КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.366-003.7-089.168.1-06-073

© Э.Ф. Джумахмадов, Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, М.В. Чернов, Р.И. Бутабаев, В.О. Иванова, 2010

Э.Ф. Джумахмадов, Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков,

М.В. Чернов, Р.И. Бутабаев, В.О. Иванова

ФИСТУЛОФИБРОХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СУЖЕНИЕМ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО, ГКБ им. С. П. Боткина, г. Москва

В послеоперационном периоде по поводу заболеваний внепеченочных желчных протоков, в частности - холедохолитиаза, от 0,5 до 5% случаев при контрольной фистулохолангиографии определяются оставленные камни или не скорректированный стеноз терминального отдела холедоха (ТОХ) различной степени и протяженности. Нередко в подобных ситуациях предпринимаются повторные корригирующие операции.

В настоящее время в связи с широким внедрением в клинику различных эндоскопических вмешательств отмеченные недостатки первичной операции устраняются миниинвазивными способами: эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) - ЭПСТ или фистулофиброхолангиоскопией (ФФХС), во время которых удаляются камни из желчных протоков, устраняются выявленные стенозы ТОХ.

Нами за последние 15 лет обследовано 112 больных в послеоперационном периоде в возрасте от 30 до 80 лет, из них 26 - мужчин и 86 - женщин.

При лучевых способах исследования желчевыведительной системы выявлены: холедохолитиазу у 57 больных, гепатиколитиаз - у 12, внутривнутрипеченочный литиаз - у 9, стеноз ТОХ у - 6, холедохолитиаз в сочетании со стенозом ТОХ (28).

Для устранения выявленных конкрементов и стеноза терминальной части ТОХ предпринималась ФФХС у всех больных. При этом полноценную холелитотомию удалось выполнить у 76 больных. По различным причинам: ущемленный камень в ампулярной части холедоха (25), стеноз ТОХ в сочетании с дивертикулами двенадцатиперстной кишки (4), множественный внутривнутрипеченочный литиаз 7 - использовали способы антеградной

ЭПСТ через холедохоскоп у 19 и ретроградной ЭПСТ под контролем холедохоскопа и дуоденоскопа (n=17).

Как правило, показания к ФФХС устанавливаются после выполнения фистулохолангиографии через дренажную трубку, установленную в желчном протоке. При этом учитывается возможность применения ЭПСТ или ФФХС. Возможна их комбинация.

Важным условием проведения ФФХС является сохранение дренажной трубки в желчном протоке в течении 8-14 суток. За этот период вокруг дренажа формируется фиброзный канал, ограничивающий желчную фистулу от органов брюшной полости, улучшающий общее состояние больных после первой операции.

Для выполнения ФФХС в 50-60% случаев достаточно использования местного анестетика, введенного в свищевой ход, и введение под кожу 2-4 мл промедола и 1,0 мл атропина за 30-40 мин до манипуляции.

Введение эндоскопа в гепатикохоледох через фистулу необходимо осуществлять после удаления дренажной трубки или по направлению. В последнем случае, не удаляя дренажную трубку из желчного протока и свищевого канала, в их просвет на всю глубину проводится теплый тefлоновый направитель. Холангиоскопия проводится вначале дистальных, затем проксимальных желчных протоков.

Идеальное условие для ФФХС является ее выполнение в эндохирургической операционной, где имеется видеосистема для фиброхолангиоскопа и дуоденоскопа.

Антеградная ПСТ выполнена у 19 больных по указанным выше причинам во время ФФХС. Для этой цели в двенадцатиперстную кишку вводился дуоденоскоп до уровня

большого дуоденального соска, для контроля за выходом и расположением папиллотомы и режущей его части, для профилактики повреждения передней стенки кишечника. Папиллотомой в «закрытом» виде через канал холедохоскопа подводится в дистальную часть холедоха и проводится в двенадцатиперстную кишку через БДС. После установления режущей части инструмента в необходимую позицию определения протяженности сужения, антеградно поэтапно производится рассечение БДС и ТОХ.

Традиционная ретроградная ЭПСТ проведена 17 пациентам. При этом ФФХС выполнена контрольную функцию для уточнения расположения папиллотомы.

В одном наблюдении ФФХС и ЭПСТ завершились антеградно по направителю установления стента в общем желчном протоке. Такая необходимость возникла в связи с наличием у пациента большой протяженности

сужения ТОХ, обусловленного головчатым панкреатитом. Стент удален через 3 месяца.

Осложнения при проведенных эндоскопических вмешательствах:

кровотечения из краев папиллотомной раны при антеградной ЭПСТ в 5 случаях и ретроградной ЭПСТ – в (3). Они остановлены коагулированием и общей гемостатической терапией;

Острый панкреатит развился в 3-х случаях, купирован консервативным лечением.

Таким образом, комплексное сочетанное эндоскопическое вмешательство с резидуальным холедохолитиазом или стенозом ТОХ позволило у 112 больных избежать повторную, технически сложную операцию без летальных исходов. Все это свидетельствует о высокой эффективности миниинвазивной эндохирургии при лечении холедохолитиаза и других заболеваний внепеченочных желчных протоков.

Сведения об авторах статьи

Джумахмадов Э.Ф.

Аспирант кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирургии РМАПО

Тел. 8-909-921-80-80, E-mail: webdoctor@rambler.ru

Мумладзе Роберт Борисович

зав. кафедрой общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии, д.м.н., профессор, тел. (499)762-61-73.

Розиков Юлдаш Шакирович

д.м.н., профессор кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирургии РМАПО. Заведующий отделением эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина, тел. (499)762-62-58, e-mail: rozikov@mail.ru

Чернов Михаил Владимирович

врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина, тел. (499)762-62-57.

Бутабаев Рустам Ильярович

Врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина, тел. (499)762-62-57