятими негативними прогностичними ознаками можливості ендоскопічного лікування цієї категорії хворих є тривалість захворювання понад 2 міс. Це зумовлено тривалим розповсюдженням пухлинного процесу, ступенем деформації та стенозу ЖП. У наших спостереженнях адекватну ендоскопічну біліарну декомпресію не вдалося

виконати в двох подібних випадках (38,7%).

У 7,6 % наших хворих у періульцерозний запальний вал був залучений великий сосочок ДПК. У 4 (3 %) спостереженнях виразка пенетрувала в дистальний або термінальний відділ ЖП.

Лікувальний ефект ендоскопічних санаційних втручань у пацієнтів з хворобою Каролі мав паліативний характер, рецидиви симптомів біліарної обструкції та холангіту спостерігали в період 6-11 міс після ендоскопічної санації ЖП.

У 1,7 % випадків неефективність ендоскопічної декомпресії ЖП зумовлені паразитарною інвазією, зокрема міграцією хітинової оболонки ехінококової кісти в просвіт ЖП, що призводило до їх обтурації та виникнення явищ механічної жовтяниці.

Метод назобіліарного дренивання, незважаючи на можливість постійного доступу до ЖП, має певні недоліки. Внаслідок односпрямованої дії перистальтичних хвиль ДПК дренажна трубка через 1-2 доби після його встановлення „витискається" з просвіту ЖП і потрапляє в просвіт ДПК. Ендобіліарні стенти, за наявності гнійного холангіту, функціонують не більше 2 діб, оскільки їх отвір блокується біліарним сладжем, фібрином та гнійним вмістом ЖП. У такому разі необхідно виконувати механічну ендоскопічну реканалізацію стентів відповідними провідниками або струменевим промиванням їх розчинами антисептиків (за нашими спостереженнями, необхідність реканалізації стентів виникала через 24-48 год після встановлення стента і потребувала проведення від 3 до 6 сеансів ендоскопії).

Для профілактики незадовільних результатів наведених методів ендоскопічної декомпресії ЖП нами запропонований спосіб дренивання ЖП (пат. № 41819 А), що включає виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії і встановлення дренажів трансназально в часткові протоки печінки.

Отже, альтернативними методами декомпресії ЖП є ендоскопічні транспапілярні втручання. Мінімальна травматичність і можливість постійної контрольованої санаційної дії на запальний процес у ЖП надає

перевагу їм перед традиційними комплексними методами лікування хронічного холангіту.

Висновки. 1. Рентгенендоскопічні методи є високо надійними в діагностиці патології органів гепатопанкреатодуоденальної

ділянки (ефективність становить 96,4 %).

2. Ефективність ендоскопічних лікувальних втручань при механічній обструкції жовчних проток залежить від її характеру і становить від 62,8 до 94,1 %.

Література

1. Граценко С.А. Эндоскопическая ретроградная баллонная дилатация при заболеваниях большого сосочка двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы / С.А.Граценко // 5-й междунар. конгр. по эндоскопич. хирургии: тез. докл. – М., 2001. – С. 273-274.
2. Ando T. Risk factors for recurrent bile duct stones after endoscopic papillotomy / T.Ando, T.Tsuuiguchi, T.Okugama // Gut. – 2003. – Vol. 52, № 1. – P. 116-121.
3. Stefanidis G. A comparative study of postendoscopic sphincterotomy complications with various types of electrosurgical current in patients with bcheledocholithiasis / G.Stefanidis, N.Viazis // Gastrointest. Endoscop. – 2003. – Vol. 57, № 2. – P. 192-197.
4. Ревякин В.И. Диагностика синдрома Мириizzi / В.И.Ревякин, А.В.Селиваненко // 5-й междунар. конгр. по эндоскопич. хирургии: тез. докл. – М., 2001. – С. 276-278.
5. Freeman M.L. Adverse Outcomes of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography / M.L.Freeman // Rev. Gastroenterol. Dis. – 2002. – № 2. – P. 147-168.
6. Коломійцев В.І. Віддалені результати і наслідки ендоскопічної папілосфінктеротомії у хворих на доброякісну міліарну патологію / В.І.Коломійцев // Acta medica Leopoliensia. – 2004. – Т. X, № 2. – С. 91-96.
7. Насташенко И.Л. Эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография у больных с механической желтухой / И.Л.Насташенко // Укр. ж. малоінваз. та ендоскопич. хірургії. – 1999. – № 4. – С. 15-18.
8. Белый В.Я. Использование экстракорпоральной ударноволновой литотрипсии в лечении холедохолитиаза / В.Я.Белый, И.Л.Насташенко, Х.Ю.Юлдашев // Укр. ж. малоінваз. та ендоскопич. хірургії. – 1999. – № 1. – С. 54-57.

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Резюме. Проведен анализ диагностики и лечения 1911 больных с механической обструкцией желчных протоков (ЖП). Установлены следующие причины неудовлетворительных результатов эндоскопических вмешательств: наличие больших или множественных конкрементов, перенесенные ранее операций на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), рубцовая деформация и стенозирование луковицы ДПК, наличие дивертикулов, патология поджелудочной железы, постбульбарные язвы ДПК с пенетрацией в ЖП, болезнь Кароли, паразитарные инвазии ЖП.

Ключевые слова: механическая желтуха, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

REASONS OF UNSATISFACTORY RESULTS OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTION OF THE BILE DUCTS

Abstract. An analysis of diagnosing and treating 1911 patients with mechanical obstruction of the bile ducts (BD) has been carried out. The following reasons of unsatisfactory results of endoscopic, diagnostic and treatment interferences have been established: the presence of gross and multiple concrements, previous sustained operations on the stomach and duodenum, cicatricial deformity and stricture formation of the duodenal bulb, the presence of diverticula, pancreatic pathology, postbulbar duodenal ulcers with penetration into the BD, caroli's disease, BD parasitic invasion.

Key words: obstructive jaundice, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic papillosphincterotomy.

O.O.Bohomolets' National Medical University (Kyiv),
Kyiv Municipal Center of Surgery of the Liver, Bile Ducts,
Bukovinian State Medical University (Chernivtsi),
Military Hospital (Chernivtsi)

Надійшла 18.09.2009 р.

Рецензент – д. мед. н. В.В.Білоокий (Чернівці)