



©В.В.ЮРЧЕНКО, 2016
УДК 616.361-002.1

Острый холангит в межстенотическом пространстве при двухкомпонентном блоке магистральных желчных протоков

ЮРЧЕНКО В.В., доктор медицинских наук (yurchenkovld@mail.ru)

1409-й Военно-морской клинический госпиталь МО РФ, г. Калининград

Паллиативное лечение механической желтухи методом эндопротезирования желчных протоков связано с возможным постинтервенционным осложнением в виде несостоятельности стентов, их деформации или дислокации. Проведено исследование особенностей послеоперационного периода при эндопротезировании магистральных желчных протоков по поводу их двухкомпонентного блока, описан синдром замкнутого пространства желчных протоков. На основании наблюдения 14 случаев эндоскопического стентирования пациентам с данной анатомической особенностью дана оценка частоты возникновения синдрома и способов его профилактики. Межстенотическое расширение магистральных желчных протоков может являться источником локального холангита. Профилактика последнего осуществляется путем отдельного дренирования межстенотического пространства эндопротезом или проведением в проксимальное супрастенотическое расширение двух и более стентов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: механическая желтуха, эндопротезирование желчных протоков, профилактика осложнений.

Yurchenko V.V. — Acute cholangitis in interstenosis space accompanied by two-component unit of the main bile duct. Palliative treatment of obstructive jaundice with the help of biliary endoprosthesis due to the possible complication of post-intervention in the form of insolvency stent deformation or dislocation. The study features in the postoperative period of the main bile duct endoprosthesis about their two-component unit, described the syndrome of the closed space of the bile ducts. On the basis of observation of 14 patients with the given anatomical feature of endoscopic, who were underwent stenting, was assessed frequency of the syndrome and possibilities of its prevention. Interstenosis space expansion of the main bile duct can be a reason for local cholangitis. For the prevention of cholangitis, it should be carried out a separate drainage of interstenosis space with the help of endoprosthesis or by proximal supra-stenotic extension of two or more stents.

К е у w o r d s: jaundice, biliary endoprosthesis, prevention of complications.

Эндопротезирование желчных протоков является распространенным способом паллиативного лечения механической желтухи [5]. Постинтервенционные осложнения данного метода внутреннего дренирования, связанные с несостоятельностью стентов на фоне их деформации или дислокации описаны достаточно подробно [1, 2, 6]. Основным их клиническим симптомом является прогрессирование механической желтухи, как правило, осложняющееся гнойным холангитом [3, 4]. Однако дальнейшее широкое использование эндобилиарного стентирования в анатомически нестандартных условиях (при многокомпонентных блоках — рис. 1) постепенно приносит новые данные о возможных осложнениях, в т. ч. и не сопровождающихся внутривенным холестазом.

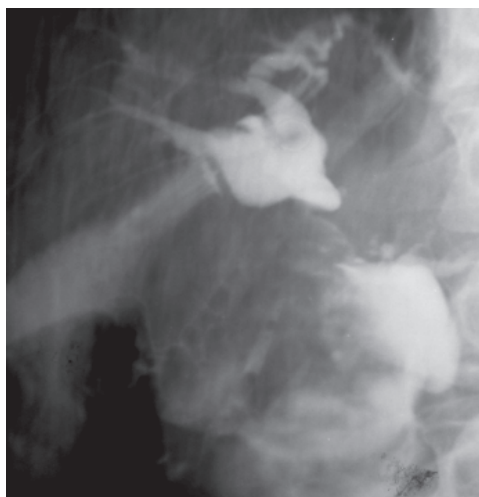


Рис. 1. Дистальный блок общего желчного протока и блок общего печеночного протока с формированием межстенотического расширения



Целью данной работы являлось исследование особенностей послеоперационного периода при эндоспротезировании магистральных желчных протоков по поводу их двухкомпонентного блока.

Материалы и методы

Под наблюдением состояло 14 пациентов, находившихся в период 2001–2014 гг. на стационарном лечении в различных гражданских медицинских учреждениях и 1409-м Военно-морском клиническом госпитале МО РФ.

Критерием включения в исследование являлось наличие у пациента механической желтухи на фоне двухкомпонентного блока магистральных желчных протоков (без осложнения гнойным холангитом).

Больным было выполнено эндоскопическое стентирование гепатикохоледоха по поводу механической желтухи на фоне двухкомпонентного блока (как злокачественной, так и доброкачественной этиологии), основным диагностическим признаком которого являлось существование стенозов на двух уровнях магистральных желчных протоков с дилатацией межстенотического промежутка. Нарушение желчеоттока в 4 наблюдениях было вызвано злокачественными новообразованиями головки поджелудочной железы с инфильтрацией гепато-

дуоденальной связки (рис. 2), в одном – склерозирующим холангитом (рис. 3), в 4 – опухолью Клацкина, в 5 – рубцовыми стенозами, из них в 2 наблюдениях стенозы сочетались с холедохолитиазом.



Рис. 3. Дистальный и проксимальный блоки общего желчного протока с формированием межстенотического расширения

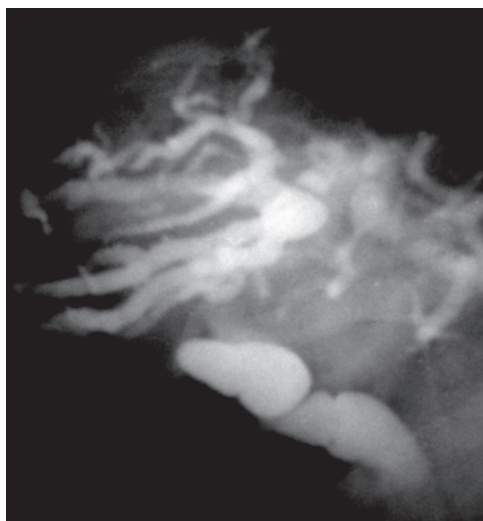


Рис. 2. Дистальные блоки общего желчного протока с метастатическим поражением ворот печени и формированием межстенотического расширения



У всех пациентов в дооперационный период подъемы температуры отсутствовали. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия проводилась дуоденоскопами «Olympus» и «Pentax». Использовались дугообразные и торцевые папиллотомы фирмы «Olympus». Для создания диатермирующего эффекта использовали диатермокоагуляторы «Olympus» UES-10. Всем пациентам перед проведением стента выполнялась эндоскопическая папиллотомия канюляционным и неканюляционным путем (в последнем случае — только предрассечение с целью разобщения устьев общего желчного и панкреатического протоков). На следующие после стентирования сутки выполнялась дуоденоскопия с целью контроля положения стента и его эффективности (оценивалась по эвакуации желчи, ее прозрачности и цвету). Для эндопротезирования использовались пластиковые стенты фирм «Olympus» и «Endo-flex».

Результаты и обсуждение

В 8 наблюдениях у пациентов в послеоперационный период отмечалось повышение температуры до 37,5–38,2 °С:

– в 3 наблюдениях ежедневно, начиная со вторых-третьих суток послеоперационного периода до 37,5–37,7 °С с подъемом в вечернее время без сопутствующих симптомов;

– в 3 наблюдениях ежедневно, начиная со вторых-третьих суток послеоперационного периода до 37,8–38 °С с началом подъема в полуденное время в сочетании с легкой или умеренной болезненностью в правом подреберье или эпигастрии (важно отметить, что утренняя температура у пациентов была в диапазоне 36,9–37,1 °С);

– в 2 наблюдениях температура варьировала от 37 до 38,2 °С в течение суток с развитием выраженного болевого синдрома в эпигастрии и френикус-симптома.

В связи с повышением температуры 4 пациента получали антибиотики (гентамицин и ципрофлоксацин), которые очевидного эффекта не давали.

Проведенные дуоденоскопии показывали устойчивое стояние эндопротеза с поступлением по нему прозрачной золотистой желчи. Поиск источника воспаления постепенно привел к межстенотическому расширению, обнаруженному по поступлению вслед за удаляемым стентом инфицированной (темно-коричневой или зеленой непрозрачной с хлопьями) желчи, хотя по самому стенту в двенадцатиперстную кишку поступала нормальная неконцентрированная золотистая прозрачная желчь.

Для подтверждения данного предположения 4 пациентам были повторно установлены стенты с боковыми перфорациями (рис. 4), обеспечивающими эва-

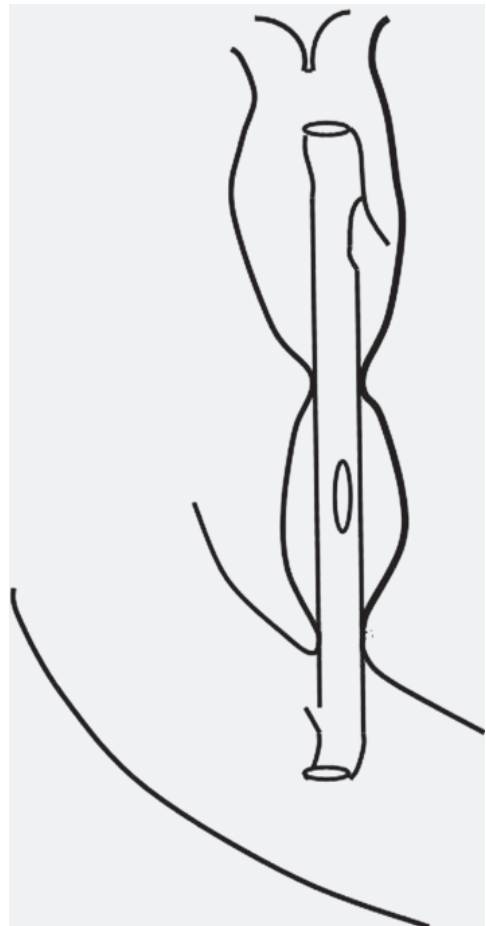


Рис. 4. Стент, проведенный в гепатикохоledoх, с боковой перфорацией на уровне межстенотического расширения



Рис. 5. Стент, проведенный в проксимальное супрастенотическое расширение, с дополнительным стентом, проведенным в межстенотическое расширение

вакуацию желчи из межстенотического расширения гепатикохоледоха, после чего повышение температуры прекратилось, причем в 2 наблюдениях без использования антибиотикотерапии. Данные факты указывали на наличие ограниченного проксимальным и дистальным стенозами и не дренирующегося обычным стентом (т. е. без дополнительных боковых перфораций) межстенотического пространства, являющегося замкнутым инфицированным очагом (из внутривисцеральных желчных протоков поступала золотистая прозрачная желчь).

Проведение стентов с боковыми перфорациями сопровождалось значитель-

ными техническими сложностями, связанными со скручиванием и деформацией стента в области боковых перфораций с последующим нарушением магистрального желчеоттока. Это заставило перейти к проведению 2 стентов, один из которых дренировал проксимальное супрастенотическое расширение, второй – межстенотическое (рис. 5).

Данный тип дренирования применен в 5 наблюдениях (во всех случаях повышение температуры в послеоперационный период или вовсе не возникало, или в течение двух суток купировалось). В 3 наблюдениях в проксимальное супрастенотическое расширение проводили 2 стента (рис. 6). Межстенотическое расширение специально не дренировалось, поскольку пространства между стентами было достаточно для эвакуации желчи из межстенотического расширения в двенадцатиперстную кишку.

Важно отметить, что клинически наиболее выраженные наблюдения имели место у пациентов с конкрементами в межстенотическом расширении, одномоментно удалить которые не представлялось возможным (рис. 7), и стентирование применялось как способ купирования механической желтухи до окончательной санации желчных протоков и бужирования стенозов.

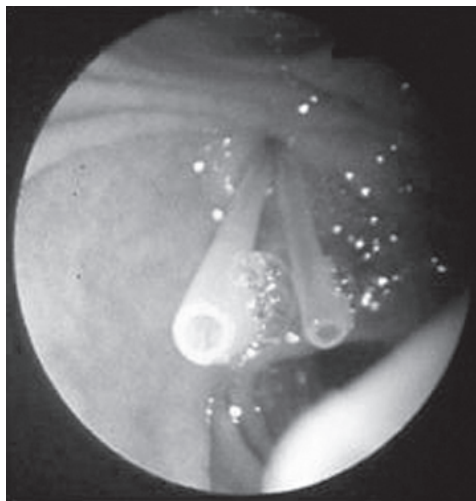


Рис. 6. Определяются 2 стента, проведенные в супрастенотическое расширение

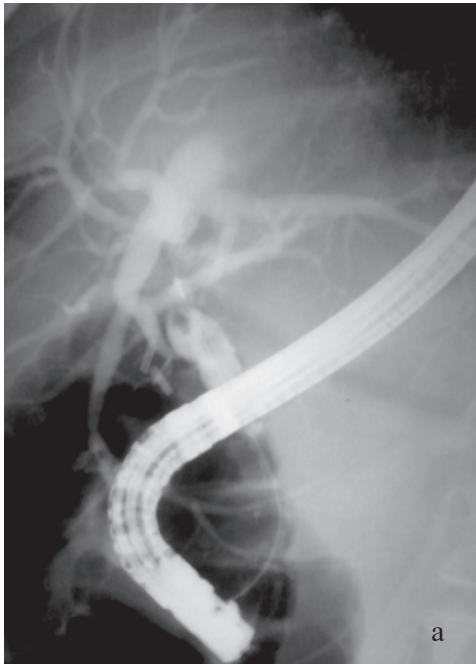


Рис. 7: а — блок общего печеночного протока в сочетании с дистальным блоком общего желчного протока с формированием межстенотического расширения, содержащего конкременты; б — во внутрипеченочные протоки проведен стент, блокирующий эвакуацию желчи из межстенотического расширения.

ВЫВОД

Межстенотическое расширение магистральных желчных протоков с двухкомпонентным их блоком может служить источником локального холангита, протекающего без механической желтухи или на фоне ее купирования в результате дренирования печеночных желчных протоков стентами.

Профилактика этого осложнения осуществляется путем отдельного дренирования межстенотического пространства эндопротезом или проведением в проксимальное супрастенотическое расширение двух и более стентов.

Боковые перфорации стента на уровне межстенотического расширения приводят к его несостоятельности из-за скручивания или перегиба.

Литература

1. *Faigel D.O.* Preventing biliary stent occlusion // *Gastrointest Endosc.* — 2000. — N 51. — P. 104–107.
2. *Giorgio P.D., Luca L.D.* Comparison of treatment outcomes between biliary plastic stent placements with and without endoscopic sphincterotomy for inoperable malignant common bile duct obstruction // *World J. Gastroenterol.* — 2004. — N 15. — P. 1212–1214.
3. *Kiehne K., Folsch U.R., Nitsche R.* High complication rate of bile duct stents in patient with chronic alcoholic pancreatitis // *Endoscopy.* — 2000. — N 5 (32). — P. 377–380.

4. *Leung J.W.* Does the addition of endoscopic sphincterotomy to stent insertion improve drainage of the bile duct in acute suppurative cholangitis? // *Gastrointest. Endosc.* — 2003. — N 58 (4) — P. 570–572.

5. *Smith A.C., Dowsett J.F., Russell R.C.* et al. Randomised trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bile duct obstruction // *Lancet.* — 1994. — Vol. 344. — P. 1655–1660.

6. *Tringali A., Mutignani M., Perri V.* et al. A prospective, randomized multicenter trial comparing DoubleLayer and polyethylene stents for malignant distal common bile duct strictures // *Endoscopy.* — 2003. — N 35. — P. 992–997.