

Применение методов прямой холангиографии с последующей декомпрессией желчевыводящих протоков при обтурационной желтухе различной этиологии

С.В. Лимончиков, С.Н. Кононенко

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

В статье обобщен и проанализирован опыт диагностики и лечения механической желтухи у 226 пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации с января 2005 г. по декабрь 2010 г. Обструкция желчевыводящих протоков развивалась вследствие различных заболеваний: причинами ее в порядке убывания являлись холедохолитиаз (38,5%), рубцово-воспалительные процессы (33,6%), опухолевые стенозы (27,9%).

Проведена оценка эндоскопической ретроградной (185 больных) и чрескожной чреспеченочной холангиографии (71 больной). Способами ликвидации билиарной гипертензии являлись различные виды эндоскопической декомпрессии (172 вмешательства) и чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих протоков (82 вмешательства), которые выполнялись в сочетании с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией и чрескожной чреспеченочной холангиографией. Сравнительной оценке подверглись возможность выполнения этих видов холангиографии и декомпрессии желчевыводящих протоков, их диагностическая значимость, эффективность в разрешении желтухи, а также осложнения.

Полученные результаты свидетельствуют о более высокой частоте (97,8%) адекватного контрастирования желчевыводящих протоков при чрескожной чреспеченочной холангиографии (при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии – 93,6%). Информативность исследований одинакова, однако эффективность ликвидации билиарной гипертензии выше при чрескожном чреспеченочном дренировании на 6,5%. Существенных различий по частоте осложнений не отмечено.

Ключевые слова: магнитно-резонансная холангиопанкреатография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография, механическая желтуха.

The article summarizes and analyzes experience on diagnostics and treatment of mechanical jaundice in 226 patients who were hospitalized in the Central Clinical Hospital with Out-Patient Unit from January 2005 till December 2010.

Bile duct obstruction was caused by various situations (in descending order): choledocholithiasis (38.5%), scar-inflammatory process (33.6%), tumour stenosis (27.9%).

Endoscopic retrograde (185 patients) and transcutaneous transhepatic (71 patients) cholangiographies have been analyzed. Biliary hypertension was treated with various types of endoscopic decompression (172 interventions) and transcutaneous transhepatic drainage of bile ducts (82 interventions) which were done in combination with endoscopic retrograde cholangiopancreatography and transcutaneous transhepatic cholangiography. A comparative analysis was done so as to find out in what cases the studied types of cholangiography can be used as well as to find out diagnostic importance and effectiveness of various types of decompression in treating jaundice and its complications.

The results obtained have shown that higher percentage (97.8%) in adequate contrasting of bile ducts was achieved with transcutaneous transhepatic cholangiography; in endoscopic retrograde cholangiography it was 93%. Information value of examinations was similar; however, transcutaneous transhepatic drainage was more effective (by 6.5%) for treating biliary hypertension. No considerable difference in complication rate has been noted.

Key words: magnet-resonance cholangiopancreatography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, transcutaneous transhepatic cholangiography, mechanical jaundice.

Введение

Ежегодно количество больных с механической желтухой (МЖ) увеличивается в Российской Федерации на 800 000 человек, причем отмечается стойкая тенденция к повышению операционно-анестезиологического риска среди них: более 60% составляют пациенты пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией [1, 4–6, 8].

Оперативные вмешательства у больных с билиарной гипертензией сопровождаются большим числом осложнений, летальность достигает 15–30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции [4, 10, 11].

Наихудшие результаты получены при развитии осложнений: холангита, возникающего на фоне холестаза при присоединении инфекции, печеночной недостаточности [4]. Учитывая необходимость быстрой лик-

видации билиарной гипертензии, до развития тяжелых осложнений, выбор способа декомпрессии желчевыводящих путей и сама декомпрессия должны осуществляться в срочном порядке [4, 7, 9].

Наиболее частыми причинами возникновения МЖ являются холедохолитиаз, опухоли гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны [2–6, 7–11]. Билиарная гипертензия возникает у 15–40% больных с желчнокаменной болезнью и у всех больных, имеющих опухолевое поражение желчевыводящих путей [4, 8].

В настоящее время нет единого мнения о роли, месте и последовательности выполнения лечебно-диагностических процедур при холедохолитиазе, опухолях гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны, иных видов патологии, осложненных МЖ [1, 4, 5]. Выбор и применение различных методов эндоскопических и чрескожных вмешательств, направленных на деком-

прессию желчевыводящих протоков (ЖВП), у больных с МЖ является основным вопросом, требующим разрешения [1, 4, 5].

Задачей данного исследования явился сравнительный анализ различных методов диагностики и лечения пациентов с МЖ с целью оценки их эффективности и выработки оптимального лечебно-диагностического алгоритма.

Материалы и методы

В исследованную группу вошли больные с МЖ, которым предпринималась попытка рентгенологического исследования желчных протоков с прямым контрастированием (ЭРХПГ или ЧЧХГ). Диагноз ставился на основании одного из следующих признаков:

- гипербилирубинемия преимущественно за счет конъюгированного билирубина,
- билиарная гипертензия, проявляющаяся расширением желчевыводящих путей и выявляемая на основании любого инструментального метода исследования (УЗИ, МР-холангиография, МСКТ, гепатобилиосцинтиграфия).

За период с января 2005 г. по декабрь 2010 г. в ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации на стационарном лечении находилось 226 пациентов, соответствующих данным критериям. Двое из них были госпитализированы повторно, причем обструкция желчевыводящих протоков возникала через длительные промежутки времени и имела различную этиологию, что позволило дважды включить их в исследуемую группу.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Среди всех групп преобладают пациенты пожилого и старческого возраста: 78,3% из всех больных с обструкцией ЖВП, 77,8% среди перенесших ЭРХГ и 81,7% – ЧЧХГ.

В исследуемой группе 185 пациентам предпринималась попытка ЭРХПГ с последующей декомпрессией желчных протоков одним из следующих методов: эндо-

скопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ), ревизия ЖВП, литотрипсия и литоэкстракция, установка стента, назобилиарное дренирование

ЧЧХГ с чрескожным чреспеченочным дренированием желчных протоков (ЧЧДЖП) выполнялась 71 больному. У 23 пациентов ЭРХПГ сочеталась с ЧЧХГ, причем в 22 случаях ЧЧХГ и ЧЧДЖП проводились вторым этапом, при отсутствии эффекта от ЭРХПГ, эндоскопической декомпрессии желчных протоков. Холангиография всегда планировалась и в подавляющем большинстве случаев сочеталась с декомпрессией ЖВП, что позволило оценивать их в одной группе.

Предварительный диагноз, установленный на основании неинвазивных методов исследования, дававших представление о локализации и характере блока желчеотделения, определял выбор метода прямого контрастирования желчных протоков, как и способа их дальнейшей декомпрессии. ЭРХПГ выполнялась при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом, рубцово-воспалительными и непродленными опухолевыми стриктурами терминального отдела холедоха. При обструкции на фоне продленного опухолевого, особенно метастатического, поражения с локализацией блока в проксимальных отделах ЖВП выполнялась ЧЧХГ.

Результаты и обсуждение

Выполнена 201 попытка ЭРХПГ с последующей декомпрессией ЖВП 185 пациентам. Причиной повторного вмешательства в 10 случаях являлась необходимость замены или удаления стента, в 5 случаях – повторная литоэкстракция, во всех этих случаях на момент исследования сохранялась билиарная гипертензия.

ЭРХПГ была успешна и имела диагностическую значимость в 187 случаях, что составило 93% от всех попыток исследования. Причиной невозможности канюляции терминального отдела холедоха с дальнейшим контрастированием ЖВП в 7 (3,5%) случаях являлось наличие грубого деформирующего стеноза, преимущественно опухолевого, в области папиллы, в 4 (2%) случаях – анатомические особенности протоковой системы, в 3 (1,5%) – интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка (БДС). В 11 случаях впоследствии выполнена ЧЧХГ.

На основании рентгенологических (187 исследований) данных были получены следующие результаты. Билиарная гипертензия, критерием наличия которой являлось сочетание расширения ЖВП при холангиографии с отсутствием адекватного пассажа желчи и рентгеноконтрастного вещества в двенадцатиперстную кишку, выявлена в 182 (97,3%) случаях. Холедохолитиаз обнаружен в 80 (42,8%) случаях, из них в 32 (17,1%) отмечались единичные конкременты. Размер камней варьировал от 2 до 40 мм, конкременты размером 10 мм и более выявлены при 45 (24,1%) исследованиях. В 4 (2,1%) случаях отмечено вклинение крупного конкремента в БДС. В 88 (47,1%) исследованиях обнаружена рубцовая стриктура холедоха. Опухолевый стеноз выявлен в 49 (26,2%) случаях. По результатам ЭРХПГ выделено 4 вида опухолевого стеноза: опухолевая компрессия дистального отдела холедоха – 20 (40,8%) случаев, опухоль БДС – 17 (34,7%) слу-

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту

		Больные с обструкцией желчевыводящих путей (n=226)		Больные, которым выполнялась ЭРХГ (n=185)		Больные, которым выполнялась ЧЧХГ (n=71)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пол:	мужчины	112	49,6	84	45,4	37	52,1
	женщины	114	50,4	101	54,6	34	47,9
Возраст, годы:	моложе 60	49	21,7	41	22,2	13	18,3
	60–69	64	28,3	54	29,2	20	28,2
	70–79	53	23,4	48	25,9	19	26,8
	80–89	54	24,0	36	19,5	15	21,1
	старше 90	6	2,6	6	3,2	4	5,6

Таблица 2

Распределение методов декомпрессии ЖВП в зависимости от причины билиарной гипертензии, выявляемой при холангиографии

Причина билиарной гипертензии	ЭПСТ	Ревизия ЖВП, литотрипсия, литоэкстракция	Установка или замена стента	Назобилиарное дренирование	ЧЧДЖП	Всего
Объемные образования	23	0	38	6	71	97
Холедохолитиаз	84	84	2	1	4	87
Всего ...	132	79	45	7	87	

чаев, опухолевая компрессия проксимального отдела внепеченочных ЖВП – 8 (16,3%), опухоль внепеченочных ЖВП – 3 (8,2%). Отмечено наличие дивертикулов двенадцатиперстной кишки в 21 (10,4%) исследовании, дивертикулов с интрадивертикулярным расположением БДС – в 15 (7,5%). Аденомы БДС, не являвшиеся причиной МЖ, выявлены в 4 (2,0%) случаях.

После выполнения ЭРХПГ с определением причины и уровня блока оттока желчи в 172 случаях были произведены различные манипуляции, обеспечившие декомпрессию ЖВП. Они распределились следующим образом: ЭПСТ проведена у 132, инструментальная ревизия ЖВП с возможной контактной литотрипсией и литоэкстракцией – у 79, установка или замена неработающего стента – у 45, назобилиарное дренирование – у 7 пациентов. Зависимость способа декомпрессии от причины билиарной гипертензии представлена в табл. 2.

Оказалось невозможным выполнить эндоскопическую декомпрессию ЖВП в 15 случаях, что составило 7,5% от всех попыток ЭРХПГ и 8% от случаев ее успешного выполнения. В 10 случаях это было обусловлено грубой деформацией и анатомическими особенностями в области папиллы, не позволившими установить стент или выполнить ЭПСТ, в 3 – интрадивертикулярным расположением БДС, что обуславливало высокий риск перфорации стенки двенадцатиперстной кишки при выполнении ЭПСТ. Кроме того, у 2 пациентов вышеприведенные причины сочетались с тяжелым состоянием, вследствие чего манипуляции были ограничены во времени, и еще в одном случае – с выраженной гипокоагуляцией, что являлось противопоказанием к проведению ЭПСТ наряду с интрадивертикулярным расположением БДС. В этой ситуации декомпрессии ЖВП удалось добиться выполнением ЧЧДЖП в 7 случаях, повторным эндоскопическим вмешательством – в 4, оперативным вмешательством также в 4 случаях.

Из осложнений ЭРХПГ отмечался только реактивный панкреатит. В 94 (44,8%) случаях определялась гипермилаземия, максимальный подъем уровня амилазы в сыворотке крови в течение 2 сут после вмешательства

Таблица 3

Сравнительная оценка эндоскопической и чрескожной холангиографии, декомпрессии ЖВП

	ЭРХГ, эндоскопическая декомпрессия ЖВП		ЧЧХГ, ЧЧХС	
	абс.	%	абс.	%
Холангиография	187	93,0	87	97,8
Декомпрессия	172	85,6	82	92,1
Осложнения	4	2,0	2	2,2
Летальность	1	0,5	0	0
Всего попыток исследований	201		89	

составлял более 500 ед/л в 34 (16,9%) случаях, более 1000 ед/л – в 20 (10%). Панкреонекроз с деструкцией ткани поджелудочной железы, визуализируемой при УЗИ и МСКТ, развился в 4 (2%) случаях, в одном из них (пациентка 77 лет) наступил летальный исход. Таким образом, летальность после ЭРХГ составила 0,5%.

Выполнено 89 попыток ЧЧХГ с последующим чрескожным чреспеченочным дренированием желчевыводящих путей 71 пациенту, в 2 случаях не удалось контрастировать ЖВП. Количество информативных исследований составило 87 (97,8%). Необходимость повторных исследований была связана с заменой дренажа, причем в ряде случаев признаков билиарной гипертензии не отмечено, поэтому в сравнительном анализе учитывались только 69 ЧЧХГ, выполненных впервые.

На основании данных холангиографии выявлено 59 (85,5%) опухолевых стенозов, 14 (20,3 %) продленных рубцовых стриктур, 4 (5,8%) случая холедохолитиаза. Выделено 4 вида опухолевого стеноза: опухолевая компрессия проксимальных отделов ЖВП – 25, опухолевая компрессия дистального отдела холедоха – 16 случаев, опухоли терминального отдела холедоха и БДС – 12 случаев, опухоли проксимальных отделов ЖВП – 5.

Во всех случаях ЧЧХГ были завершены ЧЧДЖП. В 5 (5,7%) случаях желтуху разрешить не удалось – отмечалось дальнейшее нарастание гипербилирубинемии, 3 пациентам выполнено повторное дренирование в течение 3 сут с удовлетворительным результатом, 1 больной оперирован.

Отмечено 2 (2,2%) осложнения ЧЧХГ с ЧЧДЖП: внутрибрюшинное кровотечение, потребовавшее хирургического вмешательства в срочном порядке, – кровотечение было остановлено, течение послеоперационного периода гладкое.

Сравнительная оценка результатов ЭРХПГ с эндоскопической декомпрессией ЖВП и ЧЧХГ с ЧЧДЖП представлена в табл. 3.

Заключение

Подвергнутые анализу методы холангиографии с прямым контрастированием ЖВП показали свою высокую информативность и диагностическую значимость при всех видах патологии, осложненной развитием МЖ. Успешное контрастирование ЖВП при попытках выполнить ЧЧХГ удалось осуществить в 97,8%, в то время как

при ЭРХПГ – 93,0%. Эффективность ликвидации билиарной гипертензии выше при ЧЧДЖП на 6,5%. Существенных различий по частоте осложнений (2% и 2,2%) не отмечено. Летальность, связанная с проведением исследований и декомпрессий, в общей группе больных с МЖ составила 0,4%. Данные показатели, учитывая средний возраст (69,7 года), выраженную сопутствующую патологию, тяжесть состояния, обусловленную интоксикацией, следует признать удовлетворительными.

Таким образом, ЧЧХГ и ЧЧДЖП при сравнении с ЭРХПГ и эндоскопической декомпрессией ЖВП позволяет более успешно ликвидировать билиарную гипертензию при одинаковом количестве осложнений. Однако ЧЧДЖП значительно ухудшает качество жизни пациентов и может быть рекомендовано к применению только с целью ликвидации билиарной гипертензии на первом этапе лечения либо при ближайшем неблагоприятном прогнозе заболевания. Эндоскопические методы декомпрессии не влияют на качество жизни в послеоперационном периоде, зачастую являются окончательным методом лечения. Это обуславливает сферу их применения при холедохолитиазе, рубцово-воспалительных стриктурах, а также при опухолевом стенозе, когда радикальное лечение невозможно. При невозможности выполнения ЭРХПГ с эндоскопической декомпрессией ЖВП механическую желтуху практически всегда удается разрешить путем выполнения ЧЧДЖВ.

Литература

1. Балалькин А.С. // Сб. тезисов 3-го Моск. межд. конгресса по эндоскопической хирургии. – 1999. – С. 22–24.
2. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я., Василенко О.Ю. // Хирургия. – 2005, №10. – С. 40–45.
3. Брехов Е.И. // Кремлевская медицина. – 2000, №2. – С. 64–66.
4. Иванов Ю.И., Чудных С.М. // Лечащий врач. – 2002, № 07–08. – С. 35–39.
5. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. – Тула. – 2000.
6. Манцеров М.П. Возможности ретроградной холангио-панкреатографии в диагностике и лечении патологии панкреатобилиарной системы и пути повышения ее эффективности. – М. – 2004.
7. Colombo F., Carrara B., Rosato S., Ruck F. // J. Chir. Ital. – 2007, №3. – P. 405–410.
8. Cotton P.B. // Ann. gastrointes. endoscopy. – 1993. № 6. – P. 125–132.
9. Filiz G., Yerci O., Adim S.B. et al. // J. Hepatogastroenterol. – 2007, № 6. – P. 1247–1249.
10. Spalding D.R. // J. Br. J. Hosp. Med. – 2006, № 1. – P. 14–20.
11. Yamaguchi R., Okabe Y., Jimi A. et al. // J. Pathol. Int. – 2006, №10. – P. 633–637.