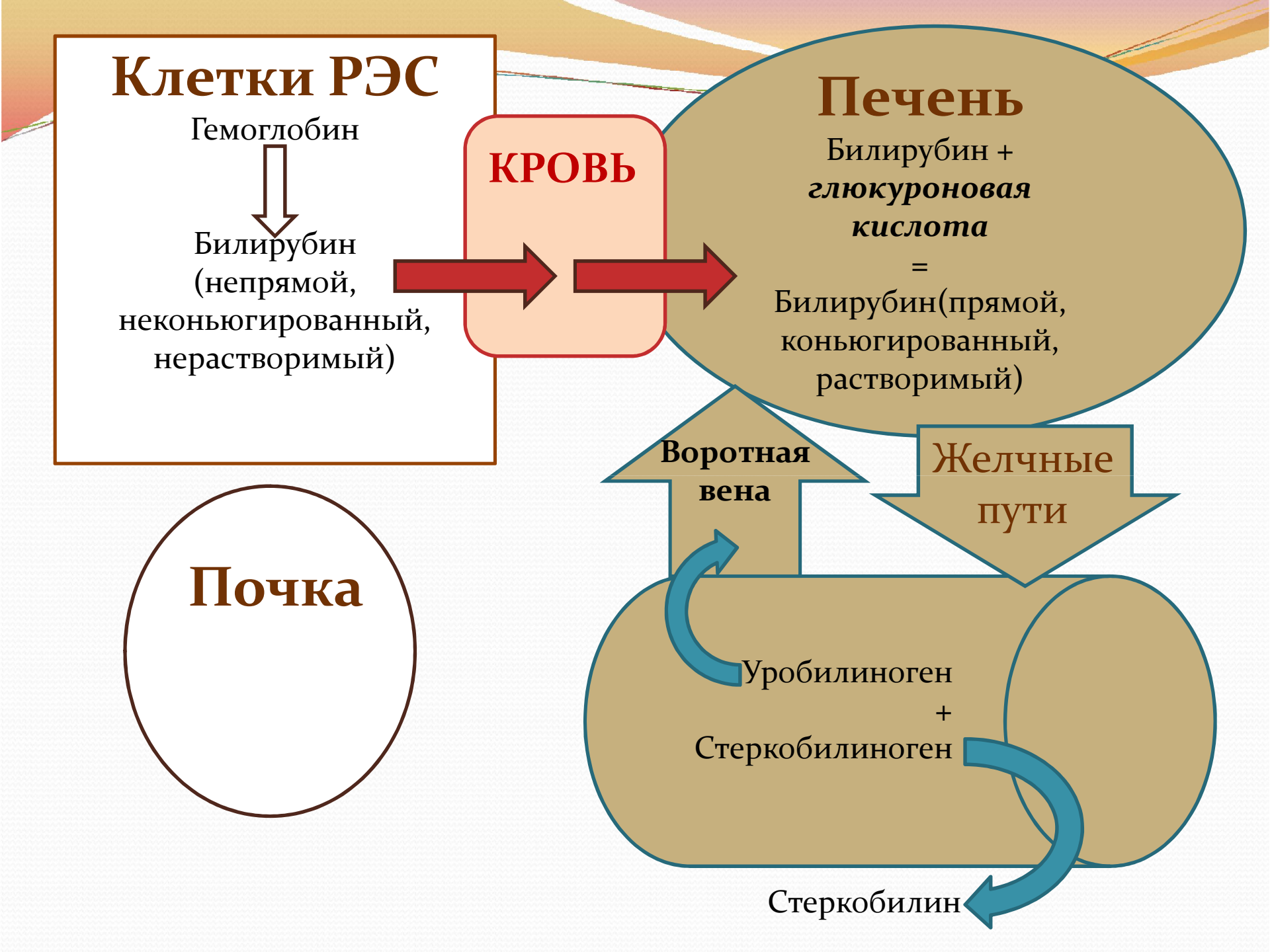
Эндоскопические транспапиллярные (малоинвазивные) вмешательства в лечении больных с синдром механической желтухи в условиях эндоскопического отделения ГУЗ ГБ№4 «Липецк-Мед»

Эндоскопическое отделение
Зав.эндоскопического отделения Малыхин А.Н.
Липецк 2019г.

Желтуха (Болезнь Госпела) — это синдром, характеризующийся ***желтушным окрашиванием*** кожных покровов, слизистых оболочек и склер, обусловленный ***повышенным накоплением билирубина*** в сыворотке крови, а также других жидкостях и тканях организма.

Icterus obstructivus mehanicus синдром


Клетки РЭС
Гемоглобин
Билирубин (непрямой, неконьюгированный, нерастворимый)
КРОВЬ
Печень
Билирубин + глюкуроновая кислота = Билирубин(прямой, коньюгированный, растворимый)
Воротная вена
Желчные пути
Почка
Уробилиноген + Стеркобилиноген
Стеркобилин

Клетки РЭС

Гемоглобин

Билирубин (непрямой, неконьюгированный, нерастворимый)

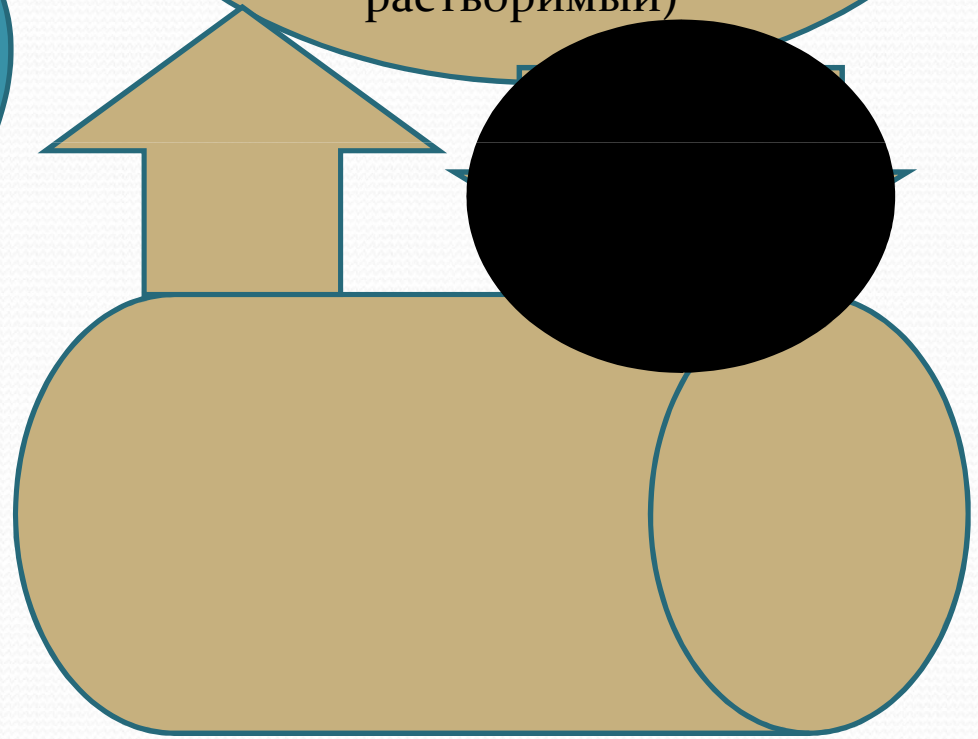
КРОВЬ

Печень

Билирубин + ***глюкуроновая кислота***

=

Билирубин(прямой, коньюгированный, растворимый)



Почка

билирубинурия

Показатели при механической желтухе

- *Общий:* >21,5 мкмоль/л; преимущественно за счет прямого!
- *непрямой (неконъюгированный)*: > 4–16 мкмоль/л
- *прямой (конъюгированный)*: >1–5 мкмоль/л
- Моча : билирубинурия «***цвет пива***»
- Кал: нет стеркобилина - бесцветный, ахоличный

Клинические синдромы

- **Желтуха**

- **Холестаз-** синдром, характеризующийся нарушением или полным прекращением выделения в кишечник всех или отдельных компонентов желчи, накоплением их в протоках и возможным попаданием в кровь.

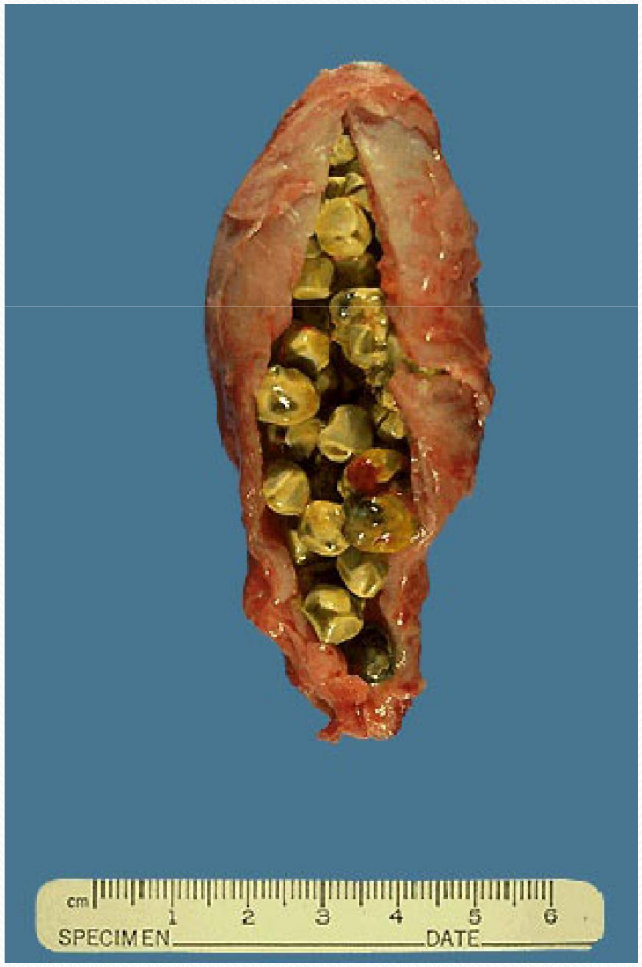
1. **Биохимические маркеры**
2. **Ахолия**

- Стеаторея, креаторея
- Дисбактериоз
- Авитаминоз

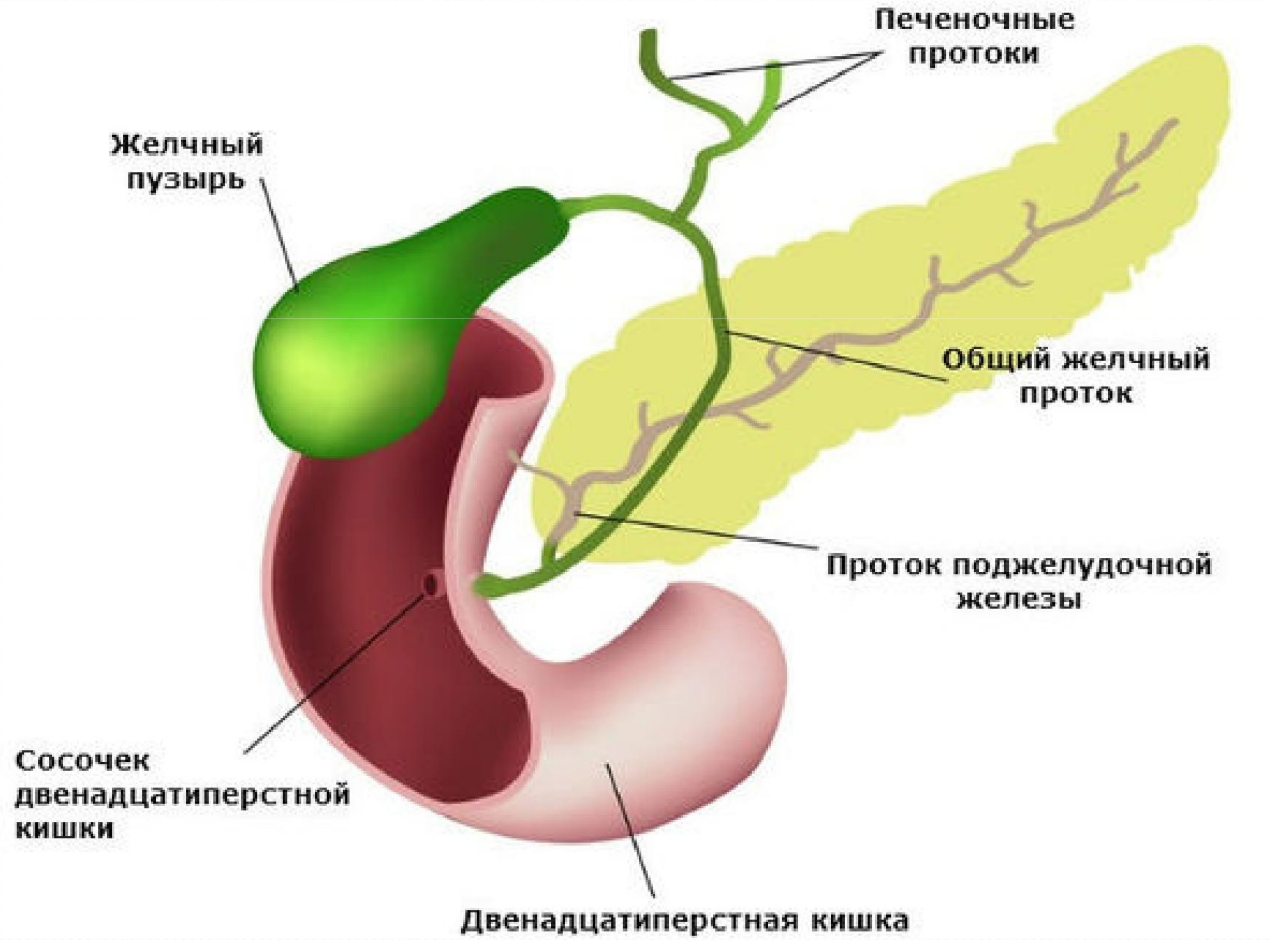
1. **Холемия**

- *брадикардия*
- *снижение артериального давления*
- *астено-вегетативные расстройства*
- *Кожный зуд*
- *Моча «цвета пива»*
- *Воспалительные процессы*

- **Дисхолия** – это синдром, при котором желчь приобретает литогенные свойства



Причины механической желтухи



Причины механической желтухи

***1*. Пороки развития:**

• атрезии желчевыводящих путей;

• гипоплазия желчных ходов;

• кисты холедоха;

• дивертикулы двенадцатиперстной кишки, расположенные вблизи БДС.

2. Доброкачественные заболевания желчных путей:

• желчнокаменная болезнь, осложненная холангиолитиазом;

• вколоченные камни БДС;

• стриктуры желчных протоков;

• стеноз БДС.

3. Воспалительные заболевания:

• острый холецистит с перипроцессом;

• холангит;

• панкреатит (острый или хронический индуративный);

• киста головки поджелудочной железы со сдавлением холедоха;

• острый папиллит.

4. Опухоли:

• рак печеночных и общего желчного протоков;

• рак БДС;

• рак головки поджелудочной железы;

• метастазы и лимфомы в воротах печени;

• папилломатоз желчных ходов.

5. Паразитарные заболевания печени и желчных протоков.

• эхинококкоз или альвеококкоз в области ворот печени.

Актуальность

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми могут быть признаны те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи .

Лечение пациентов с явлениями (МЖ),остается актуальной проблемой хирургической гепатологии.

Трудность лечения больных с механической желтухой, как правило, обусловлена тяжестью их исходного состояния . Известно, что развивающийся при этом холестаз, гипертензия в желчных протоках, ахолия вызывают серьезные функциональные и морфологические изменения в печени, и ведут к быстрому нарастанию ***печеночной недостаточности.***

ВАЖНО!

- Хирургические вмешательства у больных с МЖ, выполняемые по экстренным показаниям на высоте выраженности желтухи, печеночной недостаточности, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, имеющие тяжелую сопутствующую патологию, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удается ликвидировать до операции.
- В связи с чем, необходимо применять для экстренного разрешения желтухи щадящих **малоинвазивных вмешательств**, обеспечивающих декомпрессию билиарного тракта.

Алгоритм диагностики пациентов с МЖ

Выбор метода диагностики во многом зависит от

-предполагаемой области обтурации желчевыводящих путей,

-характера патологического процесса,

-диагностической эффективности метода (его чувствительности, специфичности и общей точности),

-частоты возможных осложнений.

Методы диагностики

Для дифференциальной диагностики МЖ применяются такие методы:

НЕИНВАЗИВНЫЕ
-стандартное клинико-лабораторное исследование;
-УЗИ,
-эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС),
МСКТ

ИНВАЗИВНЫЕ
-ЭРХПГ,ЧЧХГ и лапароскопия.

! Каждое инвазивное исследование при необходимости может перейти из диагностической в лечебную процедуру.

УЗИ

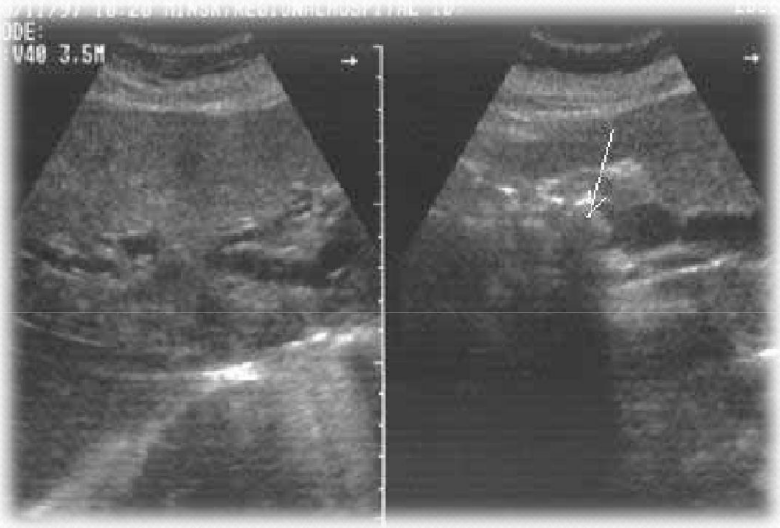
Ультразвуковое иссле-дование – один из основных методов обследования у больных ЖКБ, позволяющий получить представление о состоянии печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, выявить признаки и степень желчной гипертензии, установить наличие конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках.

Выявляемость камней в желчном пузыре при этом составляет 98–99%. Информативность стандартного УЗИ в диагностике холедохолитиаза несколько меньше – 50,0–89,6% .

Это связано с частым расположением конкрементов в дистальной части холедоха, который перекрывается голов-кой поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишкой.

УЗИ

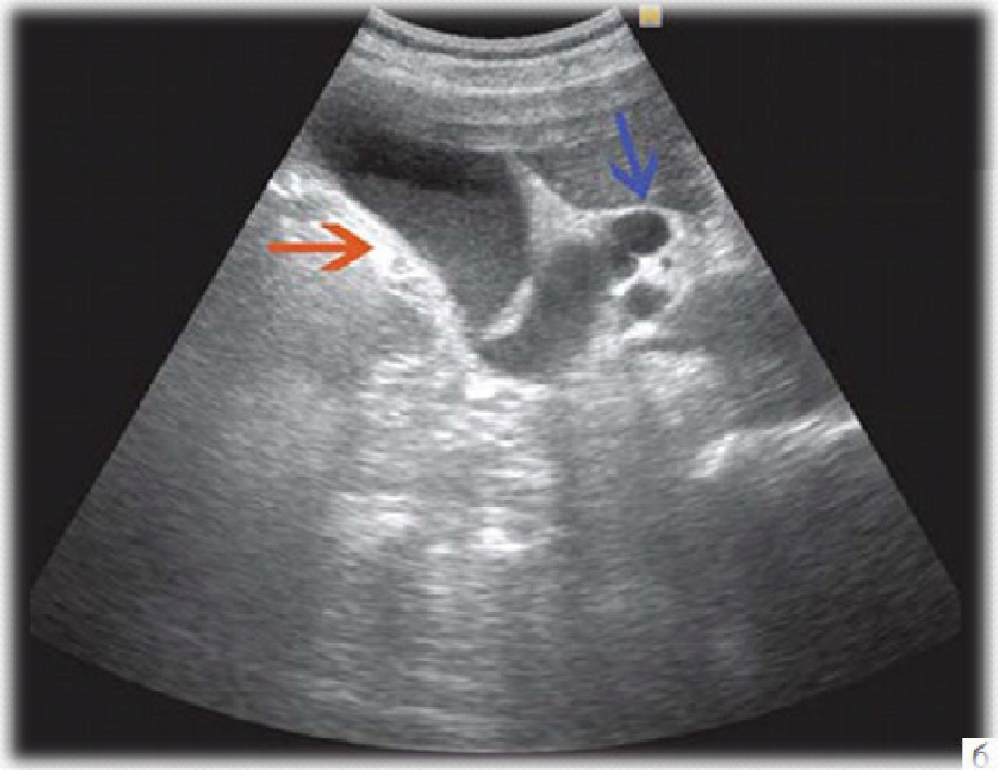
Расширены внутрипеченочные желчные протоки и холедох (22 мм)



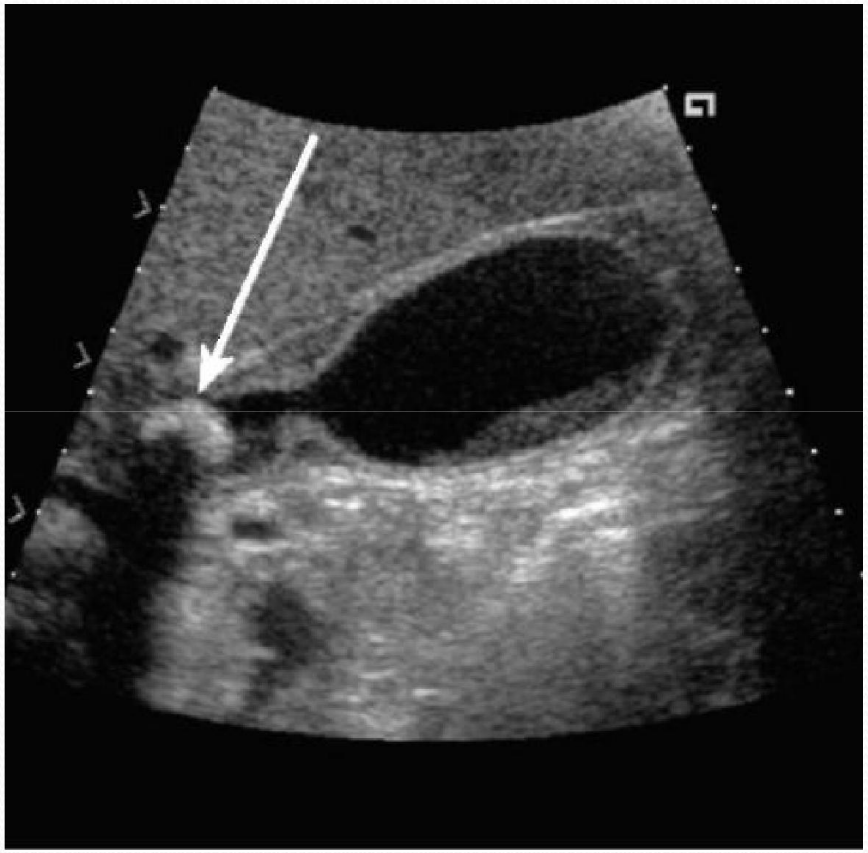
Холедохолитиаз. Конкремент в просвете холедоха (стрелка). Расширены внутрипеченочные желчные протоки (кадр справа).

Рак головки поджелудочной железы. В головке определяется бугристое образование сниженной эхогенности. Вирсунгов проток расширен до 7 мм.

Эхографическая картина низкого печеночного блока, обусловленного опухолью головки ПЖ:
увеличенный желчный пузырь с густой взвесью (красная стрелка) и расширенный ОЖП (синяя стрелка).



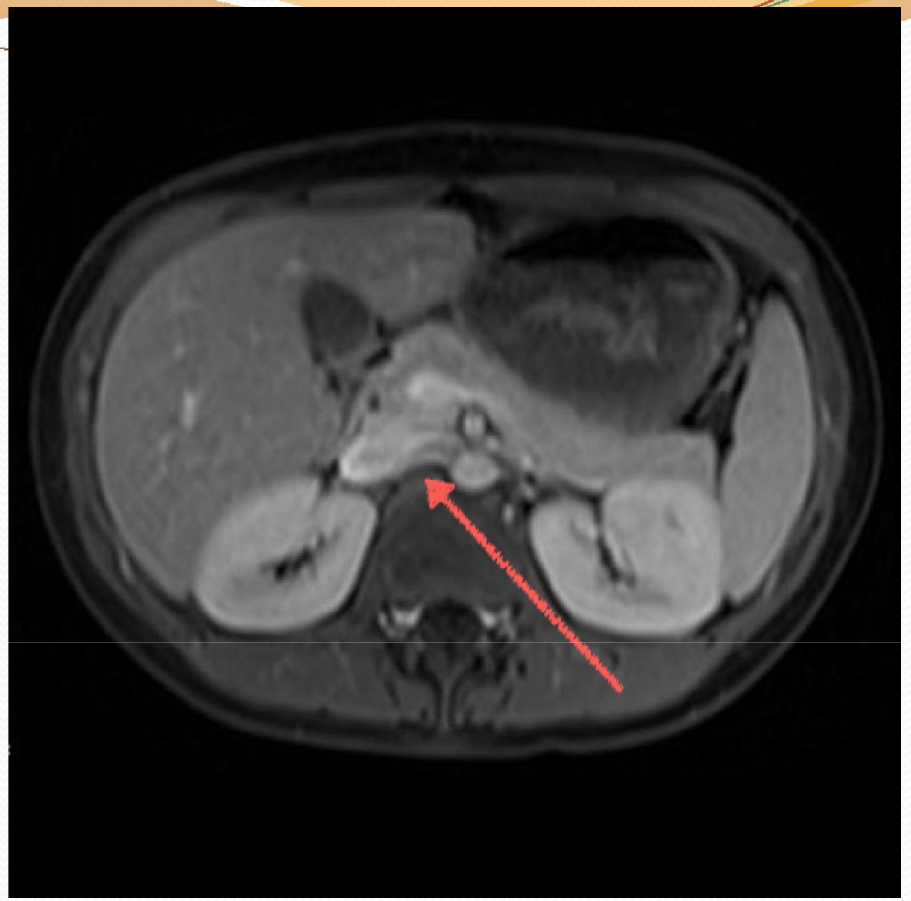
УЗИ



Расширение холедоха и визуализация двух конкрементов в его дистальной части

КТ, МРТ

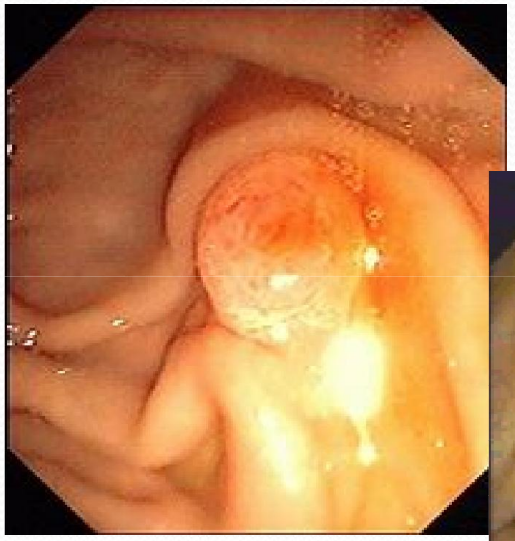
Холедохолитиаз



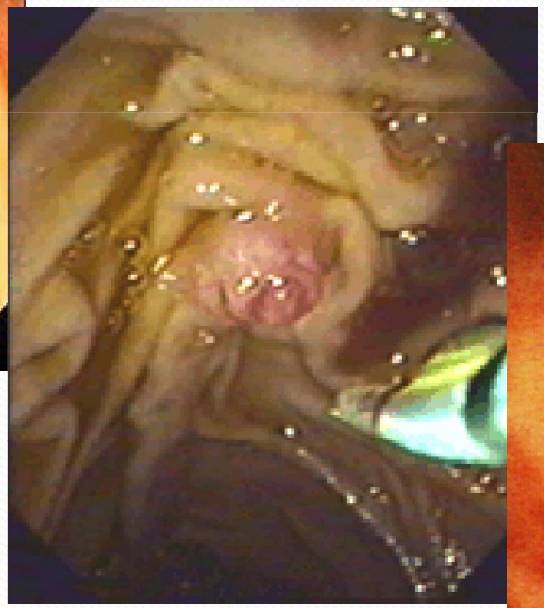
Опухоль головки поджелудочной железы

Эндоскопические методы

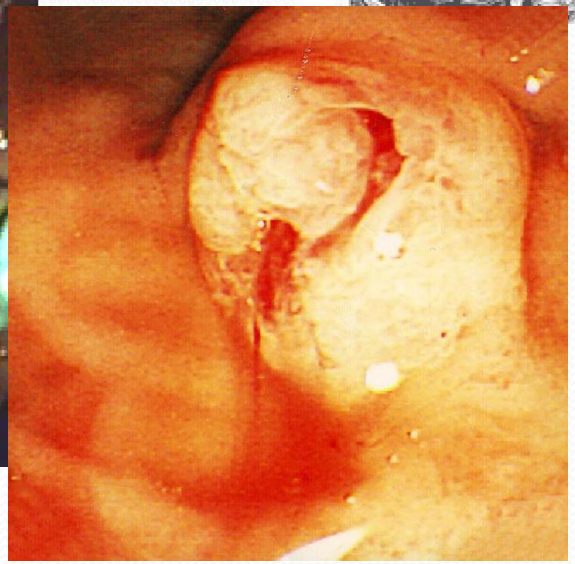
ФГДС (фиброгастродуоденоскопия)



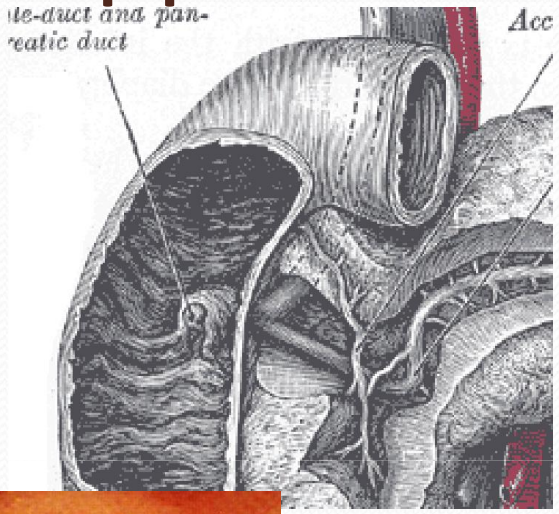
Норма



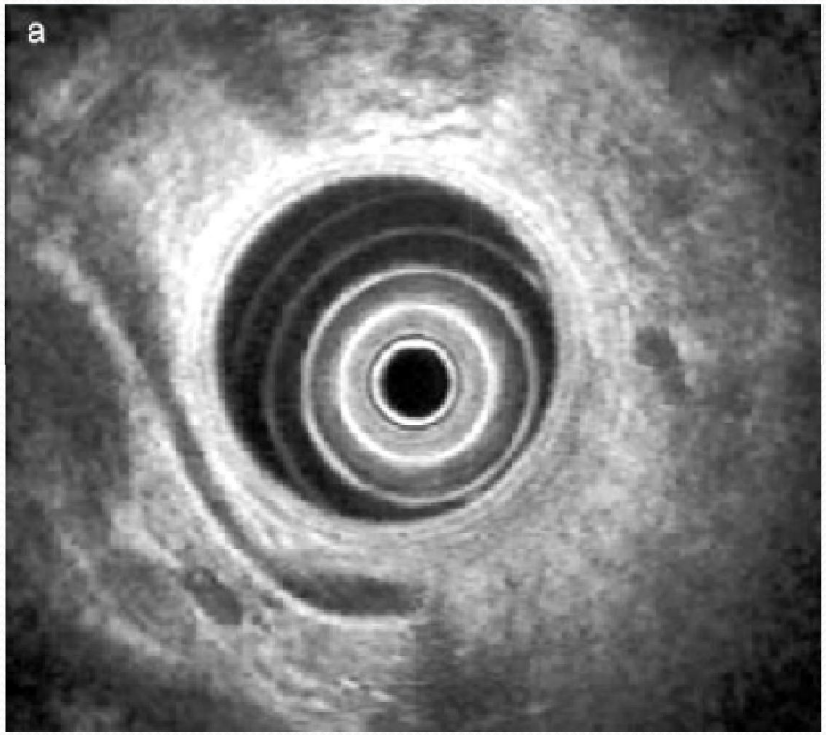
Вколоченный камень



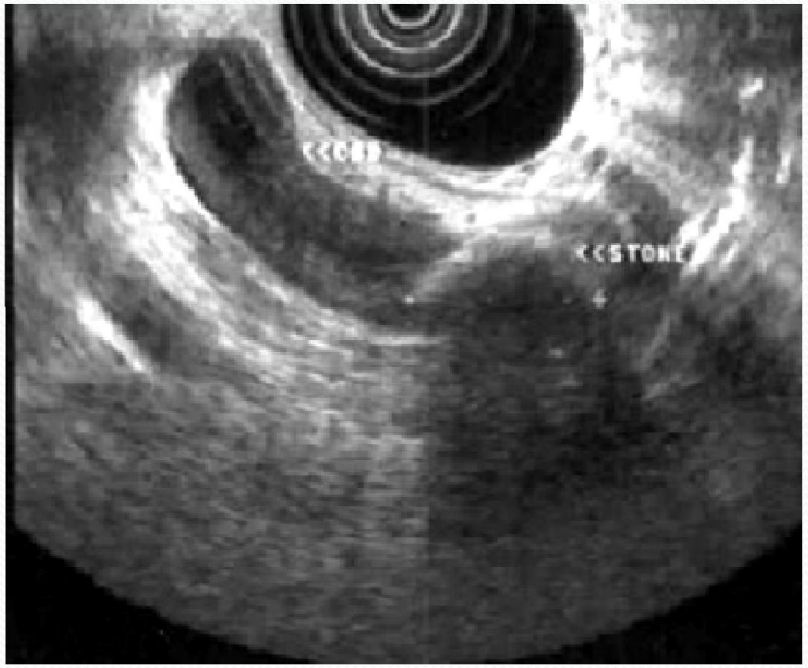
Рак Фатерова сосочка



Эндосонография



Норма



Расширенный холедох, конкремент

Тактика лечения

Широкое распространение в лечении таких пациентов получила двухэтапная тактика:

на первом этапе проводится декомпрессия желчных протоков,малоинвазивными методами.

на втором – паллиативное или радикальное хирургические вмешательства.

Подобная тактика позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений на 17,0%, а летальности до 2,8%.

МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

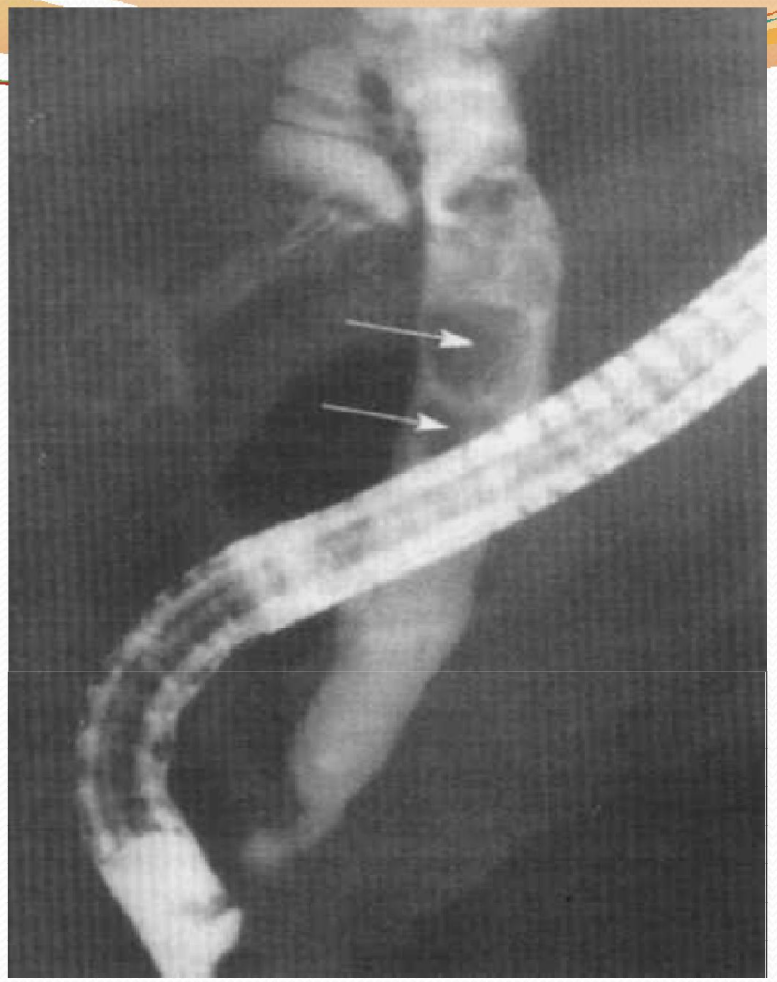
ЭРХПГ

Лечебная ЭРХПГ включает в себя следующие возможные вмешательства по отношению к МЖ:

- эндоскопическая папиллосфинктеротомия;
- эндоскопическая баллонная папиллодилятация (сфинктероклазия);
- литоэкстракция желчных конкрементов;
- механическая литотрипсия;
- назобилиарное дренирование;
- транспапиллярное билиодуоденальное эндопротезирование;
- баллонная дилатация опухолевых и доброкачественных стриктур желчных протоков;
- эндоскопическое удаление аденом БСДК.

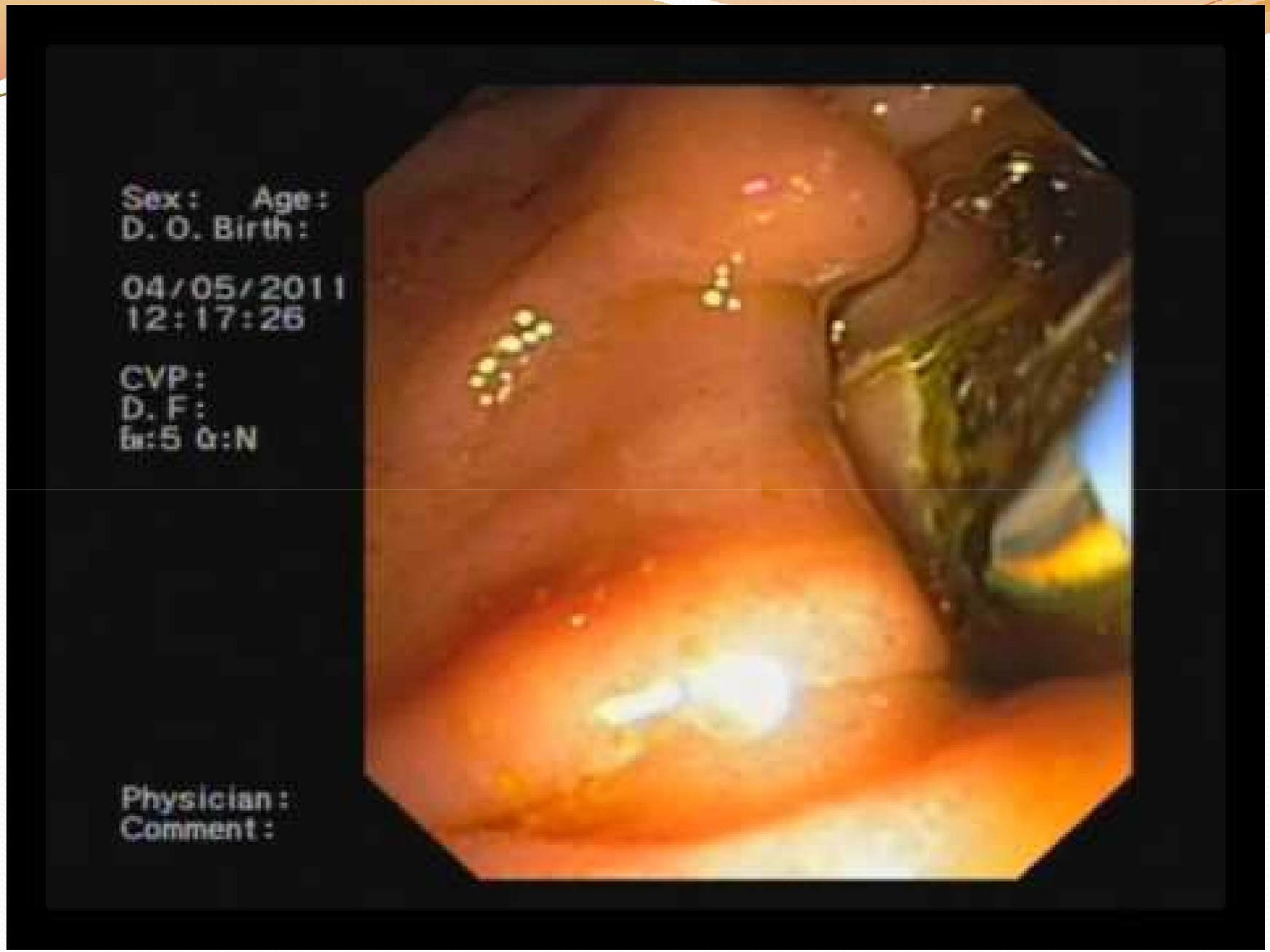
imagination theatre

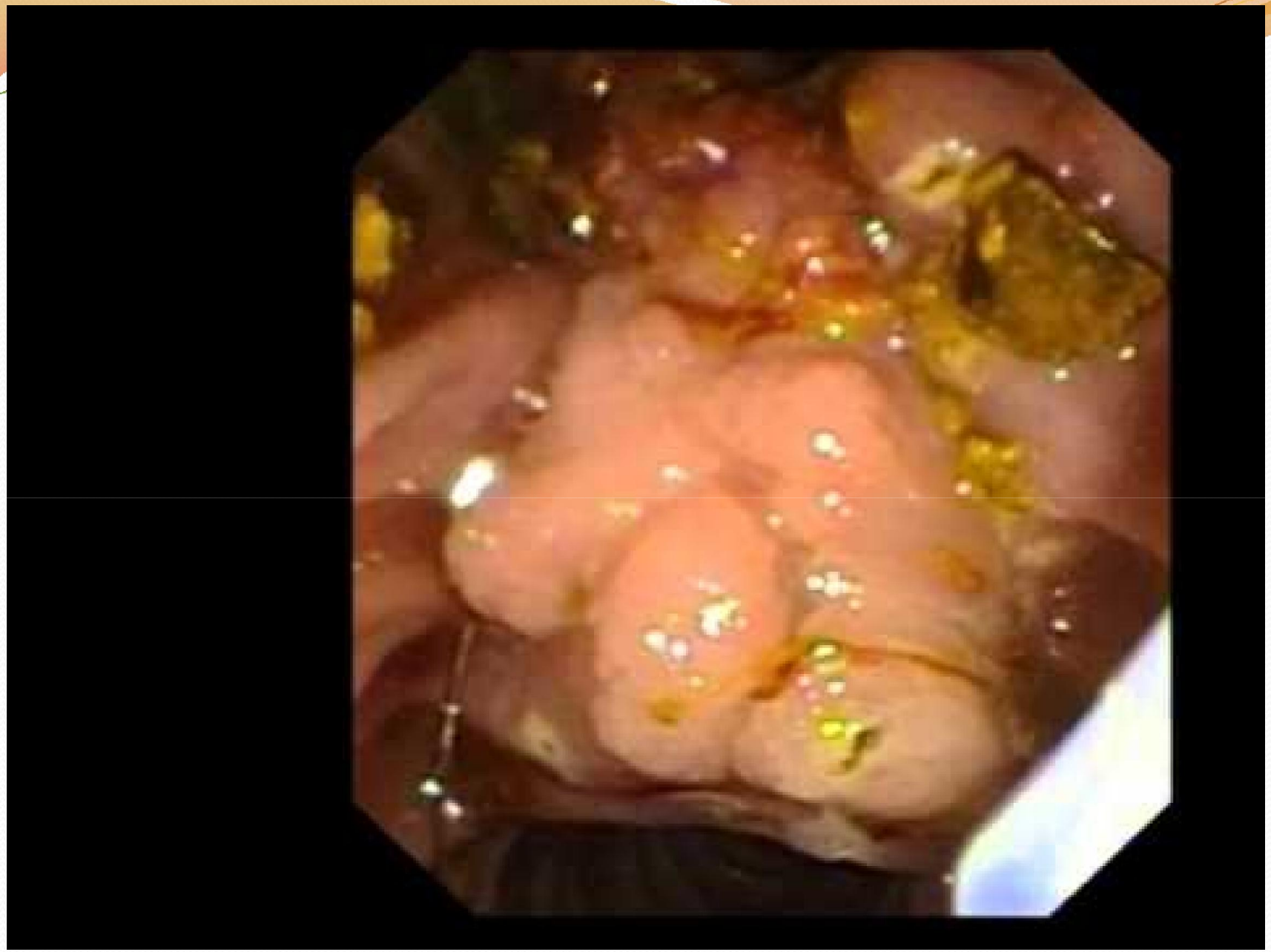
Камни желчного пузыря, нормальные желчные протоки

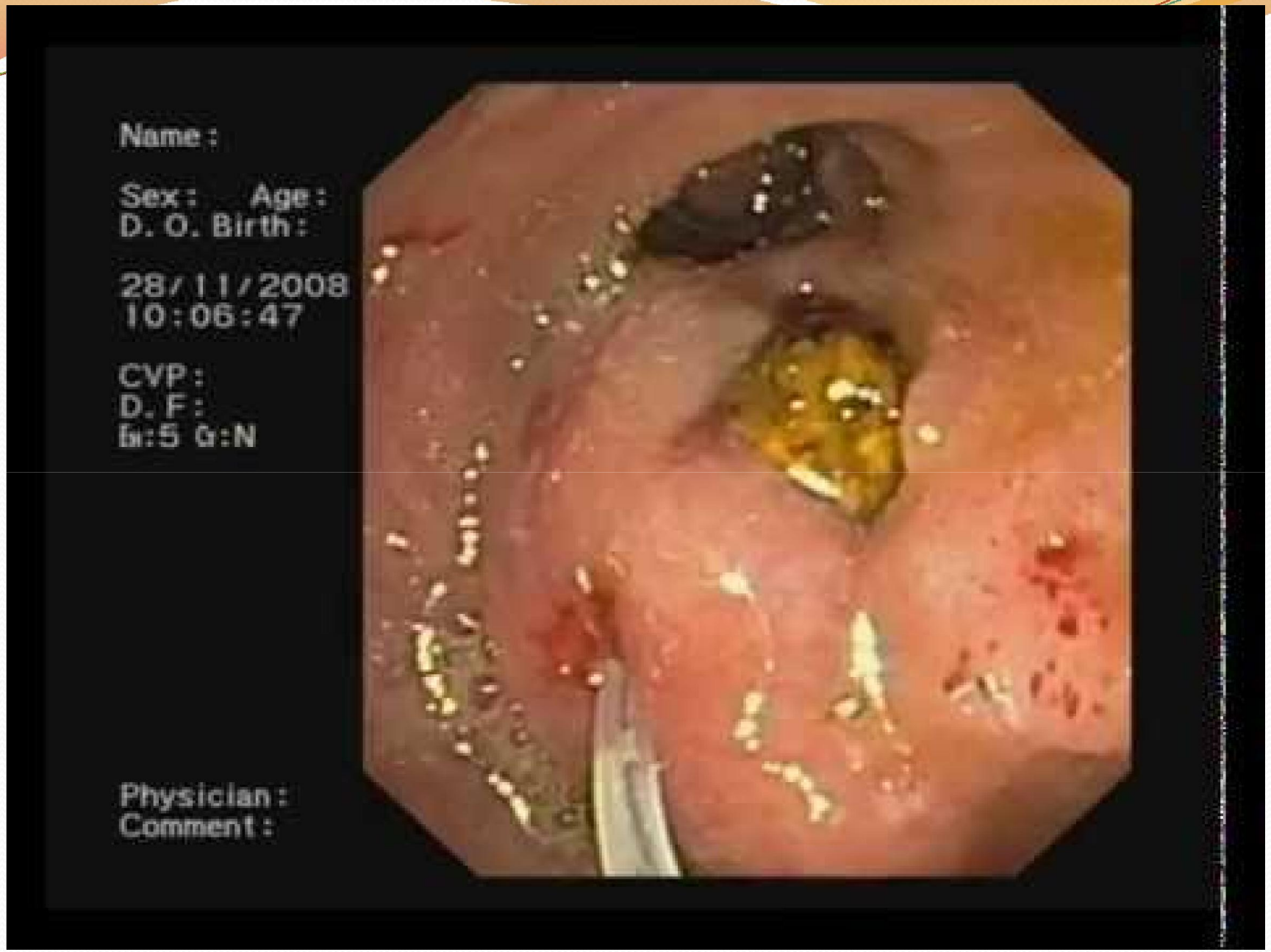


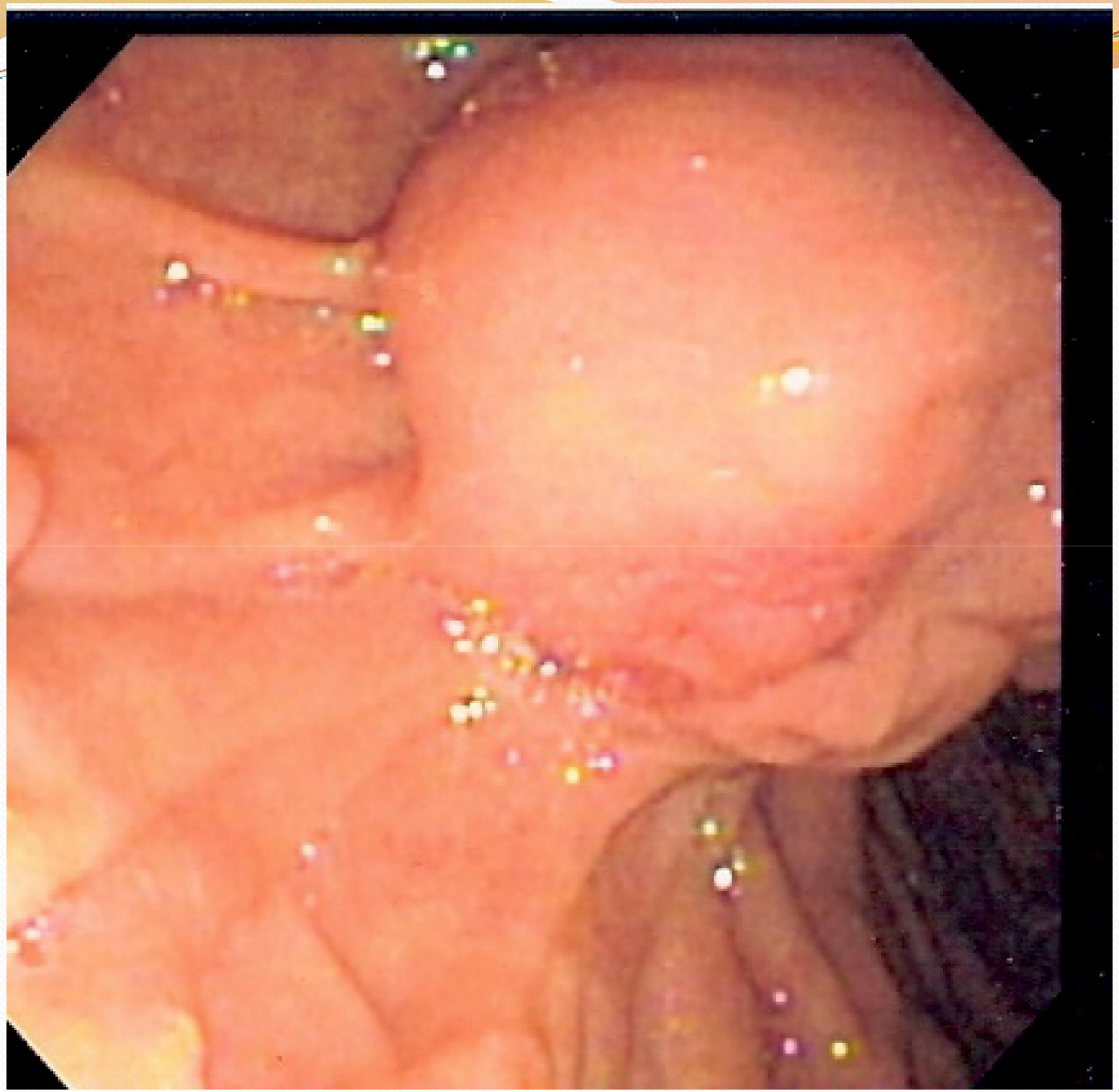
Расширенный холедох, конкременты

zcrl-hirurgiya


Sex: Age:
D. O. Birth:
04/05/2011
12:17:26
CVP:
D. F:
Gr:5 Gr:N
Physician:
Comment:

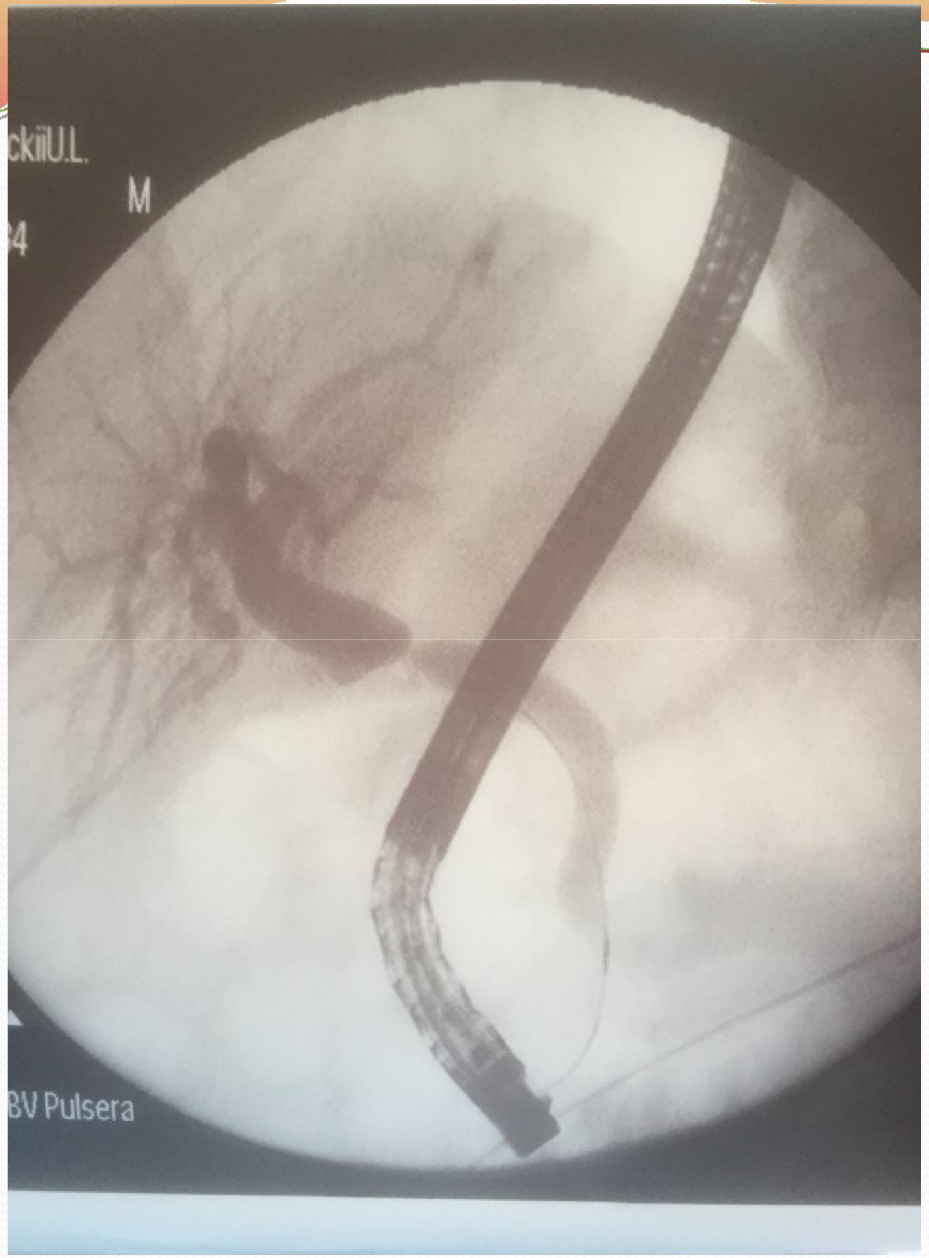


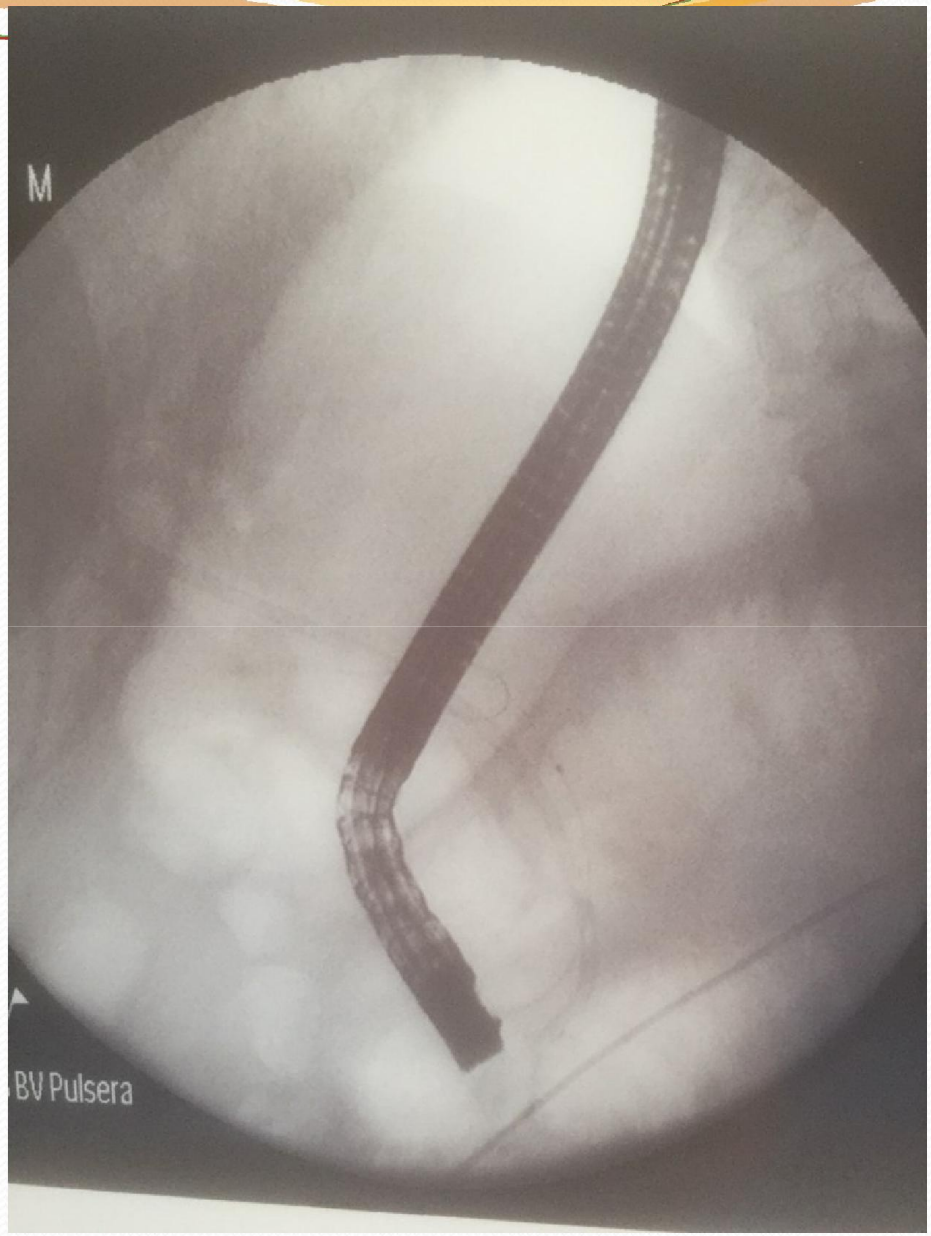

Name :
Sex : Age :
D. O. Birth :
28/11/2008
10:06:47
CVP :
D. F :
B:5 G:N
Physician :
Comment :

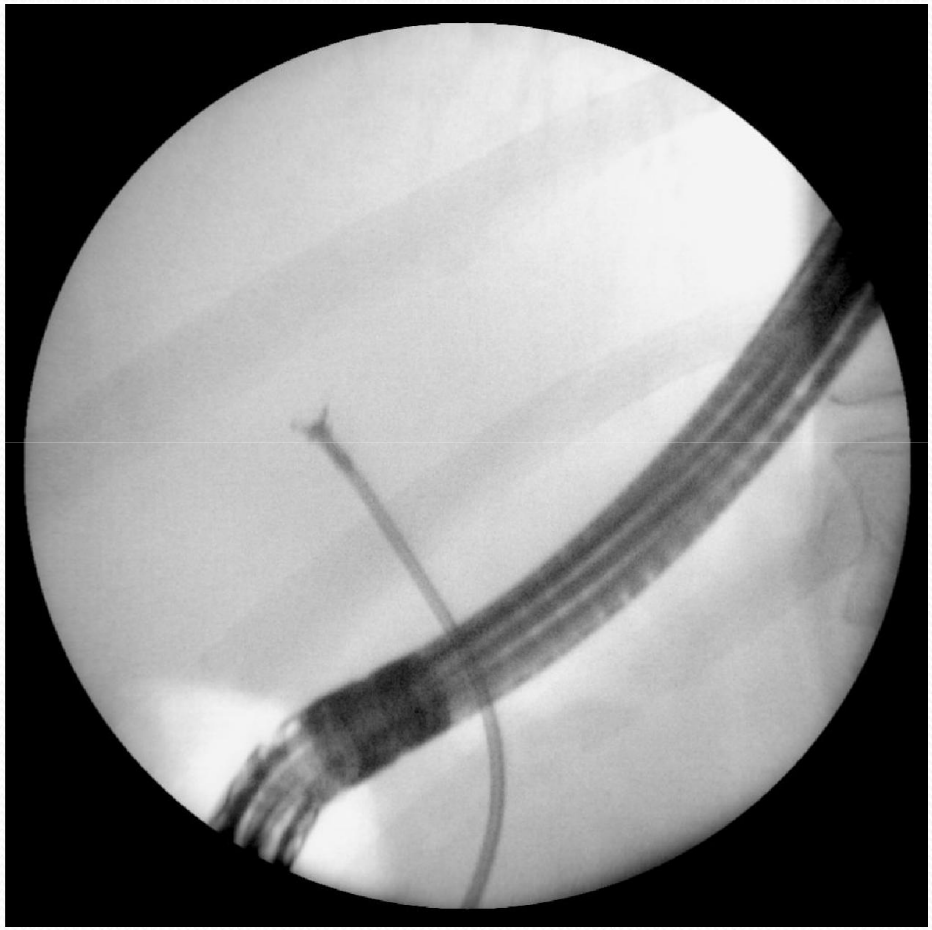


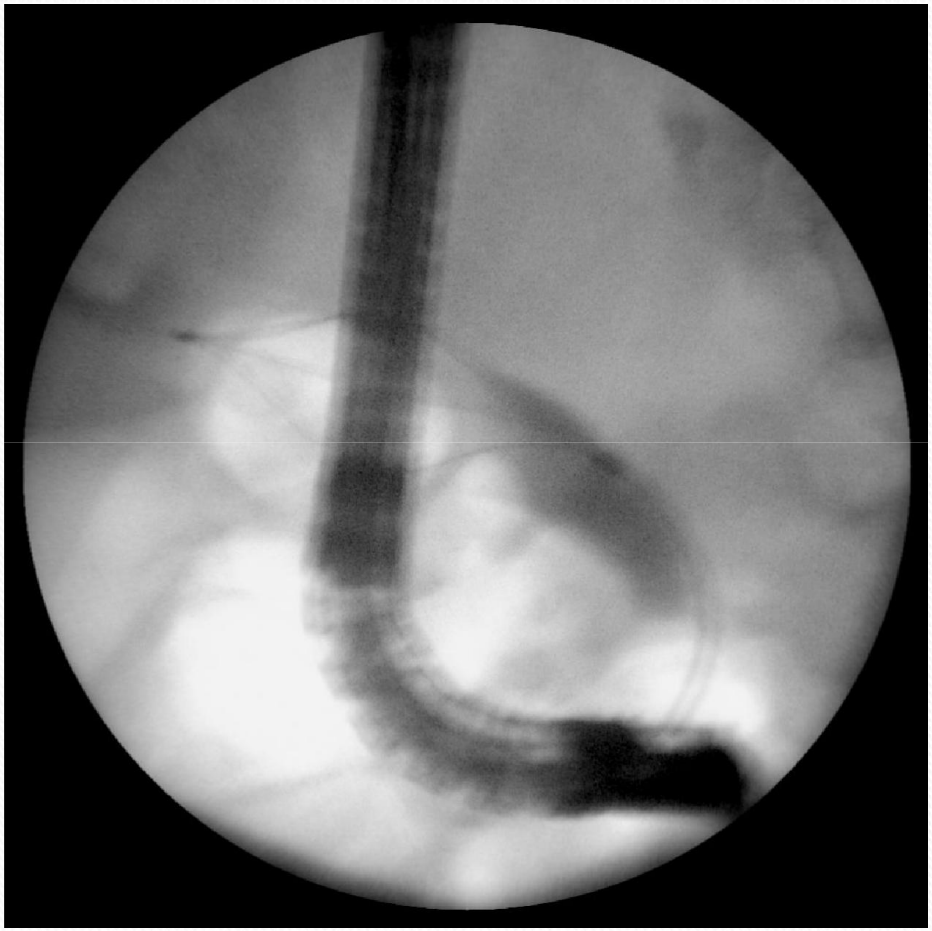
ЭРХПГ и ЭПСТ

Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию(ЭРХПГ) и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) осуществляют для определения состояния билиарной системы, при **подозрении на холедохолитиаз и стриктуру терминального отдела холедоха,** стеноз дуоденального сосочка, а также выявить особенности строения желчевыводящих путей.

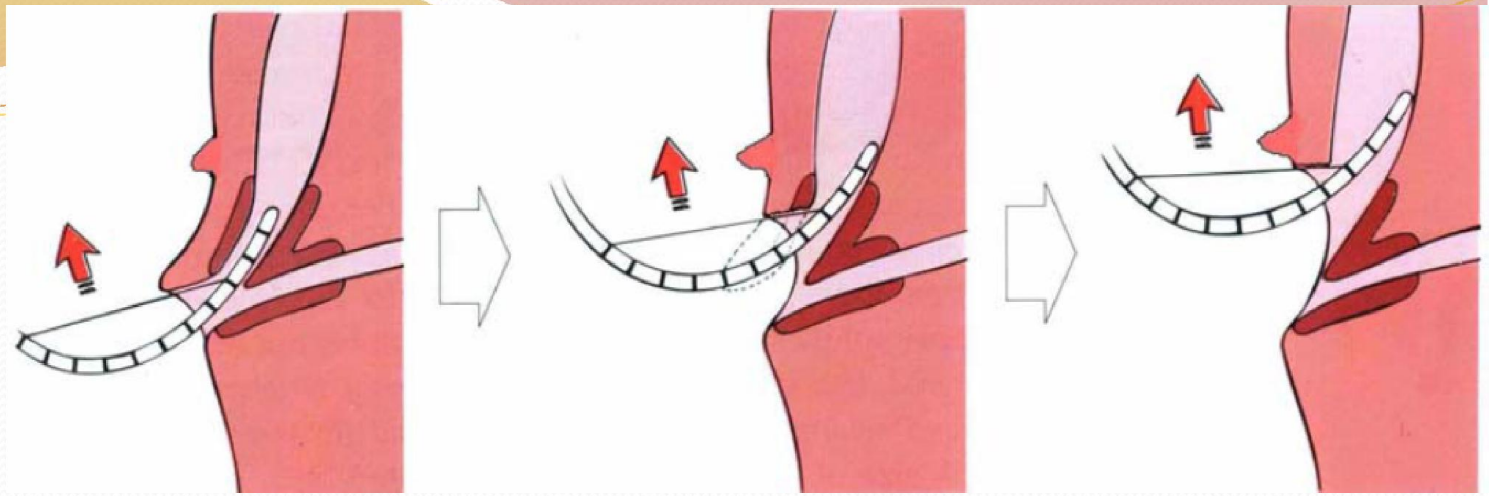

M
BV Pulsera


M
BV Pulsera

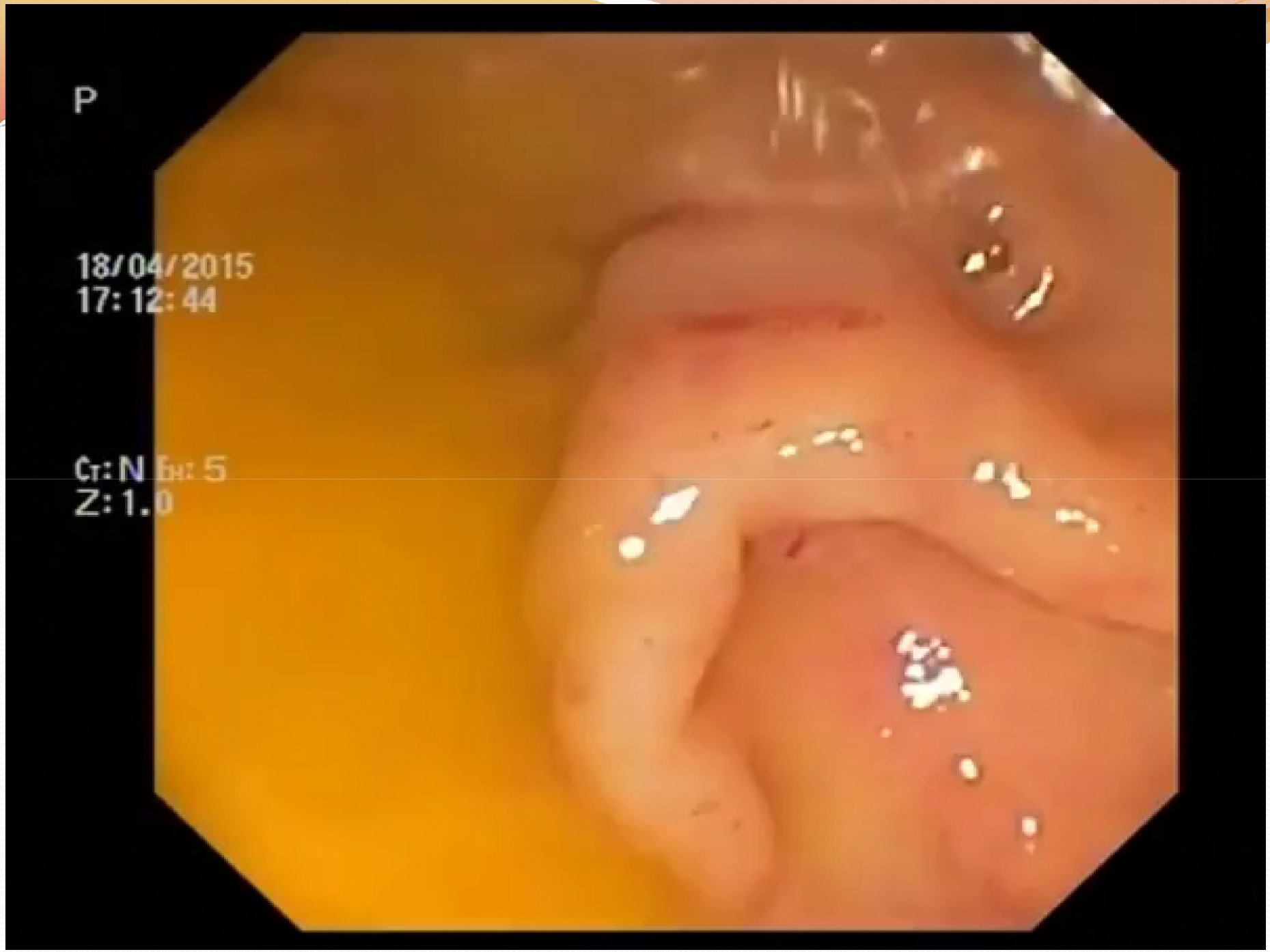




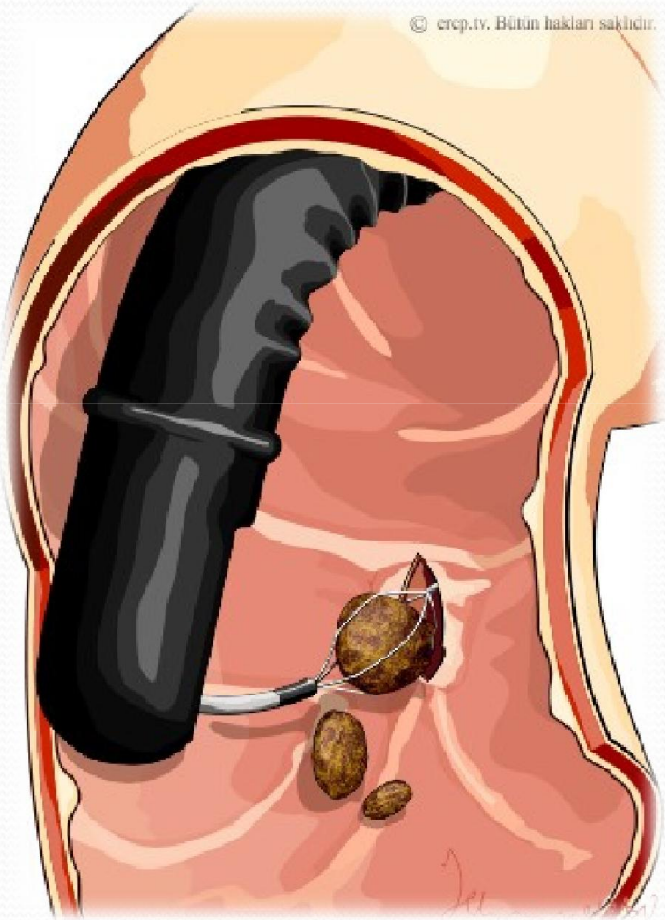
ЭПСТ



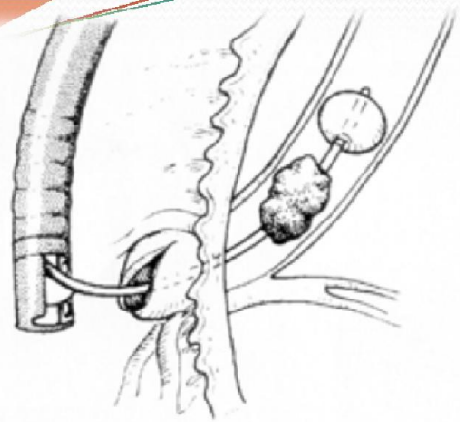
- Папиллосфинктеротомия — хирургическая операция рассечения сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы и общего желчного протока.
- Проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии приводит к увеличению диаметра выходного отверстия холедоха до 10 мм, что позволяет радикально устранить нарушение оттока желчи вследствие стеноза терминального отдела холедоха или способствует свободному прохождению конкрементов дистального отдела холедоха в просвет 12-перстной кишки

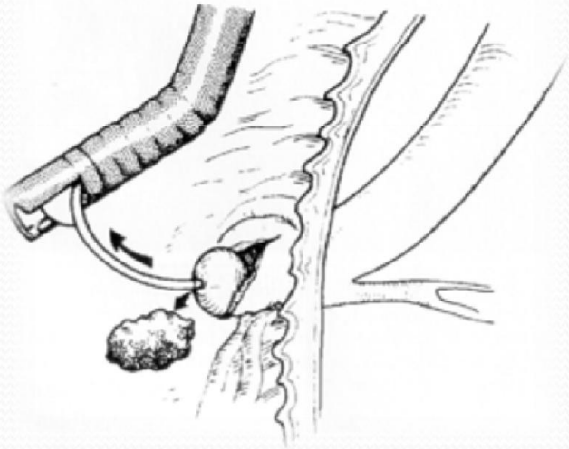

P
18/04/2015
17:12:44
CT:N BH:5
Z:1.0

- В этом случае снижается риск развития осложнений (вклинение камня, холангит,панкреатит), а также не возникает затруднений с определением дальнейшей тактики лечения.
- С целью экстракции конкрементов применяются баллонные и корзинчатые экстракторы.



Литоэкстракция конкрементов



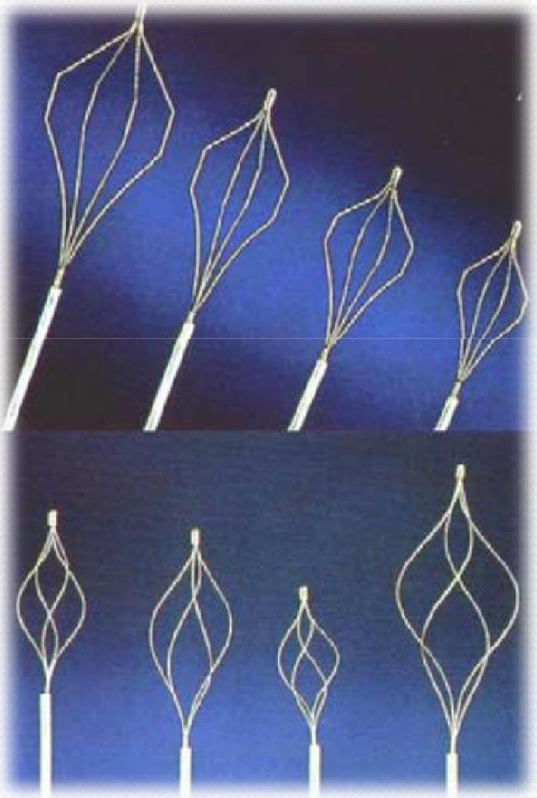


- Использование для экстракции конкрементов баллонных катетеров предпочтительнее в случае наличия небольших конкрементов (менее 8 мм) при нерасширенном желчном протоке
- После введения в холедох катетера (катетер Фогарти) на расстояние нескольких сантиметров силиконовый баллон на конце катетера раздувается.

Извлекая катетер с раздутым баллоном из холедоха, выталкивается застрявший камень в области выхода из Фатерового соска, а также производится бужирование

Баллонные катетеры

- Использование для экстракции конкрементов корзин Дормиа предпочтительнее при наличии крупных (более 10 мм) конкрементов, а также при выраженной холангиоэктазии или деформации желчных протоков.



- Преимущества корзинчатого экстрактора очевидны:

Это возможность захватить конкремент без тенденции к его выскальзыванию, а также применять большее усилие при низведении камня в просвет двенадцатиперстной кишки

ТРАНСПАПИЛЛЯРНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ

- Существует два вида билиарных стентов:

-пластиковые

-металические

Установка эндоскопического назобилиарного дренажа показана в случаях:

– образования протяженной рубцовой стриктуры холедоха;

– опухолевого поражения дистальной части холедоха;

- Опухоль головки ПЖ;

– обнаружения крупного фиксированного конкремента магистральных желчных протоков при наличии высокого риска развития осложнений (в процессе выполнения литотрипсии и литоэкстракции).

Выводы

1.Механическая желтуха должна быть ликвидирована как можно быстрее от момента возникновения в связи с реальной угрозой развития серьезных осложнений.

2. уменьшение числа осложнений и снижение летальности за счет применения различных малоинвазивных методов, основная цель которых – не только диагностика, но и лечение, проводимые одновременно.

3. На 1м этапе лечения у пациентов с механической желтухой целесообразно осуществлять временную декомпрессию желчных путей, как подготовку к основному (2%у) этапу лечения, а в иных случаях – и как полную замену хирургического лечения.

4. Малая травматичность вмешательств

5. Сокращение сроков лечения

Спасибо за внимание!

The Simpsons™ and © 2007 Twentieth Century Fox Film Corporation. All Rights Reserved.

FOX
THESIMPSONS.COM