

Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе

С. Г. Шаповальянц,
А. Ю. Цкаев,
Г. В. Грушко
Кафедра
госпитальной хирур-
гии № 1 (зав. —проф.
Ю.Л. Нестеренко)
Российского госу-
дарственного
медицинского
университета,
Москва

Анализованы результаты 1134 контрастных исследований и декомпрессивных инструментальных вмешательств на желчных путях у больных с холедохолитиазом (986), высокой рубцовой (29) и опухолевой стриктурой (33) гепатикохоледоха, опухолью головки поджелудочной железы [86]. При холедохолитиазе окончательным лечебно-диагностическим комплексом являются РПХГ и ЭПСТ. Возможности этих методов ограничены: после перенесенной ранее операции на желудке, когда БДС недоступен для эндоскопических манипуляций (14 больных): при расположении БДС в полости крупных дивертикулов (52) при наличии непреодолимого препятствия в устье холедоха (41). В целом не получили информацию о состоянии желчных протоков при РПХГ у 107 больных (10.8%), что потребовало использования других диагностических методов.

При опухоли головки поджелудочной железы преобладающим методом декомпрессии была микрохолецистостомия под контролем УЗИ (43). Предпочтение этому способу отдавали в связи с его относительной простотой выполнения, безопасностью и высокой эффективностью.

При высокой рубцовой и опухолевой стриктуре печеночных протоков, технические аспекты выполнения декомпрессии желчевыведительной системы тождественны. Методом выбора является антеградное контрастирование и чрескожная чреспеченочная декомпрессия биллиарного тракта.

Этапное ведение больных с использованием инструментальных способов устранения холестаза позволило снизить летальность при механической желтухе доброкачественного генеза с 9.2% до 3.7%.

Choice of the Method of Bile Ducts Decompression in Obstructive

S. G. Shapovaliants.
A. Yu. Tskaev.
B. G. V. Grushko
Department of Hospital
Surgery No. I (director-
prof. U.A. Nesterenko)
Russian State Medical
University, Moscow

Results of 1134 roentgen-contrast examinations and decompressive instrumental interventions on bile ducts in patients with cholelithiasis (986), high benign (29) and malignant (33) strictures of common bile duct, tumors of the head of the pancreas (86) are analysed.

The final diagnostics-and-treatment complex in cholelithiasis determined as ERPC and endoscopic papillotomy. Technical approaches of those methods are narrowed by following factors: surgical interventions on stomach in anamnesis, impossibilities of endoscopic access to papilla major (14 patients), uxtapapillary diverticula (52), presence of impediment in the estuary (lumen) of CBD (41). In general endoscopic procedures failed in 107 patients (10.8%) and it became necessary to applicate another diagnostic methods. Microcholecystectomy under US control was preferably used as a decompression method in patients with tumors of the head of the pancreas (43). Easy-to-use, high effectiveness and relative simplicity of the above mentioned approach makes it a method of choice. In high benign and malignant strictures of the inter- and extrahepatic ducts technical aspects of decompression are equal. Antegrade imaging and percutaneous transhepatic decompression of the biliary tract appears to be a method of choice. Instrumental procedures of cholestasis termination in treatment of the patients with jaundice of non-malignant etiology decreased mortality rate from 9.2% to 3.7%.

Проблема билиарной гипертензии занимает центральное место в хирургии желчевыводящих путей. Огромный опыт, накопленный в этой области отечественными и зарубежными хирургами, показывает, что синдром механической желтухи возникает у 15-40% больных с желчнокаменной болезнью и у всех больных, имеющих опухолевое поражение желчных путей. Декомпрессия биллиарного дерева является одной из

главных целей и важнейшим компонентом лечебных мероприятий у таких больных.

На наш взгляд целесообразно выделить:

1. Профилактическую декомпрессию (при операциях на гепатикохоледохе).
2. Декомпрессию при механической желтухе.
3. Декомпрессию при остром гнойном холангите.

Показания и различные интраоперационные приемы, направленные на профилактику желчной гипертензии достаточно отработаны и единодушно оцениваются хирургами. В то же время, проблема выбора инструментальной дооперационной декомпрессии желчных протоков при механической желтухе и гнойном холангите остается предметом дискуссии.

Методы исследования и результаты

Анализированы результаты 1134 контрастных исследований и декомпрессивных инструментальных вмешательств на желчных путях, выполненные в течение последних 3 лет.

Важнейшей проблемой остается разрешение билиарной гипертензии вследствие холедохолитиаза. В настоящее время сложилось мнение о том, что методом выбора при обследовании и устранении холедохолитиаза является РХПГ и ЭПСТ. Мы являемся активными сторонниками

этой позиции, поскольку накопленный опыт и ежедневные новые наблюдения показывают необходимость не только контрастирования протоков, но и визуальной эндоскопической оценки состояния большого дуоденального соска (БДС), а также периампулярной области. С этой точки зрения, возможности РХПГ безусловно превосходят другие методы исследования желчевыводящих путей включая интраоперационные. В то же время, незамеченные и не подвергнутые коррекции изменения БДС и околососочковой зоны, остаются одними из главных причин постхолестэктомического синдрома и, прежде всего, рецидива холедохолитиаза. Среди наших больных с холедохолитиазом (986), осложненным механической желтухой, выявлены следующие изменения области БДС (табл. 1)

Острый папиллит	914 (92.7%)
Полипы БДС	252 (25.5%)
Околососочковые дивертикулы двенадцатиперстной кишки	173 (17.5%)
Внелуковичные дуоденальные язвы	2 (0.2%)
“Рождающийся” конкремент БДС	52 (5.3%)

Совершенно очевидно, что без учета указанных изменений, проведенная декомпрессия не всегда будет полноценной и иметь окончательный характер.

Расценивая РХПГ и ЭПСТ как окончательный лечебнодиагностический комплекс при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом, следует отметить, что у некоторых больных возможности этих методов ограничены, после перенесенной ранее операции на желудке, когда БДС недоступен для эндоскопических манипуляций (14) больных: при расположении в полости крупных дивертикулов (52), при наличии непреодолимого препятствия в устье холедоха (41). В целом, не получили информацию о состоянии желчных протоков при РХПГ у 107 больных (10.8%), что потребовало использования других диагностических методов.

Несмотря на совершенствование ультразвуковой диагностики, объективная информация о камнях желчных протоков, достаточная для принятия решения о методе декомпрессии, может быть получена только при прямом контрастировании желчных путей. Для прогнозирования результата ЭПСТ необходимо точное представление о размерах, количестве, форме конкрементов, месте их расположения.

Микрохолестэктомия под контролем УЗИ	43
ЧЧХС	17
ЭПСТ	8
Эндоскопическое эндопротезирование гепатикохоледоха	3
Чрескожное наружно-внутреннее дренирование гепатикохоледоха	5
Холестэктомия	10
Всего	86



Рис. 1. РХПГ. Холедохолитиаз.



Рис. 2. РХПГ. Холедохолитиаз.

Важнейшим условием успешного разрешения холедохолитиаза путем ЭПСТ является соразмерность конкрементов диаметру нижележащих отделов гепатикохоледоха (рис. 1). Это, казалось бы, очевидное обстоятельство нередко остается без внимания, в связи с чем вмешательства на БДС не приводят к желаемому результату, а нередко и усугубляют состояние больного.

Среди 920 больных у которых технически было возможным проведение ЭПСТ, благоприятную рентгенологическую картину, встретили у 845 больных (92%). У всех эндоскопическое вмешательство привело к разрешению холестаза и эвакуации конкрементов.

Значительно сложнее, когда размеры конкрементов велики и несоизмеримы с просветом нижележащих отделов желчных путей (рис. 2). В этой ситуации не приходится рассчитывать на спонтанное отхождение конкрементов - требуется насильственное их извлечение с предварительной литотрипсией или без нее. Подобные манипуляции представляют значительную опасность и нередко сопровождаются серьезными осложнениями (кровотечение, панкреонекроз, холангит, ретродуоденальная перфорация).

При наличии крупных, фиксированных камней по ходу магистральных желчных протоков к ретроградному контрастированию последних прибегать не следует. Подобная картина может быть установлена при ультразвуковом исследовании, когда определяется значительная разница в диаметре протока вышестоящего отдела выше конкремента (рис. 3). Если этот факт не установлен до рентгенологического исследования, то ретроградное контрастирование, как правило, приводит к ухудшению состояния больных в связи с увеличением гипертензии во внутривисцеральных протоках, инфицированием и затрудненной эвакуацией контрастного вещества и желчи. Причем, если в подобной ситуации производят ЭПСТ, то возможно вклинивание конкремента с полной обтурацией желчных путей, быстрым нарастанием желтухи, холангита и печеночной недостаточности. Таким образом, при наличии крупных, высоко расположенных обтурирующих конкрементов, выявленных при ультразвуковом исследовании, следует воздерживаться от ретроградных контрастных исследований и вмешательств на БДС. В такой ситуации показана или чрескожная чреспеченочная декомпрессия желчных путей или лапаротомия.

Крупные камни, превышающие размеры нижележащих отделов желчных протоков, встретили у 47 больных, из них у 26 выполнили ЧХГ с последующей декомпрессией желчных путей, у 21 - эндоскопическую механическую литотрипсию (была успешной у 8 больных). Следует отметить, что при литотрипсии и извлечении конкрементов имели место осложнения: кровотечение (3), острый панкреатит (4). Из 13 больных, у которых механическая литотрипсия не удалась, у 5 сформировали ЧХС, 8 - были оперированы.

При опухоли головки поджелудочной железы (86 больных), преобладающим методом декомпрессии желчных протоков была микрохолецистостомия под контролем УЗИ (табл. 2). Предпочтение этому способу (рис. 4) отдавали в связи с его относительной простотой выполнения, безопасностью и высокой эффективностью. Лишь у 2 больных наблюдали подтекание желчи в брюшную полость мимо дренажа (осложнения вовремя диагностировали и больные были экстренно оперированы). На наш взгляд микрохолецистостомия под контролем УЗИ является методом выбора декомпрессии желчных путей при опухоли головки поджелудочной железы.

При высокой рубцовой (29 больных) в опухолевой (33) стриктуре печеночных протоков, технические аспекты выполнения декомпрессии желчевыведительной системы тождественны. Для правильного выбора метода контрастирования и декомпрессии желчных протоков наряду с клинико-анамнестическими данными, основное место следует отдавать результатам ультразвукового исследования. УЗИ позволяет четко определить уровень изменения диаметра желчевыводящих протоков, свидетельствуя о механическом препятствии (рис. 5). При выявлении подобных изменений методом выбора является антеградное контрастирование и чрескожная чреспеченочная декомпрессия желчных путей (табл. 3).

Следует отметить, что из 62 больных с высокой обструкции желчных протоков, у 16 - обследование начали с ретроградной холангиопанкреатографии.

Результаты диагностической процедуры и дальнейшее течение процесса показали, что первоначальный метод прямого контрастирования желчных путей был выбран неверно, так как у 9 больных получили информацию лишь о сегменте гепатикохоледоха ниже препятствия, у 7 контрастное вещество проникло в супрастенотический участок (рис. 6), что у 4 больных повлекло развитие холангита и потребовало срочной чрескожной чреспеченочной декомпрессии желчных путей.

С учетом накопленного опыта рекомендуем придерживаться следующей схемы лечебно-диагностических инструментальных вмешательств при механической желтухе (табл. 4).

В целом, накопленный в клинике опыт и результаты других авторов подтверждают необходимость двухэтапного лечения больных с механической желтухой, первый из которых достигается малоинвазивной инструментальной методикой. Важно отметить, что у 188 больных с холедохо-

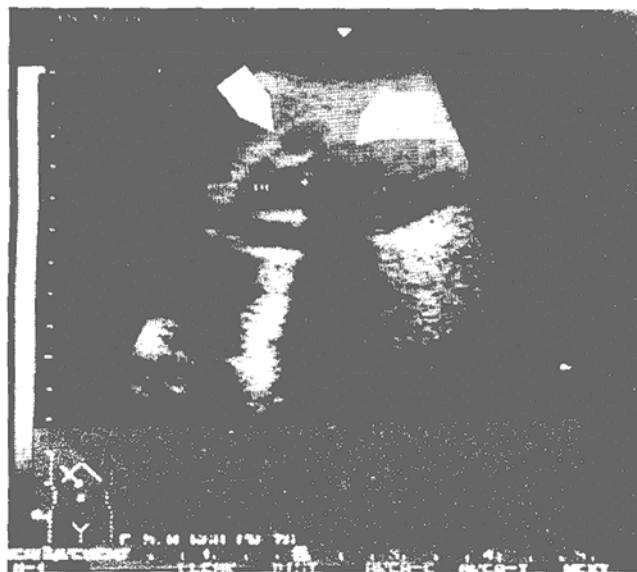


Рис. 3. Эхограмма. Крупный конкремент в супрадуоденальной части холедоха.



Рис. 4. ЧЧХГ. Рак головки поджелудочной железы. Пузырный проток проходим.

лителиазом (19%) инструментальная коррекция была окончательным методом лечения. Подобный подход позволил снизить летальность при механической желтухе доброкачественной этиологии с 9.2% до 3.7%.

Дискуссия

При лечении механической желтухи, как правило, преобладает применение того метода декомпрессии желчевыделительной системы, который именно в этом учреждении имеет наибольшее техническое и кадровое обеспечение. В результате разрабатываются и анализируются аспекты, обосновывающие преимущественное применение именно этого метода декомпрессии желчных путей. Это не позволяет составить объективное представление о лечебных возможностях каждого из методов. С другой стороны, в подавляющем большинстве наблюдений могут быть с одинаковым эффектом использованы различные методы декомпрессии, что также затрудняет выбор вмешательства. Арсенал последних достаточно велик и продолжает расширяться.

- эндоскопическая папилосфинктеротомия,
- чрескожная чреспеченочная холангиостомия, различные способы холецистостомии,
- назобилиарное дренирование,
- различные варианты эндопротезирования желчных протоков,
- интраоперационные методы декомпрессии желчных протоков.

По мере внедрения методов прямого контрастирования и инструментальной декомпрессии желчных протоков, сложились определенные показания и ограничения для каждого из них. Следует подчеркнуть, что в литературе нет однозначной позиции по этому вопросу. Целесообразность применения каждого из методов складывается из нескольких факторов, главными из которых являются:

- 1 Информативность диагностической методики.
2. Возможность трансформации диагностической процедуры в эффективное лечебное вмешательство.
3. Безопасность метода (вероятность осложнений и степень их тяжести).
4. Техническая сложность метода, необходимость дорогостоящего оборудования и специально обученного персонала.

Преимущественное значение, определяющее лечебный результат, имеют первые два фактора. В то же время, значение остальных, хотя и влияет на возможность и темпы внедрения методик, однако снижается по мере накопления опыта и решения организационных вопросов.

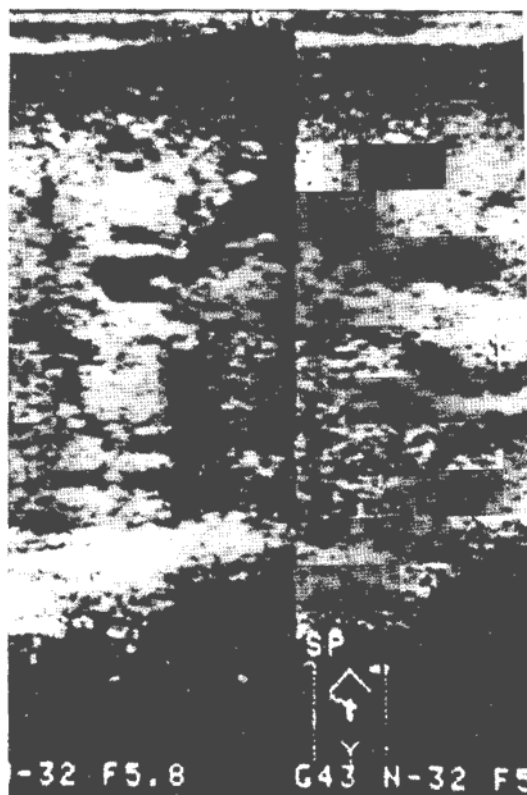


Рис. 5. Эхограмма. Рубцовая стриктура желчных протоков в области ворот печени. Внутрипеченочные протоки расширены, холедох не изменен.



Рис. 6. РХПГ. Рубцовая стриктура общего желчного протока.

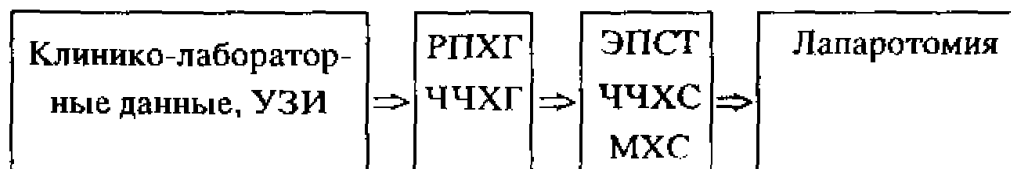
Таблица 3. Характер декомпрессии желчных протоков при их высокой обструкции (рубцовая, опухолевая)

Характер декомпрессии желчных протоков	Число наблюдений		Всего
	рубцовая стриктура	опухолевая стриктура	
Чрескожная чреспеченочная холангиостомия	23	26	49
Чрескожное чреспеченочное эндопротезирование	3	5	8
Двойное наружно-внутреннее дренирование	2	1	3
Эндоскопическое ретроградное эндопротезирование	1	1	2
Всего	29	33	62

Таблица 4. Схема лечебно-диагностических инструментальных вмешательств при механической желтухе

Инструментальные методы	Причина обструкции желчных протоков
РХПГ + ЭПСТ	– Холедохолитиаз (диаметр камня меньше диаметра гепатикохоледоха или равный ему)
ЧЧХГ	– Холедохолитиаз (диаметр камня больше диаметра гепатикохоледоха)
ЧЧХС	– Высокое опухолевое поражение желчных протоков
МХС под контролем УЗИ	– Опухоли головки поджелудочной железы

Предложенная более 15 лет назад принципиальная лечебно-диагностическая схема ведения больных с механической желтухой, в основном, верна и принята для использования в хирургических клиниках, обладающих современными рентгеноэндоскопическими методиками.



Следуя указанной тактике, у 90% больных удается инструментально разрешить билиарную гипертензию. Если возможности малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков исчерпаны или ограничены, то в срочном порядке показана лапаротомия.

Однако, с накоплением опыта выясняется, что предложенная схема не всегда приводит к успешному разрешению билиарной гипертензии, а в ряде случаев может повлечь ухудшение состояния больного. Это может быть вызвано неверным выбором способа контрастирования и декомпрессии желчных путей, а также избыточными надеждами на эффективность того или иного метода. Все это заставляет вновь возвращаться к переоценке возможностей различных приемов разрешения механической желтухи.

1 Список литературы

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия // М., 1996. С. 27-50.
2. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д., Цацаниди А.К. Лапароскопическая холецистэктомия // Хирургия. 1995. № 6. С. 31-35.

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ. 1997. Т. 2 С. 117-122

3. *Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И.* Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных с механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии.* 1996. Т. 1. С. 121-131.
4. *Каримов Ш.И.* Эндобилиарная хирургия в лечении механической желтухи // *Анналы хирургической гепатологии,* 1996. Т. 1. С. 91-97.
5. *Cuschieri A.* Operative manual of Endoscopic surgery // Springer-Verlag, 1993. V. 2. P. 273.
6. *Glenn F., Dillon L.D.* Developing trends in acute cholecystitis and choledocholithiasis // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1981. V. 150. P. 12-21