

Транспапиллярные вмешательства при холедохолитиазе и его осложнениях

П.М. НАЗАРЕНКО, Д.П. НАЗАРЕНКО, Ю.В. КАНИЩЕВ, Т.А. САМГИНА,
А.В. ПРОКОФЬЕВА, А.В. ПОЛОНИКОВ

Курский государственный медицинский университет, ул. К.Маркса, д. 3, Курск, 305040, Российская Федерация

Цель исследования Улучшить и оценить результаты транспапиллярных вмешательств при холедохолитиазе и его осложнениях.

Материал и методы Анализированы результаты лечения 202 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), холедохолитиазом и его осложнениями. В первой группе было 112 (55%) пациентов, которым на первом этапе проводилось эндоскопическое разрешение холедохолитиаза, затем выполнялась видеолaparоскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Во второй группе у 90 (45%) больных использовалось одноэтапное лечение – выполнялась ЛХЭ с одномоментной АПТ.

Результаты и их обсуждение Двухэтапный метод лечения холедохолитиаза с использованием малоинвазивных технологий в 9% безуспешен из-за невозможности транспапиллярного разрешения холедохолитиаза и стеноза БСДК; в 11,6% случаев эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПТ) чревата развитием постманипуляционного панкреатита; антеградная папиллосфинктеротомия (АПТ) в процессе видеолaparоскопической холецистэктомии (ВЛХЭ) в 95,5% позволяет одноэтапно разрешить ЖКБ и холедохолитиаз с его осложнениями, исключая возможность развития постманипуляционного панкреатита.

Выводы 1. Результаты хирургического лечения больных первой и второй групп показали, что при одноэтапном лечении холедохолитиаза и его осложнений предпочтение следует отдавать видеолaparоскопическим вмешательствам с одномоментной АПТ. 2. Одноэтапное лечение холедохолитиаза имеет экономические преимущества, позволяя сократить длительность стационарного лечения до 5 ± 2.4 койко-дня в сравнении с 14 ± 2.3 при двухэтапном лечении.

Ключевые слова Холедохолитиаз, транспапиллярные вмешательства

Transpapillary Intervention with Choledocholithiasis and Its Complications

P.M. NAZARENKO, D.P. NAZARENKO, I.U.V. KANISHCHEV, T.A. SAMGINA,
A.V. PROKOF'EVA, A.V. POLONIKOV

Kursk State Medical University, 3 K.Marksa Str., Kursk, 305040, Russian Federation

The purpose of the study To improve and evaluate the results of interventions at transpapillary choledocholithiasis and complications.

Material and methods We analyzed treatment results 202 patients with gallstone disease (GSD), choledocholithiasis and its complications. In the first group were 112 (55%) patients and in the first stage was carried out endoscopic treatment of choledocholithiasis, then executed videolaparoscopic cholecystectomy (LCE). In the second group, 90 (45%) patients was used one-step treatment - LCE performed with simultaneous APT.

Results and their discussion The two-stage method of treatment of choledocholithiasis with using minimally invasive technologies in 9% was unsuccessful due to the inability transpapillary treatment choledocholithiasis and stenosis MDP; in 11,6% of cases endoscopic papillosphincterotomy (EPT) is fraught with the development postmanipulyatsionnogo pancreatitis; antegrade papillosphincterotomy (PLA) during videolaparoscopic cholecystectomy (VLHE) in 95,5% enables one stage of cholelithiasis and choledocholithiasis allow its complications, excluding the possibility of developing pancreatitis after manipulation.

Conclusion 1. The results of surgical treatment of first and second groups showed that at one stage treatment of choledocholithiasis and its complications preference should be given videolaparoscopic interventions with simultaneous APT.

2. One-step treatment of choledocholithiasis have economic advantagesby allowing to reduce duration of hospital treatment up to 5 ± 2.4 bed days in comparison with 14 ± 2.3 for the two-stage treatment.

Key words Choledocholithiasis, transpapillary intervention

Тактика лечения холедохолитиаза и, особенно, его осложнений остается одним из наиболее трудных разделов хирургии. Эндоскопическое транспапиллярное разрешение холедохолитиаза является общепринятым стандартом [1,5]. В нашей стране наиболее распространенной является двухэтапная тактика лечения, которая к своим бесспорным преимуществам относит высокую эффективность эндоскопической папиллото-

мии и возможность полной санации общего желчного протока, возможность купирования механической желтухи и холангита для выполнения радикальной операции в максимально благоприятных условиях [2,3]. Однако в литературе все чаще прослеживается тенденция к сокращению этапности хирургического лечения и устранению патологии желчного пузыря и желчных протоков в один этап [3,5-8].

© П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, Ю.В. Канищев, Т.А. Самгина, А.В. Прокофьева, А.В. Полоников. Транспапиллярные вмешательства при холедохолитиазе и его осложнениях. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2015; 8: 1: 29-33. DOI: 10.18499/2070-478X-2015-8-1-29-33

Отдельно обсуждается, какому из эндоскопических способов – ретроградному (ЭПТ) или антеградному (АПТ) – отдать предпочтение. Сторонники отработанных десятилетиями ретроградных вмешательств на большом опыте заявляют о высоком проценте успешности методики эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПТ) [2]. Однако в настоящее время представлены хорошие результаты при использовании антеградных вмешательств с целью минимизации числа постманипуляционных осложнений [1,4].

Цель работы - улучшить и оценить результаты транспапиллярных вмешательств при холедохолитиазе и его осложнениях.

Материалы и методы

Анализируются результаты лечения 202 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), холедохолитиазом и его осложнениями (стеноз БСДК, холангит, билиарный панкреатит), находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях областного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №4» и отделенческой клинической больницы на ст. Курск - на базах кафедры хирургических болезней №2 КГМУ.

В первой группе было 112 (55%) пациентов, которым на первом этапе проводилось эндоскопическое разрешение холедохолитиаза, затем выполнялась видеолапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Во второй группе у 90 (45%) больных использовалось одноэтапное лечение – выполнялась ЛХЭ с одновременной АПТ.

Женщин было 169 (84%), мужчин - 33 (16%). Средний возраст больных составил в контрольной группе 64±2,4 года, в основной – 65±1,8 лет. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, степени воспалительных изменений желчного пузыря и характеру осложнений ЖКБ (p<0,05).

Верификация диагноза осуществлялась на основании данных клинического, лабораторного, ультрасонографического исследования, фиброгастроуденоскопии с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки, субоперационной холангиографии.

У 34 (30,4%) пациентов первой группы и 28 (31,5%) второй - холедохолитиаз протекал на фоне хронического холецистита, у 78 (69,6%) и 62 (68,5%) больных первой и второй групп, соответственно, был диагностирован острый холецистит. Осложнения холедохолитиаза представлены в таблице 1.

Транспапиллярные вмешательства проводились с использованием дуоденоскопа фирмы «Olympus», стандартного и игольчатого папиллотомов, корзинки Дормиа и механического литотриптора «Olympus».

ВЛХЭ выполнялась с использованием эндохирургической стойки и набора инструментов фирм «Аксиома» и «Крыло» (Россия).

В первой группе патологию внепеченочных желчных протоков разрешали, выполняя на первом

Таблица 1

Осложнения холедохолитиаза

Группа больных/ осложнения	Стеноз БСДК	Билиарный панкреатит	Холангит	Механическая желтуха
Первая	5	6	4	74(66.1%)
Вторая	5	7	6	51 (57.3%)

Таблица 2

Виды оперативного вмешательства

Вид хирургического вмешательства	Количество	%
ВЛХЭ + АПТ	82	91
ВЛХЭ + ЭПТ	4	4,5
Лапароскопия с переходом на лапаротомию	4	4,5
Всего	90	100

Таблица 3

Сравнительные результаты лечения у больных первой и второй групп

Показатель	Первая группа (112)		Вторая группа (90)		T
Послеоперационные осложнения	29	25.9±4.46%*	11	12.4±3.45%*	3.08
Панкреатит	13	11.6±3.3%*	2	2.2±1.57%*	2.87
Кровотечение из папиллотомного разреза	2	1.8±1.37	1	1.1±1.12%	0.47
Перфорация ДПК	1	0.9±0.97%	0	0	0
Подпеченочный абсцесс	2	1.8±1.37%	1	1.1±1.12%	0.47
Подпеченочная гематома	2	1.8±1.37%	2	2.2±1.57%	0.14
Серома п/о раны	9	8.0±2.81%	5	5.6±2.44%	0.86
Длительность стационарного лечения (койко-день)	14±2.3		5±2.4		
Летальность	0		0		

*p<0.05

этапе ЭПТ с удалением конкремента. На втором этапе, через 3±2,1 день выполнялась ВЛХЭ.

Во второй группе в процессе ВЛХЭ применяли АПТ, которую выполняли по следующей методике: через культю пузырного протока в общий желчный проток проводили мочеточниковый катетер, либо папиллотом, транспапиллярно (патент на полезную модель №36200 от 3.11.2003).

Результаты хирургического лечения больных первой и второй групп оценивали по характеру и количеству осложнений, длительности стационарного лечения, летальности.

Материал, полученный в ходе исследования, статистически обрабатывали в системе управления базами данных «Access», электронных таблиц «Excel». Оценку распределения количественных данных выполняли с помощью параметрического критерия Стьюдента (распределение больных в зависимости от времени поступления в стационар с момента начала приступа; длительность стационарного лечения), коэффициента корреляции и непараметрического критерия Фишера (распределение больных в зависимости от вида осложнения заболевания и послеоперационные осложнения).

Результаты и их обсуждение

У 90 (80%) больных первой группы ЭПТ была успешно выполнена канюляционным способом. Атипичная папиллотомия была выполнена у 10 больных на ущемленном камне БСДК, у 3 больных с парапа-

пиллярным дивертикулумом, у 4 больных с точечным устьем БСДК. У 5 пациентов транспапиллярно не удалось разрешить холедохолитиаз по причине выраженной рубцовой деформации двенадцатиперстной кишки вследствие язвенной болезни (2) и невозможности канюляции терминального отдела общего желчного протока (3). Им была выполнена традиционная лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование общего желчного протока.

У 5 больных (4,5%), несмотря на успешно выполненную ЭПТ, разрешить транспапиллярно холедохолитиаз не удалось: у 2 - в связи с крупными конкрементами, у одного - из-за вклинения камня в интрапанкреатический отдел общего желчного протока, у 2 - из-за сочетания множественного и крупного холедохолитиаза. Этим пациентам также была выполнена традиционная лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование общего желчного протока.

У 13 (11,6%) больных после ЭПТ развились явления панкреатита, при этом, у 9 - второй этап лечения был отложен на 5+2,4 суток после ЭПТ. У 4 пациентов развился тяжелый стерильный панкреонекроз, потребовавший длительного консервативного лечения. Второй этап лечения у этих больных был выполнен в следующую, плановую госпитализацию.

У 2 больных (1,8%) имело место кровотечение из папиллотомной раны, остановленное консервативными мероприятиями.

Table 1

Complications of choledocholithiasis

Group of patients/ complications	Stenosis of papilla Vatery	Biliary pancreatitis	Cholangitis	Obstruct jaundice
First	5	6	4	74(66.1%)
Second	5	7	6	51 (57.3%)

Table 2

Types of operations

Surgical treatment	Num.	%
VLC+ APST	82	91
VLC + EPST	4	4,5
Laparoscopy with conversion to laparotomy	4	4,5
All	90	100

Table 3

Results of treatment in groups of patients

Index	First group (112)		Second group (90)		T
Postoperative complications	29	25.9±4.46%*	11	12.4±3.45%*	3.08
Pancreatitis	13	11.6±3.3%*	2	2.2±1.57%*	2.87
Bleeding after papillotomy	2	1.8±1.37	1	1.1±1.12%	0.47
Perforation of duodenum	1	0.9±0.97%	0	0	0
Subhepatic abscess	2	1.8±1.37%	1	1.1±1.12%	0.47
Subhepatic hematoma	2	1.8±1.37%	2	2.2±1.57%	0.14
Seroma	9	8.0±2.81%	5	5.6±2.44%	0.86
Period of treatment in the hospital	14±2.3		5±2.4		
Mortality	0		0		

*p<0,05

У 1 больного (0,9%) ЭПТ при БСДК, расположенном в дивертикуле, осложнилась ретродуоденальной перфорацией, что потребовало оперативного вмешательства в объеме лапаротомии, холедохолитотомии, дренирование ОЖП по Холстеду-Пиковскому.

Таким образом, в 91,1% случаев в первой группе удалось успешно разрешить холедохолитиаз эндоскопически; в 4,5% наблюдений выполнить ЭПТ вообще не удалось, а в 14,3% развились постманипуляционные осложнения. Средний койко-день при двухэтапном лечении составил $14 \pm 2,3$ дня.

У всех больных второй группы проблему холедохолитиаза пытались разрешить одноэтапно в процессе ВЛХЭ. Виды оперативных вмешательств, выполненных во второй группе представлены в таблице 2.

Таким образом, в 91% случаев удалось при помощи АПТ успешно разрешить холедохолитиаз. В четырех случаях пациентам была выполнена ЭПТ из-за невозможности проведения катетеризации пузырного протока. Конверсия на традиционную операцию имела место в 4,5% случаев. Средний койко-день при одноэтапном лечении составил $5 \pm 2,4$ суток.

Сравнительные результаты лечения у больных первой и второй групп представлены в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что количество постманипуляционных осложнений после транспапиллярных

вмешательств статистически достоверно сократилось с 14,3% в первой до 3,4% во второй группе. Длительность пребывания больных в стационаре уменьшилась с $14 \pm 2,3$ дня в контрольной группе до $5 \pm 2,4$ дня в основной. Летальных случаев не было в обеих группах.

Результаты хирургического лечения больных первой и второй групп показали, что при одноэтапном лечении холедохолитиаза и его осложнений предпочтение следует отдавать видеолапароскопическим вмешательствам с одномоментной АПТ.

Выводы

1. Двухэтапный метод лечения холедохолитиаза с использованием малоинвазивных технологий в 9% безуспешен из-за невозможности транспапиллярного разрешения холедохолитиаза и стеноза БСДК. В 11,6% случаев ЭПТ чревата развитием постманипуляционного панкреатита.

2. АПТ в процессе ВЛХЭ в 91% позволяет одноэтапно разрешить ЖКБ и холедохолитиаз с его осложнениями, исключая возможность развития постманипуляционного панкреатита.

3. Одноэтапное лечение холедохолитиаза имеет экономические преимущества, позволяя сократить длительность стационарного лечения до $5 \pm 2,4$ койко-дня в сравнении с $14 \pm 2,3$ при двухэтапном лечении.

Список литературы

1. Канишев Ю.В., Назаренко Н.П., Волков Д.В. Антеградная папиллосфинктеротомия в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни. *Анналы хирургической гепатологии*, 2008; 13: 3: 55.
2. Кригер А.Г., Майорова Е.Г. Лапароскопическое лечение больных холедохолитиазом. *Анналы хирургической гепатологии*, 1998; 2: 88-91.
3. Назаренко П.М., Канишев Ю.В., Назаренко Д.П. Интраоперационное разрешение патологии желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии. Физиология и патология заболеваний пищевода: материалы науч. программы учредительного съезда Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. Сочи, 2004; 118-119.
4. Охотников О.И., Яковлева М.В., Григорьев С.Н. Антеградные эндобилиарные вмешательства в лечении осложненной желчнокаменной болезни. *Анналы хирургической гепатологии*, 2013; 18: 1: 29-37.
5. Adib R. Can all common bile duct stones be treated at the time of the laparoscopic cholecystectomy? *Abstracts 11 th EAES Congress*, 2003; 160.
6. Cax M.R., Wilson C.W. Per-operative endoscopic sphincterotomy during laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis. *Br. J. Surg.*, 1995; 82: 257-259.
7. Chandio A., Timmons S. Factors influencing the successful completion of laparoscopic cholecystectomy. *JLS*, 2009; 13: 581-586.
8. Freeman M.L., Nelson D.V. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N. Engl. J. Med.*, 1996; 335: 909-918.

Поступила 25.12.2014

References

1. Kanishchev Iu.V., Nazarenko N.P., Volkov D.V. Antegrade papillosphincterotomy in treatment of complications of cholelithiasis. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 2008; 13: 3: 55. - (in Russ.).
2. Kriger A.G., Maiorova E.G. Laparoscopic treatment of choledocholithiasis. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 1998; 2: 88-91. - (in Russ.).
3. Nazarenko P.M., Kanishchev Iu.V., Nazarenko D.P. Treatment of bile ducts pathology during laparoscopic cholecystectomy. *Fiziologiya i patologiya zabolevanii pishchevoda* [Proc. of Physiology and pathology of diseases of the esophagus]. Sochi, 2004; 118-119. - (in Russ.).
4. Okhotnikov O.I., Yakovleva M.V., Grigor'ev S.N. Antegrade endobiliary interventions in treatment of complicated cholelithiasis. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*, 2013; 18: 1: 29-37. - (in Russ.).
5. Adib R. Can all common bile duct stones be treated at the time of the laparoscopic cholecystectomy? *Abstracts 11 th EAES Congress*, 2003; 160.
6. Cax M.R., Wilson C.W. Per-operative endoscopic sphincterotomy during laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis. *Br. J. Surg.*, 1995; 82: 257-259.
7. Chandio A., Timmons S. Factors influencing the successful completion of laparoscopic cholecystectomy. *JLS*, 2009; 13: 581-586.
8. Freeman M.L., Nelson D.V. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N. Engl. J. Med.*, 1996; 335: 909-918.

Recieved 25.12.2014

Информация об авторах

1. Назаренко П.М. – проф., зав. кафедрой хирургических болезней №2 Курского государственного медицинского университета;
2. Назаренко Д.П. – проф. кафедры хирургических болезней №2 Курского государственного медицинского университета;
3. Канищев Ю.В. – проф. кафедры хирургических болезней №2 Курского государственного медицинского университета;
4. Самгина Т.А. - доц. кафедры хирургических болезней №2 Курского государственного медицинского университета. E-mail: tass@list.ru;
5. Прокофьева А.В. - аспирант кафедры хирургических болезней №2 Курского государственного медицинского университета;
6. Полоников А.В. - проф. кафедры биологии и медицинской генетики Курского государственного медицинского университета.

Information about the Authors

1. Nazarenko P. – Prof., Head of the department of surgical diseases №2 of Kursk State Medical University;
2. Nazarenko D. - Prof. of the department of surgical diseases №2 of Kursk State Medical University;
3. Kanishev Iu. - Prof. of the department of surgical diseases №2 of Kursk State Medical University;
4. Samgina T. - Ass. Prof. of the department of surgical diseases №2 of Kursk State Medical University. E-mail: tass@list.ru;
5. Prokofeva A. – graduate student of the department of surgical diseases №2 of Kursk State Medical University;
6. Polonikov A. - Prof. of the department of biology and medical genetics of Kursk State Medical University.