

Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.Ш., Якушин В.И., Васильев И.Т., Коржева И.Ю.

ФИСТУЛОФИБРОХОЛАНГИОСКОПИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ (ЭПСТ) В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И СТЕНОЗА ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

*1-я кафедра хирургии с курсами лазерной и эндоскопической хирургии, Российская медицинская академия
последипломного образования, Москва, Россия*

В послеоперационном периоде частота встречаемости патологии внепеченочных желчных протоков, в частности резидуального холедохолитиаза и стеноза терминального отдела холедоха, составляет от 0,5 до 5% случаев. Методом выявления этой патологии после проведенного хирургического вмешательства является фистулохолангиография. До недавнего времени в подобных ситуациях предпринимались повторные коррегирующие операции.

В настоящее время в связи с широким внедрением в клинику различных эндоскопических вмешательств вышеотмеченная патология внепеченочных желчных протоков после первичной операции устраняется малоинвазивными способами - эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) или фистулофиброхолангоскопией (ФФХС) с холелитотомией.

Нами в послеоперационном периоде за последние 20 лет обследованы и подготовлены к малоинвазивному лечению 110 больных в возрасте от 32 до 84 лет, из них - мужчин - 25 и женщин - 85. Во время фистулографии через дренажные трубки выявлено: холедохолитиаз (56), гепатиколитиаз (11), внутри- и внепеченочный литиаз (9), стеноз терминального отдела холедоха (6), холедохолитиаз в сочетании со стенозом терминального отдела холедоха 3-4 степени - у 28 больных.

Для устранения выявленных резидуальных конкрементов и стеноза терминального отдела холедоха (СТОХ) нами предпринималась фистулофиброхолангоскопия (ФФХС) у всех больных. При этом провести полноценную эндоскопию желчных протоков и холелитотомию удалось у 74 больных. В остальных случаях возникли различные сложности.

Показаниями к ФФХС после выполнения прямой холангиографии через дренажную трубку, установленную ранее во время операции в желчном протоке, явились резидуальные конкременты и СТОХ. Учитывались анатомические особенности строения внепеченочных желчных протоков и возможность применения ЭПСТ или ФФХС, а также комбинация эндоскопических способов.

Важным условием проведения ФФХС является сохранение дренажной трубки в желчном протоке в течение не менее 8-14 суток. К этому времени вокруг дренажа формируется фиброзный канал, ограничивающий желчную фистулу от органов брюшной полости и улучшается общее состояние больного после операции.

Задача обезболивания для выполнения ФФХС решается индивидуально в каждом наложении совместно с анестезиологом и лечащим врачом. По нашему опыту, в 50-60% случаев достаточно использование местного анестетика, инсуффлированного в свищевой ход после удаления дренажа, и введение подкожно 2-4 мл промедола и 0,5-1,0 мл атропина за 30-40 мин до ФФХС.

ФФХС проводится натощак, на операционном столе с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Операционное поле вокруг раны обрабатывается и ограничивается согласно хирургическим канонам. Аппарат плавно, без усилия вводится в свищевой ход. Подавая ирригационный раствор через канал эндоскопа, последний под контролем зрения через окуляр аппарата или под контролем видеомонитора продвигается в желчный проток. Далее проводятся все те же приемы осмотра и вмешательства, как и при интраоперационной фиброхолангоскопии. По окончании эндоскопического вмешательства стерильная дренажная трубка вновь устанавливается на прежнее место и проводится рентгенологический контроль.

Введение эндоскопа в желчный ход через фистулу можно осуществить по направлению. Для этого, не удаляя дренажную трубку из желчного протока и свищевого канала, в их просвет на всю глубину проводится направитель (тефлоновый катетер, в просвете которого помещена гибкая металлическая проволока от диатермического пенья для аппарата типа GIF - P). Длина направителя при этом соответствует длине желчного протока + дренажной трубки + рабочей длине фиброхолангоскопа. После установления дистальной части направителя в фистулу и желчный проток под рентгенологическим контролем дренажная трубка удаляется. Проксимальная часть направителя ретроградно проводится через биопсионный канал холедохоскопа наружу на 5-10 см выше биопсийного клапана. Придерживая эту часть, по установленному направлению аппарат продвигается через фистулу в желчный проток. После установления эндоскопа в желчном протоке до необходимого уровня направитель удаляется. Идеальным считается проведение эндоскопического вмешательства в эндохирургической операционной при наличии в ней рентгенотелевизионной установки.

Антеградная и ретроградная папиллосфинктеротомия (АРПСТ) может быть выполнена как при традиционной операции, так и при лапароскопической холецистэктомии (A.L.Paula, 1993, K.Zucker, 1995, A.G.Кригер, 1997, В.П.Стрекаловский с соавт., 2001, Ю.Г. Старков с соавт., 2001), а также во время фистулофиброхолангоскопии.

Нами АРПСТ выполнена у 37 больных с резидуальными конкрементами во время ФФХС. Методика ее проведения состояла в следующем. В просвет 12-перстной кишки проводился дуоденоскоп до уровня БДС для контроля за выходом и расположением папиллотомы (режущей ее части) во избежание повреждения передней стенки кишечника. Папиллотомой в «закрытом» виде через канал холедохоскопа подводился к

дистальной части холедоха и между стенкой протока (или БДС) и камнем проводился в просвет 12-перстной кишки. После установления режущей части инструмента в необходимую позицию и определения протяженности разреза (по миллиметровым отметкам на оплётке папиллотомы), антеградно и поэтапно производится рассечение стенки выводного протока БДС. Папиллосфинктеротомия аналогичным же способом может быть выполнена и ретроградно. При этом контрролирующую функцию в общем желчном протоке выполняет холедоскоп. Операция, как правило, завершалась наружным дренированием холедоха.

Осложнения при вышеописанных эндоскопических вмешательствах наблюдались в 30,5% случаев: у 5 больных (13,9%) отмеченное кровотечение из краёв раны при антеградной ПСТ и у 3 больных (8,3%) при РПСТ остановлено коагулированием и проведением общей гемостатической терапии. Острый панкреатит у 3 больных (8,3%) купирован консервативным лечением. Летальных исходов не было.