

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Герасимов Д.В., Свиридова О.Н.

Областная клиническая больница, г.Одесса

Лечение больных с постхолецистэктомическим синдромом в последние годы находится на качественно новом уровне, благодаря внедрению эндоскопических и малоинвазивных методик

В Одесской областной клинической больнице накоплен опыт эндоскопического лечения 1223 пациентов с холедохолитиазом, в прошлом перенесших холецистэктомию. При поступлении больных с признаками желчной непроходимости в качестве первого шага определяли характер желтухи и, при наличии признаков желчной гипертензии, производили эндоскопическую ретроградную холангиографию.

При выявлении в просвете холедоха конкрементов производилась эндоскопическая папиллотомия в различных модификациях. Так, если устье Фатерова соска было доступно канюляции производилась папиллотомия стандартным канюляционным способом. При трудностях, связанных с канюляцией устья Фатерова соска, производили предварительное рассечение устья игольчатым электродом с последующим расширением объема папиллотомии традиционным канюляционным способом. При трудностях ориентации в расположении устья холедоха повторный этап папиллотомии откладывали на 1-2 дня., после чего визуализация устья холедоха значительно упрощалась ввиду отторжения слоев коагуляционного некроза. Объем папиллотомии соответствовал размеру выявленных конкрементов.

При наличии конкрементов, которые невозможно было извлечь даже при максимальном объеме рассечения, предварительно производили механическую литотрипсию: эндоскоп извлекали, оставляя захваченный конкремент в корзинке Dormia, после чего производили разрушение конкремента путем втягивания корзинки в оболочку. Фрагменты разрушенного конкремента поэтапно извлекались. Полнота извлечения контролировалась рентгенологически и путем непосредственного зондирования корзинкой Dormia.

Эндоскопическая папиллотомия была успешной в 98% случаев. Неудачи были связаны с невозможностью проведения эндоскопа в двенадцатиперстную кишку

вследствие органического стеноза привратника или резекции желудка по Б-2; в связи с расположением Фатерова соска на дне глубоких дивертикулов; с выраженной деформацией двенадцатиперстной кишки.

Извлечь конкременты удалось у 94% больных. Неудачи были связаны с большими размерами конкрементов, с плотным расположением конкремента в просвете, что не позволяло охватить его корзинкой, при протяженном тубулярном стенозе терминального отдела холедоха, при тугом заполнении просвета холедоха множественностью конкрементов с желчной замазкой, что также не позволяло производить манипуляции корзинкой Dormia.

Осложнения отмечены у 221 пациента (18,07%). Среди осложнений наблюдались: у 165 больных обострение панкреатита в легкой форме (амилазурия, умеренные боли в проекции поджелудочной железы); у 21-тяжелая форма панкреатита; у 35 - отмечено кровотечение из рассеченного Фатерова соска, которое было остановлено консервативно.

Летальность при эндоскопическом лечении холедохолитиаза составила 0,98%. 4 больных умерли вследствие панкреонекроза, который развился после выполнения папиллотомии и извлечения конкрементов, 4- вследствие профузного кровотечения из рассеченного Фатерова соска и острых язв двенадцатиперстной кишки, 2- вследствие гнойного холангита и печеночно-почечной недостаточности, 1- вследствие тромбоза воротной вены, холангитических абсцессов, забрюшинной флегмоны, 1- вследствие забрюшинной перфорации, забрюшинной флегмоны.

Нередко хирург сталкивается с ситуацией, когда сдавление холедоха происходит за счет доброкачественных процессов: индуративного панкреатита, сдавления лимфоузлами, рубцами. При этом поражается, как правило, терминальный отдел холедоха. Выше места сдавления зачастую обнаруживаются конкременты и желчная замазка. После выполнения папиллотомии проведение катетера в холедох через зону сужения не вызывает особых затруднений. Иногда после эндоско-

пического удаления конкрементов и желчной замазки возникают ситуации, когда расширять объем папиллотомии нельзя, а пассаж желчи из холедоха в кишку резко замедлен или отсутствует. В таких случаях наиболее оправдана установка билиарного эндопротеза.

Билиарное эндопротезирование проводили по двум методикам. Первая методика заключалась в параллельной установке через инструментальный канал эндоскопа 2-3 эндопротезов 9F, что по нашему мнению было эквивалентно установке одного эндопротеза 12F.

Другая методика заключалась в установке эндопротеза большого диаметра (15-18 F) вне инструментального канала эндоскопа по разработанной нами методике (рационализаторское предложение №2709 от 9.12.97.). Сразу после установки эндопротезов, отмечалось обильное поступление желчи в кишку.

Установка стентов при доброкачественных сдвлевениях холедоха и желчных протоков произведена у 46

больных. Из них у 29 больных предварительно был установлен назобилиарный дренаж для санации желчного дерева. У всех больных удалось достаточно быстро купировать явления холангита и нормализовать функцию печени, после чего было проведено билиарное эндопротезирование.

Выводы:

- эндоскопическое вмешательство при холедохолитиазе является предпочтительным методом лечения, сопровождающимся сравнительно невысоким уровнем осложнений и летальности;
- эндоскопические и чрескожные методики позволяют оказать помощь больным с обструктивной желтухой, являющимся функционально неоперабельными ;
- эндоскопические и чрескожные вмешательства позволяют улучшить результаты лечения больных со сдвлением холедоха доброкачественной этиологии.

РЕЗЮМЕ

ЕНДСКОПІЧНІ ТА ЧЕРЕЗШКІРНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Герасимов Д.В., Свиридова О.Н.

На основі результатів ендоскопічного лікування 1223 пацієнтів з холедохолітіазом, що перенесли холецистектомію, зроблено висновок про те, що ендоскопічне втручання при холедохолітіазі є переважним методом лікування, що супроводжується порівняно невисоким рівнем ускладнень та летальності.

SUMMARY

ENDOSCOPIC AND INTRACUTANEOUS INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH POSTCHOLECESTECTOMIC SYNDROME

D.V. Gerasimov, O.N.Sviridova

Based on the results of endoscopic treatment of 1223 patients with choledocholithiasis that underwent cholecystectomy the conclusion was drawn that endoscopic intervention at choledocholithiasis is a preferable treatment method.
