

УДК 616.381-002: 616.361-089

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОБИЛИАРНОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Покровский Е. Ж., Станкевич А. М., Татарогло М. И., Герасименко В. Н.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново, Россия (153012, Иваново, пр. Ф. Энгельса, 8), e-mail: pokrowski@mail.ru

Проведен анализ интраоперационной диагностики синдрома желтухи на фоне острого деструктивного холецистита, осложненного распространенным перитонитом. Для дифференциальной диагностики в экстренной ситуации предложена оригинальная методика баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Подробно описано техническое выполнение процедуры. Анализ результатов применения баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки строится на результатах лечения 52 пациентов распространенным перитонитом, развившимся на фоне острого деструктивного холецистита, осложненного синдромом желтухи. Интраоперационное применение методики позволило провести диагностику транзиторной и калькулезной желтухи и избежать необоснованного расширения объема оперативного вмешательства. Классическая холангиография, выполненная без предварительной баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки, в большинстве случаев оставляла вопрос характера желтухи открытым. Таким образом, обосновано применение эндобилиарной баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки в экстренной ситуации у больных распространенным перитонитом на фоне деструктивного холецистита и синдрома желтухи.

Ключевые слова: перитонит, желтуха, холецистит, баллонная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

OPPORTUNITIES OF THE BALLOON CHOLIC DUCT DILATATION AT TREATMENT OF THE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY THE WIDESPREAD PERITONITIS

Pokrovskiy E. J., Stankevic A. M., Tataroglo M. I., Gerasimenko V. N.

Ivanovo State Medical Academy, Russia, Ivanovo, 153000, Fridrikha Engelsa Avenu, e-mail: pokrowski@mail.ru

The analysis operational diagnostics of a syndrome of a icterus on a background of the acute destructive cholecystitis complicated by a widespread peritonitis is lead. For differential diagnostics in an emergency situation the original technique of a balloon dilatation of the big papilla of a duodenum is offered. Technical performance of procedure is in detail described. The analysis of results of application of a balloon dilatation of the big papilla of a duodenum is under construction on results of treatment of 52 patients the widespread peritonitis which has developed on a background of an acute destructive cholecystitis, complicated by a syndrome of an icterus. Operational application of a technique has allowed to lead diagnostics of a transitional and calculous icterus and to avoid unreasonable expansion of volume of an operative measure. The classical cholangiography executed without a preliminary balloon dilatation of the big papilla of a duodenum, in most cases, left a question of character of an icterus open. Thus, application cholic duct a balloon dilatation of the big papilla of a duodenum in an emergency situation at sick by the widespread peritonitis on a background of a destructive cholecystitis and a syndrome of an icterus is proved.

Key words: peritonitis, icterus, cholecystitis, balloon dilatation of the big papilla of a duodenum.

Введение

В последние годы использование малоинвазивных технологий в лечении распространенного перитонита приобрело достаточную популярность. Применение этих методик расширило возможности хирурга и позволило уменьшить «агрессивность» терапии. Учитывая то, что серьезную проблему представляют больные распространенным перитонитом, вызванным деструктивным холециститом, осложненным синдромом желтухи, применение в этой

ситуации таких манипуляций кажется вполне логичным. Обладая достаточным опытом баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки при лечении синдрома желтухи различного генеза (более 1000 наблюдений), нами была предпринята попытка использования этой методики при лечении больных распространенным перитонитом.

Цель исследования

Провести анализ необходимости и возможности баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки, в условиях распространенного перитонита, обусловленного острым деструктивным холециститом, осложненного синдромом желтухи.

Материалы и методы исследования

В основе клинического материала лежит динамическое проспективное исследование 52 больных распространенным перитонитом, на фоне деструктивного холецистита, осложненного синдромом желтухи. Больные проходили лечение на базе клиники госпитальной хирургии (4 городская клиническая больница) Ивановской государственной медицинской академии. Мужчин было 21 человек, женщин – 31. Средний возраст составил 64 ± 9 лет. Все пациенты имели различные сопутствующие заболевания с преимущественной долей сердечно-сосудистой патологии (92,3 %).

Техническое исполнение процедуры осуществляли следующим образом. На этапе устранения источника перитонита (деструктивный холецистит) проводили перевязку пузырного протока со стороны желчного пузыря, частично пересекали пузырный проток и в образовавшееся отверстие вводили баллонный дилататор Wilson-Cook серии QBD, адаптированный к дуоденоскопам, стояние контролировали по рентгеноконтрастным меткам. Использование этого вида дилататора было продиктовано его небольшим диаметром. Такой способ позволял упростить ввод инструмента в пузырный проток, выполняя тракцию за карман Гартмана и держа пузырный проток в некотором натяжении. Не менее важным аспектом являлось отсутствие необходимости наложения держалок на пузырный проток в условиях перитонита и локального воспаления. В некоторых случаях установить дилататор таким способом не представлялось возможным из-за воспалительных явлений в этой области. Тогда проводили удаление желчного пузыря от дна, осуществляли его томию и литэкстракцию, визуализировали пузырный проток, и через просвет пузыря вводили баллонный дилататор Wilson-Cook серии QBD. Дальнейшие манипуляции были идентичны. После фиксации дилататора заполняли баллон физиологическим раствором и осуществляли экспозицию 2 минуты. Диаметр раздутого баллона составлял 0,5 см.

Процедуру завершали интраоперационной холангиографией и наружным дренированием внепеченочных желчных путей одним из двух способов. Если не требовалась холедохотомия, то устанавливали через культю пузырного протока модифицированный

дренаж Холстеда – Пиковского, позволяющего осуществлять в послеоперационном периоде внутривидеопротоковые вмешательства [7]. Если выполнялась холедохотомия, применяли модифицированный дренаж Кера, суть которого заключалась в проведении и фиксации в колоне, направленном к двенадцатиперстной кишке, специального проводника для последующего заведения баллонного катетера, используемого при необходимости в послеоперационном периоде [8].

Результаты исследования и их обсуждение

Серьезную проблему для хирурга представляют больные распространенным перитонитом, вызванным деструктивным холециститом (по нашим данным эти больные встречаются в 28,8 % случаев). Ситуация еще более усложняется при диагностике у этих пациентов синдрома желтухи. Имея ограниченный арсенал обследования и цейтнот времени, зачастую диагностика характера синдрома желтухи (транзиторная или калькулезная) переносится на интраоперационный этап. Основным методом диагностики в этой ситуации становится интраоперационная холангиография через культю пузырного протока и пальцевая ревизия внепеченочных желчных путей. Эффективность диагностической процедуры в условиях перитонита часто не удовлетворяет оперирующего хирурга, так как не позволяет убедиться в отсутствии механического препятствия желчных путей. Отсутствие поступления контраста в двенадцатиперстную кишку часто обусловлено не механическим препятствием, а мышечным спазмом фатерова сосочка и отеком в условиях перитонита и локального воспаления. При такой ситуации вопрос о дальнейшей тактике решается исходя из субъективного опыта. В одних случаях характер желтухи признается транзиторным и от дальнейших манипуляций на холедохе отказываются, в других – думают о механических причинах и проводят холедохотомию. Первая ситуация чревата оставлением конкрементов в желчных протоках и утяжелением течения послеоперационного периода, особенно у пациентов распространенным перитонитом. Вторая (проводимая в условиях локального воспаления) часто приводит к травме внепеченочных желчных путей. Это при установлении транзиторного характера желтухи не только ухудшает результаты лечения, но и приводит к напряжению в отношениях с больным и родственниками. Использование в этой сложной диагностической ситуации эндобилиарной баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки позволит ликвидировать спазм сфинктера и при определенных ситуациях способствовать дислокации мелких конкрементов в двенадцатиперстную кишку. Применение баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки позволило получить следующие результаты. Синдром желтухи при поступлении был отмечен у 52 пациентов (19,0 % среди всех больных деструктивным холециститом, осложненным распространенным перитонитом). Определить характер желтухи (транзиторная или

калькулезная) в предоперационном периоде удавалось редко (9,6 %), несмотря на использование у ряда пациентов ультразвукового исследования внепеченочных путей. Существенный отпечаток на предоперационное обследование накладывал экстренный характер ситуации. Показатели билирубинемии имели невысокое значение ($30 \pm 1,1$ ммоль/л), что позволяло предполагать транзиторный характер желтухи, обусловленный субкомпенсацией полиорганной дисфункции, в которой находились все анализируемые больные. Однако в последующем у 24 пациентов (46,2 %) интраоперационно диагностированы конкременты внепеченочных желчных путей.

Классическая интраоперационная холангиография ни в одном случае не зафиксировала поступление контраста в двенадцатиперстную кишку. У 37 больных (71,2 %) на рентгенограммах не были видны и конкременты, их удалось зафиксировать только на 15 рентгенограммах (28,8 %). По всей видимости, это связано со спазмом сфинктера Одди, или воспалительным отеком, локализующимся при деструктивном холецистите в области гепатодуоденальной связки и двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, в большинстве случаев (71,2 %) интраоперационная холангиография не решала вопрос о транзиторном или механическом характере желтухи ($p < 0,05$). До внедрения нами интраоперационной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки это служило поводом к дальнейшим манипуляциям на холедохе, что, как указывалось выше, сопряжено с высоким риском травмы внепеченочных желчных путей. Использование баллонной дилатации позволило у 28 больных (75,7 % из 37 пациентов) восстановить желчеотток за счет ликвидации спазма сфинктера Одди или возможной дислокации мелких конкрементов в просвет двенадцатиперстной кишки [Гусев А.В. и др., 2008]. Остальным больным (24 человека – 46,1 % от всех пациентов с синдромом желтухи) выполнена холедохолитотомия.

Повторную баллонную дилатацию в послеоперационном периоде выполняли у 11 больных (45,1 %) при подозрении или диагностике при УЗИ мелких конкрементов холедоха. Процедуру заканчивали удалением проводника из колена дренажа Кера и промыванием внепеченочных желчных путей раствором новокаина 0,25 % – 200 мл. Повторных операций по поводу ризидуальных камней в исследуемой группе не проводили.

Учитывая манипулирование на дистальном участке холедоха, в послеоперационном периоде нами был проведен мониторинг показателей диастазы мочи у этих больных. Средний уровень диастазы мочи составил $33,7 \pm 17,7$ ЕД, что не отличается от фоновых показателей ($p > 0,05$). Так же как и при проведении баллонной дилатации у больных механической желтухой вне условий перитонита [Покровский Е.Ж., и др. 2008], в обследованной группе риск развития острого панкреатита – минимальный. Других осложнений после проведения

баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки также отмечено не было.

Выводы

Таким образом, у пациентов с острым деструктивным холециститом, сопровождающимся синдромом желтухи, в условиях распространенного перитонита интраоперационную холангиографию целесообразно проводить после осуществления баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Это позволит провести дифференциальную диагностику транзиторной (51,9 %) и калькулезной (48,1 %) желтухи. У половины больных это исключит в последующем дополнительные манипуляции на внепеченочных желчных путях в условиях распространенного перитонита и профилаксирует связанные с ними серьезные травмы внепеченочных желчных путей.

Список литературы

1. Гусев А. В., Мартинш Ч. Т., Черенков С. П., Покровский Е. Ж. Изменения желчных путей после их баллонной дилатации. // Вятский медицинский вестник. – 2006. – №2. – С.79-80.
2. Гусев А. В., Покровский Е. Ж., Боровков И. Н., Мартинш Ч. Т., Гусева Е. В., Балагуров Б. А. Эндобилиарная баллонная дилатация в лечении желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой. // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №6. – С. 10-13.
3. Гусев А. В., Черенков С. П., Покровский Е. Ж., Гусева Е. В., Мартинш Ч. Т. Оценка риска развития острого панкреатита после баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2008. – №5. – С. 29-32.
4. Гусев А. В., Балагуров Б. А., Боровков И. Н., Коньков О. И., Мартинш Ч. Т., Покровский Е. Ж., Раскин А. В., Станкевич А. М.. Дренирование и эндопротезирование желчных протоков при механической желтухе // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. XV, №4. – С. 97-98.
5. Мартинш Ч. Т. Гусев А. В., Черенков С. П., Покровский Е. Ж. Особенности наружного дренирования желчных путей при нарушении их проходимости на фоне острого деструктивного холецистита. // Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии». 27–28 апреля 2006. – СПб.: МАПО, 2006. – С.265-266.
6. Мартинш Ч. Т., Гусев А. В., Черенков С. П., Покровский Е. Ж. Интраоперационная дилатация при холедохолитиазе. // Сборник научных трудов, посвященных 65-летию

кафедры общей хирургии КрасГМА и 75-летию со дня рождения проф. М. И. Гульмана «Современные хирургические технологии». – Красноярск, 2006. – С. 115-119.

7. Покровский Е. Ж., Гусев А. В. Модифицированный дренаж Кера. Удостоверение на рационализаторское предложение № 2268 от 14. 10. 1999 г. ИвГМА.

8. Покровский Е. Ж. Способ наружного дренирования внепеченочных желчных путей. Удостоверение на рационализаторское предложение № 2414 от 06. 02. 2006 г. ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава.

Рецензенты:

Гусев Александр Владимирович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургии ФДПО ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», г. Иваново.

Стрельников Александр Игоревич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии и урологии ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», г. Иваново.