

Результаты применения чрескожных чреспеченочных вмешательств у больных механической желтухой и холангитом

ФГБОУ ВПО Пензенский государственный университет, Медицинский институт, кафедра хирургии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Никольский В.И.

Резюме

В период с 2010 по 2012 года в нашей клинике проходили лечение и обследование 58 пациентов с механической желтухой и холангитом, которым в выполнении чрескожных чреспеченочных миниинвазивных вмешательств. Проведен анализ результатов лечения этих больных, выявлена структура осложнений и разработаны меры их профилактики.

Ключевые слова: механическая желтуха, холангит, чрескожные чреспеченочные миниинвазивные вмешательства

Введение

Самыми распространенными синдромами, вызываемыми различными заболеваниями билиарной системы, являются механическая желтуха и холангит [1]. Оба состояния последовательно связаны между собой – камень или опухоль перекрывают просвет желчного протока, развивается механическая желтуха, сопровождаемая холестазом и ахолией. Ахолия способствует колонизации кишечной микрофлоры в желчных протоках. Затем происходит транслокация бактерий и эндотоксинов в кровь воротной вены, что приводит к развитию системной воспалительной реакции.

Клиническая значимость холангита связана прежде всего с развитием большого количества осложнений и высокой летальностью от 4,7 до 28,5% [2]. Главным методом лечения холестаза и холангита является декомпрессия желчных протоков, которая должна отвечать следующим требованиям: быть эффективной и в кратчайшие сроки устранять холемию, быть малотравматичной и сопровождаться низким уровнем осложнений и летальности [3]. В последнее время широкое признание получили чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства для декомпрессии билиарного тракта, которые удается осуществить независимо от уровня и протяженности обтурации желчных протоков. С разработкой чрескожных чреспеченочных миниинвазивных методов билиарной декомпрессии отмечены определенные успехи в лечении данных состояний, о чем свидетельствует снижение количества осложнений [4].

Целью работы явилось оценка эффективности чрескожных чреспеченочных миниинвазивных вмешательств у больных механической желтухой и холангитом, а также характера и количества осложнений.

Материал и методы

За период с 2010 по 2012 года в Пензенской областной клинической больнице им. Н.Н. Бурденко проходили обследование и лечение 58 пациентов с синдромом механической желтухи различного генеза, из них холангит диагностирован у 20 больных (34,5%). Мужчин было 22, женщин – 36, возраст больных варьировал от 31 до 87 лет (средний возраст – 62,8 года). У 69% больных имелись сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, сахарный диабет, бронхиальная астма, язвенная болезнь и др.)

Больные были разделены на 2 группы. В 1-ую группу были включены 20 пациентов, у которых диагностирован холангит. Во 2-ую группу – 38 человек с синдромом механической желтухи без признаков холангита.

Кроме клинической оценки, у всех больных исследовали общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты и лейкоцитарную формулу и др.), биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ и др.). УЗИ явилось обязательным методом диагностики и в большинстве случаев достаточным для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного.

Результаты

Желтушность кожных покровов и склер, темная моча и ахоличный кал имелись у всех пациентов. В 1-ой группе предъявляли жалобы на боль в правом подреберье и/или эпигастрии 19 пациентов, лейкоцитоз диагностирован у 100%, гипертермия более 38°C отмечена у 90% больных, уровень общего билирубина был в пределах 42,2 – 210 мкмоль/л

Во 2-ой группе незначительная боль в эпигастрии и/или правом подреберье наблюдалась у 60,5%, уровень общего билирубина – 82,2 – 587 мкмоль/л.

По результатам УЗИ у всех пациентов выявлена дилатация желчных протоков от 8 до 12 мм.

Таким образом, после проведения обследования были определены показания к выполнению чрескожных чреспеченочных миниинвазивных вмешательств: клинические признаки механической желтухи и холангита, расширение внутривенных желчных протоков, наличие безопасной траектории пункции желчных протоков. Все манипуляции выполнили в первые 12 часов с момента определения показаний к проведению вмешательств.

Всем пациентам 1-ой группы ввиду нарастающей интоксикации и билиарной гипертензии выполнили наружное дренирование желчных протоков под контролем УЗИ. В течение первых пяти суток после проведения манипуляции и назначения адекватной терапии отмечен положительный результат (купирование болевого синдрома, симптомов интоксикации, снижение гипербилирубинемии).

Во второй группе 15-ти больным (39,5%) выполнили наружное дренирование желчных протоков под контролем УЗИ, остальным – наружно-внутреннее дренирование желчных протоков под контролем УЗИ и рентгеноскопии. Затем вторым этапом, в зависимости от причины механической желтухи, 34 пациентам выполнили хирургические операции (билиодигестивные анастомозы и др.) и 4 больным – стентирование желчных протоков нитиоловыми конструкциями.

В первой группе осложнения, связанные с миниинвазивными эндобилиарными вмешательствами, были отмечены в 4 (20%) наблюдениях: гемобилия (1), миграция дренажа (2), закупорка дренажного катетера (1). Все осложнения были устранены без применения хирургических вмешательств и не привели к ухудшению состояния больных. В данной группе умер 1 больной от декомпенсированной печеночно-почечной недостаточности.

Во 2-ой группе осложнения развились в 15,8% случаев: гемобилия (2), холангит (1), закупорка дренажного катетера (2), желчеистечение в брюшную полость (1). Гемобилия и холангит купировали консервативно. Больным с закупоркой дренажного катетера потребовалась замена наружно-внутреннего дренажа. Желчеистечение в брюшную полость устранили хирургическим путем (дренирование желчного затека под контролем лапароскопии). Летальности в данной группе не было.

Заключение

Миниинвазивные эндобилиарные вмешательства значительно расширяют возможности комплексного лечения больных механической желтухой и холангитом. Они способствуют ликвидации желтухи, интоксикации, явлений печеночно-почечной недостаточности, улучшению функций печени, создают благоприятные условия для проведения радикальных и палиативных оперативных вмешательств.

Литература

1. Ахаладзе Г.Г. Патогенетические аспекты гнойного холангита, почему нет системной воспалительной реакции при механической желтухе? // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т.14, №2. – С.9-15.
2. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г., Кабанов Е.Н. Причины эндогенной интоксикации при гнойном холангите // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т.14, №2. – С.28-32.
3. Касаткин В.Ф., Кит О.И., Трифанов Д.С. Опыт чрескожных желчеотводящих вмешательств у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии // *Сибирский онкологический журнал*. – 2008. – Т. 28, №4. – С. 51-54.
4. Седов А.П., Парфенов И.П., Ярош А.Л. и др. Оценка изменений слизистой оболочки желчных протоков и состава желчи при остром холангите // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т.14, №2. – С.22-27.