

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Военный госпиталь, государственная пограничная служба АР, г. Баку,  
Республика Азербайджан

**Цель.** Оценить эффективность применения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии при лечении заболеваний билиарной системы.

**Материал и методы.** За период с 2006 по 2011 гг. было произведено 175 эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ) и 159 эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Использовались все виды папиллотомии: канюляционная (полная, неполная), игольчатая (pre-cut, фистулотомия).

**Результаты.** Эффективность ЭРХПГ составила 92,7%. При невозможности атравматично канюлировать Фатеров сосочек и попасть в желчную систему, применяли неполную игольчатую или pre-cut папиллотомию. Процент осложнений составил – 8,9%. Наибольший процент осложнений наблюдался при операции ЭПСТ-pre-cut (16,7%) с использованием игольчатого электрода, обеспечивающего доступ в холедох в процессе затрудненной канюляции. В 12 неудачных случаях канюлизации холедоха удалось достичь положительных результатов с использованием игольчатого электрода.

**Заключение.** Результаты анализа эффективности эндоскопических процедур указывают на высокую разрешающую способность метода ЭРХПГ (96,5%) и она является «золотым стандартом» при лечении внепеченочных патологий. Эндоскопическая папиллотомия имеет высокую результативность, достигающую 98,7%.

*Ключевые слова:* патология билиарной системы, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия

**Objectives.** To evaluate the efficiency of the endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic papillosphincterotomy at treatment of the biliary system diseases.

**Methods.** During the period from 2006 to 2011, 175 endoscopic retrograde cholangiopancreatographies (ERCP) and 159 endoscopic papillosphincterotomies (EPST) were performed. All kinds of papillotomy were used: cannulation (complete, incomplete), needle (pre-cut, fistulotomy).

**Results.** The effectiveness of ERCP composed 92,7%. When it was impossible to carry out cannulation of Vater papilla and to reach the biliary system without trauma, we used needle or incomplete pre-cut papillotomy. Complication rate made up 8,9%. The highest percentage of complications was observed during the operation of EP-pre-cut (16,7%) with the needle electrode providing access to the common bile duct in the process the hindered cannulation. In 12 cases of the failed bile duct cannulation we managed to achieve positive results using a needle electrode.

**Conclusions.** The result analysis of the endoscopic procedures effectiveness indicates a high resolution capability of ERCP method (96,5%), and it is the «gold standard» at treatment of extrahepatic pathologies. Endoscopic papillotomy has high effectiveness amounting to 98,7%.

*Keywords:* biliary system pathology, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic papillosphincterotomy

**Novosti Khirurgii. 2012; Vol 20 (5): 128-131**

**Efficiency of endoscopic retrograde cholangiopancreatography and papillosphincterotomy at treatment of biliary system diseases**

**K.R. Yusif-Zade**

### Введение

Данные многих авторов [1, 2] свидетельствуют, что весьма ценным диагностическим методом при желтухе неясного происхождения является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). При наличии камней в магистральных желчных протоках достоверность ЭРХПГ достигает 97,5% [3, 4]. Являясь быстрым и сравнительно безопас-

ным методом ЭРХПГ особенно эффективна при поражениях дистального отдела холедоха, наличии ранее наложенных билиодигестивных анастомозов, а также при хроническом панкреатите [3, 5]. Помимо диагностики ЭРХПГ дает возможность проводить множество хирургических манипуляций.

**Цель:** оценить эффективность применения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папил-

лосфинктеротомии при лечении заболеваний билиарной системы.

### Материал и методы

За период с 2006-го по 2011 гг было произведено 175 ЭРХПГ и 159 ЭПСТ (эндоскопическая папиллосфинктеротомия) (таблица 1). В таблице приводится распределение пациентов по нозологическим формам.

Методика проведения ЭРХПГ. После соответствующей подготовки пациенту, лежащему на левом боку под дугой рентгеновского аппарата, вводился эндоскоп до уровня нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК). ЭРХПГ проводили с применением следующих манипуляций поэтапно:

- а) дуоденоскопия;
- б) канюляция большого дуоденального сосочка (БДС);
- в) подача контрастного препарата в точные системы.

В отделении эндоскопии специально сконструированная операционная ЭРХПГ была оснащена полным комплектом эндоскопической аппаратуры и инструментария, а также передвижным хирургическим рентгеновским аппаратом. Для канюляции полости дуоденального сосочка использовались канюли с кончиками различных диаметров: стандартный катетер или при очень узкой папилле использовался тонкоконечный катетер фирмы «Olympus». Для прочищения полости холедоха использовался баллонный экстрактор объемом 2,5-2,8 мл. Для папиллотомии использовались папиллотомы 2 типов:

- а) тип Эрлангера – в виде тетивы лука;
- б) игольчатый – в виде иглы.

Использовались все виды папиллотомии: канюляционная (полная, неполная), игольчатая (pre-cut, фистулотомия). Очищение холедоха баллонным экстрактором было осуществлено у 109 (96,5%) из 113 пациентов при наличии холедохолитиаза. Для удаления крупных камней применялся механический лито-

Таблица 1

### Структура прошедших эндоскопические обследования пациентов по нозологическим формам

Нозологические формы	Количество пациентов абс.
Папиллостеноз (изолированный)	23
Холедохолитиаз	113
Киста общего желчного протока	1
Склерозирующий холангит	1
Стриктура общего желчного протока	10
Ятрогенные повреждения желчных протоков	2
Гнойный холангит	7
Новообразования БДС	6
Холангиокарцинома	8
Новообразования головки поджелудочной железы	4
<b>Всего</b>	<b>175</b>

триптор.

Проведение эндопротезов в холедохах выше препятствия при опухолевых поражениях было осуществлено у 5 пациентов. При наличии расширенного расширения проточной системы и при гнойных холангитах применялось назобилиарное дренирование (НБД).

### Результаты и обсуждение

В последние годы все большее предпочтение отдается ЭПСТ как операции выбора у пациентов с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, стенозом БДС, осложненными механической желтухой, холангитом [6, 7].

В таблице 2 представлены данные, отражающие результаты диагностики и лечения, число повторных процедур.

Эффективность ЭРХПГ, по нашим данным, составила 92,7%, что согласуется с литературными данными [2, 8].

При невозможности атравматично канюлировать Фатеров сосочек и попасть в желчную систему, мы применяли неполную иголь-

Таблица 2

### Результаты и количество повторных процедур

Тип исследования и/или лечения	Общее число пациентов	Общее число манипуляций	Общее число повторных манипуляций	Число пациентов с успешным результатом абс.ч. (%)
Диагностическая ЭРХПГ	16	16	–	16 (100)
ЭПСТ	4	4	–	4 (100)
ЭРХПГ+ЭПСТ	159	171	12	157 (98,7)
<b>Всего</b>	<b>179</b>	<b>191</b>	<b>12</b>	<b>177</b>

Примечание: ЭП – эндоскопическая папиллотомия

чатую или pre-cut папиллотомию, т.е. производили небольшой разрез крыши БДС от устья, после чего ведение повторной папиллотомии значительно облегчалось.

Данные таблицы 3 показывают, что процент осложнений (8,9%) невысок и совпадает с литературными данными [5, 9], особенно, если учесть, что пациенты, в основном, поступают в запущенном состоянии.

Необходимо отметить, что в процессе ЭРХПГ без папиллотомии возможно возникновение осложнений, в основном, это постманипуляционный панкреатит и холангит, вследствие заноса инфекции. В наших наблюдениях все осложнения были устранены терапевтическим путем.

Применение эндоскопической папиллотомии для разрешения патологического состояния является более серьезным вмешательством и может чаще приводить к возникновению осложнений. Из осложнений ЭПСТ в 4 (2,5%) наблюдениях имело место кровотечение из папиллотомной раны различной интенсивности, остановленное коагуляцией и инъекциями раствора адреналина. Дополнительных диагностических и лечебных вмешательств не потребовалось. В 6 (3,8%) наблюдениях развился реактивный панкреатит, который был купирован консервативными мероприятиями. Перфораций кишечника не было. Наибольший процент осложнений наблюдался при операции ЭПСТ-pre-cut – 2 (16,7%) с использованием игольчатого электрода, обеспечивающего доступ в холедох в процессе затрудненной канюляции. Частые осложнения обусловлены тем, что контролировать погружение иглы-электрода вглубь ткани иногда не представляется возможным, в результате чего вероятность перфорации, кровотечения и развития панкреатита увеличивается. По нашим данным, в 12 неудачных случаях канюлизации холедоха удалось достичь положительных результатов с использованием игольчатого электрода.

Операция ЭРХПГ+ЭПСТ – это стандартное сочетание операций с частотой осложне-

ний в пределах 7-10%.

Наиболее частым осложнением является панкреатит, далее холангит, кровотечение, перфорация ретродуоденальной складки, а вклинение камня – наиболее редко встречающееся осложнение. Для уменьшения вероятности возникновения осложнений мы рекомендуем избегать одномоментного, затяжного манипулирования, а использовать принцип непродолжительного вмешательства с применением положительной пошаговой динамики и повторением операции в улучшенном состоянии пациента. А при обнаружении патологических изменений, когда невозможна ликвидация обструкции (опухоль, крупный камень) обязательно нужно стремиться провести стент или катетер для назобилиарного дренирования выше препятствия.

### Выводы

1. Результаты анализа эффективности эндоскопических процедур указывают на высокую разрешающую способность метода ЭРХПГ (96,5%) и она является «золотым стандартом» при лечении билиарной патологии.

2. Эндоскопическая папиллотомия имеет высокую результативность, достигающую 98,7%.

3. Использование игольчатого электрода способствует повышению эффективности операции при условии выполнения данной процедуры квалифицированным специалистом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ничитайло М. Е. Минимальноинвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Ничитайло, В. В. Грубник. – К. : Здоровье, 2005. – 424 с.
2. ASGE guideline: the role of ERCP in diseases of the biliary tract and the pancreas / D. G. Adler [et al.] // *Gastrointest Endosc.* – 2005. – Vol. 62, N 1. – P. 1–8.
3. К выбору тактики лечения холедохолитиаза / В. Н. Егиев [и др.] // *Эндоскоп. хирургия.* – 2000. – № 6. – С. 13–15.
4. Ермаков Е. А. Миниинвазивные методы лечения

Таблица 3

Частота и вид осложнений в зависимости от типа эндоскопической процедуры

Вид эндоскопической процедуры	Количество пациентов	Осложнение						всего
		кровотечение	перфорация	панкреатит	холангит	вклинение камня	Анестезиологические осложнения	
Диагностическая ЭРХПГ	16	–	–	3	–	–	2	5
ЭПСТ-pre-cut	12	2	–	–	–	–	–	2
ЭРХПГ+ЭПСТ	147	2	–	6	–	–	9	17
всего	175	4	–	9	–	–	11	24

желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков / Е. А. Ермаков, А. Н. Лищенко // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2003. — № 6. — С. 68–74.

5. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study / E. Masci [et al.] // Am J Gastroenterol. — 2001. — Vol. 96, N 2. — P. 417–23.

6. Needle-knife papillotomy: a safe and effective technique in experienced hands / P. Katsinelos [et al.] // Hepatogastroenterology. — 2004. — Vol. 51, N 56. — P. 349–52.

7. Linder S. Factors influencing the use of precut technique at endoscopic sphincterotomy / S. Linder, C. Söderlund // Hepatogastroenterology. — 2007. — Vol. 54, N 80. — P. 2192–97.

8. Руководство по хирургии желчных путей / под

ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. — М. : Видар, 2009. — 560 с.

9. Complications of ERCP / J. S. Mallery [et al.] // Gastrointest Endosc. — 2003. — Vol. 57, N 6. — P. 633–38.

#### Адрес для корреспонденции

AZ 1072, Республика Азербайджан,  
г. Баку, Наримановский р-н,  
ул. Фатали Хан Хойски 99,  
Военный госпиталь,  
государственная пограничная служба АР,  
тел. раб.: +99412-564-59-38,  
e-mail: yusifzadekr@yahoo.com,  
Юсиф-заде Кенан Рафаэль оглы

#### Сведения об авторах

Юсиф-заде К.Р., к.м.н., начальник военного госпита-

ля государственной пограничной службы АР.

*Поступила 15.05.2012 г.*