

данных ситуациях диагностическую ясность может внести эндоскопическое назобилиарное дренирование с активной аспирацией желчи.

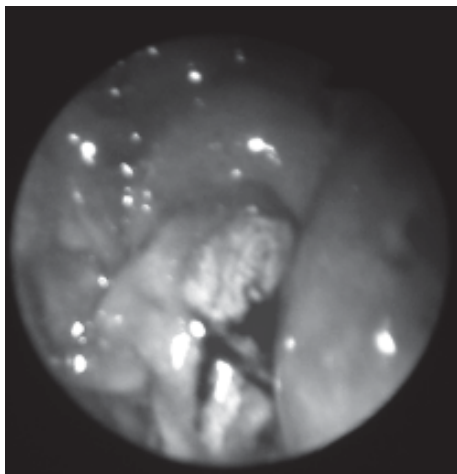


Рис. 1. Постоянная форма гемобилии (дуоденоскопическая диагностика).

МЕТОДИКА

С целью диагностики транзиторной гемобилии проводилась эндоскопическая папиллотомия без рассечения сфинктера Одди, после чего устанавливался назобилиарный дренаж, через который проводилась активная аспирация желчи. По появлению крови в дренаже диагностировалась гемобилия, для дополнительной диагностики источника гемобилии проводилось ретроградное контрастирование через назобилиарный дренаж желчных протоков с выявлением их дефектов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основная проблема диагностики с помощью назобилиарного дренирования — необходимость в проведении эндоскопической папиллотомии. Это вызвано возможностью блокады устья главного панкреатического протока стенкой назобилиарного дренажа, провоцирующего развитие острого панкреатита, при установке дренажа через интактный фатеров сосочек. При создании боковых перфораций

на уровне контакта назобилиарного дренажа с устьем главного панкреатического протока возможно поступление желчи через них в двенадцатиперстную кишку и соответствующая гиподиагностика рассматриваемого синдрома. Рассечение сфинктера большого дуоденального сосочка для проведения назобилиарного дренажа в подобных ситуациях не требуется, поэтому папиллотомия должна проводиться максимально осторожно до визуализации устья главного панкреатического протока. После возникшего в результате папиллотомии разобщения устьев панкреатического и общего желчного протоков поводится назобилиарное дренирование. Назобилиарный дренаж при этом целесообразно проводить до уровня ворот печени и даже на 2—3 см выше с учетом незначительной дислокации его в двенадцатиперстную кишку. Фиксация дренажа в желчных протоках может осуществляться как зазубринами, так и изменением кривизны его дистального участка. Для ускорения диагностического результата оправдано создание активной аспирации через наружное отверстие назобилиарного дренажа. Наблюдение обычно осуществляется в течение 2—3-х суток.

По данному показанию автором осуществлено в течение 10 лет 8 процедур назобилиарного дренирования при подозрении на транзиторную гемобилию как причину поступления крови в ДПК (в данных наблюдениях фиброгастроскопия не позволяла обнаружить источник кровотечения). В 5 наблюдениях (62,5 %) была диагностирована транзиторная гемобилия при динамическом наблюдении за содержимым назобилиарного дренажа в течение пяти суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведение назобилиарного дренирования может служить эффективным методом диагностики гемобилии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитов Г.Н. К вопросу о гемобилии / Г.Н. Акжигитов // Хирургия. — 1969. — №3. — С. 104.
2. Kar P. Diagnosis of haemobilia by endoscopy / P. Kar, M.P. Sharma, N. Singh // Brit. J. Surg. — 1983. — N 3. — P. 186.

УДК 616.367:616-072.1-06

В.В. Юрченко, Е.А. Ильичева

МЕХАНИЗМЫ РЕТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Авторами исследованы механизмы ретродуоденальной перфорации, возникающие при проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии, обнаружены анатомические предпосылки для возникновения данного осложнения и технические погрешности оператора, лежащие в его основе.

Ключевые слова: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, постпапиллотомические осложнения, ретродуоденальная перфорация, общий желчный проток

MECHANISMS OF RETRODUDENAL PERFORATION AT ENDOSCOPIC INTERVENTIONS ON THE TERMINAL PART OF THE COMMON BILE DUCT

V.V. Yurchenko, E.A. Ilyichiova

City Clinical Hospital N 6 named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk

The authors studied mechanisms of retrodudenal perforation occurring at carrying out endoscopic papillosphincterotomy. Anatomy preconditions for this complication occurrence and technical mistakes of the surgeon laying in its basis were revealed.

Key words: endoscopic papillosphincterotomy, post-papillotomy complications, retrodudenal perforation, common bile duct

В настоящее время механизмы ретродуоденальных перфораций, возникающих при проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и инструментальной ревизией гепатикохоледоха, являются малоизученными [1, 2]. Это связано с достаточно редким возникновением их возникновением [1–3] и отсутствием фото- и видеодокументированной эндоскопической интервенции, позволяющего определить конкретные действия оператора, явившихся причиной ретродуоденальной перфорации.

Целью настоящей работы явилось определение механизмов ретродуоденальных перфораций, анатомических предпосылок к ее возникновению и рентгенологических симптомов.

МЕТОДИКА

Клинические исследования проведены у 1200 пациентов, которым проведены ЭПСТ, эндоскопические литоэкстракции конкрементов желчных протоков (488 пациентов — 40,67 %) и эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) (511 пациентов — 42,58 %). Всем пациентам проводились развернутый, биохимический анализ крови, ультразвуковое лоцирование органов брюшной полости. 708 пациентам (59 %) ЭПСТ проведено по поводу стеноза большого дуоденального сосочка (БДС), 351 (29,25 %) пациенту — по поводу холедохолитиаза, 141 пациенту (11,75 %) по поводу злокачественных новообразований области гепатодуоденальной связки, осложненных механической желтухой (101 пациенту (8,42 %) с данной патологией проведено эндопротезирование гепатикохоледоха). 770 пациентам (64,17 %) проводилось фотодокументирование основных этапов интервенций с помощью цифрового фотоаппарата фирмы «Олимпус» модели С-60 и видеоприставки той же фирмы. Для проведения интервенций использовались эндоскопы, диатермокоагуляторы, катетеры и корзинки фирм «Олимпус» и «Пентакс», также папиллотомы и эндопротезы собственной модификации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из всех пациентов, подвергнутых анализу, у 330 (27,5 %) больных (первая группа) ЭПСТ проведена без технических сложностей, у 221 (18,42 %) больных (вторая группа) имели место сложности с селективной канюляцией общего желчного протока (ОЖП) и 649 (54,08 %) больным (третья группа) для достижения селективной канюляции ОЖП было прове-

дено предрассечение БДС торцевым папиллотомом собственной модификации. Ретродуоденальные перфорации возникли у 7 пациентов (0,58 %), причем четверо пациентов (0,33 %) относились к 2-й группе и трое (0,25 %) — к третьей. Какой-либо взаимосвязи возникновения ретродуоденальных перфораций с клиническими (характер и запущенность патологии, возраст, пол, сопутствующие заболевания гепатодуоденальной области — в особенности, парафателлярные дивертикулы, деформация двенадцатиперстной кишки) и лабораторно-инструментальными показателями (размеры конкремента и уровень холангиоэктазии, уровень билирубинемии) не обнаружено. У двух пациентов с возникшей РДП из третьей группы при предрассечении БДС торцевым папиллотомом имел место срыв электрода папиллотомом с его поверхности с формированием диатермотравмы стенки двенадцатиперстной кишки (рис. 1–2), при этом данные диатермотравмы у прочих пациентов третьей группы встречались в 2 наблюдениях (0,31 % по отношению к количеству пациентов третьей группы и 0,17 % к всем пациентам). У оставшегося пациента с ретродуоденальной перфорацией из третьей группы и у 4-х пациентов с аналогичными осложнениями из второй встречались глубокие складки стенки терминального отдела ОЖП (рис. 3–4), встречавшиеся у пациентов из первой группы в 3 наблюдениях (0,91 % по отношению к количеству пациентов в первой группе и 0,25 % — ко всем пациентам), у пациентов второй группы — в 8 наблюдениях (3,62 % по отношению к количеству пациентов во второй группе и 0,67 % — ко всем пациентам) и у пациентов третьей группы в 22 наблюдениях (3,39 % по отношению к количеству пациентов во второй группе и 1,83 % — ко всем пациентам). У данного пациента с ретродуоденальной перфорацией из третьей группы и у одного пациента из второй проводилась инструментальная ревизия гепатикохоледоха с целью литоэкстракции, причем при возникновении сложностей с раскрытием корзинки по ней вводился рентгенконтрастный препарат с формированием размытой тени в подпеченочном пространстве. Данные пациенты и пациенты с ретродуоденальными перфорациями в следствие срыва торцевого папиллотомом были оперированы по поводу флегмоны забрюшинного пространства, причем пациенты с введением рентгенконтрастного препарата в забрюшинное пространство на вторые сутки проведения эндоскопической интервенции из-за ма-

нифестирующей клиники осложнения, а пациенты с ретродуоденальными перфорациями вследствие срыва торцевого папиллотомы через 5 и 7 суток соответственно.

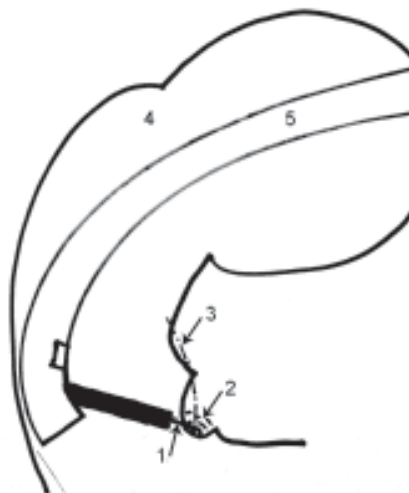


Рис. 1. Механизм диатермотравмы стенки ДПК при срыве торцевого папиллотомы (1) с поверхности БДС (2). Траектория неконтролируемого движения электрода (3) отмечена пунктирной линией. 4 – ДПК; 5 – дуоденоскоп.

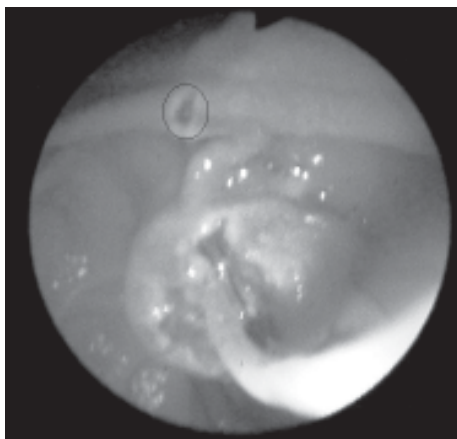


Рис. 2. Эндоскопическая картина диатермотравмы (1) стенки ДПК при срыве торцевого папиллотомы. БДС (2) заканюлирован демлинговым папиллотомом (3).

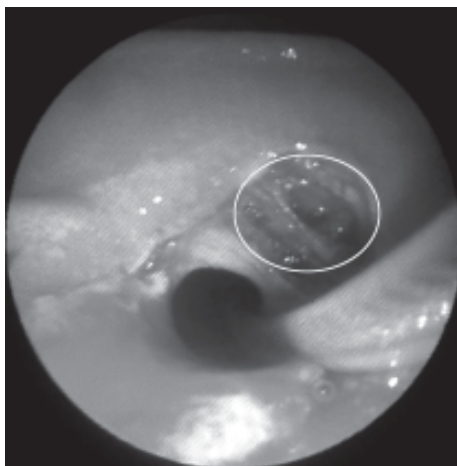


Рис. 3. Устье холедоха с введенной в него корзинкой для литоэкстракции (овалом обведена складка терминального отдела холедоха).

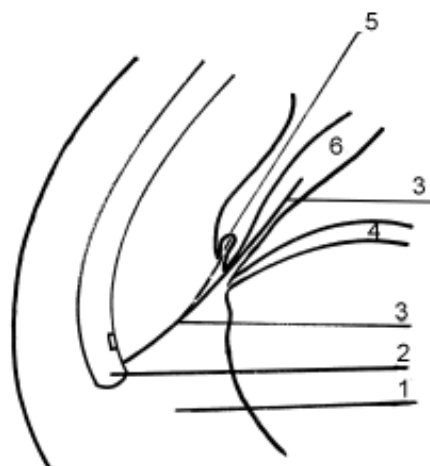


Рис. 4. Механизм ретродуоденальной перфорации при чрезмерном давлении папиллотомом (отмечен пунктиром) на карман (складку) (5) стенки терминального отдела ОЖП (6); 1 – ДПК; 2 – дуоденоскоп; 3 – папиллотом; 4 – ГПП.

Летальный исход отмечен в одном наблюдении (0,08 %) — у пациентки с забрюшинным введением рентгенконтрастного препарата. Из 3 пациентов с ретродуоденальными перфорациями через складки терминального отдела ОЖП флегмона забрюшинного пространства возникла в одном наблюдении (0,08 %) через 7 суток после возникновения ретродуоденальной перфорации.

ВЫВОДЫ

1. Возникновение ретродуоденальных перфораций при проведении эндоскопических вмешательств на терминальном отделе ОЖП реализуется по двум механизмам: за счет диатермотравмы двенадцатиперстной кишки при срыве торцевого папиллотомы во время предрассечения БДС и при попадании папиллотомы или корзинки для литоэкстракции в глубокие складки терминального отдела ОЖП во время выраженного давления на данный инструментарий.
2. Глубокие складки терминального отдела ОЖП встречаются в 3,5 раза чаще у пациентов техническими сложностями при селективной канюляции ОЖП.
3. При подозрении на ретродуоденальную перфорацию нецелесообразно введение рентгенконтрастного препарата, что отягощает течение осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин. — М.: ИМА-пресс, 1996. — 152 с.
2. Ретродуоденальные перфорации при эндоскопическом рассечении большого сосочка двенадцатиперстной кишки / Б.С. Брискин, П.В. Эктов, А.Г. Карцев и др. // Эндоскопическая хирургия. — 2003. — № 1. — С. 28–30.
3. Тарабрин В.И. Осложнения после эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном соске / В.И. Тарабрин, О.Ю. Пузакова // Осложнения эндоскопической хирургии: Сб. тр. Рос. симпоз. — М., 1996. — С. 121–123.