

З ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 616.006-089; 616.36-002.17-08-092.9

DOI 10.11603/2414-4533.2017.2.7942

© О. Ф. ДЗИГАЛ

Одеський національний медичний університет

Ендоскопічна папілосфінктеротомія у хворих на цироз печінки з наявністю холестазу

Мета роботи: аналіз способів хірургічних втручань у хворих із провідними симптомами цирозу печінки (ЦП), ускладненим холедохолітазом, для вибору індивідуальної тактики їх лікування.

Матеріали і методи. З числа 1117 обстежених хворих з підозрою на ЦП, жовчнокам'яну хворобу, гострий холецистит та механічну жовтяницю відібрали 52 пацієнти з клінічними проявами біліарного блоку внаслідок холедохолітазу. 42 хворим з їх числа виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) з літекстракцією, ЕПСТ з механічною літотрипсиєю, стентування та балонну дилатацію, а також назобіліарне дренирування.

Результати досліджень та їх обговорення. Сформульовано показання та протипоказання до виконання ендоскопічної операції у хворих на ЦП, ускладнений холедохолітазом. Наведені окремі деталі виконання різних типів ЕПСТ – типової, або канюляційної, атипової, або неканюляційної та змішаної. Виконання ЕПСТ супроводжувалося літекстракцією у 33 хворих. ЕПСТ виявилася успішною у 35 з 37 хворих. Ускладнення після ЕПСТ, які виявлені під час операції або розвинулися впродовж 24 год після неї, спостерігали в 6 із 37 хворих.

Висновки. Ефективність ЕПСТ у хворих на ЦП при холедохолітазі та розвитку механічної обструкції жовчовивідних шляхів сягає 94,6 %, що дозволяє рекомендувати її як операцію вибору при лікуванні хворих із непрохідністю загальної жовчної протоки, що виникла внаслідок холедохолітазу, а також вважати дане хірургічне втручання ефективним методом лікування вказаного контингенту хворих із високим ступенем операційного ризику.

Ключові слова: цироз печінки; холестаза; холедохолітаза; ендоскопічна папілосфінктеротомія; операція вибору.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Складним та дискусійним питанням залишається вибір хірургічної тактики при лікуванні хворих на цироз печінки (ЦП) [1–3]. Ситуація ускладнюється не лише з точки зору методологічних питань, хоча ми стикаємось у роботі із такими явищами. Зважаючи на етіологопатогенетичні особливості захворювання, на вираженість клінічного стану та тяжкість функціонального стану хворих, яких госпіталізують до нашої клініки, а також на їх вік, ми часто при виборі тактики хірургічного (або консервативного) лікування стикаємося з проблемою наявності у них певних супутніх захворювань. Ускладнений та тривалий анамнез захворювання, наявність коморбідної патології, а також стан кожного конкретного пацієнта на момент його госпіталізації до клініки – ось три провідні аспекти, які детермінують вибір тактики лікування хворих на ЦП.

Стосовно наявності супутніх захворювань, то найскладнішим з проспективної хірургічної точки зору є такі три позиції: по-перше, це наявність у хворих асцити; по-друге – формування у них портальної гіпертензії, та, по-третє, – розвиток запального процесу в органах, які анатомічно «оточують» печінку. Проаналізувавши власну тактику та ефективність лікування хворих із ЦП за першими двома позиціям, які наведені вище, ми вважаємо за необхідне проаналізувати власну тактику та висловити певні обґрунтовані рекомендації сто-

совно тактики хірургічного лікування хворих третьої групи – йдеться про контингент пацієнтів, в яких ЦП поєднується з запальним ураженням тканини жовчного міхура з розвитком у них гострого холециститу та, що є найнебезпечнішим, формуванням біліарного блоку. Холестатичний синдром у таких хворих маніфестує доволі тривалий термін з вираженим больовим синдромом, проте хірургічне лікування таким хворим показане лише у двох випадках: при прогресуванні деструктивного процесу в паренхімі печінки та/або при зростанні ступеня вираженості портальної гіпертензії, а також при різкому больовому нападі гострого холециститу, провідним чинником якого у більшості випадків є така послідовність патологічних процесів: згущення (концентрація) жовчі → утворення жовчних каменів → біліарна гіпертензія → біліарний блок [4–6].

Якщо у хворих, яких госпіталізують в клініку, показаннями до операції є виражений больовий синдром з явищами холестази та холедохолітазу, то їх оперували для усунення цих симптомів, причому протягом до-, інтра- та післяопераційного періодів значні зусилля слід докласти для проведення гепатопротективного лікування. Але, штучно відкидаючи зараз проблему хірургічного лікування ЦП в означеного контингенту хворих, зрозуміло, ми повинні зосередитися на алгоритмі дій хірурга при лікуванні у таких хворих явищ та наслідків холестази. Постають питання: яку пато-

логію вважати первинною у кожному конкретно-му випадку і на що при цьому має бути спрямоване хірургічне лікування? Чи дозволяють клінічний стан конкретного хворого та клінічна вираженість гострого нападу холецистити здійснити негайне операційне втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки задля усунення жовчної гіпертензії? Чи слід (або коли слід) в подальшому виконати наступне хірургічне втручання при наявності деструктивного процесу в стінці жовчного міхура? Насамкінець, коли слід наведені вище операційні втручання виконувати одночасно, а коли слід вдатися до етапного (послідовного) лікування хворих на ЦП, ускладнений холедохолітазом? Вважаємо, що внаслідок критичного аналізу власних дій та аналізу ефективності виконаних операційних втручань можна говорити про розробку рекомендацій щодо індивідуальної тактики лікування таких хворих.

Мета роботи: аналіз способів хірургічного лікування хворих із провідними симптомами ЦП, ускладненого холедохолітазом, для вибору індивідуальної тактики їх лікування.

Матеріали і методи. Впродовж останніх 7 років було обстежено 1117 хворих з підозрою на ЦП, жовчнокам'яну хворобу, гострий холецистит, механічну жовтяницю. Цироз печінки, ускладнений холедохолітазом, було діагностовано у 52 пацієнтів (4,7 %). Серед них гіпербілірубінемією було зареєстровано у 37 хворих (72,2 %). Жінок було 41 (78,8 %), чоловіків – 11 (21,2 %), вік хворих коливався від 36 до 69 років.

Діагноз ЦП, випадки гострого холециститу, наявність міліарної гіпертензії, холедохолітазу формулювали на підставі клінічного обстеження хворих, біохімічного аналізу крові, виконання УЗД органів гепатопанкреатодуоденальної ділянки, комп'ютерної томографії, ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії тощо. Запідозрити холедохолітаз дозволяють дані анамнезу, клінічна картина і лабораторні дані, зокрема гіпербілірубінемія, переважно за рахунок прямої фракції білірубіну, підвищення активності лужної фосфатази, гамма-глутаміл-трансферази та ін. Найбільшу діагностичну ефективність становлять інструментальні методи дослідження, з числа яких основним методом діагностики холедохолітазу вважаємо передопераційне УЗД. Ультрасонографія, яку виконуємо всім хворим, госпіталізованим з симптомами гострого холецистити, дозволяє виявити не лише деструктивні зміни в жовчному міхурі, а й прямо чи побічно вказує на наявність конкрементів у позапечінкових жовчних прото-

ках. Основними УЗД-симптомами захворювання вважаємо розширення (більше 8–10 мм) загальної жовчної протоки, наявність обструкції біліарних шляхів, потовщення стінки холедоха, що дає можливість запідозрити наявність гнійного холангіту, виявити конкременти не лише в жовчному міхурі, а й у жовчних протоках, їх точну локалізацію, кількість, розміри та ін.

Результати досліджень та їх обговорення.

При підозрі на холедохолітаз всім хворим виконували езофагогастродуоденоскопію з оглядом великого дуоденального сосочка (ВДС). При цьому визначали наявність або відсутність пасажу жовчі в дванадцятипалій кишці, зміни у ВДС, наявність парапапілярних дивертикулів тощо.

При широкій протоці міхура у 7 (13,4 %) хворих виконали інтраопераційну холедохоскопію, яка дозволяє точно виявити конкременти в жовчних шляхах і видалити їх. У 3 (5,8 %) хворих з великими каменями в протоці при неможливості лапароскопічної корекції виконували конверсійну лапаротомію і здійснювали відкрите видалення каменів через холедохотомічний отвір.

У решти 42 хворих з урахуванням їх клінічного стану, наявності жовтяниці, тривалості терміну обструкції жовчних проток, формування холестазу, який спричиняє подальший розвиток деструктивних змін у гепатоцитах та формування осередкових некротичних змін у паренхімі печінки, наявності порушень печінкового кровопостачання виконували наступні операційні втручання: ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) з літекстракцією – 33 (63,5 %), ЕПСТ з механічною ліотрипсією – 4 (7,7 %), стентування та балонну дилатацію – 2 (3,8 %), назобілярне дренажування – 3 (5,8 %) пацієнтам.

При цьому у 42 хворих з холедохолітазом виконали передопераційну декомпресію жовчних проток і ліквідацію холемії. Вибір способу передопераційної декомпресії жовчних проток визначали залежно від рівня обструкції, виходячи з чого малоінвазивні втручання виконували лише після точного формулювання діагнозу.

Показаннями до ендоскопічної операції у хворих на ЦП, ускладнений холедохолітазом, вважали такі: защемлений камінь в ампулах дванадцятипалої кишки, стенозуючий папіліт ВДС, наявність конкрементів у екстрадуоденальному відділі загальної жовчної протоки, поєднання холедохолітазу і стенозуючого папіліту, ускладнення холедохолітаза (напр., гнійний холангіт, гострий панкреатит тощо). Хірургічні втручання проводили при відсутності перитоніту і обов'язковому перед-

операційному консервативному лікуванні гострого холециститу.

Протипоказаннями до виконання ЕПСТ вважаємо клініку місцевого або розлитого перитоніту і наростання клінічної картини гострого холециститу, холестазу та жовтяниці протягом доби, неможливість візуалізації ВДС після перенесеної резекції шлунка за методикою Більрот-II, а також протяжний стеноз дистального відділу загальної жовчної протоки, звуження або грубу деформацію нижнього відділу дванадцятипалої кишки, незручну локалізацію ВДС.

З урахуванням сформульованих вище показань ми виконали ендоскопічне розсічення великого сосочка дванадцятипалої кишки у 37 (71,2 %) з 52 хворих з холедохолітіазом. Виконанню ЕПСТ передувала ЕРХПГ, яка дозволяла чітко визначити локалізацію і кількість конкрементів, а також визначала вибір ендоскопічного втручання на папілі. У всіх хворих вказане ендоскопічне втручання забезпечило декомпресію жовчних проток, що було першим етапом малоінвазивного хірургічного лікування вказаного контингенту хворих.

Ендоскопічне розсічення ВДС та ліквідація біліарної гіпертензії в жовчних протоках (тобто, типова, або канюляційна ЕПСТ) дозволяли знизити ризик подальших операційних втручань і зменшити їх обсяг, оскільки відпадала необхідність у подальшій ревізії жовчних проток та ймовірному виконанні лапароскопічної з конверсією або традиційної (відкритої) холецистектомії.

Операцію ЕПСТ виконували натщесерце. За півгодини до операції проводили премедикацію промедолом (1,0 мл 1,0 % розчину, в/м), атропіном (0,7 мл 0,1 % розчину, в/м) і димедролом (1,0 мл 1,0 % розчину в/м). Для забезпечення достатнього ступеня розслаблення дванадцятипалої кишки та пригнічення шлункової секреції за показаннями вводили бензогексоній або бускопан.

У 34 (65,4 %) хворих виконували типову ЕПСТ, протягом якої в ампулу ВДС вводили папілотом, натягували струну і встановлювали її в напрямку між 11 і 12 год за циферблатом, після чого почерговим включенням електроножа в режимі «розріз-коагуляція» розсікали дах ампули великого сосочка ДПК на протязі 1,5–2,0 см.

Розсічення ампули сосочка типовим способом при вклинених каменях ВДС не завжди було успішним. У таких випадках у 2 хворих (3,8 %) виконували ЕПСТ атипичним (неканюляційним) методом, особливістю якого було розсічення ампули сосочка не по середині її просвіту, а зсередини, з боку слизової дванадцятипалої кишки. При такому варіанті ЕПСТ спочатку коагулювали сли-

зову кишки «голчастим» папілотомом над ВДС по лінії запланованого розрізу, після чого електроножем в режимі «розріз» розсікали сосочок по лінії коагуляційного некрозу.

У 1 хворого виникла необхідність виконання ЕПСТ змішаним (комбінованим) методом, в ході якого спочатку розсікали по частинах ампулу ВДС, а потім, за добу після ліквідації реактивного коагуляційного набряку і відторгнення некротизованих тканин, проводили адекватне розсічення сосочка шляхом його канюляції папілотомом.

ЕПСТ супроводжувалася літекстракцією у 33 хворих (63,5 %). Для досягнення лікувального ефекту при наявності великих конкрементів (діаметром понад 10–15 мм) в загальній жовчній протоці за показаннями виконували механічну літо-трипсію (5 випадків).

ЕПСТ виявилася успішною у 35 з 37 хворих (94,6 %). У 6 із 37 (16,2 %) пацієнтів відзначали ускладнення після виконаної ЕПСТ, які виявлені під час операції або розвинулися протягом 24 год після неї. Так, крововилив з місця розтину виник у 2 (5,4 %) хворих, для його зупинки застосовували електрокоагуляцію і зрошування місця розрізу сосочка 96 % розчином спирту. У всіх хворих кровотечу вдалося зупинити за допомогою консервативної терапії.

Гострий панкреатит (1 випадок) і транзиторна амілаземія (2 випадки) як ускладнення ЕПСТ розвинулися у 3 (8,1 %) хворих. Симптоми панкреатиту вдалося усунути консервативно шляхом інтенсивної терапії. Жоден з пацієнтів не зажадав операційного втручання.

Незважаючи на виконану ЕПСТ, прогресування поліорганної недостатності, обумовленої довготривалою жовтяницею і холангітом, спричинило розвиток одного летального наслідку.

Висновки. ЕПСТ є ефективною операцією для корекції порушеного жовчовідтоку, її ефективність у хворих на ЦП при холедохолітіазі та розвитку механічної обструкції жовчовивідних шляхів сягає 94,6 %, що дозволяє рекомендувати ЕПСТ як операцію вибору при лікуванні хворих з непрохідністю загальної жовчної протоки, що виникла внаслідок холедохолітіазу, а також вважати дане хірургічне втручання ефективним методом лікування вказаного контингенту хворих з високим ступенем операційного ризику.

Вважаємо, що у хворих з холедохолітіазом можна застосовувати всі описані способи ЕПСТ, а критерії вибору методу хірургічного втручання повинні бути обґрунтовані прагненням до досягнення лікувального ефекту під час першого ендоскопічного втручання.

Низька летальність і незначна кількість ускладнень після виконання ЕПСТ дозволяють рекомендувати цей вид хірургічного втручання у

хворих на цироз печінки, ускладнений холедохолітазом, з синдромом зовнішньопечінкового холестази і холемії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Операция азигопортального разобщения при варикозном расширении вен пищевода / Г. К. Жерлов, Т. Г. Жерлова, А. П. Кошевой, А. В. Карпович // Бюлл. Сиб. Мед. – 2007. – № 3. – С. 76–82.
2. Алексеева О. П. Цирроз печени и его осложнения / О. П. Алексеева, М. А. Курьшева. – Н. Новгород : Изд-во Нижегород. гос. акад., 2004. – 96 с.
3. Ерамишанцев А. К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А. К. Ерамишанцев // 50 лекций по хирургии. – М. : Триада-Х, 2004. – С. 490–501.

4. Ветшев П. С. Хирургическое лечение холелитиаза: незыблемые принципы, щадящие технологии / П. С. Ветшев, А. М. Шулутко, М. И. Прудков // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 91–93.
5. Ермолов А. С. Хирургия желчекаменной болезни / А. С. Ермолов, А. В. Упырев, П. А. Иванов // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 4–9.
6. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. – К. : Макком, 2006. – 344 с.

REFERENCES

1. Zherlov, G.K., Zherlova T.G., Koshevoy, A.P. & Karpovich, A.V. (2007). Operatsiya azigoportalnogo razobshcheniya pri varikoznom rasshirenii ven pischevoda [Operation of azygoportal dissociation in varicose veins of the esophagus]. *Byul. Sib. med. – Bulletin of Siberian Medicine*, 3, 76-82 [in Russian].
2. Alekseeva, O.P. & Kurysheva, M.A. (2004). *Tsirroz pecheni i ego oslozhneniya [Liver cirrhosis and its complications]*. N. Novgorod: Izd-vo Nizhegorod. gos. akad. [in Russian].
3. Yeramishantsev, A.K. (2004). *Evolutsiya khirurgicheskogo lecheniya krovotacheniy iz varikozno rasshirenykh ven pischevoda i zheludka [Evolution of surgical treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach]*. Moscow: Triada-X [in Russian].

4. Vetshev, P.S., Shulutko, A.M. & Prudkov, M.I. (2005). *Khirurgicheskoe lechenie kholelitiaza: nezyblemye printsipy, schadyaschie tekhnologii [Surgical treatment of cholecystitis: unshakable principles, sparing technologies]*. *Khirurgiya – Surgery*, 8, 91-93 [in Russian].
5. Yermolov, A.S., Upyrev, A.V., & Ivanov, P.A. (2004). *Khirurgiya zhelchekamennoy bolezni [Surgery of cholelithiasis]*. *Khirurgiya – Surgery*, 5, 4-9 [in Russian].
6. Nichitaylo, M.Ye. & Skums, A.V. (2006). *Povrezhdeniya zhelchnykh protokov pri kholetsistektomii i ikh posledstviya [Damage of the bile ducts with cholecystectomy and their consequences]*. Kiev: Makkom [in Russian].

Отримано 05.04.2017

A. F. DZYGAL

Odesa National Medical University

ENDOSCOPIC PAPPYLOSPHINCTEROTOMY IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS WITH CHOLESTASIS

The aim of the work: to analyze the tactics of surgical treatment of patients with liver cirrhosis (LC) symptoms complicated by choledocholithiasis, for individual tactics of their treatment selection.

Materials and Methods. 52 patients with clinical manifestations of the biliary block due to a choledocholithiasis were selected out of 1117 examined patients with suspicion on LC, cholelithiasis, acute cholecystitis and mechanical jaundice. Endoscopic pappylosphincterotomy (EPST) with lithextraction, EPST with mechanical lithotripsy, stenting and balloon dilatation as well as nazobiliary drainage were performed to 42 patients.

Results and Discussion. Authors formulated indications and contraindications to endoscopic operation in patients with the LC complicated with choledocholithiasis. Various types of EPST separate details – typical or cannulated, atypical or non-cannulated and mixed – are given. EPST was followed by lithextraction in 33 patients. EPST was successful in 35 of 37 patients. The complications after EPST found during operation or which developed within 24 hrs after it were registered in 6 out of 37 patients.

Key words: liver cirrhosis; cholestasis; choledocholithiasis; endoscopic pappylosphincterotomy; operation of choice.

А. Ф. ДЗЫГАЛ

Одесский национальный медицинский университет

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ХОЛЕСТАЗОМ

Цель исследования: анализ способов хирургических вмешательств у больных с ведущими симптомами цирроза печени (ЦП), осложненного холедохолитиазом, для выбора индивидуальной тактики их лечения.

Материалы и методы. Из числа 1117 обследованных больных с подозрением на ЦП, желчнокаменную болезнь, острый холецистит и механическую желтуху были отобраны 52 пациента с клиническими проявлениями билиарного блока вследствие холедохолитиаза. Из их числа 42 больным выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с литэкстракцией, ЭПСТ с механической литотрипсией, стентирование и баллонную дилатацию, а также назобилиарное дренирование.

Результаты исследований и их обсуждение. Сформулированы показания и противопоказания к выполнению эндоскопической операции у больных ЦП, осложненным холедохолитиазом. Приведены отдельные детали выполнения различных типов ЭПСТ – типичной, или каниюляционной, атипичной, или неканюляционной и смешанной. Выполнение ЭПСТ сопровождалось литэкстракцией у 33 больных. ЭПСТ оказалась успешной у 35 из 37 больных. Осложнения после ЭПСТ, обнаруженные во время операции или развившиеся в течение 24 часов после нее, отмечали у 6 из 37 больных.

Ключевые слова: цирроз печени; холестаз; холедохолитиаз; эндоскопическая папиллосфинктеротомия; операция выбора.