

О ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

А.Г. ФЕДОРОВ, С.В. ДАВЫДОВА

Кафедра хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, д. 8, Москва, Россия, 117198.

Медицинский факультет.

Широкое распространение лечебной ЭРХПГ при патологии органов билиопанкреатодуоденальной области, особенно в эру лапароскопической хирургии, сделало проблему снижения числа осложнений и летальности после транспапилярных вмешательств крайне актуальной. Описано применение ЭПСТ по проводнику в качестве технического приёма, снижающего количество послеоперационных осложнений и летальности. Исследованы результаты транспапилярных вмешательств у 300 пациентов с доброкачественной (255) и злокачественной (45) патологией органов билиопанкреатодуоденальной области. Послеоперационные осложнения отмечены в 4,7% случаев, летальность – 1%. ЭПСТ по проводнику выполнена у 53 больных, осложнений и летальности не отмечено, что позволяет рекомендовать методику для широкого применения.

Актуальность проблемы.

Эндоскопические транспапилярные операции на органах билиопанкреатодуоденальной зоны выполняются в течение тридцати лет и получили широкое распространение в последнее время – в эпоху лапароскопической хирургии. Однако, как и традиционные операции, эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке сопровождаются различными осложнениями, утяжеляющими состояние пациента и даже приводящими к летальному исходу – кровотечение из области папиллосфинктеротомии, острый постпапиллотомический панкреатит, ретродуоденальная перфорация, холангит и пр. Статистические данные отечественных и зарубежных авторов об уровне осложнений и летальности при выполнении транспапилярных вмешательств приведены в таблице.

Таблица

Автор	Осложнения	Летальность
Крендаль А.П. и соавт., 1989	13%	1,7%
Родионов В.В. и соавт., 1991	20,6%	4%
Брискин Б.С. и соавт., 1998	6,5%	0,9%
Дадаев Р.С. и соавт., 1998	5,9%	1,3%
Ревякин В.И. и соавт., 1998	4,2%	0,4%
Затевахин И.И. и соавт., 2000	3,9%	0%
Кондратенко П.Г. и соавт., 2001	3,8%	0,7%
Cotton P.B. et al., 1991	10%	Нет данных
Cotton P.B. et al., 1994	5,8%	0,2%
Freeman M.L. et al., 1996	9,8%	2,3%
Loperfido S. et al., 1998	4,0%	0,5%
Rabenstein T. et al., 1998	7,9%	0,6%
Howell D.A. et al., 2000	2,1%	0%

При анализе таблицы видна тенденция к снижению количества осложнений и летальности по мере накопления опыта вмешательств. Однако очевидным является продолжение работы в направлении профилактики осложнений после транспапилярных вмешательств.

Для предотвращения этих специфических осложнений предложено множество методов, как медикаментозных, так и технических. Это и применение соматостатина и его аналогов до и после вмешательства; достижение селективной канюляции протоков до момента контрастирования; использование канюляции протоков по проводнику, использование тока в режиме «резание» для уменьшения возможного отёка тканей и пр.

Одним из технических методов, снижающих риск развития послеоперационных осложнений, является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) по проводнику, заведённому в желчные протоки. Это позволяет правильно ориентировать режущую часть инструмента и избежать ненужной травмы окружающих тканей, а также

сохранять селективную канюляцию нужного протока и предотвращать возможное выпадение папиллотомы во время выполнения рассечения тканей. Данная методика начала использоваться с конца 80-х годов прошлого века и широко применяется за рубежом в настоящее время (R.D. Tucker, S.E. Silvis, 1989; S. Sherman, 1994; Cotton P.B. et al., 1994). При этом следует отметить, что использование канюляции по проводнику позволяет сократить время транспапиллярного вмешательства, а также выполнять кроме ЭПСТ другие манипуляции, такие как экстракция конкрементов, установка эндопротезов и назобилиарных дренажей.

Материал и методы.

Клиника хирургии Российского университета дружбы народов располагает опытом 346 ЭПСТ у 300 пациентов, находившихся на лечении в ГКБ № 64 в период с января 2000 г. по март 2003 г.

Среди пациентов было 245 женщин и 55 мужчин в возрасте от 23 до 98 лет (средний возраст – $67,1 \pm 10,5$ года).

Всем пациентам перед эндоскопическими вмешательствами выполнялась ультразвуковая томография органов брюшной полости. Применяемая в клинике методика осмотра брюшной полости во всех случаях позволила поставить показания к выполнению транспапиллярных эндоскопических вмешательств и большинство случаев выявляла патологию органов билиопанкреатодуоденальной зоны и уровень поражения. Во всех случаях диагноз подтверждался при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ).

Характер выявленной патологии: желчнокаменная болезнь и её осложнения – 246 пациентов, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны – 45 больных, изолированный стеноз папиллы – 9 пациентов.

Среди 246 больных с осложнениями желчнокаменной болезни было 194 пациента с сохранённым желчным пузырём и 52 пациента после перенесённой холецистэктомии (37 после открытой холецистэктомии и 15 – после лапароскопической).

Холедохолитиаз выявлен в 62 случаях, стеноз папиллы – в 95. Сочетание стеноза и холедохолитиаза отмечено у 89 пациентов. У 15 больных отмечено наличие вколоченного конкремента большого дуоденального сосочка. В 21 случае при поступлении имелись симптомы билиарного панкреатита.

Онкопатология была представлена опухолью головки поджелудочной железы (16), опухолью большого дуоденального сосочка (7), опухолью гепатикохоледоха (14) и опухолью ворот печени (8).

Сопутствующая патология в виде юкстапапиллярных дивертикулов выявлена у 56 пациентов (перипапиллярные – 27, парапапиллярные – 16, интрадивертикулярное расположение папиллы – 11, супрапапиллярные дивертикулы – 3).

В 86 случаях выявлены эндоскопические признаки холангита (гнойного – в 27, фибринозного – в 59).

Механическая желтуха при поступлении диагностирована у 130 пациентов.

Эндоскопические вмешательства производили с использованием дуоденоскопов JF-1T-30, TJF-10 (Olympus® Corp.), инструментария фирмы Olympus® Corp. и Wilson-Cook® Medical Inc. и струн-проводников фирмы Wilson-Cook® Medical Inc. (Tracer™ Metro).

Результаты и обсуждение.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена у всех 300 больных, у 46 из них – в два этапа. Сопутствующая вирсунготомия произведена у 38 больных (в 32 случаях из-за сопутствующего стеноза устья вирсунгова протока и у 6 пациентов – из-за расположения устья протока по краю разреза с целью профилактики постпапиллотомического панкреатита).

Экстракция конкрементов выполнена у 98 пациентов (в том числе у 9 с механической литотрипсией).

Назобилиарное дренирование выполнено у 28, эндопротезирование протоков – у 38 больных (у 7 – при доброкачественной патологии и у 31 – при опухолях).

После дуоденоскопических вмешательств отмечено 14 осложнений (4,7%):

- кровотечение из области ЭПСТ – 3 случая (1,0%) (пролечены консервативными мероприятиями – 2, одна пациентка оперирована – прошивание зоны ЭПСТ);
- острый панкреатит – 5 случаев (1,7%). При этом abortивное течение клиники панкреатита отмечено у 2 пациентов (0,7%). У 3 (1,0%) развилась клиническая картина панкреонекроза (2 пациента лечились консервативно, у 1 больной выполнена лапаротомия), отмечено 2 летальных исхода;
- перфорация 12-перстной кишки – 2 случая (0,7%), отмечен один летальный исход;
- перфорация желудка – 1 случай (0,3%);
- холангит – 1 случай (0,3%);
- разрыв слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода – 1 случай (0,3%).

Послеоперационная летальность составила 1,0% (3 больных).

В период с марта 2001 по март 2003 гг. у 53 пациентов выполнена ЭПСТ с использованием методики канюляции большого дуоденального сосочка и протоков по проводнику.

Среди этих больных было 44 пациента с осложнениями ЖКБ и 9 – с опухолями.

Сопутствующая патология в виде юктапапиллярных дивертикулов отмечена в 13 случаях (парапапиллярные – в 5, перипапиллярные – в 6 и интрадивертикулярное расположение папиллы – в 3 случаях).

Использовались два способа выполнения данного вмешательства.

В первом случае предварительно выполняли селективную катетеризацию желчных протоков канюлей для ЭРХПГ. Затем по катетеру проводилась струна, канюля удалялась. По струне проводился и устанавливался папиллотом. В случае затруднения при катетеризации папиллы канюлю проводили в желчные протоки по струне, предварительно проведённой через стенозированный участок, что значительно облегчало выполнение селективной канюляции.

Во втором случае канюляцию проводили непосредственно папиллотомом, по которому затем проводилась и устанавливалась струна-проводник.

После натяжения режущей струны производилась окончательная ориентация папиллотома, и выполнялась ЭПСТ дистальной третью струны на проводнике при использовании проводников с диэлектрическим покрытием (Tracer™ Metro фирмы Wilson-Cook® Medical Inc.). В случае применения металлического проводника последний непосредственно перед выполнением ЭПСТ убирался в просвет инструмента.

При выполнении ЭПСТ по проводнику отмечали большую стабильность положения инструмента, а также правильную ориентацию хода струны во время выполнения рассечения тканей, что особенно было заметно при проведении вмешательства в сложных анатомических условиях (дивертикулы, опухоли папиллы и пр.), а также при выраженных перистальтических движениях 12-перстной кишки. Это способствовало сохранению селективной канюляции и предотвращало возможность выпадения папиллотома в просвет двенадцатиперстной кишки.

Длина разреза зависела от протяжённости продольной складки и варьировала от 10 до 25 мм. Адекватность ЭПСТ контролировали по ряду признаков, таких как: поступление пузырьков воздуха из устья холедоха после рассечения, отсутствие натяжения тканей папиллы в виде свода на режущей струне, быстрая эвакуация контрастного вещества из желчных протоков, возможность проведения папиллотома с частично натянутой струной через вновь образованное устье в холедох.

Первая методика была применена в 49 случаях, вторая – в 4. То, что предпочтение отдавали первому варианту выполнения ЭПСТ, объяснялось тем, что катетеризацию канюлей считали менее травматичной, чем катетеризацию папиллотомом.

Следует отметить, что при применении методики ЭПСТ по проводнику осложнений после выполнения транспапиллярных вмешательств не отмечено, что позволяет продолжить исследования в этом направлении.

Выводы.

1. Лечебная ЭРХПГ является эффективным вмешательством, направленным на устранение причины обструкции желчных протоков доброкачественной и злокачественной этиологии.

2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, выполненная по проводнику с соблюдением технических аспектов выполнения вмешательства, является безопасной манипуляцией, особенно в технически сложных ситуациях (юктапапиллярные дивертикулы, стеноз и опухоли папиллы).

3. Широкое внедрение данной методики выполнения ЭПСТ позволит значительно снизить количество послеоперационных осложнений и летальность после дуоденоскопических вмешательств у больных с патологией билиопанкреатодуоденальной области.

Литература

1. Брискин Б.С., Демидов Д.А., Излев В.П. Опыт эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке при патологии холедоха и профилактика их осложнений // Российский симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 1998. – С. 29-30.
2. Дадаев Р.С., Крапивин Б.В., Слесаренко А.С. и др. Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии // Российский симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 1998. – С. 41-42.
3. Затевахин И.И., Цицаишвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. и др. Возможности и неудачи эндоскопической папиллотомии в лечении калькулёзного холецистита, осложнённого механической желтухой // 4-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 2000. – С. 100-102.
4. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. Классификация факторов риска и профилактика осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств // 5-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 2001. – С. 235-237.
5. Крендаль А.П., Цацаниди К.Н., Галлингер Ю.И. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у больных острым холециститом с поражением общего желчного протока // Хирургия. – 1989. – № 7. – С. 62-66.
6. Ревякин В.И., Климов П.В., Ибрагимов Н.И., Аносова Е.Л. и др. Осложнения и летальность после эндоскопической папиллосфинктеротомии: опыт 1300 операций // Российский симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера. – М., 1998. – С. 67-69.
7. Родионов В.В., Филимонов М.И., Мозучев В.М. Калькулёзный холецистит. – М: Медицина, 1991. – 320 с.
8. Cotton P.B., Lehman G., Vennes J., et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus // Gastrointest. Endosc. – 1991. – 37. – № 3. – P. 383-393.
9. Cotton P.B., Williams C.B. Practical gastrointestinal endoscopy. Fourth edition. – Blackwell Science, 1996. – 338 p.
10. Freeman M.L., Nelson D.B., Sherman S., et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy // N. Engl. J. Med. – 1996. – 335. – № 13. – P. 909-918.

ABOUT PREVENTION OF COMPLICATIONS AFTER ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS

A.G. FEDOROV, S.V. DAVYDOVA

Department of surgery. PFUR. Ul. Miklukho-Maklaya, 8. Moscow, Russia, 117198.
Medical Department.

The wide spreading of therapeutic ERCP for biliopancreatoduodenal pathology, especial in age of laparoscopic surgery, has made the problem of decreasing of morbidity and mortality rates after transpapillary interventions extremely actual. The technique of wire-guided EPST is described. The results of 300 transpapillary interventions for benign (255) and malignant (45) biliopancreatoduodenal pathology were studied. The postoperative morbidity and mortality rates were 4,7 % and 1% respectively. Wire-guided EPST was performed in 53 patients with no complications and lethal outcomes, that allow recommending the method for wide application.