

На правах рукописи

Хоконов Мурат Рамазанович

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

3.1.9. Хирургия
(медицинские науки)

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2021

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Дибиров Магомедбег Дибирмагомедович

Официальные оппоненты:

Ветшев Петр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор (Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, дирекция, советник по клинической и научной работе)

Буриев Илья Михайлович – доктор медицинских наук, профессор (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн №3 Департамента здравоохранения города Москвы», хирургическое отделение, врач-хирург)

Ведущая организация: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

Защита состоится «_15_» _декабря_ 2021 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.05 на базе ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, по адресу: 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (<http://dissov.msmsu.ru/>)

Автореферат разослан «_____» _____ 20__ г.

Ученый секретарь
диссертационного совета, профессор

Богданов Дмитрий Юрьевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень её разработанности

В настоящее время лечение заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) представляет собой одну из наиболее актуальных проблем в современной хирургии (Шабунин А.В. и соавт., 2018). Согласно многочисленным данным, представленными как отечественными, так и зарубежными исследователями, распространённость в популяции данной нозологической группы имеет тенденцию к существенному приросту. Наиболее часто встречающимися заболеваниями органов ГПДЗ являются жёлчнокаменная болезнь (ЖКБ) и опухолевые процессы, приводящие к непроходимости внепечёночных жёлчных протоков и большого дуоденального сосочка (БДС), а также к развитию воспалительных реакций, обуславливающих формирование стеноза протоков или их стриктуры (Ветшев П.С. и соавт., 2016; Кулезнева Ю.В. и соавт., 2016.; Рогаль М.Л. и соавт., 2018).

Весь описанный комплекс патологических процессов в ГПДЗ является ведущим этиологическим фактором развития острого и хронического панкреатита, холангита, билиарной гипертензии, гепатита и механической желтухи (МЖ) (Дибиров М.Д. и соавт., 2018; Мизгирёв Д.В. и соавт., 2018; Охотников О.И. и соавт., 2018).

Учитывая то, что лечение МЖ на сегодняшний день является одним из принципиально значимых вопросов в хирургической практике, особое внимание уделяется именно малоинвазивным методам декомпрессии, которые имеют широкий спектр лечебно-диагностических возможностей (Быков М.И. и соавт. 2015; Подолужный В.И., 2018; Пугаев А.В. и соавт., 2018).

Использование малоинвазивных методик направлено на восстановление проходимости внепечёночных жёлчных протоков, что позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов и ускорить их выздоровление (Дибиров, М.Д., и соавт., 2017;). Однако, несмотря на высокую диагностическую информативность и лечебную эффективность, антеградные

и ретроградные малоинвазивные вмешательства вызывают различные осложнения у 5–7% пациентов (Дибиров М.Д. и соавт., 2013; Дибиров М.Д. и соавт., 2018; Праздников Э.Н. и соавт., 2018). Наиболее грозными осложнениями малоинвазивных методов декомпрессии являются реактивный панкреатит, холангит, кровотечение из области БДС после эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), перфорация стенки холедоха или 12–перстной кишки, частота возникновения которых составляет от 0,8 до 10,3% случаев, а показатель летальности при их развитии равен 0,4–1,6%.

Существующие способы профилактики и лечения осложнений малоинвазивных вмешательств у пациентов с синдромом МЖ на фоне различной патологии ГПДЗ не настолько эффективны, насколько это требуется в условиях современного мира (Ребров А.А. и соавт., 2018; Сайфутдинов И.М., и соавт., 2018).

В связи с этим разработка оптимального алгоритма профилактики, диагностики и лечебной тактики при развитии осложнений является актуальной задачей, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этой области

Цель исследования

Улучшить результаты применения малоинвазивных вмешательств на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны путём профилактики, ранней диагностики и лечения осложнений.

Задачи исследования

1. Проанализировать характер и частоту осложнений после выполненных антеградных вмешательств при патологии ГПДЗ у пациентов в контрольной группе.
2. Выявить наиболее частые осложнения после проведения ретроградных вмешательств при заболеваниях органов ГПДЗ у пациентов контрольной группы.
3. Определить факторы риска развития постманипуляционных осложнений.

4. Установить эффективность разработанных мер по снижению количества постманипуляционных осложнений при выполнении антеградных и ретроградных вмешательств у пациентов основной группы.

5. Усовершенствовать алгоритм профилактики и диагностики постманипуляционных осложнений, а также оптимизировать методы лечения в зависимости от характера нозологии и оценить полученные результаты.

Научная новизна

Проведён тщательный анализ причин, характера и частоты развившихся осложнений в зависимости от вида выполненного малоинвазивного вмешательства на органах ГПДЗ.

Определены факторы риска развития осложнений. Основными причинами их возникновения являются степень тяжести сопутствующих заболеваний, а также тактические, технические и организационные сложности, с которыми сталкиваются врачи в ходе лечебного процесса.

Усовершенствован алгоритм профилактики осложнений после малоинвазивных вмешательств на жёлчных путях в зависимости от характера патологии.

Обоснованы оптимальные методы своевременной диагностики постманипуляционных осложнений, а также выбор адекватных методов их лечения.

Практическая значимость

На основании проведённого исследования усовершенствован алгоритм профилактики, диагностики и лечения постманипуляционных осложнений ГПДЗ.

Используемые методы периоперационного ведения пациентов позволяют выявить риски развития осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде, своевременно провести коррекцию сопутствующих заболеваний, что существенно влияет на результат лечения. В качестве альтернативных методов ликвидации осложнений возможно повторное проведение

малоинвазивных вмешательств с целью устранения осложнений, возникших в результате первичного применения инвазивных методов декомпрессии при синдроме МЖ.

Методология и методы исследования

В работе применены методы оценки результатов лечения в ближайшем и отдалённом периодах у пациентов, страдающих заболеваниями органов ГПДЗ.

Отбор пациентов выполнен с соблюдением принципа «критерии включения и исключения». Полученные данные проанализированы с использованием специальных программ Windows для статистической обработки информации.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Сопутствующие заболевания и отягощающие факторы риска, к которым относят ишемическую болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет, метаболический синдром, заболевания крови, МЖ на фоне онкологических заболеваний органов гепатобилиарной системы, длительность МЖ, являются основными причинами развития постманипуляционных осложнений.

2. В развитии постманипуляционных осложнений у пациентов с заболеваниями органов ГПДЗ большое значение имеют тактические, технические причины и организационные сложности.

3. Полноценная предоперационная подготовка и адекватное послеоперационное введение пациентов с заболеваниями ГПДЗ позволяет существенно снизить риски развития постманипуляционных осложнений.

4. Оптимизированный алгоритм профилактики, диагностики и лечения постманипуляционных осложнений позволяет значительно уменьшить частоту их возникновения, а также улучшить показатели эффективности проводимой терапии, тем самым повысить качество жизни пациентов.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты работы внедрены в практику хирургических отделений ФКУЗ «Главный Клинический Госпиталь МВД России», хирургического отделения Обособленного структурного подразделения - Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова.

Данные, которые были получены в ходе диссертационной работы, включены в программу занятий и лекций, и используются на практических занятиях и семинарах на кафедре хирургических болезней и клинической ангиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико–стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Апробация работы

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на научно–практической конференции «Современные технологии диагностики и лечения хирургических заболеваний (Москва, 2013г.), на XVIII Съезде общества эндоскопических хирургов России с международным участием г. Москва (18 февраля 2015г). Апробация диссертации проведена на межкафедральном заседании кафедр хирургических болезней и клинической ангиологии и урологии Федерального Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико–стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России) в 2018 г.

Публикации

По теме диссертации в научных изданиях опубликовано 10 работ, из них 8 в журналах, входящих в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.

Личный вклад автора

Для исследовательской работы автором самостоятельно проведены подбор пациентов, их клиническое обследование, динамический мониторинг, сбор и обработка данных, операции с применением малоинвазивных методов декомпрессии при МЖ. Также самостоятельно усовершенствованы протокол профилактики постманипуляционных осложнений и лечебно–диагностический алгоритм ведения пациентов с синдромом МЖ. В дальнейшем автор участвовал в их апробации и внедрении полученных результатов работы в клиническую практику. Кроме того, автором проведена систематизация, статистическая обработка и анализ полученных данных.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 137 страницах печатного текста, состоит из оглавления, введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений. иллюстрирована 24 таблицами, 37 рисунками. Список литературы включает 100 отечественных и 100 иностранных источников.

Диссертация выполнена на кафедре хирургических болезней и клинической ангиологии (заведующий кафедрой – заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Дибиров Магомедбег Дибирмагомедович) стоматологического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ректор – Академик РАН, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Янушевич Олег Олегович).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В период с 2005 по 2018 гг. был проведён проспективный и ретроспективный анализ результатов антеградных методик (ЧЧХГ, ЧЧХС) под УЗИ и рентген-контролем, ретроградных (эндоскопических транспапиллярных), комбинированных методик и лапароскопических вмешательств, выполненных 392 пациентам, по поводу механической желтухи.

Большинство пациентов, а именно 213 (54,3%), были старше 60 лет. Из них пожилого возраста - 142(36,2%) человека, а старческого -71(18,1%)

Согласно статистическим данным ЖКБ была выявлена у 221 пациента, что составило 56,4%; опухоль головки поджелудочной железы диагностирована у 74(18,9%)человек, опухолевидные образования жёлчных протоков — у 57 (14,5%) пациентов, а стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ) и БДС была обнаружена у 40 (10,2%) исследуемых. Продолжительность МЖ до поступления пациентов в хирургический стационар составляла от 3 до 45 дней. Пациенты были разделены на две группы. В контрольную группу вошли 200 пациентов, проходившие стационарное лечение в период с 2005 по 2012 гг. В основную группу вошли 192 человека, страдающих синдромом МЖ. Эти пациенты были пролечены в период с 2013 по 2018гг. В данной группе был проведён проспективный анализ, состоящий в динамическом наблюдении за состоянием пациентов, выяснении причин осложнений, усовершенствовании профилактики осложнений, оптимизации лечебно-диагностического алгоритма и подведении итогов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

В контрольной группе антеградные вмешательства под контролем УЗИ и рентген-контролем применили у 43 (21,5%) пациентов, лапароскопические вмешательства — у 23 (11,5%) пациентов, эндоскопические вмешательства — у 122 (61%) исследуемых и комбинированные вмешательства — в 12 (6%) случаях. В

38(19,1%) случаях применение малоинвазивных методов в контрольной группе пациентов стало окончательным этапом лечения ввиду разрешения механической желтухи или же у инкурабельных больных. (таблица 1).

Таблица 1. Малоинвазивные вмешательства в контрольной группе

Малоинвазивные вмешательства	Количество	
	Абс. (n)	Относ. (%)
Антеградные вмешательства под контролем лучевых методов визуализации	25	12,5
Лапароскопические дренирования жёлчных протоков	23	11,5
Антеградные вмешательства+стентирование жёлчных протоков	18	9
ЭРПХГ	24	12
ЭРПХГ+ЭПСТ	22	11
ЭРПХГ+ЭПСТ+литоэкстракция	52	26
ЭРПХГ+ЭПСТ+стентирование	16	8
ЭРПХГ+назобилиарное дренирование	8	4
Комбинированная антеградная и ретроградная методика (rendez-vous)	12	6
Всего	200	100

Сроки выполнения билиарной декомпрессии. Оперативное лечение в экстренном порядке с целью декомпрессии жёлчных путей при МЖ было выполнено у 102 пациентов, что составило 51% от общего количества человек из

контрольной группы. У 57 (28,5%) человек этой группы общее состояние классифицировалось как среднетяжёлое, а у 45 (22,5%) находились в тяжёлом состоянии.

В срочном порядке декомпрессия жёлчных путей посредством применения малоинвазивных методов была выполнена 43 (21,5%) пациентам. При этом на момент операции у 20 (10%) пациентов, общее состояние расценивалось как лёгкой степени тяжести, а у 23 (11,5%) человек определено как средней степени тяжести.

После обследования и проведения дифференциального диагноза отсроченная декомпрессия жёлчных путей была выполнена у 40 (20%) пациентов, находящихся в состоянии лёгкой степени тяжести. Также, отсроченное оперативное вмешательство понадобилось 15 (7,5%) пациентам, пребывающих в крайне тяжёлом состоянии. Пациентам, находящимся в среднетяжёлом состоянии, декомпрессию жёлчных путей проводили в минимально короткие сроки. Отсроченную декомпрессию жёлчных путей выполняли у пациентов, находившихся в состоянии лёгкой степени тяжести и пациентам, находившимся в крайне тяжёлом состоянии. Других, более чётких, критериев срочности выполнения вмешательства в контрольной группе не применяли.

Осложнения в контрольной группе. В контрольной группе после проведения 43 (21,5%) антеградных вмешательств на жёлчных путях по поводу манифестации синдрома МЖ, было получено 9 (20,9%) осложнений. В число этих осложнений вошли: жёлчеистечение, кровотечение в брюшную полость, гемобилия, подпечёночный абсцесс, перфорация печёночного протока, холангит, пневмоторакс, дислокация дренажа. После выполнения 122 (61%) ретроградных вмешательств, было получено 30 (24,6%) осложнений в виде острого панкреатита, кровотечения, перфорации, холангита.

Методы лечения пациентов основной группы. В основной группе лечение пациентов, страдающих МЖ, также, как и в контрольной, проводили в два этапа. Однако в ходе исследовательской работы были изучены основные технические и медикаментозные аспекты профилактики осложнений при малоинвазивных

вмешательствах, определён и дополнен основной алгоритм профилактики осложнений после выполнения манипуляций.

Основные технические аспекты профилактики осложнений при антеградных вмешательствах

1. При УЗИ необходимо определять доплерографическую структуру трубчатых образований печени и печёчно–дуоденальной связки, а также проводить трёхмерную сонографию для получения чёткой топографии внутрипечёчных протоков, ветвей воротной вены и печёчной артерии. Эти меры позволили существенно снизить риск развития осложнений как во время, так и после проведённых вмешательств.

2. Перед началом выполнения манипуляции на жёлчных протоках с помощью УЗИ принципиально важно проводить определение нижней границы реберно-диафрагмального синуса во избежание попадания в плевральную полость инструментария при проведении чрескожной чреспечёчной антеградной пункции жёлчных путей.

3. Все малоинвазивные вмешательства на жёлчных протоках следует проводить под сочетанным ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Также после выполнения наружного дренирования жёлчных протоков через 2–3 суток надлежит выполнить фистулохолангиографию с целью контроля места стояния дренажа, а также для оценки состояния жёлчных протоков.

4. У пациентов, страдающих холангитом, накануне процедуры важно назначать антибактериальные препараты широкого спектра действия (фторхинолоны II–III поколения, цефалоспорины II–IV поколения).

5. Для снижения риска возникновения холангиовенозного рефлюкса перед введением контрастного вещества из жёлчных протоков необходимо эвакуировать 15–20 мл жёлчи для более чёткого контроля нахождения проводника в протоке и профилактики резкого повышения внутрипротокового давления при введении контрастного вещества.

6. Для проведения холангиостомии и холецистостомии целесообразно использовать иглы, имеющие специальные лазерные метки и нарезки на мандрене, которые обеспечат хорошую визуализацию при выполнении процедуры.

7. С целью профилактики повреждения и минимизации травмы печени введение катетера и дренажа надо выполнять по жёсткой направляющей линии под одномоментным рентгеноскопическим или УЗ–контролем.

8. При проведении холангиостомии дренаж необходимо вводить максимально глубоко в жёлчные протоки, что позволит снизить риск его дислокации.

9. Для профилактики миграции дренажа необходимо осуществить реканализацию протока и провести катетер за зону обструкции.

10. При холецистостомии следует использовать дренажи, имеющие на дистальном конце петлю, формирующуюся при натягивании фиксирующей нити. Такие дренажи не мигрируют в брюшную полость.

Наиболее серьёзным осложнением, заслуживающим наибольшее внимание является острый панкреатит. В процессе исследовательской работы были выделены две группы наиболее важных аспектов профилактики острого панкреатита после малоинвазивных манипуляций на жёлчных путях и БДС.

Технические аспекты профилактики острого панкреатита

1. Время проведения манипуляции не должно превышать 15–20 мин, а частота канюляций жёлчного протока не должна превышать 3–х попыток.

2. Для канюляции устья БДС следует использовать только канюли с атравматичным дистальным концом.

3. Если после выполненной папиллотомии не удаётся провести канюляцию, использовав 3 попытки, необходимо прекратить дальнейшее травмирование устья БДС и перейти к выполнению папиллотомии.

4. Вовремя и после транспапиллярного вмешательства необходимо производить санацию панкреатического протока, эвакуацию контрастного вещества с последующим промыванием физиологическим раствором.

5. Во время вмешательства следует использовать минимальный объём вводимого контрастного вещества с целью исключения повышения внутрипротокового давления в жёлчном протоке, которое чаще всего является пусковым механизмом развития острого панкреатита и холангита.

6. Принципиально важно использовать только 20–30% раствор контрастного вещества.

7. Надлежит достичь адекватного оттока содержимого из общего жёлчного протока и ГПП в 12-перстную кишку. В отдельных случаях необходимо дополнительно установить стент на 2–3 суток.

Медикаментозные и немедикаментозные аспекты профилактики острого панкреатита

1. Диета без клетчатки с преобладанием приёма жидкостей в течение 2–3-х суток до вмешательства.

2. До предполагаемого вмешательства следует назначать *мебеверина гидрохлорид* в дозе 300 мг внутрь 2 раза в день в течение 2–3-х суток.

3. Также необходимо применять ингибиторы протонной помпы по 80–160 мг внутривенно в течение 1–3 суток до исследования для профилактики стресс-язв и кровотечений.

4. Показаны ингибиторы протеолитических ферментов, например, октреотид в дозе 600 мкг подкожно за 12 и за 2 часа до исследования, а также в течение 3–4 суток после вмешательства.

5. Рекомендовать внутримышечное введение 0,1% раствора *метацина* в дозе 1 мл во время манипуляции, а также назначение *апротинина* дозе 40 АТрЕ по 1 разу до и после вмешательства.

6. После операции показаны инфузионная и спазмолитическая терапии.

7. Необходимо назначать адекватное обезболивание.

8. Осуществлять проведение терапии антибиотиками широкого спектра действия до и после вмешательства.

9. Голодание в течение суток после выполнения малоинвазивного вмешательства, покой и холод на область эпигастрия.

Оптимизация лечебно–диагностического алгоритма в основной группе

Антеградные вмешательства при высоком блоке, показания, тактика. У пациентов, которым был диагностирован высокий блок жёлчных протоков, при подготовке к оперативному лечению прежде всего обращали внимание на наличие расширения внутрипечёчных протоков. Это обстоятельство создавало определённое удобство для выполнения антеградного дренирования, ЧЧХГ, ЧЧХС.

В данной группе пациентов были применены следующие виды антеградного дренирования:

- наружное дренирование было выполнено у 9 (19,1%) пациентов;
- наружно–внутреннее транспапиллярное дренирование осуществили у 10 (21,3%) человек;
- наружно–внутреннее препапиллярное дренирование использовали при лечении 28 (59,6%) пациентов.

При наружно–внутреннем дренировании потеря жёлчи и дислокация дренажа исключаются, но, тем не менее, существует высокий риск развития острого панкреатита из–за нарушения оттока панкреатического сока при неизменённом протоке, а также рефлюкс–холангита, что было зафиксировано у 2-х пациентов.

При наружно–внутреннем препапиллярном дренировании устанавливались 2 стента в зоне стриктуры, которые исключали возможность развития рефлюкс–холангита и острого панкреатита.

После декомпрессии жёлчного дерева пациентам выполнялась КТ или МРТ–холангиография для выявления причин возникновения МЖ. При обнаружении опухолевого процесса в жёлчных протоках вторым этапом применяли следующие методы лечения:

1. наружно–внутреннее транспапиллярное дренирование жёлчных протоков, которое у 7 (3,6%) пациентов стало окончательным этапом лечения;

2. гепатикоеюностомия – эта операция была выполнена у 3-х пациентов, что составило 1,6% случаев из всех пациентов основной группы. Данное хирургическое лечение проводилось по поводу нерезектабельной опухоли головки поджелудочной железы;

3. ХДА – у 1 (0,5%) пациента был выполнен как окончательный этап паллиативного лечения;

4. радикальная операция в объёме резекция печени с опухолью – проведено у 15 (7,8%) пациентов;

5. ПДР выполнена у 11 (5,7%) человек из основной группы.

Если же при наличии высокого блока внутривенные протоки были не расширены или расширены незначительно, пациентам выполняли МРПХГ. В ходе проведения этого неинвазивного метода исследования у 9 (4,7%) человек была выявлена стриктура жёлчных протоков. Учитывая характер патологических изменений жёлчного дерева, который является причиной неадекватного оттока жёлчи по протокам, всем пациентам было показано выполнение операции гепатикоеюностомия.

Основная проблема, которая встаёт перед хирургами при выполнении ретроградного доступа в случае высокого блока, заключается в том, что, несмотря на технически верно проведённое вмешательство, остаются недренируемые сегменты, сектора или даже доли печени. Так, при установке нитинолового или пластикового стента в один сектор, целая доля печени продолжает быть практически «выключенной» в плане оттока продуцируемой жёлчи. Именно этот недостаток ограничивает применение ретроградного метода при высоком блоке жёлчных протоков.

1. При 1–2 типе стриктуры по Бисмуту предпочтительно применяли все–таки, эндоскопический доступ.

2. При 3–4 типе стриктуры по Бисмуту – антеградный доступ.

Ретроградные вмешательства при низком блоке, показания, тактика. При низком блоке большое значение имеет ретроградное транспапиллярное обследование. В случае невозможности канюляции БДС выполняли КТ или МРТ с контрастированием с целью выяснения причины, вызвавшей затруднение оттока жёлчи. При низком блоке чаще всего диагностировали опухоль головки поджелудочной железы, которая была выявлена у 40 (34,4%) пациентов, и опухоль ТОХ, обнаруженную в 26 (22,4%) случаях. Если опухоль признавали резектабельной, отсутствовали симптомы острого холангита и лихорадка, пациентов готовили к операции. В случае манифестации острого холангита прибегали к установке короткого нитинолового стента, который применяли с целью предупреждения рубцовых изменений по линии предстоящей радикальной операции, затем проводили основной этап – операцию в объёме гастропанкреатодуоденальная резекция с лимфодиссекцией в объёме D2. В тех клинических случаях, когда опухоль расценивали как нерезектабельную, и имелись симптомы острого холангита, первым этапом выполняли эндоскопическую установку нитинолового стента в холедох, а уже вторым выполняли операцию BYPASS – гастроэнтероанастомоз. При стриктуре БДС осуществляли стентирование, которое было выполнено у 12 (10,3%) пациентов. У 35 (30,2%) пациентов, которым диагностировали холедохолитиаз, выполнили холедохотомию, лапароскопическую холецистэктомию, дренирование холедоха по Керу; остальным 3 (2,6 %) с тем же диагнозом формировали ХДА.

Если же канюляция БДС при низком блоке проходила успешно, выполняли полноценное ретроградное исследование с хорошей визуализацией жёлчного дерева, выявлением причины обструкции, протяжённость блока. В таких случаях проводили стентирование или же комбинированное вмешательство по методу «Рандеву», что было выполнено у 8 (4,2%) пациентов из основной группы. В основной группе были

выполнены различные виды малоинвазивных вмешательств, данные которых представлены в таблице 2.

Таблица 2. Малоинвазивные вмешательства в основной группе

Малоинвазивные вмешательства	Количество	
	Абс. (n)	Относ. (%)
Антеградные вмешательства под контролем лучевых методов визуализации	25	13
Лапароскопические дренирования жёлчных протоков	21	10,9
Антеградные вмешательства+стентирования жёлчных протоков	22	11,4
ЭРПХГ	20	10,4
ЭРПХГ+ЭПСТ	23	12
ЭРПХГ+ЭПСТ+литоэкстракция	52	27,1
ЭРПХГ+ЭПСТ+стентирование	12	6,3
ЭРПХГ+назобилиарное дренирование	9	4,7
Комбинированные антеградные и ретроградные вмешательства	8	4,2
Всего	192	100

Сроки выполнения билиарной декомпрессии. В экстренном порядке декомпрессия жёлчных путей была выполнена у 32 (16,7%) пациентов, находящихся в тяжёлом состоянии. Срочные вмешательства были выполнены у 123 (64,1%) пациентов. Из них 30(15,6%), человек находились в состоянии лёгкой степени

тяжести, 85(44,3%) пациентов— в состоянии средней степени тяжести и у 8 (4,2%) — в крайне тяжёлом. Отсроченные операции проведены у 37 (19,3%) пациентов, из них 10 (5,2%) — у пациентов в состоянии лёгкой степени тяжести, 27 (14,1%) — со средней степенью тяжести. Декомпрессия выполнялась в срочном порядке только в тех случаях, когда диагноз устанавливался в течение 2–х часов. Во всех остальных случаях проводили отсроченные вмешательства после проведения дифференциальной диагностики и подготовки пациентов.

Осложнения в основной группе. Анализ результатов проведённого лечения демонстрирует следующие данные: В основной группе были получены несколько иные результаты: всего было проведено 47 (24,5%) антеградных вмешательств на жёлчных путях. Из этого количества выполненных манипуляций было получено всего 3 (6,4%) осложнения. После проведения 116 (60,4%) ретроградных вмешательств было получено 9 (7,8%) осложнений от всего количества манипуляций этого вида.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из представленных данных, можно заключить, что посредством разработки алгоритма профилактики осложнений, оптимизации лечебно-диагностического алгоритма и сроков декомпрессий, тщательной предоперационной подготовки пациентов в основной группе удалось добиться существенных улучшений абсолютно во всех показателях. Об этом говорят статистические данные, полученные в ходе исследовательской работы: общее количество осложнений в контрольной группе составило 39(19,5%) случаев, летальных исхода было 3 (1,5%), а в основной группе было выявлено всего 12 (6,3%); осложнений после малоинвазивных вмешательств. Летальных исходов не было вовсе. Динамика изменений показателей наглядно представлена на рисунке 1.

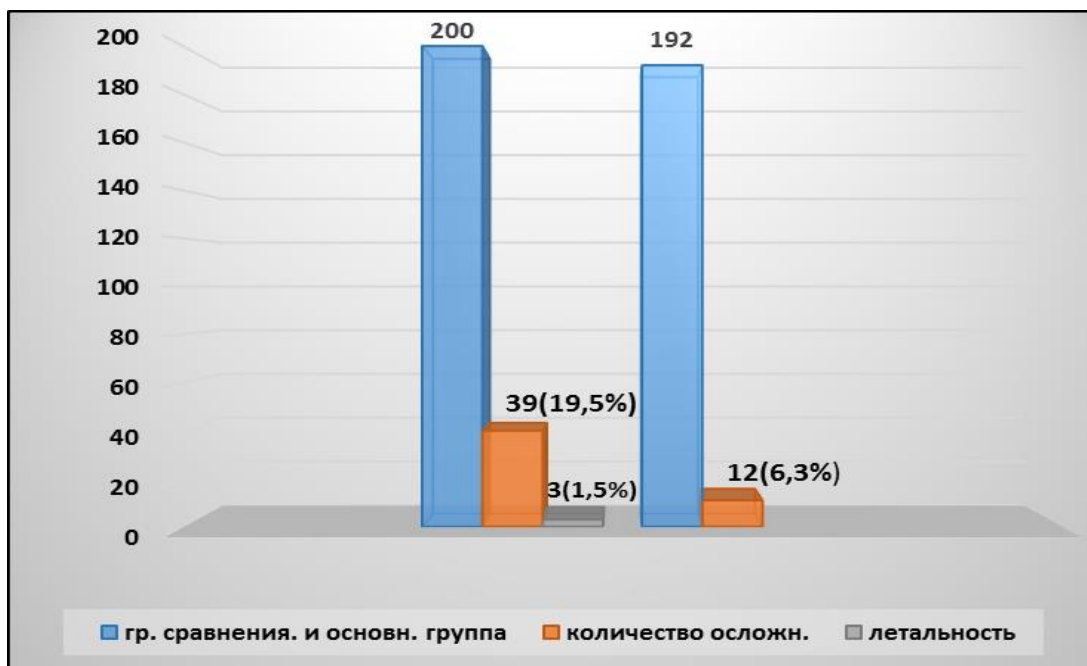


Рисунок 1 Сравнение количества осложнений в контрольной и основной группах

Благодаря внедрению кардинально новых лечебных, диагностических и профилактических подходов, удалось получить лучшие результаты в борьбе с заболеваниями органов ГПДЗ.

В ходе исследования обозначена динамика накопления опыта, сформулированы наиболее значимые технические и тактические причины, организационные и реализующие факторы, а также анатомические предпосылки к возникновению осложнений.

Таким образом, можно констатировать, что лечение МЖ на фоне различных заболеваний органов гепатобилиарной системы представляет собой сложную задачу, решение которой позволит не только сохранить здоровье, но и существенно увеличить продолжительность жизни, а также улучшить её качество.

ВЫВОДЫ

1. После проведения антеградных вмешательств (холангиостомия, холецистостомия) в контрольной группе наиболее часто были диагностированы

следующие осложнения: жёлчеистечение в брюшную полость, гемобилия, подпечёночный абсцесс, перфорация печёночного протока, пневмоторакс, дислокация дренажа – частота встречаемости каждого из них была одинакова и составила 2,3%, лишь кровотечение в брюшную полость было зарегистрировано в 4,7% случаев.

2. После выполнения ретроградных транспапиллярных вмешательств в контрольной группе острый панкреатит развился у 13% пациентов, перфорация общего желчного протока в 0,8% случаев, кровотечение из БСДК в 4,8%, холангит у 5,7% исследуемых; летальный исход зарегистрирован в 1,5% случаев.

3. Определены факторы риска развития постманипуляционных осложнений, и частота их реализации в группе исследования: недостаточность опыта специалистов (25%), анатомические особенности (17%), степень выраженности МЖ и печёчно–клеточной недостаточности (39%), коморбидность (19%). Одним из важнейших факторов, оказывающих существенное влияние на вероятность возникновения осложнений, является недостаток материально–технического оснащения конкретного лечебно-профилактического учреждения.

4. Внедрение в клиническую практику разработанных профилактических мер позволило снизить количество осложнений после антеградных вмешательств в основной группе на 14,5%. Целенаправленная и полноценная профилактика осложнений ретроградных вмешательств позволила снизить частоту развития острого панкреатита в основной группе на 8,6%, кровотечений на 3%, острого холангита на 3,9%. Летальности в основной группе не было.

5. Разработанные методы лечения постманипуляционных осложнений, которые были применены в основной группе, позволили значительно снизить частоту возникновения послеоперационных патологических состояний с 19,5%, которые были зарегистрированы в контрольной группе, до 6,3% случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациенту, страдающему синдромом МЖ, который возник на фоне ЖКБ или опухолевого поражения жёлчных протоков, для оценки анатомических взаимоотношений структур органов ГПДЗ, а также уровня блока жёлчных путей и дальнейшего выбора метода малоинвазивной декомпрессии, необходимо проводить комплексное обследование, включающее сочетание таких методов диагностики, как УЗИ и КТ органов брюшной полости, МРТ области MRCP, ЭГДС с осмотром БДС и при необходимости дополнить ЭРПХГ или ЧЧХГ.
2. У пациентов, имеющих гипербилирубинемию выше 250 мкмоль/л и находящихся в крайне тяжёлом состоянии, необходимо выполнить декомпрессию жёлчных путей малоинвазивным методом в условиях реанимации в первые же часы после поступления в стационар, так как наличие МЖ усугубляет состояние пациента, и дальнейшие прогнозы могут быть крайне неблагоприятными.
3. Целенаправленная профилактика жёлчеистечения, кровотечения после выполнения антеградных вмешательств должна включать в себя изучение анатомических особенностей органов ГПДЗ, взаимоотношений трубчатых структур печени с использованием доплерографии и проведением трёхмерной сонографии, что позволяет адекватно применить различные технические приёмы.
4. После проведения ретроградных транспапиллярных вмешательств необходима реализация алгоритма медикаментозной и технической профилактики развития острого панкреатита.
5. Для оптимизации подхода лечения и выбора малоинвазивного метода декомпрессии у пациентов с синдромом МЖ рационально применение лечебно–диагностического алгоритма с учётом уровня блока жёлчных путей.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Дибиров, М.Д. Профилактика осложнений при транспапиллярных вмешательствах на жёлчных путях / М.Д. Дибиров, М.Р. Хоконов, С.А. Токин, В.С. Швыдко, В.В. Добрусин // Материалы НПК «Современные технологии

диагностики и лечения хирургических заболеваний. - 2013. - С.80 -84

2. Дибиров, М.Д. Малоинвазивные методы лечения механической желтухи / М.Д. Дибиров, В.С. Швыдко, М.М. Эльдерханов, М.Р. Хоконов, Б.М. Бродецкий // **Врач скорой помощи.** – 2014. – № 6. – С. 16-20.

3. Дибиров, М.Д. Профилактика осложнений транспапиллярных вмешательств при патологии желчных протоков / М.Д. Дибиров, В.С. Швыдко, Б.М. Бродецкий, М.Р. Хоконов, М.М. Эльдерханов // **Врач скорой помощи.** – 2014. – № 9.– С. 32-35.

4. Дибиров, М.Д. Профилактика осложнений миниинвазивных антеградных и ретроградных эндоскопических вмешательств на желчевыводящих протоках и большом дуоденальном сосочке / М.Д. Дибиров, М.М. Эльдерханов, Т.А. Атаев, М.Р. Хоконов // **Врач скорой помощи.** – 2014. – № 10 – С. 39-44

5. Дибиров, М.Д. Малоинвазивные вмешательства при механической желтухе у больных с метаболическим синдромом / М.Д. Дибиров, В.С. Швыдко, М.М. Эльдерханов, М.Р. Хоконов, Т.А. Атаев // **Хирург** - 2014, № 3 - С. 43-47.

6. Дибиров, М.Д. Профилактика осложнений миниинвазивных антеградных, ретроградных эндоскопических вмешательств при механической желтухе / М.Д. Дибиров, Л.В. Домарев, М.А. Васильева, М.М. Эльдерханов, М.Р. Хоконов // XVIII Съезд Общества Эндоскопических хирургов России / Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского – 2015. - С. 138.

7. Дибиров, М.Д. Минимально инвазивные вмешательства в лечении острого холецистита, холедохолитиаза и механической желтухи / М.Д. Дибиров, Г.С. Рыбаков, М.Р. Хоконов, М.Р. Васильева, М.М. Эльдерханов, А.М. Магомедалиев // **Доктор. Ру.** – 2015. - №1 (11). – С. 66-67.

8. Дибиров, М.Д. Результаты эндоскопического стентирования главного панкреатического протока и применение высоких доз октреатида при остром панкреатите / М.Д. Дибиров, Л.В. Домарев, Е.А. Шитиков, А.И. Исаев, Г.С. Карсотьян, М.Р. Хоконов // **Эндоскопическая хирургия** – 2016. - № 4- С.18 -

24.

9. Дибиров, М.Д. Диагностика, профилактика и лечение ЭРХПГ-индуцированного панкреатита / М.Д. Дибиров, Л.В. Домарев, М.Р. Хоконов, М.М. Эльдерханов, М.А. Васильева, М.В. Косаченко, А.А. Ашимова, Т.А. Атаев // **Инфекции в хирургии** - 2018г.- №1-2. – С. 106-108.

10. Дибиров, М.Д. Диагностика и лечение билиарного панкреатита / М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян, Л.В. Домарев, М.В. Косаченко, М.М. Эльдерханов, М.Р. Хоконов, А.А. Ашимова, Т.А. Атаев // **Инфекции в хирургии** - 2018г.- №1-2. – С. 97-99.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГПДЗ - гепатопанкреатодуоденальная зона

ЧЧХГ - чрескожно-чреспеченочная холангиография

ЭРПХГ - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

ЭГДС - эзофагодуоденоскопия

БДС - большой дуоденальный сосочек

МЛТ - механическая литотрипсия

МЖ - механическая желтуха

ЭПСТ - эндоскопическая папиллосфинктеротомия

ЭПД - эндоскопическая папиллодилатация

ТОХ - терминальный отдел холедоха

ПДР - панкреатодуоденальная резекция

ЛХ - лапароскопическая холецистэктомия

ЖКБ - жёлчнокаменная болезнь

РДП - ретродуоденальная перфорация

ОП - острый панкреатит

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АСТ - аспартатаминотрансфераза

УЗИ - ультразвуковое исследование

КТ - компьютерная томография

МРТ - магнитно-резонансная томография

Подписано в печать 06.10.2021
Объем 1 усл.п.л.
Тираж 100 экз. Заказ № 0610
Отпечатано в типографии «Реглет»
г. Москва, пр-т Мира, д.38
+7(495)979-98-99, www.reglet.ru