

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕТРОГРАДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

МБУЗ «Городская клиническая больница № 2»,
Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение (МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»),
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2.
E-mail: Krasnodar-endoscopy@yandex.ru

Нами проанализированы возможности и эффективность эндоскопических ретроградных вмешательств в диагностике и лечении пациентов с патологией панкреатобилиарной зоны в условиях муниципального многопрофильного лечебно-диагностического учреждения за период 2008–2011 гг. Общее количество пациентов составило 1063 человека.

Ключевые слова: РХПГ, холедохолитиаз, желчнокаменная болезнь, эндоскопические чреспапиллярные вмешательства.

S. A. GABRIEL, V. Yu. DYNKO, V. V. GOLFAND

ENDOSCOPIC THROUGH THE PAPILLARY INTERVENTIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH THE PATHOLOGY OF PANCREATICO-BILIARY AREA

Municipal budget health care facility city hospital № 2,
Krasnodar municipal medical diagnostic association (MBHCF CH № 2 «KMMDA»),
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partizan, 6/2. E-mail: Krasnodar-endoscopy@yandex.ru

We analyzed the capabilities and effectiveness of endoscopic through the papillary interventions in diagnosis and treatment of patients with the pathology of pancreatobiliary area in the municipal multidisciplinary treatment and diagnostic facilities for 2008–2011. The total number of patients was 1063.

Key words: ERCP, choledocholithiasis, gallstone disease, endoscopic through the papillary interventions.

Введение

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства, внедренные в клиническую практику в 70-х годах прошлого столетия, произвели практически переворот в лечении больных с патологией панкреатобилиарно-дуоденальной зоны [1, 6, 7, 9].

Постепенно совершенствовались аппаратура и ин-струментарий, накапливался большой опыт в лечении этой категории больных. Все это позволило значительно расширить спектр и возможности транспапиллярных операций. От стандартной диагностической дуоденоскопии транспапиллярная эндоскопия перешла к сложным хирургическим вмешательствам на протоковых структурах и большом дуоденальном сосочке (БДС): стентированию, бужированию, различным видам литотрипсии и литоэкстракции конкрементов [1, 2, 4, 7, 8, 10, 11].

В настоящее время накоплен большой опыт выполнения транспапиллярных вмешательств в различных специализированных клиниках мира с достаточно хорошими, хотя и довольно вариабельными результатами. Так, по данным разных авторов, частота эффективности транспапиллярных вмешательств составляет от 45% до 98%, осложнения колеблются от 1% до 37% [1, 2, 3, 5, 9].

Целью нашей работы было проанализировать эффективность эндоскопических транспапиллярных вмешательств, выполняемых в условиях нашей клиники.

Материалы и методы

Проведен антеградный анализ транспапиллярных вмешательств у больных, проходивших обследование и лечение в условиях МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» г. Краснодара за период 2008–2011 гг. Общее количество па-

циентов составило 1063 человека (394 (37%) мужчины, 669 (63%) женщин).

Результаты

Средний возраст больных составил $52 \pm 1,2$ года, в связи с чем определяется выраженность сопутствующей патологии, большая часть из которой представлена патологией сердечно-сосудистой системы, иногда сочетанного характера [ишемическая болезнь сердца – 402 пациента (37,8%), гипертоническая болезнь – 543 пациента (51%), хроническая сердечная недостаточность – 485 пациентов (45,6%)].

Мы проанализировали вид и количество патологии, по поводу которой выполнялись транспапиллярные вмешательства: холедохолитиаз в сочетании с холецистолитиазом – 344 (30%), холедохолитиаз после холецистэктомии – 168 (14,7%), хронический осложненный панкреатит (в основном кисты различной локализации) – 161 (14%), ретроградные холангиопанкреатографии (РХПГ), выполненные с диагностической целью при выявленном на трансабдоминальном УЗИ расширении холедоха без установленного генеза – 156 (13,6%), острый панкреатит, панкреонекроз – 54 (4,7%), рак поджелудочной железы – 51 (4,5%), рак БДС – 24 (2%), рак холедоха – 24 (2%), рак желчного пузыря или печени – 12 (1%), киста холедоха – 2 (0,2%), стриктуры холедоха в результате ятрогенного повреждения или других операций на холедохе – 50 (4,4%), подозрение на холедохолитиаз при трансабдоминальном УЗИ (не подтвердившееся при РХПГ) – 98 (8,6%).

Около половины пациентов (44,7%) – больные с холедохолитиазом, 9,5% – с онкологической патологией. Интересными оказались еще две цифры: 156 больным

(13,6%) РХПГ выполнялось с диагностической целью при выявленном на трансабдоминальном УЗИ расширении холедоха без установленного генеза. Мы считаем, что эта группа должна максимально приближаться к нулю, а в диагностическом алгоритме этих больных должны присутствовать менее инвазивные и более безопасные методы диагностики, такие как эндоскопическое УЗИ или магнитно-резонансная томография. У 98 больных (8,6%) выявлена гипердиагностика холедохолитиаза при трансабдоминальном УЗИ, в связи с чем им выполнялись транспапиллярные вмешательства. При эндоскопической ревизии конкрементов выявлено не было. У 81 (7,6%) пациента имелась сочетанная патология (стриктура + холедохолитиаз, рак + холедохолитиаз и др.), подтвержденная или впервые выявленная при транспапиллярном вмешательстве.

В нашей группе у 506 больных (47,6%) имелось осложнение основного заболевания в виде механической желтухи, у 9,2% (98 больных) отмечался острый панкреатит, и 4,1% (44 больных) имели гнойный холангит.

Дивертикулы были выявлены у 155 больных (13,5%). Причем у 109 больных (9,5%) отмечены парапипиллярные дивертикулы, а у 46 больных (4%) – интрадивертикулярное расположение БДС.

В арсенале транспапиллярной хирургии нами использовался практически весь спектр эндоскопических вмешательств: эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) – типичная, атипичная, типичная по струне; эндоскопическая литотрипсия [механическая (ЭМЛТ) и электрогидравлическая (ЭГЛТ)]; механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ); назобилиарное дренирование (НБД); транспапиллярное (билиарное и панкреатическое) стентирование; биопсия и браш-биопсия из большого дуоденального сосочка и протоковых структур; бужирование и дилатация протоковых структур.

В нашей группе ЭПТ выполнялось 952 раза у 852 больных (80,2%). Мы проанализировали соотношение типичной и нетипичной ЭПТ. Самостоятельных канюляционных ЭПТ у нас было 360 случаев (37,8%). В остальных случаях (62,2%) ЭПТ начинали нетипичным способом: или это была только нетипичная ЭПТ (адекватный разрез торцевым папиллотомом был у 384 больных – 40,3%), или комбинированная (разрез дополнен канюляционным папиллотомом у 208 больных – 21,9%).

Механических литоэкстракций выполнена 561, механических литотрипсий – 54. В сложных клинических случаях с 2010 года у нас есть возможность выполнения контактной электрогидравлической литотрипсии. Таких вмешательств было выполнено 8.

С целью временной или постоянной желчной декомпрессии нами активно используется эндоскопическое стентирование холедоха пластиковыми или металлическими саморасширяющимися стентами. Всего стентирований было выполнено 132.

При хронических осложненных панкреатитах, рубцовых изменениях вирсунгова протока, сопровождающихся гипертензией, выполняем транспапиллярное стентирование вирсунгова протока. Данное вмешательство выполнено у 5 больных.

При рубцовых стриктурах холедоха мы имеем весь необходимый инструментарий для выполнения бужирования или баллонной дилатации холедоха. Всего таких вмешательств выполнено 17.

При подозрении на онкологические заболевания с целью верификации диагноза выполняем биопсию из большого дуоденального сосочка или браш-биопсию

со слизистой оболочки протоковых структур. Биопсий большого дуоденального сосочка выполнено 27, браш-биопсий – 22.

Таким образом, общее количество транспапиллярных вмешательств составило 3122.

Мы проанализировали этапность эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

В 1 этап эндоскопические вмешательства выполнены у 799 больных (75,2%). В 2 этапа – у 166 больных (15,6%). В 3 и более этапов – у 98 больных (9,2%). Многоэтапность эндоскопического вмешательства (3 и более) в основном была связана с наличием крупных или фиксированных конкрементов в холедохе, потребовавших неоднократных этапов механической литотрипсии и (или) литоэкстракции. Таких пациентов было 56 (57%). Также основной причиной многоэтапных вмешательств были: интрадивертикулярное расположение БДС – 8 больных, атипичное расположение БДС – 12, стриктуры холедоха – 14, попытка вирсунголитоэкстракции – 3 больных.

У 49 больных (4,6%) наши вмешательства оказались неэффективными.

Анализируя причины неудавшихся эндоскопических вмешательств, можно сказать, что более половины случаев связано с невозможностью литоэкстракции конкрементов холедоха (55,2%).

Проанализированы количество и виды осложнений после наших вмешательств: острый, РХПГ-индуцированный панкреатит с клинической симптоматикой, потребовавший проведения интенсивной терапии, был отмечен у 32 пациентов. В 12 случаях отмечалось кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Все случаи остановлены эндоскопически и медикаментозно. В двух случаях отмечалась ретродуоденальная перфорация: в одном случае отмечался разрыв интрамуральной части холедоха при механической литоэкстракции конкремента в диаметре до 1,0 см (больная была оперирована в этот же день, выписана на 14-е сутки с выздоровлением), в другом случае ретродуоденальная перфорация связана с ЭПТ, проведен курс консервативной терапии, больная выписана с выздоровлением. Амилаземия (до трех норм), без клинических проявлений, не потребовавшая интенсивного лечения в условиях реанимации, была зафиксирована у 271 больного (25,5%).

Таким образом, в данной группе больных (1063 пациента) эффективными (цель вмешательства достигнута) наши вмешательства оказались у 1014 пациентов (95,4%), неэффективными (неудачными) – у 49 пациентов (4,6%). Осложнения имели место у 46 пациентов (4,3%).

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются важным и необходимым звеном в лечении и диагностике пациентов с заболеваниями панкреатобилиарно-дуоденальной зоны с высокой степенью эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С., Луцевич О. Э. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: ИМА-пресс, 1996. – С. 144.
2. Балалыкин А. С. ЭРХПГ, ЭПТ и чреспипиллярные операции – успехи и проблемы // Третий Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сборник тезисов / Под редакцией проф. Ю. И. Галлингера – М., 1999. – С. 22–24.
3. Брискин Б. С., Демидов Д. А., Иглев В. П. Опыт эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке при патологии холедоха и профилактика их осложнений // Материалы

Российского симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М., 1998. – С. 29–30.

4. Бойко В. В., Криворучко И. А., Тищенко А. М. и др. Принципы лечения острого билиарного панкреатита // 7-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сборник тезисов / Под ред. проф. Ю. И. Галлингера. – М., 2003. – С. 49–51.

5. Дадаев М. В., Крапивин Б. В., Слесаренко А. С. и др. Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии // Материалы Российского симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М., 1998. – С. 41–42.

6. Крендаль А. П., Цациниди К. Н., Галлингер Ю. И. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у больных острым холециститом с поражением общего желчного протока // Хирургия. – 1989. – № 7. – С. 62–66.

7. Харченко В. П., Синев Ю. В., Серов Р. А. и др. Новые технологии в эндоскопической папиллосфинктеротомии // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 5. – С. 27–30.

8. Disario J. A., Freeman M. L., Bjorkman D. J. et al. Endoscopic balloon dilation vs sphincterotomy (edes) for bile duct stone removal // Digestion. – 1998. – V. 59. (suppl. 3). – P. 26.

9. Dobosz M., Babicki A., Dobrowolski S. et al. Emergency endoscopic papillotomy in biliary acute pancreatitis // Endoscopy. – 1999. – V. 31. (suppl. 1). – P. 102.

10. Nowak A., Kohut M., Marek T. A. et al. Microlithiasis of common bile duct in patients with acute biliary pancreatitis (abp) – the cause or the result of the disease? // Endoscopic and related abstracts of the 6th united European gastroenterology week. Birmingham. October 18–23 // Endoscopy. 1997. – V. 28. – P. 1255–1262.

11. Siegel J. H., Cohen S. A., Kasmin F. E. Sphincterotomy techniques // Professional communications, Inc. – 1997. – P. 42.

Поступила 17.02.2013

**Н. И. ГЛУШКОВ, А. В. СКОРОДУМОВ, М. Г. САФИН,
Ю. А. ПАХМУТОВА, А. А. СУББОТИН, А. В. ГУРИНА, И. И. БЕЛЬСКИЙ**

ВЫБОР МАЛОИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра общей хирургии государственного бюджетного общеобразовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.
Тел. 8-921-918-42-78. E-mail: yulia299@mail.ru*

Изучены результаты обследования и лечения 400 больных с острым панкреатитом с использованием современных малоинвазивных хирургических вмешательств (эндовидеохирургические, мини-лапаротомные, пункционно-дренирующие). Предложен дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства в зависимости от фазы острого деструктивного панкреатита. Такой подход позволяет снизить послеоперационную летальность с 27% до 16,5%, уменьшить количество осложнений с 28% до 17,1%.

Ключевые слова: острый панкреатит, малоинвазивная хирургия, лапароскопия, мини-лапаротомия, пункционно-дренирующие вмешательства.

**N. I. GLUSHKOV, A. V. SKORODUMOV, M. G. SAFIN, Yu. A. PAKHMUTOVA,
A. A. SUBBOTIN, A. V. GURINA, I. I. BELSKY**

CHOICE OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

*Department of general surgery State budget institution of higher education «North-Western state medical university named after I. I. Mechnikov» under the Ministry of public health of the Russian Federation,
Russia, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41. Tel. 8-921-918-42-78. E-mail: yulia299@mail.ru*

Results of examination and treatment of 400 patients with acute pancreatitis using modern minimally invasivesurgical procedures (laparoscopy, minilaparotomy, methods of punctions and draining) were studied. Differentiated approach for the choice of method of surgical treatment depending on phase of acute destructive pancreatitis was offered. This approach makes it possible to decrease postoperative mortality from 27% to 16,5%, number of complications from 28% to 17,1%.

Key words: acute pancreatitis, minimally invasive surgery, laparoscopy, minilaparotomy, punctions and draining.

Введение

За последние годы острый панкреатит выходит на первое место и составляет 41,9% от общего числа пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [3]. Летальность от острого

панкреатита колеблется в пределах 3–6%, а при его деструктивных формах достигает 20% [3, 4].

Несмотря на приоритет интенсивной консервативной терапии при лечении острого деструктивного панкреатита (ОДП), в различных фазах заболевания