УДК 616.366-002-089

Эффективность различных хирургических подходов к лечению патологии желчевыводящих путей у лиц с высоким операционно-анестезиологическим риском

Г.З. Балаян, Г.А. Гомцян

МЦ "Ереван", ЕГМУ им. М. Гераци, кафедра хирургии N 2
0039, Ереван, ул. Багратуняц, 1

Ключевые слова: заболевания желчевыводящих путей, группа высокого операционно-анестезиологического риска, транспапиллярное стентирование, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)

Патология желчевыводящих путей на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем билиарной хирургии. Наиболее частыми причинами окклюзии желчевыводящих протоков является холедохолитиаз, доля которого при желчнокаменной болезни достигает 10-35%, стриктура терминального отдела холедоха и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) [5]. Окклюзия желчевыводящих протоков приводит к возникновению желчной гипертензии, которая, в свою очередь, выступает в роли пускового механизма развития механической желтухи. Возникающие в итоге ахолия и холестаз усугубляют течение основного заболевания, а в ряде случаев приводят к развитию гнойно-воспалительных осложнений – острого билиарного панкреатита, гнойного холангита, абсцессов печени, холангиогенного сепсиса [1]. При этом у пациентов пожилого и старческого возраста нередко развиваются тяжёлые формы заболевания, а летальность может достигать 60%, что обусловлено декомпенсацией сопутствующей соматической патологии [4].

В настоящее время, несмотря на широкое развитие и совершенствование методик малоинвазивной хирургии, проблема выбора рациональной тактики лечения заболеваний желчевыводящих путей, первой задачей которой является эффективная билиарная декомпрессия, остаётся дискуссионной, что и послужило обоснованием к проведению данного исследования [2,3].

Целью исследования было определение эффективности различных хирургических подходов к лечению патологии желчевыводящих путей у лиц с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 300 пациентов с патологией желчевыводящих путей из группы высокого операционно-анестезиологического риска, в том числе 74,33% (223) женщин и 25,67% (77) мужчин. Средний возраст пациентов составил 74,72±2,31 г., поскольку в выборке преобладали лица в возрасте 60-74 г. (77,67%). Нозологическая структура выборки представлена на рисунке. Из данных диаграммы следует, что практически ¾ выборки составили лица с холедохолитиазом, тогда как доли пациентов со стенозом БДС и стриктурой терминального отдела холедоха были практически одинаковы.

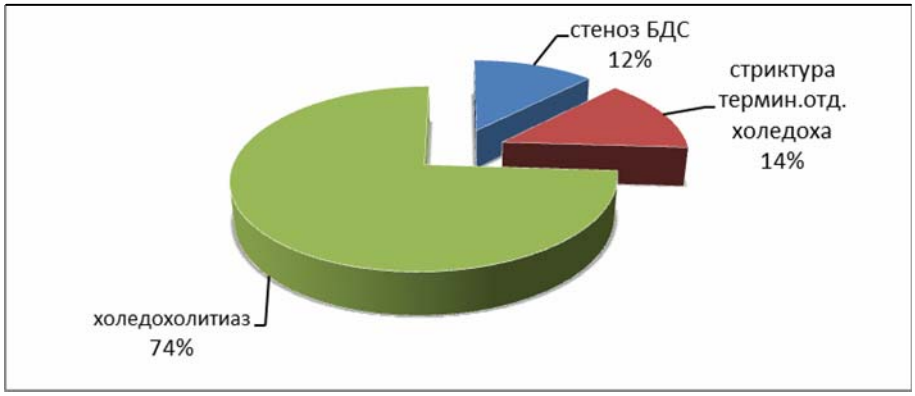

Рисунок. Нозологическая структура выборки

Всем пациентам (300 – 100,00%) были проведены эндоскопические малоинвазивные вмешательства на желчевыводящих путях, в том числе у 125 (41,67%) больных выполнили холедохолитотомию, осуществляемую при ЛХЭ, а в остальных 175 (58,33%) случаях – эндоскопическую санацию холедоха при ЭПСТ. При этом все пациенты, вне зависимости от вида эндоскопического вмешательства, были разделены на 2 группы:

- группа I – 97 (32,56%) пациентам данной группы было проведено одноэтапное хирургическое вмешательство;
- группа II – остальным 203 (67,44%) больным было проведено двухэтапное хирургическое лечение. На первом этапе всем пациентам данной группы осуществлялось транспапиллярное стентирование желчевыводящих путей, а вторым этапом – эндоскопическая операция (если необходимость в ней сохранялась).

Для проведения стентирования желчевыводящих путей использовали: эндоскопическую видеосистему Olympus V-70 с терапевтическим видеодуоденоскопом TJF-V70 и рентгенодиагностический цифровой аппарат стеноскоп 6000 CCD (General Electric). С целью транспапиллярного желчеотведения применялись следующие эндоскопические методи-

ки: назобилиарное дренирование – у 29 пациентов (14,29%), эндобилиарное стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами – 24 пациента (11,82%) или пластиковыми эндопротезами различных конфигураций, диаметром от 7 до 8,5 Fr. – в 150 случаях (73,89%).

Результаты и обсуждение

В итоге эффективное транспапиллярное желчеотведение удалось осуществить в подавляющем большинстве случаев – у 187 больных (92,12%). Выполнение данного вмешательства позволило не только разрешить клиническую картину механической желтухи и уменьшить болевой синдром (либо полностью его купировать), но также подготовить пациентов к последующему эндоскопическому вмешательству на желчном пузыре и желчевыводящих путях.

Частота осложнений транспапиллярного стентирования была невелика – они развились лишь у 12 пациентов (5,91%). В большинстве случаев (у 8 пациентов из 12) осложнения были представлены гнойным холангитом, в связи с обтурацией стента слизистой пробкой. Данное осложнение было устранено путем установки назобилиарного дренажа с последующей санацией холедоха, а затем – с проведением эндоскопической операции на желчевыводящих путях. У 4 пациентов произошла миграция стентов в холедох – во всех случаях стенты были удалены при повторных эндоскопических вмешательствах.

Частота интраоперационных осложнений в выборке составила 4,67% (14), в том числе при выполнении холедохолитотомии осложнения возникли у 8 (6,35%) пациентов, а в группе ЭПСТ – у 6 (3,43%). Большинство осложнений в ходе холедохолитотомии было представлено пересечением холедоха (5 случаев из 8). Осложнение было ликвидировано путем ушивания. У 3 пациентов произошло ранение *v. portae* во время выделения гепатодуоденальной связки из воспалительного инфильтрата, что также потребовало ушивания стенки. В группе ЭПСТ у 4 пациентов на этапе препаровки печеночно-двенадцатиперстной связки были повреждены артерии – в 3 случаях пузырная артерия, у 1 больного – печеночная артерия. Осложнения были устранены путем взятия на зажим и перевязки пузырной артерии и наложения сосудистого шва на печеночную артерию. В 2 случаях во время операции была повреждена стенка двенадцатиперстной кишки – рана была ушита однорядным швом монофиламентным нерассасывающимся шовным материалом.

Следует отметить, что частота осложнений в группах исследования была практически одинаковой – 5,15% (5) в группе I и 4,43% (9) в группе II ($p>0,05$).

Частота послеоперационных осложнений после эндоскопических вмешательств составила 18,67% (56) (таблица).

Таблица

Частота послеоперационных осложнений у больных с высоким операционным риском после эндоскопических вмешательств

Осложнения ЭПСТ	Количество пациентов (абс./%)	
	группа I	группа II
Местные осложнения, связанные с вмешательством на БДС		
Панкреатит	14 (14,43)*	12 (5,91)
Кровотечение	5 (5,15)	3 (1,48)
Желчный свищ	9 (9,28)*	2 (0,98)
Общие осложнения		
Плевропневмония	5 (5,15)	6 (2,96)
Всего	33 (34,01)**	23 (11,33)
Итого	56 (18,67)	

* достоверные различия между группами ($p<0,05$);
** достоверные различия между группами ($p<0,01$)

Данные таблицы свидетельствуют о том, что наиболее частым осложнением в обеих группах был панкреатит. При этом частота развития местных осложнений была достоверно больше в группе I – 28,87%, а в группе II – 8,37% ($p<0,01$), тогда как уровень общих осложнений был сопоставимым. Очевидно, проведенное в качестве первого этапа в группе II назобилиарное дренирование послужило эффективной мерой профилактики развития постманипуляционного панкреатита.

Следует отметить, что среди местных осложнений в группе I, по сравнению с группой II, достоверно чаще развивались панкреатит и образование желчных свищей. В то же время частота возникновения кровотечений хотя и была несколько выше в группе I, по сравнению с группой II, но различия не достигали статистически достоверного уровня ($p>0,05$).

Уровень летальности в выборке составил 3,33% (10). При этом после холедохолитотомии летальный исход наступил в одном случае – у пациента из группы I на 2-й день после оперативного вмешательства при нарастающих явлениях сердечно-сосудистой недостаточности. Летальный исход после ЭПСТ был зафиксирован в 9 (5,17%) случаях, причем в группе I уровень летальности был достоверно выше – 9,26% (5), тогда как в группе II он составил лишь 3,33% (4) ($p<0,05$). Соответственно в целом уровень летальности был выше в группе I – 6,18% (6), тогда как в группе II – лишь 1,97% (4) ($p<0,05$).

Средняя длительность госпитализации у лиц с высоким операционным риском составила 17,32±1,86 дней, в том числе в группе I – 19,48±1,63 дня, в группе II – 16,87±1,03 дня ($p<0,05$). Очевидно, это различие было обусловлено более частым развитием послеоперационных осложнений у пациентов группы I.

Таким образом, в настоящее время эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчевыводящих путей представляет собой эффективный метод подготовки пациентов из групп с высоким операционно-анестезиологическим риском к дальнейшим хирургическим вмешательствам на желчевыводящих путях. Это проявляется редким развитием местных осложнений в послеоперационном периоде, низким уровнем летальности, сокращением длительности госпитализации. В связи с этим применение двухэтапного подхода (транспапиллярное дренирование с последующей эндоскопической операцией) представляется наиболее оптимальным в лечении пациентов из группы высокого операционно-анестезиологического риска с заболеваниями желчевыводящих путей.

Поступила 12.04.16

Լեղուղիների պաթոլոգիայով բարձր վիրահատական-անեսթեզիոլոգիական ռիսկի խմբի հիվանդների մոտ վիրաբուժական բուժման տարբեր մոտեցումների արդյունավետությունը

Հ.Զ. Բալայան, Գ.Ա.Գոմցյան

Հոդվածում ուսումնասիրվում է լեղուղիների հիվանդություններով տառապող և բարձր վիրահատական-անեսթեզիոլոգիական ռիսկի խմբին պատկանող հիվանդների մոտ վիրահատական բուժման տարբեր մոտեցումների արդյունավետությունը: Այդ նպատակով համադրվել են միափուլ էնդոսկոպիկ միջամտության և բուժման երկփուլ եղանակով՝ լեղուղիների տրանսպապիլյար ստենտավորման և դրան հաջորդող էնդոսկոպիկ վիրահատության ենթարկված անձանց բուժման արդյունքները: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ լեղուղիների պաթոլոգիաների ժամանակ տվյալ հիվանդների խմբի մոտ առավել արդյունավետ է բուժման երկփուլ եղանակի կիրառումը:

The efficiency of different approaches in surgical treatment of the biliary tract pathologies in patients with high operational and anesthesiological risk

H.Z. Balayan, G.A. Gomtsyan

Efficiency of various approaches in surgical treatment of patients with diseases of the biliary tract from the group of high operative-anesthesiological risk is discussed in the article. With this aim, the results of patients who have

undergone one-stage endoscopic intervention as well as two-stage treatment – transpapillary stenting of the biliary tract with subsequent endoscopic surgery are compared. Based on these data, the conclusion is made about the higher efficiency of the two-stage approach to treatment of biliary tract diseases in this population of patients.

Литература

1. *Ахаладзе Г.Г.* Патогенетические аспекты гнойного холангита, почему нет системной воспалительной реакции при механической желтухе? Анналы хирургической гепатологии, 2009, т. 14, 2, с. 9–15.
2. *Гусев А.В., Боровков И.Н., Мартинш Ч.Т. и др.* Новые технологии при механической желтухе доброкачественного генеза. Анналы хирургической гепатологии, 2008, т. 13, 1, с. 72–75.
3. *Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А. и др.* Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов панкреатодуоденальной зоны. Анналы хирургической гепатологии, 2010, т. 15, 1, с. 9-18.
4. *Лаптев В.В., Михайлусов С.В., Цкаев А.Ю. и др.* Лечебно-диагностические аспекты механической желтухи доброкачественного генеза. «Актуальные вопросы клинической медицины». Сборник материалов, посвящённый 25-летию ГКБ №15 им. О.М. Филатова г. Москвы, М., 2006.
5. *Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Цкаев А.Ю. и др.* Актуальные вопросы диагностики и лечения больных микрохоледохолитиазом. Анналы хирургической гепатологии, 2007, т. 12, 2, с. 62–68.