

Осложнения эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе

**А.Е. Котовский, К.Г. Глебов, О.Ю. Залежнева,
Т.А. Сюмарева, Е.А. Калмыкова, Е.Н. Шарапова**

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия

В настоящее время основным методом лечения холедохолитиаза являются эндоскопические ретроградные транспапиллярные операции. Накопленный опыт эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе позволяет реально оценить эффективность эндоскопических технологий. Несмотря на достигнутые успехи в эндоскопии, остается ряд спорных, нерешенных технических и тактических вопросов лечения больных холедохолитиазом. В первую очередь это относится к крупным (более 1,5–2 см в диаметре), множественным камням, синдрому Мирризи, папиллостенозу, гнойному холангиту, околососочковым дивертикулам, внутрипеченочном расположении конкрементов. Подобные локализации камней и анатомические особенности взаимоотношения желчных протоков и БСДПК создают дополнительные сложности для эндоскопических операций, что утяжеляет вмешательства и увеличивает количество послеоперационных осложнений.

За последние 3 года нами проанализированы результаты эндоскопического лечения 499 больных с холедохолитиазом. У 82,8% пациентов был диагностирован холедохолитиаз в сочетании с острым и хроническим калькулезным холециститом, у 17,2% в желчных протоках выявлены рецидивные и резидуальные камни. В 11,4% холедохолитиаз осложнился развитием острого гнойного холангита, у 13,2% в области БСДПК обнаружены околососочковые дивертикулы, у 2,2% имелись клинические признаки билиарного панкреатита.

При эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ) в 60,5% обнаружен единичный конкремент, а у 39,5% – 2 и более камней желчных протоках.

Всем больным сразу после ЭРХГ предпринята попытка удаления или дробления конкрементов, которая оказалась успешной в 91% случаев. У 4% больных потребовалось проведение повторной литэкстракции, а у 5% пациентов эндоскопические вмешательства оказались неэффективными, и больные были оперированы традиционным способом.

Несмотря на достигнутые успехи и преимущества эндоскопической хирургии, у 8,5% пациентов в раннем

послеоперационном периоде имелись осложнения (таб. 1). Причиной осложнений, на наш взгляд, стали сложные анатомические ситуации, к которым мы относили:

1. Множественные крупные камни (более 15–20 мм в диаметре).
2. Невозможность захвата камня корзинкой Дормиа при множественном холедохолитиазе и плотном прилегании их (камень над камнем) в желчных протоках.
3. Захват корзинкой нескольких камней (что значительно увеличивает их общий диаметр и создает условия для вклинения в папиллотомном разрезе).
4. Синдром Мирризи.
5. Наличие рубцовой стриктуры общего желчного протока дистальнее камня.
6. Внутрипеченочное расположение камней.
7. Сочетание камня с другими заболеваниями органов гепатодуоденальной зоны (панкреатит, опухоли желчных протоков, папиллы, поджелудочной железы, дивертикулах, рубцовых стриктур желчных протоков и др.)

Немаловажное значение в увеличении числа послеоперационных осложнений имеет плохое материально-техническое обеспечение клиник и недостаточная квалификация врача-эндоскописта.

Наибольшее число осложнений было связано с развитием острого или обострением хронического панкреатита. В основном это были больные с па-

Таблица 1. Осложнения эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе

Вид осложнения	%
Панкреатит	7
Кровотечение	2,5
Холангит	1,9
Панкреонекроз	0,8
Перфорация 12-перстной кишки	0,6
Летальность	1

пиллостенозом, острым билиарным и хроническим панкреатитом. Профилактикой развития панкреатита у данной категории больных считаем деликатное проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии, с обязательным условием — избегать электротравмы устья главного панкреатического протока. Кроме того, для уменьшения числа больных с панкреонекрозом, после удаления камней у пациентов с билиарным панкреатитом требуется транспапиллярное стентирование гепатикохоледоха и панкреатических протоков с целью улучшения в раннем послеоперационном периоде оттока желчи и панкреатического сока. Из 35 больных панкреатитом у 31 пациента основным методом лечения явилась консервативная терапия.

Кровотечения из папиллотомного разреза было отмечено нами в 2,5% случаев. В большинстве это были пациенты с крупными камнями гепатикохоледоха и «трудной» литэкстракцией. У всех больных кровотечение было остановлено с помощью консервативной терапии и эндоскопических (коагуляция, клипирование) вмешательств в области папиллотомии.

У 1,9% пациентов в послеоперационном периоде прогрессировали явления острого гнойного холангита. Это были больные с «неполным» удалением конкрементов, при этом оставшиеся в желчных протоках камни блокировали желчеотток. Одним из эффективных способов ликвидации данного осложнения явилась установка назобилиарного дренажа или транспапиллярного стента типа односторонний или двусторонний «pig tail». Выбор данной конструкции стента определял его хорошую фиксацию в желчных протоках.

Для уменьшения количества больных с прогрессированием острого гнойного холангита в раннем послеоперационном периоде мы разработали комплекс методологических мероприятий по его профилактике:

1. Помощь больным с холангитом должна быть оказана в первые сутки после поступления в стационар.

2. При наличии холедохолитиаза должна быть выполнена ЭПСТ, удаление или дробление камня с низведением его осколков в двенадцатиперстную кишку.
3. Сразу после эндоскопической операции необходим тщательный рентгенологический контроль полноты удаления камней и восстановления желчеоттока.
4. При невозможности восстановления желчеоттока требуется установка назобилиарного дренажа с активной аспирацией гноя, вязкой желчи или транспапиллярное стентирование. После стихания явлений холангита возможна повторная попытка удаления и дробления камней или хирургическое лечение.

У 3 пациентов (0,6%) диагностирована перфорация стенки двенадцатиперстной кишки, из них у 2 больных в результате протяженной папиллосфинктеротомии и у 1 — произошел разрыв стенки околосоочкового дивертикула в процессе извлечения конкремента. Больные были оперированы.

Несмотря на полное извлечение камней из желчных протоков умерло пять пожилых больных (1%) в результате прогрессирования печеночно-почечной недостаточности на фоне абсцедирующего гнойного холангита, механической желтухи.

Таким образом, несмотря на успехи эндоскопии в лечении холедохолитиаза, еще остается достаточно количество больных, у которых в раннем послеоперационном периоде развиваются тяжелые осложнения, способные привести к летальному исходу. Разработка и совершенствование эндоскопического инструментария, техники, методики вмешательств, подготовка квалифицированных кадров позволит снизить количество послеоперационных осложнений.

КОНТАКТЫ

Андрей Евгеньевич Котовский — д.м.н., профессор ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии № 2.