



В.В. Грубник, Ю.Н. Кошель,
А.И. Ткаченко, Б.В. Евсиков

ХОЛАНГИТЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Одесский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

Резюме. В данной работе представлен опыт лечения 198 больных, которым выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Определены основные причины, приведшие к прогрессированию холангита у 23(11,6 %) пациентов и выработана тактика лечения при холедохолитиазе, осложненном холангитом.

Ключевые слова: холедохолитиаз, холангит, малоинвазивные вмешательства.

Введение

Количество больных с осложнённой желчекаменной болезнью холедохолитиазом ежегодно растёт [4]. Холедохолитиаз сопровождается механической желтухой в 21,4–46,3 % случаев, а в 22,9 % осложняется гнойным холангитом [2].

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) широко используется в арсенале малоинвазивных оперативных вмешательств при лечении холедохолитиаза. Частота осложнений при ЭПСТ составляет 5,6–17 %, а летальность – 0,9–1,7 % [1, 3].

Холангит является тяжёлым осложнением и встречается у 11,6 % больных с выполненной ЭПСТ. Прогрессирующее течение холангита наблюдается при неэффективной попытке устранения холестаза при папиллосфинктеротомии (невозможность одномоментного удаления конкрементов, тубулярный стеноз холедоха и др.). Тем не менее, причины и механизмы развития холангитов после ЭПСТ не до конца изучены.

Цель работы

Изучить причины возникновения холангитов после папиллосфинктеротомии и разработать пути коррекции этих осложнений.

Материалы и методы исследований

В клинике хирургии №1 Одесского национального медицинского университета на базе Одесской областной клинической больницы за период 2006 – 2010 гг. находилось 198 больных с холедохолитиазом, которым выполнена папиллосфинктеротомия. Возраст пациентов 51,8±4,5 лет, в том числе мужчины – 109 (55,1 %), женщины – 89 (44,9 %).

Из 198 больных с холедохолитиазом 79 (39,8 %) пациентов страдали постхолецистэктомическим синдромом (I–группа), а 119(60,2 %) больных имели холедохолитиаз без ранее выполненных вмешательств по поводу желчекаменной болезни (II–группа). Осложнение холедохолитиаза механической желтухой в I группе было у 32(40,5 %) , а во II группе – у 48 (40,3 %).

Диагноз устанавливался на основании УЗИ, КТ, МРТ, а также фибродуоденоскопии и детальным изучением состояния большого дуоденального сосочка.

Перед проведением эндоскопической папиллосфинктеротомии определяли количество тромбоцитов, протромбиновое время и уровень гемоглобина, так как процедуру можно проводить только при относительно компенсированных показателях свертываемости крови.

После установления показаний к эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия по стандартной методике. Длина разреза определялась морфологическими особенностями сосочка, зоны над ним, а также размерами камня. Если после папиллосфинктеротомии предполагалось эндопротезирование, то разрез производили дозированно (частичная ЭПСТ). При удалении камня разрез проводили через сфинктер общего жёлчного протока (полная ЭПСТ).

Эндоскопическая ретроградная холангиография и чрезкожная чрезпечёночная холангиография являлись ценными диагностическими пособиями, но они при неустраненном холестаза становились усугубляющими холангит факторами.

Динамика патологического процесса определялась общеклиническими исследованиями крови с лейкоцитарной формулой и биохимическими исследованиями билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, коагулограммы, мочевины, креатенина.

Результаты исследования и их обсуждение

При желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и холангитом, как правило, отмечается желтушность кожных покровов, потемнение мочи, гипертермия до 39–40°C, ознобы. Биохимические исследования указывают на повышение билирубина от 46 до 710 мкмоль/л и уровня трансаминаз.

Наиболее доступным было УЗИ, но информативность его составила 89 % случаев. Более



информативной явилась МРТ с контрастированием.

Проведенный анализ показывает, что холангиты после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) возникли у 23 (11,6 %) пациентов.

Установлено, что основными причинами холангитов после ЭПСТ явились:

1. Наличие крупных конкрементов, когда их экстракцию не удаётся выполнить одномоментно (n=12);

2. Широкая папиллосфинктеротомия, которая приводит к забросу дуоденального содержимого в холедох (n=7);

3. Тубулярный стеноз на фоне хронического индуративного панкреатита, когда папиллосфинктеротомия не позволяла полностью устранить холестаза (n=4).

Как показал наш опыт, при неэффективности двух попыток эндоскопической экстракции конкрементов целесообразно переходить к другим методикам. У 4 пациентов нами выполнено открытое вмешательство на холедохе с удалением конкрементов и наружным дренированием холедоха в 2 случаях и наложением холедоходуоденоанастомоза в 2 случаях. При ранее выполненной лапароскопической холецистэктомии у 8 больных нами производилась лапароскопическая холедохолитотомия.

Удаления конкрементов из холедоха производилось через супрадуоденальную холедохотомию под контролем фиброхоледохоскопа с помощью специальных корзинок.

У 6 больных после удаления конкрементов был установлен Т-образный дренаж, у 2 больных был установлен внутренний стент диаметром 7 Fr, а холедохотомическое отверстие ушивалось наглухо. Антеградное стентирование дистального отдела холедоха выполняли по разработанной нами методике [4]. Под контролем холедохоскопа через большой ду-

оденальный сосочек в просвет двенадцатиперстной кишки проводился проводник, по которому с помощью толкателя низводился эндопротез.

При индуративном панкреатите и тубулярном стенозе ЭСПТ дополняли ретроградным стентированием, а при технических трудностях производилось чрезкожное чрезпеченочное дренирование протоков и антеградное стентирование. Эндопротез устанавливался таким образом, что дистальная его часть выступала в просвет ДПК на 10–15 мм.

При тубулярных стенозах для ликвидации холангита понабилось длительное стентирование холедоха с заменой стента через 2–3 месяца. Наиболее сложным лечение было у больных, которым производилась широкая папиллосфинктеротомия. Рефлюкс дуоденального содержимого в желчные протоки длительно поддерживал явления холангита, что требовало пролонгированной антибиотикотерапии.

Выводы

1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является важным методом диагностики и лечения желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и холангитом.

2. При наличии крупных конкрементов в холедохе нецелесообразно проводить многократные ретроградные ревизии холедоха и попытки экстракции конкрементов, а показана холедохотомия открытым либо лапароскопическим доступом.

4. При ЭПСТ необходимо выполнять дозированный разрез для профилактики рефлюкса дуоденального содержимого.

5. При тубулярном стенозе, когда ЭПСТ не позволяет устранить холестаза, показано чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчных протоков и антеградное стентирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антеградное интраоперационное стентирование, как альтернатива наружного дренирования: 5-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии / В.В. Грубник, А.И. Ткаченко [и др.] // Сборник тезисов под редакцией Ю.И. Галлингера. – Москва, 2001. – С. 153 – 154.

2. Діагностико-лікувальна тактика з використанням мініінвазивних технологій при механічній жовтяниці, зумовленій холедохолітіазом / М.Ю. Ничитайло, Ю.М. За-

хараш, В.П. Огородник, М.П. Захараш // Хірургія України. – 2008. – № 2 (26). – С. 5 – 11.

3. Ничитайло М.Ю. Мініінвазивна корекція обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, В.В. Біляев // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 12 – 15.

4. Транспапілярные вмешательства у больных с осложнённым холедохолитиазом / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, С.А. Шаталов [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2011. – № 1 (10). – С. 124 – 127.



ХОЛАНГІТИ ЯК
УСКЛАДНЕННЯ
ЕНДОСКОПІЧНОЇ
ПАПІЛЛОСФІНКТЕРОТОМІЇ

*В.В. Грубник, Ю.Н Кошель,
А.І. Ткаченко, Б.В Євсіков*

Резюме. У даній роботі представлений досвід лікування 198 хворих, яким виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія. Визначені основні причини, що привели до прогресу холангіту у 23(11,6 %) пацієнтів і вироблена тактика лікування при холедохолітіазі, ускладненому холангітом.

Ключові слова: холедохолітіаз, холангіт, малоінвазивні втручання.

CHOLANGITIS AS
A COMPLICATION
OF ENDOSCOPIC
PAPILLOSPHINCTEROTOMY

*V.V. Grubnik, Yu.N. Koshel,
A.I. Tkachenko, B.V. Evsikov*

Summary. In this presentation a total of 198 patients, the experience of the endoscopical papilospincterectomy has been shown. The basic reasons in 23 (11.6 %) patients with progressive cholangitis has been explained different and work out methods of treatment in cholestasis complicated with cholangitis.

Key words: choledcolitiasis, cholangitis, mini-invasive manipulations.