

МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

Бабажанов А.С.

Саидов Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8225112>

Все пациенты с подозрением на острый холангит потенциально требуют выполнения дренирования желчных протоков. Самый неоднозначный вопрос выполнения декомпрессивных вмешательств, это, конечно, сроки и методы их проведения. Так, некоторые авторы сообщают, что у больных, кто отвечает на консервативную терапию, вмешательство может быть отложено до 72 часов. Приблизительно 10-15% пациентов не в состоянии в течение 12-24 часов ответить положительно на проводимое лечение или их состояние ухудшается после начальной медикаментозной терапии и тогда они нуждаются в срочной желчной декомпрессии. Задержка выполнения декомпрессивных мероприятий в этой ситуации увеличивает шанс неблагоприятного результата исхода заболевания [14,18].

В Токийских рекомендациях 2018 года (TGI8) по лечению острого холангита также было сделано несколько уточнений, касающихся временных рамок лечения больных. Так, рекомендуется оценивать состояние пациента при вероятном диагнозе острого холангита каждые 6-12 часов, а оценка по критериям степени тяжести холангита должна проводится в течение 24 часов после постановки диагноза и повторяться в течение следующих 24-48 часов [13,15]. Эти уточнения безусловно направлены на оптимальный выбор сроков и объемов первичных вмешательств. Так, для пациентов с легким холангитом (Grade I), показаны декомпрессивные вмешательства, если в течение 24 часов не наблюдается ответа на консервативное лечение. При холангите средней степени тяжести (Grade II) рекомендуется производить неотложные операции вместе с началом консервативной терапии. Также обоснована необходимость экстренной билиарной декомпрессии у больных с холангитом тяжелой степени (Grade III), причем с одновременным началом интенсивной терапии в условиях ОРИТ. Подчеркивается что, если в 39 лечебном учреждении первичная неотложная декомпрессия желчевыводящих путей не может быть выполнена из-за отсутствия технической возможности или квалифицированного персонала, необходимо в экстренном порядке организовать перевод пациента в специализированный стационар. Таким образом, целесообразно принимать координационные меры по маршрутизации больных с подозрением на острый холангит в клинические центры с доступными возможностями экстренных билиарных вмешательств.

Безусловно, основное значение в результатах лечения острого холангита принадлежит этапному хирургическому лечению. При этом выбор метода дренирования желчевыводящих протоков должен быть обусловлен оценкой уровня и характера билиарного блока, степени тяжести состояния пациента и выраженности коморбидной патологии. Каждый способ имеет свои преимущества и недостатки, а также свой спектр осложнений.

Ведущее значение в настоящее время принадлежит различным вариантам эндоскопических декомпрессивных вмешательств. Самая распространенная операция

для устранения билиарного блока – эндоскопическая папиллосфинктеротомия. В период с 1985 по 1991 год эта операция буквально произвела «переворот» в лечении осложнений ЖКБ. Существенно сократились сроки госпитального лечения, число открытых вмешательств, количество послеоперационных осложнений и летальности. Однако, несмотря на более чем полувековой опыт применения, даже в специализированных центрах не удается добиться снижения уровня послеоперационных осложнений после ЭПСТ ниже 8,4-10% [4,8].

Согласно последним исследованиям, оптимально для декомпрессии желчных путей при остром холангите использовать назобилиарное дренирование или стентирование желчных протоков [11,16].

Во время ЭПСТ производится рассечение большого дуоденального сосочка, что само собой является условием для произвольного отхождения мелких конкрементов и сладжа. При помощи корзинки Дормиа выполняют литоэкстракцию. При невозможности произвести извлечение камня ввиду большого его размера, обычно прибегают к механической литотрипсии. Реже используется лазерная, ударно-волновая литотрипсия. Указанные манипуляции являются самыми распространенными в лечении холедохолитиаза, как причины острого холангита. Вместе с тем выполнение эндоскопических оперативных вмешательств становится довольно непростой задачей при так называемых «трудных» формах холедохолитиаза, к которым относят крупный размер, звездчатую форму и внутрипечёночное расположение конкрементов, нарушения анатомических соотношений в гепатопанкреатобилиарной зоне, холецистохоледохеальные свищи и другие [1,9]. Некоторые авторы рекомендуют к сложному холедохолитиазу относить еще и случаи затруднительной постановки диагноза холедохолитиаза. Ретроградные вмешательства в перечисленных обстоятельствах могут осложниться острым панкреатитом, перфорацией общего желчного протока или двенадцатиперстной кишки, вклиниением инструментов, а также отрывом их частей [5]. Одновременно, существуют работы, подтверждающие безопасность выполнения эндоскопических литоэкстракций в «трудных» случаях при выполнении комплекса приемов и модификации хирургической техники. Становится очевидным, что возможности ретроградных вмешательств при остром холангите доброта качественной этиологии требуют переоценки в потенциально опасных случаях с обоснованием использования операций, сопряженных с меньшим periоперационным риском. Тем не менее, анализу ограничений использования ретроградных вмешательств и поиску альтернативных хирургических вариантов в литературе уделено недостаточное внимание.

Конкурируют по значимости с ретроградными чрескожными чреспеченочными операциями. Наиболее часто используют вмешательства через правую долю печени. При этом пункцию внутрипеченочных (сегментарных или субсегментарных) желчных протоков выполняют иглой Хиба. При дистальном уровне билиарного блока на первом этапе манипуляцию в большинстве ситуаций заканчивают наружным желчеотведением. При проксимальном уровне билиарного блока предпочтительным считается супрапапиллярное наружновнутреннее дренирование одним или несколькими дренажами в зависимости от степени разобщения долевых, секторальных или сегментарных протоков (рекомендуется использовать от 1 до 5 дренажей 8-8,5 Fr)

[6,9]. Наружный дренаж при дистальном уровне билиарного блока оставляют, если не удается реканализировать структуру. При проксимальном же уровне билиарного блока наружновнутреннее дренирование через БДС достоверно более часто приводят к гемобилии, чем стандартное наружное или наружновнутреннее супрапапиллярное дренирование [10]. Несмотря на то что ЧЧХС является минимально инвазивным способом желчеотведения, она связана с риском развития определенных осложнений, о которых нужно помнить при подготовке к выполнению манипуляции. Знание всего диапазона возможных осложнений, принятие профилактических мер по их предотвращению, а также своевременная диагностика позволяют уменьшить тяжесть последствий этих осложнений. В мировой литературе наиболее грозными осложнениями, связанными непосредственно с манипуляцией, названы геморрагические – от 0,8 до 9%. Это обусловлено в первую очередь тем, что в большинстве клиник доступ в протоки осуществляют только под рентгеноскопическим контролем. Применение же УЗИ для осуществления доступа даже в нерасширенные желчные протоки позволяет существенно облегчить выполнение манипуляции и уменьшить риск развития осложнений [10]. Анализ представленных результатов показал, что геморрагические осложнения в основном были обусловлены коагулопатией вследствие печёночной недостаточности на фоне продолжительной желтухи. Среди осложнений, связанных с дренажом, наиболее частым является его дислокация. Как правило, это относится к наружному дренированию и вызвано несколькими факторами. Во-первых, малое расстояние от точки “входа” в проток до структуры, что чаще наблюдается при проксимальном уровне блока. Профилактикой может быть пункция более проксимальных отделов билиарного тракта (сегментарных или субсегментарных). Во-вторых, двигательная активность пациента, что также может привести к смещению дренажа. По-видимому, в течение нескольких суток после дренирования следует рекомендовать больным избегать резких изменений положения тела и придерживаться постельного режима. Наружновнутренние дренажи, как транспапиллярные, так и супрапапиллярные, смещаются реже, поскольку они более плотно фиксированы в области структуры. В целом общая доля больных с дислокацией дренажа составляет 3,3–22,6% [3,7].

A. Weber и соавт. (2017), показали, что наружновнутреннее дренирование не является дополнительным фактором риска развития осложнений ЧЧХС. Высокая частота гнойных осложнений холангита при таком виде дренирования связана с возможным нарушением пассажа по двенадцатиперстной кишке у пациентов с опухолевым поражением головки поджелудочной железы, что увеличивает риск контаминации желчи [10]. В последние годы показания к транспапиллярной установке дренажа существенно ограничились. Если избежать такого способа дренирования невозможно, очевидно, следует проводить постоянную терапию прокинетиками.

Считается, что при дистальном уровне блока на первом этапе лечения предпочтительным является наружное дренирование, если есть трудности или невозможно осуществить эндоскопический доступ. В последующем чрескожный доступ может быть использован для антеградного стентирования опухолевой структуры или технологии “рандеву”. Кроме того, наружный дренаж уменьшает риск несостоятельности БДА при выполнении последующего радикального хирургического

вмешательства. Прогрессирование холангита, как осложнение ЧЧХС при проксимальном уровне блока развивается, как правило, вследствие попадания контрастного препарата в плохо дренируемые сегменты печени при их частичном разобщении. Прогрессирующий холангит, а также медленное уменьшение уровня билирубина являются поводом для установки дополнительных дренажей. Соответственно, чем выше уровень структуры по Bismuth–Corlette, тем больше вероятность развития инфекционны осложнений и необходимости дренирования долей, сегментов, секторов и формирующихся при дислокации дренажей ограниченных жидкостных скоплений (желчи, гноя). Считается принципиальной при проксимальном уровне блока установка супрапапиллярных наружновнутренних дренажей. Это позволяет существенно уменьшить риск холангита, панкреатита и дислокации дренажа при сохраненной функции сфинктера Одди. Попадание желчи в плевральную полость (билиторакс) как осложнение ЧЧХС при право-стороннем доступе в желчные протоки не является редкостью, согласно данным литературы. Осложнение обусловлено проведением пункции через край плеврального синуса. Поэтому при низком расположении синуса для доступа необходимо отдавать предпочтение V и VI сегментам, а при пункции VII или VIII сегментарных протоков иглу следует проводить “снизу вверх” перпендикулярно стенке протока, что уменьшает риск развития этого осложнения. В послеоперационном периоде требуется активный ультразвуковой контроль объема жидкости в правой плевральной полости и при необходимости дренирование под контролем УЗИ. Паадренажные инфекции мягких тканей связаны с бужированием пункционного канала в условиях инфицированной желчи. Чаще всего это происходит после предварительных попыток эндоскопической билиарной декомпрессии, которые способствуют развитию анаэробного холангита. В таких ситуациях необходим тщательный ежедневный контроль состояния кожи вокруг дренажа и своевременные дренирующие вмешательства.

Таким образом, ЧЧХС является высокоэффективным методом билиарной декомпрессии при остром холангите, независимо от причины и уровня блока. Однако, общее число осложнений ЧЧХС зависит от уровня билиарного блока: чем выше блок, тем больше осложнений. Большинство своевременно выявленных осложнений может быть устранено малотравматичными вмешательствами. В качестве способа антеградного желчеотведения предпочтение следует отдавать супрапапиллярному наружновнутреннему либо наружному дренированию при проксимальном блоке и исключительно наружному дренированию при дистальном (в качестве первого этапа). От транспапиллярного дренирования следует воздерживаться для уменьшения числа осложнений.

Интересны данные недавних исследований Iqbal U и соавт., которые показали значимость ранней (экстренной) декомпрессии желчевыводящих путей при остром холангите [12]. Однако, следует отметить, что экстренной декомпрессией авторы считали процедуры, выполненные в период до двух суток, поэтому, за критический был взят временной интервал в 48 часов от поступления пациентов. Оценивалось влияние экстренного декомпрессивного вмешательства на 30-дневную летальность. Несмотря на неоднородность групп пациентов, обращается внимание на достоверное снижение риска неблагоприятного исхода в группе пациентов с экстренной

декомпрессией билиарного тракта в отличие от неотложного вмешательства (позднее 48 часов). Ряд авторов придерживаются мнения, что малоинвазивные процедуры во всех группах пациентов с острым холангитом должны быть выполнены в течение 24 часов. Так M. Tan, O.B. Schaffalitzky de Muckadell с соавт. (2018) сообщают о существенном снижении продолжительности госпитального периода лечения в группах пациентов, которые подверглись декомпрессивным эндоскопическим вмешательствам в период до суток от момента поступления [17]. К тому же, в ряде работ показано, что задержка выполнения оперативного лечения, направленного на устранение нарушения оттока желчи более 24 -48 часов способствует увеличению средней общей стоимости лечения больных, увеличивает частоту повторной госпитализации в течение 30 суток после выписки и способствует увеличению нагрузки на медицинские организации [12,17].

Затрагивая тему декомпрессивных вмешательств у больных с острым холангитом, нельзя не рассмотреть вопрос влияние темпа желчной декомпрессии на исход лечения. Ряд авторов указывает на необходимость длительного контролируемого оттока желчи для профилактики острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Показаны лучшие результаты лечения пациентов при дозированной декомпрессии с применением назобилиарного дренирования в сравнении с неконтролируемым стремительным желчеоттоком при стентировании общего желчного протока.

References:

1. Алексеев, Н. А. Интраоперационная антеградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении осложнённой желчнокаменной болезни. / Н. А. Алексеев, А. И. Баранов, Ю. В. Снигирев // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - 2015. - Т. 55, № 4. - С. 21-26.
2. Алиев, Р. К. Непреднамеренные травмы желчевыводящих протоков: пути профилактики и лечения / Р. К. Алиев [и др.] // Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. - 2021. - Т. 75, № 3. - С. 55-60.
3. Альперович, Б. И. Руководство по хирургии желчных путей / Б. И. Альперович [и др.] ; под ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. - 2-е изд. - Москва : Видар-М, 2009. - 559 с.
4. Ахаладзе, Г. Г. Клинические стадии острого гнойного холангита / Г. Г. Ахаладзе, Н. Ф. Сузовлев, Г. Р. Сакеварашвили [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 1997.- Т.2.- С.103-109.
5. Бойманов Ф., Индиаминов С. Особенности морфологии колото-резаных ран кожи туловища и конечностей //Журнал проблемы биологии и медицины. - 2017. - №. 3 (96). - С. 141-143.
6. Бебуришвили, А. Г. Эндоскопические транспапиллярные методы диагностики и лечения у больных механической желтухой, осложненной острым холангитом / А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, В. В. Мандриков [и др.] // Вестник ВолгГМУ. - 2010. Т. 35, №3. - С. 39-42.
7. Земсков, В. С. Классификация форм холангита / В.С. Земсков, М. Е. Шор-Чудновский, А. Ф. Макеев // Клиническая хирургия. - 1986. - №9. - С. 17-20.
8. Котив, Б. Н. Современная тактика лечения острого холангита и билиарного сепсиса

- / Б. Н. Котив, И. И. Дзидзава, А. Н Бельских [и др.] // Журнал неотложная хирургия им. И.И. Джанелидзе. - 2021. - № S2. – С.38-39.
9. Охотников, О. И. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе / О. И. Охотников, С. Н. Григорьев, М. В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. - №1. – С. 58-62.
10. Ромащенко, П. Н. Механическая желтуха опухолевого генеза: обоснование выбора метода декомпрессии желчевыводящих протоков / П. Н. Ромащенко, Н. А. Майстренко, А. И. Кузнецов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2020. – Т. 25, № 2. – С. 124- 136.
11. Рузибайзода, К. Р. Диагностика и хирургическая тактика при гепатолитиазе / К. Р. Рузибайзода, М. К. Гулзода, Б. И. Сафаров // Вестник Национального медико-хирургического Центра Им. Н.И. Пирогова. 2021. – Т. 16, № 4. – С. 46-50.
12. Святченко, А. В. Антеградная декомпрессия билиарного тракта у больных острым холангитом в многопрофильном стационаре скорой помощи / А. В. Святченко, Г. В. Мартынова, А. В. Осипов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2018. – Т. 13, № 2. – С. 58-61
13. Федоров, В. Э. Тактика ведения больных с осложнением желчекаменной болезни, проявляющимися механической желтухой в зависимости от ее стадии / В. Э. Федоров, Б. С. Харитонов, А. Д Асланов [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2020. - Т.15, № 3-2. – С. 42-50.
14. Цвиркун, В. В. «Резолюция пленума правления ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ «Минимально инвазивные технологии в лечении механической желтухи» 29-30 апреля 2019 года, Ереван, Армения» / В. В. Цвиркун, И. М. Буриев, В. П. Глабай, П. С. Ветшев, А. В. Андреев // Анналы хирургической гепатологии. - 2019. - №2(24). - С. 124-127.
15. Arezzo, A. Laparoendoscopic rendezvous reduces perioperative morbidity and risk of pancreatitis. / A. Arezzo, N. Vettoretto, F. Famiglietti [et al.] // Surgical Endoscop. – 2012. - Vol.27. - P. 1055 - 1060.
16. Arrivé, L. Magnetic resonance cholangiography: Current an future perspectives. / L. Arrivé, M. Hodoul, A. Arbache [et al.] // Clinic and research in hepatology and gastroenterology. – 2015. – Vol. 39-6, P. 659-64.
17. Ayantunde, A. A. Gallstone Ileus: Diagnosis and Management. / A. A. Ayantunde, A. Agrawal // World Journal of Surgery, 2007. – Vol. 31. – P. 1294-1299.
18. Beltrán, M. A. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: An unusual presentation of gallstone disease / M. A. Beltrán, A. Cséndes // Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2007. – Vol. 9. – P. 686-689.
19. Beoy J. H. Acute cholangitis. / J. H. Beoy, L. W. Way // Ann Surg. – 1980. – Vol. 191. – P. 264-270.