

НАРУШЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ХОЛЕДОХА: ПРИЧИНЫ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проанализированы результаты обследования и лечения 60 больных с дистальной непроходимостью холедоха неопухолевого генеза, в 57,6% случаев осложненной механической желтухой. Использованный диагностический алгоритм с применением ультразвукового исследования, папиллоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии обеспечивает в 98% случаев постановку правильного детализированного диагноза. Лечебная программа с применением двухэтапной тактики лечения посредством эндобилиарных вмешательств обеспечивает положительный результат хирургического лечения.

Ключевые слова: дистальная непроходимость холедоха, механическая желтуха, ультразвуковое исследование, малоинвазивные транспапиллярные вмешательства.

Данная работа является фрагментом НИР «Комплексна профілактика гнійно-септичних ускладнень у хворих з невідкладними захворюваннями органів черевної порожнини», № гос. регистрации №0111U003580.

Введение. Диагностика и лечение пациентов с нарушением проходимости дистальной части общего желчного протока до настоящего времени остается актуальной и малоизученной проблемой. Актуальность проблемы, прежде всего, обусловлена повсеместным ростом частоты встречаемости желчнокаменной болезни, увеличением количества операций на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны, а также сложностью топографоанатомических соотношений этой области [6, 12].

Причиной желчной гипертензии могут быть как злокачественные, так и доброкачественные заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Среди наиболее частых причин синдрома дистальной непроходимости холедоха неопухолевого генеза следует выделить холедохолитиаз, стеноз и дисфункцию большого дуоденального сосочка, острый папиллит, стриктуры и тубулярный стеноз холедоха [3, 6, 8].

Объединяющим началом этих нозологических форм является различной степени нарушения проходимости терминального отдела общего желчного протока с последующим развитием холестаза и синдрома механической желтухи [4, 5]. У этих

пациентов до 60% случаев отмечается развитие острого холангита и около 20% билиарного сепсиса, которые протекают с признаками полиорганной дисфункции и недостаточности, а также характеризуются высокой (41-53%) летальностью [1, 2, 3]. Несмотря на имеющийся прогресс современной гепатобилиарной хирургии результаты лечения пациентов с дистальной непроходимостью холедоха нельзя считать удовлетворительными, так как до настоящего времени сохраняется ряд нерешенных вопросов по диагностике заболеваний, вызывающих холестаза [4, 9, 12]. Не определены подходы по дифференциальной диагностике функциональных (дисфункция сфинктера Одди) и органических поражений большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). Не стандартизированы подходы при выборе оптимальной лечебной тактики [7, 11]. Не определены критерии очередности, этапности и объема хирургических вмешательств особенно у пациентов с доброкачественными заболеваниями БСДК и парапапиллярной зоны [9, 10].

Разработка комплексной лечебно-диагностической программы, включающей раннюю и точную диагностику причин холестаза, а также своевременная коррекция билиарной гипертензии путем малоинвазивных эндобилиарных вмешательств позволит улучшить результаты лечения этой категории больных.

Цель исследования. Разработка комплексной программы диагностики и лечения больных с нарушением дистальной проходимости холедоха неопухолевого генеза, направленной на улучшение результатов лечения.

Материалы и методы. Работа базируется на ретроспективном исследовании и лечении 60 пациентов в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст $67 \pm 7,6$ года), поступивших в хирургическую клинику 25 ГКБ г. Харькова в 2012 – 2015 годах с синдромом дистальной непроходимости холедоха. Из них женщин – 38 (63,3%), мужчин – 22 (36,7%). В программе обследования была использована стандартная клиничко-лабораторная диагностика, а также инструментальная диагностика с применением ультразвукового исследования (УЗИ), дуоденопапиллоскопии (ДПС), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ).

Ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны проводили больным при поступлении в стационар, а также в динамике хирургического лечения. Критерием отбора больных являлось наличие расширения гепатикохоледоха по данным УЗИ более 6мм. Этим пациентам в последующем выполняли ДПС и ЭРХПГ.

Лечебная программа базировалась на использовании двухэтапной тактики. Мероприятиями первого этапа были эндоскопические транспапиллярные вмешательства, второго – хирургическая коррекция основного заболевания, которое не удалось устранить малоинвазивно.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием пакета программ Microsoft Excel, с оценкой достоверности показателей по t – критерию Стьюдента. Разницу считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Нарушение дистальной проходимости холедоха при УЗИ было установлено у всех 60 (100%) больных, по данным которого дилатация общего желчного протока варьировала от 0,6 до 2,4 см в диаметре. Диагностированный холестаза по данным УЗИ явился показанием к проведению ДПС и ЭРХПГ формирующих, по сути, единый диагностический процесс, который по показаниям непосредственно трансформируется в лечебный. Конкретизируя сведенные данные этих исследований в количественном выражении, следует отметить, что в 33 (55%) случаях ЭРХПГ была успешной после канюляции БСДК, а в 19 (31,7%) – ЭРХПГ выполнена после диагностической или лечебной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). У 7 (11,7%) пациентов помимо резкого спазма БСДК никакой органической патологии не было выявлено.

Наиболее частой причиной непроходимости желчных протоков, по данным ДПС и ЭРХПГ явился стеноз БСДК, который был установлен у 26 (43,3%) больных. Установлено, что в изолированном виде эта патология выявлена всего в 10 (16,7%) случаях, а в сочетании с холедохолитиазом – у 16 (26,7%) больных.

Второй основной причиной нарушения проходимости холедоха явился холедохолитиаз, обнаруженный у 24 (40%) больных. Дефекты наполнения при ЭРХПГ составили от 0,4 до 2,4 см. У 5 (8,3%) больных причиной холестаза явился камень ампулы БСДК, который во всех случаях «отошел» после

ЭПСТ. Одиночные конкременты дистальной части общего желчного протока выявлены у 14 (23,3%), а множественные – у 10 (16,7%) больных. Множественные конкременты дистального отдела холедоха и БСДК величиной от 1 до 3мм (микролиты) обнаружены у 3 (5,4%) больных; во всех случаях они сопровождалась острым папиллитом с обтурацией БСДК. У пациентов с холедохолитиазом эндоскопически удалимыми были конкременты от 0,2 до 1,2 см в 20 (83,3%) случаях, а в 4 (16,7%) – конкременты от 1,7 до 2,4 были признаны эндоскопически неудаляемыми и этим пациентам в последующем была выполнена «открытая» холедохолитотомия.

Одноэтапное лечение с использованием малоинвазивных вмешательств стало окончательным в лечении у 46 (76,7%) пациентов со стенозом БСДК и холедохолитиазом. Двухэтапное лечение: эндобилиарное вмешательство (1-й этап) и лапароскопическая холецистэктомия (2-й этап) выполнено 34 (56,7%) больным с калькулезным холециститом. Оперативное лечение не проводилось у 7 (11,6%) пациентов с нарушением дистальной проходимости холедоха без признаков органической патологии, по-видимому, обусловленной дисфункцией сфинктера Одди.

Выводы.

1. Наиболее информативным скрининговым методом диагностики нарушения проходимости холедоха является метод УЗИ, который позволяет до 100% случаев определить уровень препятствия и нередко причину обструкции.

2. Данные полученные при ДПС и ЭРХПГ позволяют верно, интерпретировать и детализировать причину нарушения дистальной проходимости холедоха до 98% случаев.

3. Приоритетным способом хирургической коррекции органической патологии терминального отдела холедоха и зоны БСДК являются малоинвазивные транспапиллярные вмешательства и только в случаях их неэффективности возможно проведение традиционных «открытых» оперативных вмешательств.

Перспективы дальнейших исследований.

Проведенные нами исследования позволят в перспективе осуществлять более детальную диагностику органической патологии дистального отдела холедоха, а также положить начало в разработке программы дифференциальной диагностики органической и функциональной патологии БСДК.

Список литературы

1. Борисенко В. Б. Біліарний сепсис: принципи диференціальної діагностики з механічною жовтяницею та гострим холангітом / В. Б. Борисенко // Архів клінічної медицини. – 2014. – № 2 (20). – С. 17-19.
2. Борисенко В. Б. Патогенетические аспекты острого холангита / В. Б. Борисенко, С. Г. Белов, И. В. Сорокина, Н. И. Горголь / Вісник Дніпропетровського університету. Біологія. Медицина. – 2014. – № 4 (46). – С. 131-137.
3. Даценко Б. М. Механическая желтуха, острый холангит, билиарный сепсис: их патогенетическая взаимосвязь и принципы дифференциальной диагностики / Б. М. Даценко, В. Б. Борисенко // Новости хирургии. – 2013. – № 5. – С. 31-39.
4. Даценко Б. М. Критерии диагностики и принципы лечения обтурационной желтухи и ее осложненных форм – острого холангита и билиарного сепсиса / Б. М. Даценко, В. Б. Борисенко // Клінічна хірургія. – 2013. – № 3. – С. 5-8.
5. Винник Ю. С. Хирургическая коррекция синдрома механической желтухи / Ю. С. Винник, Р. А. Пахомова, Е. В. Серова // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т. 27, № 3. – С. 116-119.

6. Гальперин Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. – М. : Видар, 2009. – 560 с.
7. Котовский А. Е. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / А. Е. Котовский, К. Г. Глебов, Г. А. Уржумцева // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 9 – 18.
8. Майстренко Н. А. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза / Н. А. Майстренко // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 26 – 34.
9. Пархисенко Ю. А. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю. А. Пархисенко // *Украинский журнал хирургии*. – 2013. – № 3 (22). – С. 13 – 20.
10. Пиксин И. Н. Эндоскопические и ультразвуковые малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / И. Н. Пиксин, А. Г. Голубев, В. И. Кувакин. – М. : Наука, 2011. – 148 с.
11. Тарасенко С. В. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных доброкачественными заболеваниями жёлчных протоков / С. В. Тарасенко, Е. М. Брянцев, С. Л. Мараховский // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 21 – 26.
12. Федоров В. Э. Механическая желтуха неопухолевого генеза / В. Э. Федоров, А. П. Власов, И. В. Федосейкин. – М. : Наука, 2014. – 233 с.

УДК 616. 366 – 003. 7 – 008. 5 – 089. 168

ПОРУШЕННЯ ДИСТАЛЬНОЇ ПРОХІДНОСТІ ХОЛЕДОХА: ПРИЧИНИ, ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Борисенко В. Б., Сивцев А. В.

Резюме. Проаналізовано результати обстеження та лікування 60 хворих з дистальною непрохідністю холедоха непухлинного генезу, яка в 57,6% випадків була ускладнена механічною жовтяницею. Використаний діагностичний алгоритм з застосуванням ультразвукового дослідження, папілоскопії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії забезпечив в 98% випадках встановлення правильного деталізованого діагнозу. Лікувальна програма з застосуванням двохетапної тактики лікування з використанням ендобіліарних втручань забезпечує позитивний результат хірургічного лікування.

Ключові слова: дистальна непрохідність холедоха, механічна жовтяниця, ультразвукове дослідження, малоінвазивні транспапілярні втручання.

UDC 616. 366 – 003. 7 – 008. 5 – 089. 168

Violation of Choledoch Distant Patency: Reasons, Principles of Diagnostics and Treatment

Borisenko V. B., Sivtsev A. V.

Abstract. The diagnostics and treatment of the patients with violation of distant part of the general bile duct patency remain until now urgent and insufficiently explored problem. Choledocholithiasis, stenosis and the dysfunction of the large duodenal papilla, papillitis, strictures and choledoch tubular stenosis should be considered most common causes of choledoch distal patency syndrome of non-neoplastic genesis. Until present time approaches in optimal diagnostic and treatment tactics are not standardized. Criteria of priority order, phasing and volume of surgical intrusions are not defined especially in patients with benign diseases of the large duodenal papilla and parapapillary zone.

Aim of the research. Creation of the complex program of diagnostics and treatment of the patients with violations of choledoch distal patency of non-neoplastic genesis directed on the improvement of the treatment results.

Materials and methods. The work is based on the retrospective study and treatment of 60 patients with violations of choledoch distal patency. The program of examination included standard clinic-laboratory diagnostics, instrumental diagnostics with the use of ultrasound research, duodenoplasty, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Results. Discussion. Violation of choledoch distant patency was found in 60 (100%) patients under ultrasound research. Width of the choledoch varied from 0,6 to 2,4 sm in diameter.

The stenosis of the large duodenal papilla was found in 26 (43,3%) patients under duodenoplasty and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. In isolation this pathology was found in 10 (16,7%) cases and in 16 (26,7%) patients – together with choledocholithiasis. Choledocholithiasis appeared to be the second main cause of choledoch patency violation which was found in 24 (40%) patients. In 5 (8,3%) patients the stone of LPD ampulla became the cause of cholestasis. Solitary concernments of the distant part of the general bile duct were found in 14 (23,3%), and numerous – in 10 (16,7%) patients. Choledoch microlites from 1 to 3mm found in 3 (5,4%) patients were in all cases accompanied by acute papillitis. Concernments from 0,2 to 1,2 sm were endoscopically extracted in 20 (83,3%) cases, and concrements from 1,7 to 2,4 sm were considered endoscopically non-extracted in 4 (16,7%) cases, these patients were performed “open” choledocholithotomy.

In 33 (55%) cases endoscopic retrograde cholangiopancreatography was successful after papillae cannulation and in 19 (31,7%) cases it was performed after diagnostic or therapeutic endoscopic papillosphincterotomy.

One-phase therapy with the use of minimally invasive intrusions became final in treatment of 46 (76,7%) patients with the stenosis of the large duodenal papilla and choledocholithiasis. Two-phase treatment: endobiliary intrusion (the 1st phase) and laparoscopic cholecystectomy (the 2nd phase) were performed in 34 (56,7%) patients with calculose cholecystitis. Surgical therapy was not performed in 7 (11,6%) patients with indicators of Oddi sphincter dysfunction.

Conclusions. The method of ultrasound research is the most informative screening method of violations of choledoch patency diagnostics making possible to determine the level of obstruction and often the cause of obstruction in 100% of cases.

The data received under duodenopapilloscopy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography make possible to interpret and specify correctly the cause of violation of choledoch distal patency in up to 98% cases.

The priority methods of surgical correction of choledoch terminal section and zone of the large duodenal papilla organic pathology are minimally invasive trans-papillary intrusions and only in case of their inefficiency performance of traditional "open" surgical intrusions is possible.

Keywords: distal obstruction of the common bile duct, obstructive jaundice, ultrasound, minimally invasive transpapillary intervention.

Стаття надійшла 19. 11. 2015 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування