

Насташенко И.Л.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Nastashenko I.

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Анализ причин неудовлетворительных результатов эндоскопических транспапиллярных вмешательств

Analysis of causes of unsatisfactory results of endoscopic transpapillary interventions

Резюме

Проведен анализ обследования и лечения 5748 пациентов с билиарной обструкцией. Неудовлетворительными результаты эндоскопических транспапиллярных диагностических вмешательств были в 155 (2,7%) наблюдениях, лечебных – в 305 (5,3%). Неудачи лечебных вмешательств были обусловлены наличием крупных или множественных конкрементов в желчных протоках – у 119 (39,0%) пациентов, перенесенных ранее реконструктивных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке – у 24 (7,8%), после язвенных стенозов луковицы двенадцатиперстной кишки – у 13 (4,3%), постбульбарных язв – у 12 (3,9%), околососочковых дивертикулов – у 11 (3,6%), хронического панкреатита – у 7 (2,3%), болезнью Кароли – у 6 (2,0%), бластоматозной билиарной обструкции – у 89 (24,2%).

Ключевые слова: билиарная обструкция, транспапиллярные вмешательства, неудовлетворительные результаты.

Abstract

There was conducted the analysis of examination and treatment of 5.748 patients with biliary obstruction. The results of endoscopic transpapillary diagnostic interventions were unsatisfactory in 155 (2.7%) cases, therapeutic results – in 305 (5.3%). Failures of medical interventions took place because of the presence of the following: large or multiple concrements in the bile ducts – 119 (39.0%) patients, previous reconstructive operations on the stomach and duodenum – 24 (7.8%) patients, after ulcerative stenoses of the duodenal bulb – 13 (4.3%) patients, postbulb ulcers – 12 (3.9%) patients, periapodal diverticula – 11 (3.6%) patients, chronic pancreatitis – 7 (2.3%) patients, Caroli disease – 6 (2.0%) patients, and blastomatous biliary obstruction – 89 (24.2%) patients.

Keywords: biliary obstruction, transpapillary interventions, unsatisfactory results.

■ ВВЕДЕНИЕ

Широкое внедрение малоинвазивных методик в хирургию желчных протоков (ЖП) в значительной мере изменило методологические подходы при диагностике причин билиарной обструкции и при выборе

рациональной тактики лечения пациентов [1]. К числу методов, позволяющих максимально щадяще обеспечить санацию ЖП, относятся транспапиллярные эндоскопические и чрескожные чреспеченочные пункционные вмешательства, выполняемые под ультразвукографическим контролем [2, 3]. Безусловными преимуществами эндоскопических методов билиарной декомпрессии являются: контролируемость развития возможных осложнений вмешательств (перфорации полых органов, кровотечения из папиллотомной раны) и принятие мер по их устранению; восстановление естественного пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК), что обеспечивает нормализацию процесса пищеварения и стабильность электролитного баланса плазмы крови [4]. Арсенал эндоскопических диагностических и лечебных вмешательств включает: контрастирование ЖП с их рентгенологическим исследованием, инструментальную ревизию протоков, холедохоскопию, санацию билиарного тракта, дренирование, литоэкстракцию, литотрипсию, селективное стентирование протоков [5]. Эффективность транспапиллярных вмешательств в целом при билиарной обструкции определяется возможностью и результатами проведения каждого из приведенных этапов эндоскопического вмешательства.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ причин неудовлетворительных результатов диагностических и лечебных эндоскопических транспапиллярных вмешательств у пациентов с билиарной обструкцией различного генеза.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2010–2017 гг. на кафедре общей хирургии № 1 НМУ имени А.А. Богомольца по поводу непроходимости ЖП эндоскопические транспапиллярные вмешательства выполнялись 5748 пациентам, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – в 2919 (50,8%) случаях. Эндостентирование ЖП выполнено 379 (7,7%) пациентам: 296 (78,1%) – с применением пластиковых стентов и 83 (21,9%) были установлены саморасправляющиеся металлические стенты.

При наличии эндоскопических макроскопических признаков гнойного холангита (мутная зловонная желчь с гноем) в обязательном порядке, при наличии клинических проявлений холангита (наличие классической триады Шарко), а также в случаях клинически и инструментально доказанной билиарной обструкции по мере возможности забора интактной (без примеси контраста) желчи у 1247 (21,7%) пациентов с механической желтухой как на этапе диагностики, так и в процессе последующего лечения для оптимизации антибактериальной терапии выполнялось ее бактериологическое исследование с определением чувствительности выявленной флоры. При этом в 849 (68,1%) наблюдениях лабораторно подтвержден макроскопически визуально установленный диагноз гнойного холангита, а в 398 (31,9%) случаях только бактериологическое исследование желчи (в условиях ее забора, максимально приближенных к асептическим) позволило определить изначальную, т. е. уже имевшую место инфицированность ЖП, до первого – эндоскопического этапа лечения данной категории пациентов. Результаты проведенного исследования выглядят следующим

образом: *Klebsiella pneumoniae* выявлена в 27,8% случаев, *Acinetobacter baumannii* – в 8,3%, *Citrobacter freundii* – в 11,1%, *Enterobacter aeruginosa* – в 8,3%, *Enterococcus faecalis* – в 19,4%, *Enterococcus cloacae* – в 2,8%, *Pseudomona mirabilis* – в 2,8%, *Pseudomona aeruginosa* – в 8,3%, *Escherichia coli* – в 11,1%. В 23,7% случаев в посевах желчи выявляли микст-инфекцию из двух возбудителей, в 11,3% – из трех, в 65,0% наблюдали моноинфекцию.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее распространенной причиной неудовлетворительного результата лечения пациентов с доброкачественной билиарной обструкцией было наличие крупных или множественных конкрементов в ЖП – 119 (39,0%) наблюдений.

Неудовлетворительные (ложнопозитивные или ложноотрицательные) результаты диагностики билиарной патологии по данным эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) имели место в 155 (2,7%) наблюдениях. Неэффективность попыток эндоскопической декомпрессии ЖП по различным причинам признана в 305 (5,3%) случаях.

Наиболее распространенной причиной неудовлетворительного результата лечения пациентов с доброкачественной билиарной обструкцией было наличие крупных или множественных конкрементов в ЖП – 119 (39,0%) наблюдений. Возможность выполнения контактной литотрипсии в этих случаях была ограничена техническими характеристиками механических литотрипторов (размерами, конфигурацией их захватывающих корзинок, возможности создания силового деструктивного воздействия на конкремент), а применение экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии было недопустимо из-за наличия кистозных образований в проекции воздействия ударных волн.

В 24 (7,8%) наблюдениях причиной невозможности выполнения диагностических и/или лечебных транспапиллярных вмешательств были перенесенные ранее реконструктивные оперативные вмешательства на желудке, ДПК и ЖП:

- резекция желудка по Бильрот II – 8 (2,6%);
- гепатикоеюностомия – 11 (3,6%);
- холедоходуоденостомия – 5 (1,6%).

Рубцовый послеязвенный стеноз луковицы ДПК в 13 (4,3%) случаях препятствовал проведению дуоденоскопа до уровня локализации большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

«Низкие» постбульбарные язвы ДПК встречаются в 1,4–2,3% случаев язвенной болезни ДПК. В наших наблюдениях БСДК в 7 (2,3%) случаях был вовлечен в периульцерозный воспалительный вал, а в 5 (1,6%) случаях язвы пенетрировали в дистальный отдел общего желчного протока (ОЖП) – проведение эндоскопических вмешательств на ЖП в таких условиях считаем недопустимым.

Наличие околосопочковых дивертикулов не является противопоказанием к выполнению транспапиллярных вмешательств, но может существенно усложнять их проведение. В нашей работе в 11 (3,6%) случаях, при невозможности визуализации сосочка в полости дивертикула, выполнение эндоскопических вмешательств на нем было технически невозможным.

У семи (2,3%) пациентов попытки эндоскопической холедохолитоэкстракции не предпринимались из-за выраженного стеноза панкреатической части ОЖП вследствие хронического фибрознодегенеративного панкреатита.

Лечебный эффект эндоскопических вмешательств у 6 (2,0%) пациентов с болезнью Кароли носил паллиативный характер, рецидив симптомов билиарной обструкции наблюдался в сроки от 6 до 11 месяцев (в среднем 8,7 мес.) после транспапиллярной санации магистральных ЖП.

Возможность эндоскопической декомпрессии ЖП при их blastomatозной обструкции зависит от степени, протяженности стеноза протоков, наличия деформации зоны стеноза, т.е. распространенности опухолевого процесса, которая в свою очередь обусловлена длительностью заболевания. Общепринятым негативным прогностическим критерием возможности эндоскопического стентирования у этой категории пациентов является длительность гипербилирубинемии более 2 месяцев. В таких случаях билиарная декомпрессия должна выполняться с применением пункционных методик под ультразвукографическим контролем.

Кроме того, существенным моментом, определяющим возможность выполнения транспапиллярного билиарного стентирования, является уровень поражения ЖП [6]. В наших наблюдениях эффективность вмешательства составила: при поражении БСДК – 84,7%, головки поджелудочной железы – 43,6%, ретродуоденального отдела ЖП – 17,4%, супрадуоденального – 8,7%, области развилки долевых протоков – 3,6%.

У пациентов с гнойным холангитом даже адекватно установленные эндобилиарные стенты в 7,4–12,7% случаев в течение суток обтурируются билиарным сладжем, фибрином, гноем, что требует выполнения повторных эндоскопий для их реканализации [7]. Применительно к таким ситуациям нами разработан «Способ дренирования желчных протоков» (декларационный патент на изобретение № 41819 А), который предусматривает выполнение ЭПСТ и установку трансанально дренажей в долевые протоки печени. Способ отличается тем, что в ЖП дополнительно устанавливают стент. После чего налаживается трансанальная проточная санация ЖП с раствором тропных антибактериальных препаратов. Метод прошел клиническую апробацию и по показаниям применяется в клинике.

■ ВЫВОДЫ

1. Достоверность рентгенэндоскопических методов диагностики патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны составляет 97,3%.
2. Транспапиллярные эндоскопические вмешательства в 94,7% случаев обеспечивают возможность декомпрессии желчных протоков при их обструкции.
3. Для улучшения результатов лечения пациентов с билиарной обструкцией необходимо усовершенствование известных и разработка новых методов транспапиллярных вмешательств.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Riff B.P., Chandrasekhara V. (2016) The Role of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Management of Pancreatic Diseases. *Gastroenterol Clin North Am.*, vol. 45 (1), pp. 45–65. doi: 10.1016/j.gtc.2015.10.009.
2. Aliev Yu.G. (2013) Miniinvazivnie vmeshatel'stva v hirurgicheskom lechenii oslozhnennoi zhelchnokamЕННОИ болезни [Minimally invasive interventions in surgical treatment of complicated cholelithiasis]. *Hirurgiya*, no 5, pp. 73–75.
3. Li H., Hu Z., Chen J. (2014) Comparison of ERCP, EUS, and ERCP combined with EUS in diagnosing pancreatic neoplasms: a systematic review and meta-analysis. *Tumour Biol.*, vol. 35 (9), pp. 8867–74. doi: 10.1007/s13277-014-2154-z.
4. Adler D.G., Lieb J.G. 2nd, Cohen J. (2015) Quality indicators for ERCP. *Gastrointest Endosc.*, vol. 81 (1), pp. 54–66. doi: 10.1016/j.gie.2014.07.056.
5. Dronov A.I., Nastashenko I.L., Skomarovskii A.A. (2013) Primenenie samoraspravlyayuschihся metallicheskih stentov pri blastomatoznoi biliarnoi obstruktsii [Use of self-expanding metal stents in blastomatous biliary obstruction]. *Ukrains'kii zhurnal Hirurgii*, no 3, pp. 70–73.
6. Kullman E., Frozanpor F., Soderlund C., Linder S. (2010) Covered versus uncovered self-expandable nitinol stents in the palliative treatment of malignant distal biliary obstruction: results from a randomized, multicenter study. *Gastrointest Endosc.*, vol. 72 (5), pp. 915–923.
7. Lawrence C., Romagnuolo J., Payne K.M., Hawes R.H., Cotton P.B. (2010) Low symptomatic premature stent occlusion of multiple plastic stents for benign biliary strictures: comparing standard and prolonged stent change intervals. *Gastrointest Endosc.*, vol. 72 (3), pp. 558–563.

Поступила/Received: 25.05.2018

Контакты/Contacts: ihor.nastashenko@gmail.com