

Выбор хирургической тактики при осложненном холедохолитиазе

В конце прошлого года в г. Донецке состоялся XX юбилейный международный конгресс Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», в рамках которого были всесторонне освещены новые достижения хирургической гепатологии и панкреатологии, рассмотрены вопросы профилактики послеоперационных осложнений и др. Особое внимание было уделено современным методам лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой, вопросам терапии рубцовых стриктур желчных протоков и др. Заместитель директора по научной работе ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Михаил Ефимович Ничитайло представил доклад, посвященный вопросам выбора терапевтической тактики при осложненном холедохолитиазе.

— Согласно данным литературы заболеваемость желчнокаменной болезнью на сегодняшний день остается высокой и составляет около 30-40% в структуре заболеваний органов пищеварения. При этом почти в 20% случаев течение желчнокаменной болезни осложняется холедохолитиазом, нередко требующим проведения хирургического вмешательства.

На вопросы относительно выбора хирургической тактики, сроков выполнения и объема оперативного вмешательства на желчных путях в настоящее время нет однозначных ответов. За последнее десятилетие в клиническую практику было внедрено два инновационных метода вмешательств на желчных протоках — эндоскопическую папиллосфинктеротомию и лапароскопическую хирургию, которые кардинально изменили тактику и результаты лечения холедохолитиаза. Однако после широкого распространения данных методов в хирургической практике основной проблемой билиарной хирургии стало их рациональное применение. В настоящее время вопросы выбора хирургической тактики, сроков выполнения и объема оперативного вмешательства на желчевыводящих путях у больных холедохолитиазом, а также роль и место транспапиллярных эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе остаются несогласованными и часто вызывают разногласия среди хирургов.

Многие специалисты предпочитают при холедохолитиазе извлекать конкременты через транспапиллярный доступ, однако эндоскопическую папиллосфинктеротомию можно применять далеко не во всех случаях. Также следует учитывать, что разрушение сфинктерного аппарата большого сосочка двенадцатиперстной кишки часто приводит к развитию осложнений.

Недопустимо выполнять тотальную папиллосфинктеротомию, поскольку подобное вмешательство ассоциируется с развитием тяжелого холангита даже при отсутствии дуоденостаза. Сохранить запирательную функцию большого сосочка двенадцатиперстной кишки позволяет применение баллонной дилатации сфинктера Одди, но это вмешательство сопряжено с повышенным риском развития острого панкреатита и часто сопровождается рецидивом стеноза.

Избежать развития подобных осложнений позволяет лапароскопическая эксплорация желчного протока, которая может быть выполнена через культю пузырного протока (когда холедохолитиаз диагностирован во время проведения лапароскопической холецистэктомии) или путем супрадуоденальной холедохолитотомии.

Часто хирурги остерегаются выполнения лапароскопических вмешательств на общем желчном протоке, что можно объяснить рядом причин. В большинстве случаев холедохолитиаз протекает параллельно с воспалением панкреатодуоденальной зоны, что является препятствием для проведения адекватной эксплорации общего желчного протока. Кроме того, лапароскопическая эксплорация желчного протока при наличии множественных конкрементов требует выполнения холангиоскопии, что доступно далеко не во всех лечебных учреждениях.

В настоящее время лапароскопическую холедохолитотомию рекомендуется применять при единичных, хорошо верифицированных конкрементах (УЗИ и МРТ), свободно располагающихся в просвете общего желчного протока. Множественный холедохолитиаз, наличие фиксированных в терминальном отделе камней являются противопоказаниями к лапароскопическому вмешательству.

В период с 2000 по 2013 г. в отделении лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова было выполнено 6830 вмешательств по поводу доброкачественной обструкции дистального отдела холедоха. Алгоритм обследования пациентов включал клинико-анамнестические данные, транскутанное УЗИ, магнитно-резонансную панкреато-холангиографию, эндоскопическое УЗИ холедоха, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ). В связи с высокой частотой осложнений и инвазивностью вмешательства ЭРПХГ проводили только в случае высокой вероятности перехода данного метода исследования из диагностического в лечебный.

Из обследованных больных у 2480 имел место неосложненный холедохолитиаз и у 3510 — осложненные формы холедохолитиаза.

Диагноз неосложненного холедохолитиаза устанавливали в том случае, если размер конкремента не превышал (или незначительно превышал) диаметр дистальной части общего желчного протока. В этой группе пациентов после проведения адекватной эндоскопической папиллосфинктеротомии выполняли удаление конкрементов баллонным экстрактором либо с помощью корзинки Дормиа.

Поскольку минимальное изменение структуры большого сосочка двенадцатиперстной кишки часто приводит к значительным нарушениям его функции, в последние годы вместо эндоскопической папиллосфинктеротомии отдают предпочтение эндоскопической баллонной дилатации сфинктера Одди, что позволяет сохранить сфинктерный аппарат большого сосочка.

К осложненным формам холедохолитиаза относят: множественный холедохолитиаз, фиксированные конкременты дистального отдела общего желчного протока, крупные камни общего желчного протока, вклиненные конкременты большого сосочка двенадцатиперстной кишки, синдром Мириizzi, болезнь Кароли.

В результате проведенного исследования **множественный холедохолитиаз** выявлен у 1110 (31,6%) пациентов. Наличие двух и более конкрементов в билиарной системе диктует необходимость применения специфических подходов к лечению. При лечении данной патологии нами были использованы активная одноэтапная тактика (поочередное удаление конкрементов из желчных путей при наличии не более 3 камней в желчных протоках) и активно-выжидательная многоэтапная тактика с целью снижения лучевой нагрузки. Это позволило в 94,6% случаев достичь успешных результатов лечения и в 3-4 этапа полностью санировать желчные протоки.

Фиксированные конкременты дистального отдела общего желчного протока встречались у 360 (10,3%) больных. Следует подчеркнуть, что указанный вид холедохолитиаза очень трудно поддается хирургической коррекции. В данной клинической ситуации применяли такие приемы, как:

- смещение конкремента с зоны вклинения в проксимальном направлении биопсийными щипцами либо металлическим тубусом литотриптора с целью выполнения контактной литотрипсии;
- дробление конкремента литотрипторной корзиной, проведенной в протоки мимо фиксированного камня по гидрофильной струне.

При безуспешном эндоскопическом лечении проводили традиционную либо лапароскопическую холедохолитотомию.

У 1397 (39,8%) пациентов с **крупными конкрементами холедоха** выполняли транспапиллярную механическую литотрипсию. Показаниями к ее проведению мы считаем конкременты диаметром >15 мм, анатомически узкую интрапанкреатическую часть общего желчного протока, неадекватное папиллотомное отверстие в силу различных причин (например, расположение устья большого соска двенадцатиперстной кишки в дивертикуле), холедохолитиаз при наличии тубулярного стеноза холедоха и стриктур желчных протоков. Анатомически узкая интрапанкреатическая часть общего желчного протока делает практически невозможным преодоление данного препятствия без осложнений.

Как показал анализ результатов терапии больных с крупными конкрементами диаметром более 25 мм, эндоскопическое лечение часто бывает безуспешным, что связано прежде всего с невозможностью захватить конкремент корзинкой литотриптора. У пациентов пожилого возраста с крупными единичными конкрементами и тяжелой сопутствующей патологией с целью ликвидации высокой механической желтухи и гнойного холангита в качестве паллиативного вмешательства применяли эндобилиарное стентирование (28 больных). В дальнейшем этим пациентам проводили лапароскопическую холедохолитотомию либо холедохолитотомию из лапаротомного доступа.

Вклиненные конкременты большого сосочка двенадцатиперстной кишки наблюдались у 550 (15,7%) больных с холедохолитиазом. Камни данной локализации приводят к развитию патологических процессов во всех органах панкреатобилиарной зоны, вызывая обтурационную желтуху, холангит, острый панкреатит, что требует выполнения своевременного и адекватного вмешательства.

Все пациенты с вклиненными камнями большого сосочка двенадцатиперстной кишки подлежали эндоскопическому лечению. Им проводили контактную папиллотомию либо папиллосфинктеротомию с удалением конкремента. Предпочтение отдавали атипической торцевой папиллотомии. После адекватного рассечения крышки сосочка игольчатым папиллотомом конкременты в большинстве случаев с током желчи и гноя отходят в полость двенадцатиперстной кишки.



М.Е. Ничитайло

Синдром Мириizzi представляет собой частичное сужение гепатикохоледоха за счет сдавления протока воспалительным процессом и желчным камнем, расположенным в шейке желчного пузыря или пузырном протоке. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства при синдроме Мириizzi являются достаточно трудоемкими и нередко безрезультативными. Полноценный захват конкремента в большинстве случаев невозможен, в связи с чем выполняли краевую литотрипсию путем поэтапного бокового захвата и дробления конкремента частями. У 19 пациентов с помощью механического литотриптора удалось обойти и фрагментировать причинный конкремент. У 24 больных с высокой механической желтухой и симптомами гнойного холангита предоперационно произведены различные варианты назобилиарного дренирования и временного эндобилиарного стентирования. У 10 пациентов с широким холецистохоледохеальным свищем через свищевое отверстие были эндоскопически удалены также все конкременты из желчного пузыря.

Болезнь Кароли представляет собой врожденную патологию, характеризующуюся мультифокальной сегментарной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков. Чаще встречается синдром Кароли — сочетание кистозного расширения внутрипеченочных желчных протоков и врожденного фиброза печени. Эндоскопическое лечение при болезни Кароли выполнено у 7 (0,2%) пациентов. Частичное удаление причинных конкрементов выполнялось путем многократных этапных инструментальных ревизий и последующих санаций кистозно-расширенных протоков растворами антисептиков.

Осложнения при проведении эндоскопических транспапиллярных вмешательств наблюдались у 5,1% больных. Среди осложнений преобладали кровотечения (2,7% пациентов) и легкие формы острого панкреатита (2,4% больных), в большинстве случаев поддающиеся эндоскопическому и консервативному лечению.

Одним из серьезных осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств является ретродуоденальная перфорация, которая, по сообщениям зарубежных авторов, встречается в 0,3-1,3% случаев. Мы наблюдали это осложнение в 3 (0,09%) случаях из более 3 тыс. выполненных эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

Таким образом, эндоскопический транспапиллярный метод является приоритетным в лечении осложненных форм холедохолитиаза. Этапные эндоскопические вмешательства при множественном холедохолитиазе позволяют достичь успеха в терапии данной патологии у 95% пациентов. Благодаря использованию преимуществ миниинвазивных технологий обеспечивается эффективность лечения пациентов с холедохолитиазом и существенное сокращение сроков послеоперационной и трудовой реабилитации больных.

Подготовил **Вячеслав Килимчук**

