

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХОЛАНГИТА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БОЛЬШОМ СОСОЧКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. И. Ткаченко, Е. И. Шаповалова, Б. В. Евсиков, Р. П. Ромак, И. В. Руденко

Одесский национальный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница

THE RISK OF CHOLANGITIS OCCURRENCE AFTER ENDOSCOPIC INTERVENTIONS ON PAPILLA MAGNA OF DUODENUM

A. I. Tkachenko, E. I. Shapovalova, B. V. Yevsikov, R. P. Romak, I. V. Rudenko

Odessa National Medical University,
Odessa Regional Clinical Hospital

Острый холангит является опасной для жизни инфекцией желчевыводящих путей, возникает у 2 — 20% больных после выполнения эндоскопических вмешательств на БСДК. Без хирургического вмешательства по поводу острого гнойного холангита все больные умирают. Послеоперационная летальность, по данным литературы, составляет от 13 до 60% [1 — 3].

При анализе результатов лечения больных, которым произведены транспапиллярные оперативные вмешательства, установлено, что риск возникновения острого холангита сопоставим с таковым по данным исследователей клиник Украины, Европы и США [2, 4 — 7].

После полной ЭПСТ нарушается функция сфинктерного аппарата БСДК, что обуславливает рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки (ДПК) и инфицирование желчевыводящих путей. Также при травматических манипуляциях на БСДК возникает его стеноз или стриктура, что обуславливает обструкцию билиарной системы, нарушение оттока желчи в ДПК. Билиарный стаз способствует размножению микроорганизмов, повышению интрабилиарного давления, возникновению холангиоенозного рефлюкса и бактериемии [2, 3, 8].

Стремление сохранить целостность сфинктерного аппарата БСДК способствовало более широкому

Реферат

Проанализированы результаты лечения 72 больных по поводу холедохолитиаза с использованием транспапиллярных эндоскопических вмешательств. У пациентов первой группы выполняли полную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), второй группы — частичную эндоскопическую папиллосфинктеротомию в сочетании с баллонной дилатацией большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). Сравнивали частоту возникновения в группах как ранних, так и поздних осложнений.

Ключевые слова: холедохолитиаз; эндоскопические вмешательства; холангит; баллонная дилатация; большой сосочек двенадцатиперстной кишки.

Abstract

Results of treatment of 72 patients, suffering choledocholithiasis, using transpapillary endoscopic interventions, were analyzed. In patients of the first group a complete endoscopic papillosphincterotomy was performed, and in the second group — a partial endoscopic papillosphincterotomy in combination with balloon dilatation of duodenal papilla magna. The rate of occurrence of late and immediate complications in the groups was compared.

Keywords: choledocholithiasis; endoscopic interventions; cholangitis; balloon dilatation; duodenal papilla magna.

использованию баллонной дилатации при вмешательствах у больных по поводу холедохолитиаза [4, 9].

Однако в настоящее время не определены показания к осуществлению и параметры баллонной дилатации.

Целью исследования было уменьшение риска возникновения послеоперационного холангита при осуществлении баллонной дилатации у больных по поводу холедохолитиаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2008 по 2016 г. на базе Одесской областной клинической больницы проведено сравнитель-

ное исследование результатов эндоскопических вмешательств по поводу холедохолитиаза у 72 пациентов. Возраст больных от 38 до 76 лет, в среднем ($54 \pm 5,2$) года. Женщин было 53 (73,6%), мужчин — 19 (26,4%). В неотложном порядке госпитализированы 30 (41,6%) больных с приступом острого калькулезного холецистита, остальные — госпитализированы в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита. Желтуха с повышением уровня общего билирубина в крови до $60 - 280$ мкмоль/л отмечена у 29 (40,3%) больных, обусловлена миграцией конкрементов из желчного пузыря в общий желчный проток (ОЖП) с последующей обту-

рацией его просвета. В момент госпитализации у 17 больных состояние тяжелое и крайне тяжелое в связи с возникновением гнойного холангита, у 42 — выявлены признаки постхолецистэктомического синдрома, у 8 — острого билиарного панкреатита с повышением активности амилазы в крови от 124 до 256 г/(ч × л).

По данным УЗИ, КТ и МРТ расширение ОЖП до 12 — 20 мм выявлено у 37 (51,4%) больных, ОЖП не расширен у 35 (48,6%).

Все больные оперированы с использованием эндоскопического метода.

У 42 (58,3%) больных (I группа) произведена полная ЭПСТ, завершена экстракцией конкрементов с помощью корзинки Dormia.

У 30 (41,6%) больных (II группа) частичная ЭПСТ дополнена баллонной дилатацией БСДК с последующей экстракцией конкрементов.

Баллонную дилатацию проводили с помощью баллонного дилатора фирмы Endo—Flex (Германия), размер рабочей части 30 × 10 мм, диаметр 7 F, давление 6 атм. Продолжительность постепенного увеличения объема баллонного дилатора 10 мин. Баллонный дилатор проводили по проводнику вглубь по ОЖП за конкременты, баллон раздували и осуществляли его тракцию в ДПК с извлечением конкрементов.

Для сохранения сфинктерного аппарата БСДК в клинике баллонную дилатацию проводили на фоне введения М—холиноблокатора [10]. Метод предусматривает расслабление сфинктера БСДК и его дилатацию, уменьшение риска разрыва БСДК и вероятности возникновения тяжелого панкреатита [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлена высокая эффективность извлечения конкрементов из желчных протоков в обеих группах.

Полная ЭПСТ с удалением конкрементов за один сеанс выполнена у 27 пациентов первой группы. У 15 пациентов одновременно удалить конкременты не удалось из—за возникновения осложнений, наличия

множественных крупных конкрементов. У них выполнены повторные сеансы ЭПСТ с экстракцией конкрементов, у 5 пациентов они оказались неэффективными, произведена повторная литоэкстракция (до 3 сеансов).

Одномоментное удаление конкрементов при комбинированной частичной ЭПСТ с баллонной дилатацией удалось выполнить у 26 пациентов II группы. У 4 пациентов сразу удалить конкременты не удалось из—за возникновения осложнений. У них осуществлена повторная литотрипсия с использованием специальных корзинок. У одного больного возникла необходимость выполнения повторной ЭПСТ для дополнительного расширения сфинктера БСДК. Введение нитратов перед выполнением баллонной дилатации предотвращало разрыв сфинктера БСДК [5].

Острый панкреатит после операции возник у 20 (27,7%) больных, в том числе у 9 (12,5%) — I группы, у 11 (15,2%) — II группы. У пациентов отмечены выраженный болевой синдром, повышение активности амилазы в крови и моче. Проведение консервативной терапии позволило у всех пациентов устранить воспалительный процесс в поджелудочной железе без специального хирургического вмешательства. Послеоперационный панкреатит у этих больных устранен через 5 — 8 сут, что подтверждено результатами контрольных биохимических исследований крови и УЗИ.

Тяжелым осложнением после вмешательств на БСДК является холангит. Изучена динамика количества лейкоцитов в крови и лейкоцитарной формулы, уровня общего билирубина в крови в обеих группах. У 4 (9,5%) пациентов I группы и у 3 (10%) — II группы отмечен выраженный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, клинические проявления холангита — озноб, повышение температуры тела. Частота и продолжительность приступов холангита со временем уменьшались. Пациентам I группы проведена комплексная инфузионная терапия, назначали ан-

тибиотики широкого спектра действия. У пациентов II группы антибиотики применяли внутрь.

Пациентам II группы перед выпиской проводили контрольную дуоденоскопию, по данным которой сужение интрапанкреатической части ОЖП не выявлено, диаметр сфинктера БСДК составлял 3 — 5 мм, грубые внешние изменения зоны БСДК после его баллонной дилатации отсутствовали.

Продолжительность лечения больных I группы в стационаре составила в среднем (7 ± 2,9) дня, II группы — (7,1 ± 2,2) дня.

Проанализированы результаты лечения пациентов обеих групп в сроки от 1 до 24 мес, в среднем 18 мес.

Пациентам проведено обследование: УЗИ печени, желчных протоков, гастродуоденофиброскопия, биохимический анализ крови (уровень билирубина, активность трансаминазы, щелочной фосфатазы, амилазы). При предположении о наличии резидуальных конкрементов проводили магниторезонансную томографическую холангиографию и ЭРХПГ.

Качество жизни пациентов оценивали с помощью опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) (см. таблицу).

Частота диспепсии, диареи и абдоминальной боли была достоверно меньше во II группе, чем в I группе по каждому показателю ($p < 0,05$). Частота изжоги также уменьшилась по сравнению с исходной, однако различия недостоверны ($p > 0,05$).

При более детальном анализе показателей рефлюксного, диарейного диспептического синдромов и синдрома запора отмечены аналогичные изменения: эти показатели были достоверно меньше во II группе по сравнению с таковыми в I группе.

При наблюдении в отдаленном периоде (через 1 — 2 года после лечения) отмечена тенденция к большей выраженности патологических гастроэнтерологических синдромов в I группе, что обусловлено большей частотой рецидивов заболелания.

Показатели качества жизни пациентов по опроснику GSRs.

Показатель	Величина показателя, баллов ($\bar{x} \pm m$) в группах в сроки наблюдения, мес					
	6		12		24	
	I	II	I	II	I	II
Абдоминальная боль (AP)	10,4 ± 2,6	3,1 ± 2,4	9,7 ± 2,4	2,9 ± 2*	8,9 ± 2,6	2,7 ± 1,6*
Синдром гастроэзофагеального рефлюкса (RS)	11,7 ± 3,9	3,4 ± 0,6*	10,8 ± 3,4	3,4 ± 0,5*	9,6 ± 4,1	3,3 ± 0,5
Диарейный синдром (DS)	10,5 ± 4,2	4,3 ± 1,3	9,4 ± 3,4	4,1 ± 1,0	8,9 ± 4,1	4,2 ± 1,1
Диспептический синдром (IS)	8,8 ± 5,5	5,5 ± 1,8	8,9 ± 5,1	5,4 ± 1,5	8,2 ± 4,7	5,3 ± 1,5
Констипационный синдром (CS)	7,3 ± 4,5	3,7 ± 0,6	6,8 ± 4,5	3,6 ± 0,7	6,1 ± 3,9	3,5 ± 0,7

Примечание. * – различия показателей достоверны по сравнению с таковыми в I группе ($p < 0,05$); чем меньше показатель, тем лучше качество жизни пациентов.

Таким образом, нарушение сфинктерного аппарата БСДК при выполнении полной ЭПСТ обуславливало возникновение рефлюкс—холангита, что сопровождалось патологическими гастроэнтерологическими синдромами в отдаленном периоде.

При выполнении сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств на БСДК (дозированная ЭПСТ, дополненная баллонной дилатацией) возможна высокая эффективность извлечения конкрементов из желчных протоков, что

уменьшало частоту послеоперационных осложнений, продолжительность лечения больных в стационаре, а сохранение сфинктера БСДК способствовало улучшению отдаленных результатов лечения.

ВЫВОДЫ

1. Эндоскопические оперативные вмешательства на БСДК при холедохолитиазе расширяют возможности лечения пациентов по поводу осложненной желчнокаменной болезни.

2. Папиллосохраниющие операции в сочетании с баллонной дилатацией позволяют с меньшей частотой осложнений эффективно проводить экстракцию конкрементов из желчных протоков.

3. Применение дозированной ЭПСТ с баллонной дилатацией позволяет сохранить функцию БСДК, улучшить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Кабанец Н. С. Неопухольевые заболевания большого дуоденального сосочка / Н. С. Кабанец, В. Я. Колкина, М. А. Крюк // Газета "Новини медицини та фармації". Гастроентерологія. — 2011. — № 390. — С. 27 — 30.
- Updates in bacteriological epidemiology of community-acquired severe acute cholangitis and the effectiveness of metronidazole added routinely to the first-line antimicrobial regimen / Jun Kyu, Lee Chang, Wook Park Sang [et al.] // J. Inf. Chemother. — 2013. — Vol. 19, N 6. — P. 1029 — 1034.
- Management of acute cholecystitis and acute cholangitis in emergency setting / Kui-Hin, Liao Catherine, Teh Alejandro, Serrablo // Centr. Eur. J. Med. — 2014. — Vol. 9, N 3. — P. 357 — 369.
- К вопросу о баллонной дилатации сфинктера Одди / А. И. Дронов, И. Л. Насташенко, С. В. Земсков [и др.] // Укр. журн. хірургії. — 2013. — Т. 1, № 20. — С. 18 — 21.
- Костюченко М. В. Дисфункция сфинктерного аппарата желчных путей после холецистэктомии: современные аспекты лечения / М. В. Костюченко // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. — 2013. — Т. 31, № 3. — С. 24 — 30.
- Эндоскопические вмешательства и коррекция нарушений гомеостаза у пациентов с механической желтухой / И. С. Малков, Г. Р. Закирова, В. Н. Коробков, М. Н. Насруллаев // Казан. мед. журн. — 2015. — Т. 96, № 3. — С. 444 — 447.
- Mosler P. Diagnosis and management of acute cholangitis / P. Mosler // Cur. Gastroenterol. Rep. — 2011. — Vol. 13, N 2. — P. 166 — 172.
- Role of radial endosonography in the diagnosis of acute cholangitis / Emrah Alper Belkis, Unsal Zafer, Buyrac Behlul [et al.] // Dig. Dis. Sci. — 2011. — Vol. 56, N 7. — P. 2191 — 2196.
- Yucel Ustundag. Is it safer to postpone endoscopic large balloon dilatation after ES in the setting of acute cholangitis due to large bile duct stones? / Yucel Ustundag, Ulku Saritas // Ibid. — 2014. — Vol. 59, N 11. — P. 2838 — 2839.
- Пат. 112388 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування холедохолітіазу / К. І. Шаповалова, О. С. Дюжев, В. В. Грубник, О. І. Ткаченко (Україна). — Заявник та патенто-власник Одес. нац. мед. ун-т. — № а2015 06921; заявл. 13.07.15; опубл. 25.08.16. Бюл. № 16.

