

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра
_____ В.А. Ходжаев

11 февраля 2011 г.

Регистрационный № 254-1210

**«МЕТОД ДИАГНОСТИКИ СТРИКТУР
ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХБАЛЛОННОЙ
ЭНТЕРОСКОПИИ»
инструкция по применению**

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

Воробей А.В., Лагодич Н.А., Ивашко М.Г., Орловский Ю.Н.

Минск 2010

С целью проведения дифференциальной диагностики рубцовых стриктур гепатикоеюноанастомозов на петле тощей кишки и рецидивирующего холангита у пациентов после ранее перенесенных реконструктивных операций на желчевыводящих путях (ятрогенные повреждения гепатикохоледоха, панкреатодуоденальная резекция типа Чайлда, первичный склерозирующий холангит, кистозные образования холедоха, синдром Мириззи, холангиокарцинома) сотрудниками кафедры хирургии БелМАПО на базе Минской областной клинической больницы с 2009 г. предложен и внедрен метод диагностики с использованием двухбаллонной энтероскопии. В основе этого метода лежит осмотр отводящей петли тощей кишки и зоны гепатикоеюноанастомоза, а также ретроградная холангиография для исключения или верификации диагноза. За период времени с марта 2009 по май 2010 гг. в эндоскопическом отделении Минской областной клинической больницы указанный способ использован у 17 пациентов.

Инструкция предназначена для применения в специализированных стационарах Республики Беларусь (областные больницы, специализированные клиники, центры панкреатобилиарной хирургии) и может быть полезна врачам-эндоскопистам, хирургам общего профиля, онкологам.

Показания к применению:

- диагностика стриктур гепатикоеюноанастомозов на петле тощей кишки;
- проведение ретроградной холангиографии для диагностики стриктур гепатикохоледоха, холангиолитиаза у пациентов после перенесенных реконструктивных операций на желчевыводящих путях;
- получение образцов тканей и смывов из просвета тощей кишки, выключенной из пищеварения по Ру и зоны гепатикоеюноанастомоза для гистологического и бактериологического исследований.

Противопоказания к применению:

Абсолютные:

- инфаркт миокарда в остром периоде;
- острые нарушения мозгового кровообращения;
- сердечно-сосудистая недостаточность в стадии декомпенсации;
- дыхательная недостаточность в стадии декомпенсации;
- патология со стороны свертывающей системы крови (гемофилия, тромбоцитопения и др.).

Относительные:

- острые воспалительные заболевания миндалин, глотки, гортани, бронхов, средостения;
- эпилепсия.

При наличии противопоказаний и факторов риска эндоскопическое исследование показано в тех случаях, если потенциальная значимость его больше потенциального риска.

Ограничения к применению:

- «острые» изгибы тонкой кишки как анатомический вариант ее развития;
- грубая деформация тонкой кишки спаечным процессом после ранее перенесенных объемных операций на органах брюшной полости;
- опухолевые и рубцовые стриктуры тонкой кишки;
- неадекватная подготовка пациента к исследованию;
- неадекватное обезболивание и медикаментозное обеспечение исследования.

Перечень необходимых исследований:

- общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- магнитнорезонансная томография или компьютерная томография с усилением.

Перечень необходимого оборудования, реактивов, лекарственных средств, инструментария:

- двухбаллонная энтероскопическая система (энтероскоп, наружная труба с баллоном, система управления баллонами, пульт дистанционного управления);
- катетеры и проводники для проведения холангиографии;
- рентгенологический аппарат;
- препараты для контрастирования желчных протоков (водорастворимые контрастные вещества — амидотриазоат натрия 60%–10,0 мл);
- препараты для нейролептаналгезии (диазепам 0,5%–2,0 внутривенно, фентанил 0,005%–2,0 внутривенно).

Методика проведения двухбаллонной энтероскопии петли тощей кишки

Перед выполнением двухбаллонной энтероскопии для лучшего ориентира в петлях тонкой кишки, облегчения нахождения петли по Ру и гепатикоеюноанастомоза необходимо иметь полные сведения об объеме предшествующих операций. Подготовка к энтероскопии должна быть стандартной как для обычного эндоскопического исследования — накануне легкий ужин не позже 18 ч., возможно использование «Фортранса» согласно инструкции.

Для исследования необходимы анестезиолог и медсестра-анестезистка, выполняющие нейролептаналгезию для поверхностной седации, а так же рентгенологическая бригада и рентгеноаппарат для визуализации положения энтероскопа.

Принцип метода состоит в последовательном проведении энтероскопа путем «нанизывания» за счет периодического раздувания и перемещения относительно друг друга двух баллонов через пищевод, желудок, двенадцатиперстную кишку, начальный отдел тощей кишки, а далее через межкишечное соустье по Брауну либо энтеро-энтероанастомоз «конец в бок» в петлю тощей кишки по Ру (рис.1), на которой сформирован

гепатикоеюноанастомоз; визуальный осмотр последнего, его канюлирование с целью контрастирования внутрипеченочных желчных протоков. Исходя из задач исследования, возможно взятие биопсии из стенки петли тощей кишки и смывы из ее просвета для бактериологического исследования.

Методика включает следующие этапы:

1. Определение зоны энтеро-энтероанастомоза

Продвижение аппарата за связкой Трейтца должно происходить при минимальной инсуффляции воздуха и тщательном осмотре просвета и изгибов тонкой кишки, мест наибольшего скопления желчи; следует обращать внимание на прерывистость и слияние полей Керкринга, так как в ряде случаев зону энтеро-энтероанастомоза можно «проскочить» и определить ее только при извлечении аппарата.



Рис.1. Схема проведения ДБЭ петли тощей кишки по Ру

2. Определение приводящей и отводящей петли тонкой кишки

Для отводящей петли характерно наличие желчи в просвете и антиперистальтическая волна со стороны слизистой оболочки (желчь и слизистая оболочка тонкой кишки как бы «наплывают» на аппарат). При продвижении энтероскопа в дистальные отделы кишки ниже энтеро-энтероанастомоза характерна нормальная перистальтика и меньшее количество желчи в просвете (желчь и слизистая оболочка «убегают» от аппарата). Если аппарат продвигать далее по кишке, то количество желчи уменьшается.

3. Осмотр петли тощей кишки с межкишечным соустьем по Брауну либо петли по Ру

Продвижение энтероскопа в петлю тощей кишки в ряде случаев затруднено из-за наличия спаечного процесса после неоднократных оперативных вмешательств. В ситуациях, когда имеется острый угол энтеро-энтероанастомоза, успехом полного осмотра петли по Ру является по возможности наибольшее расправление этого угла путем подтягивания петли

энтероскопом при раздутом баллоне. Визуализация культи петли тощей кишки является точным критерием полного осмотра.

4. Эндоскопическая оценка зоны гепатикоюноанастомоза, канюляция и контрастирование желчных протоков

На расстоянии примерно 10 см от культи определяется устье гепатикоюноанастомоза, эндоскопический вид которого позволяет предположить наличие или отсутствие патологии.

При широком соустье исключается стриктура анастомоза и имеется возможность осмотреть долевые внутрипеченочные протоки с целью исключения их патологии и санации. Канюляция рубцово-суженного анастомоза катетером выполняется по проводнику.

Вводится около 10 мл контраста под давлением. Чтобы контраст не вытекал через гепатикоюноанастомоз, необходимо пациента разместить в положении Тренделенбурга, а также раздуть баллон на дистальном конце аппарата у края анастомоза и закрыть им устье. Производится рентгенограмма в прямой проекции.

При наличии соответствующего инструментария (аргоно-плазменная коагуляция, лазерное оборудование, баллонные катетеры, стенты) по показаниям можно выполнять баллонную дилатацию и стентирование стриктур, извлечение конкрементов.

Осложнения

Большие:

- кровотечения;
- перфорация кишки;
- острый панкреатит.

Малые:

- абдоминальный болевой синдром;
- боли в глотке;
- гипертермия;
- рвота.

Учитывая специфику исследования, осложнения могут быть связаны:

- с применением внешней трубы — осаднение слизистой оболочки, боли в глотке;
- с применением баллонов — аллергические реакции на латекс, перфорации патологически измененных участков тонкой кишки (рубцовые стенозы, язвы, опухоли), острый панкреатит (для его профилактики раздувать баллоны и подтягивать кишку рекомендуется только после прохождения связки Трейтца, чтобы не оказывать давление на фатеров сосочек или головку поджелудочной железы);
- с введением эндоскопа в глубокие отделы тонкой кишки при спаечном процессе брюшной полости — насильственное продвижение аппарата увеличивает риск перфорации;
- с проведением эндоскопических лечебных мероприятий — перфорация, кровотечение.

Описаны случаи респираторных осложнений (аспирационная пневмония) вследствие седации. Абдоминальный болевой синдром может быть связан с инсуффляцией большого количества воздуха и растяжением тонкой кишки или ее брыжейки.

При адекватном установлении показаний к проведению исследования и последовательном соблюдении методики, осложнения, как правило, не развиваются. Гипертермия, рвота, болевой синдром ликвидируются консервативными мероприятиями.