

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА. ВОЗМОЖНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

МУЗ городская больница № 2 КМЛДО,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6, корпус 2. E-mail: tlekhuray@mail.ru

В статье приводится опыт эндоскопической диагностики и лечения 391 больного с заболеваниями панкреато-билиарно-дуоденального комплекса. Анализируется эффективность современных эндоскопических чреспапиллярных методов диагностики и лечения различных заболеваний этой категории больных. Описывается первый опыт применения высокотехнологического метода эндоскопической контактной электрогидравлической литотрипсии конкрементов холедоха в сложных клинических случаях, применяемого в клинике с декабря 2009 г.

Ключевые слова: литотрипсия, чреспапиллярные методы диагностики и лечения.

S. A. GABRIEL, A. Y. GUCETL, V. Y. DIN'KO, V. V. GOLFAND, R. M. TLEKHURAY, F. V. CITOVICH

MODERN ENDOSKOPICHESKY INTRAPAPILLARY INTERVENTIONS. POSSIBILITIES AND EFFICIENCY

City hospital № 2 KMLDO,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnih partizan street, 6/2. E-mail: tlekhuray@mail.ru

Experience of endoscopic diagnostics and treatment of 391 patients with diseases of the pancreatobiliaryduodenal complex is described in this article. Efficiency of modern endoscopic transpapillar methods of diagnostics and treatment of various diseases in patients of this category is analyzed. The first experience (in clinic from December 2009) of application of a hi-tech method of an endoscopic contact electrohydraulic lithotripsy of concrements of the common bile duct in the difficult clinical cases is described.

Key words: lithotripsy, transpapillar methods of diagnostics and treatment.

Введение

Число пациентов с патологией панкреато-билиарно-дуоденального комплекса в настоящее время неуклонно растет [3]. Это связано как с увеличением их количества, так и с улучшением диагностики. В настоящее время большое количество патологий в этой зоне благодаря качественному улучшению диагностической базы диагностируется до манифестации клинической картины, на ранних стадиях заболевания. Это позволяет активно внедрять малоинвазивные методы в лечение данной категории больных [3, 4, 7, 8, 9].

Научно-технический прогресс позволил сделать большой шаг в развитии эндоскопических малоинвазивных технологий. Ретроградные чреспапиллярные вмешательства, внедренные в клиническую практику в 70-х годах прошлого столетия, произвели практически переворот в лечении больных с патологией органов панкреато-билиарно-дуоденальной зоны [6]. Большая часть хирургических вмешательств в этой области стала выполняться малоинвазивно, со значительным сокращением осложнений, смертности и уменьшением койко-дня [1, 4, 5].

Постепенно совершенствовались аппаратура и инструментарий, накапливался большой опыт в лечении этой категории больных. Все это позволило значительно расширить спектр и возможности чреспапиллярных вмешательств. От стандартной диагностической дуоденоскопии с биопсией транспапиллярная эндоскопия перешла к сложным хирургическим вмешательствам на протоковых структурах и большом дуоденальном сосочке: резекции, стентированию, бужированию, различным

видам литотрипсии и литоэкстракции конкрементов [2, 7, 8, 9]. Поэтому эндоскопические чреспапиллярные вмешательства совместно с ультразвуковыми методиками по праву занимают лидирующие позиции в диагностике и лечении пациентов с патологией панкреато-билиарно-дуоденальной зоны.

Материалы и методы

Нами проведен анализ эффективности эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в условиях муниципального многопрофильного лечебного учреждения ГБ № 2 г. Краснодара (МУЗ ГБ № 2 КМЛДО) за 2008–2009 гг.

Отделение эндоскопии МУЗ ГБ № 2 КМЛДО г. Краснодара оснащено современными видеоэндоскопическими комплексами и инструментарием, позволяющими проводить весь спектр эндоскопических оперативных вмешательств на БДС и протоковых структурах органов панкреато-билиарной зоны: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ), эндоскопическая механическая литотрипсия (ЭМЛТ), биопсия БДС и браш-биопсия протоковых структур, бужирование и стентирование протоковых структур, а также новый метод эндоскопической контактной электрогидравлической литотрипсии.

Общее количество пациентов за анализируемый период составило 391 человек: 143 мужчины (36,6%) и 248 женщин (63,4%). Большая часть больных – пациенты пожилого и старческого возраста (средний возраст составил 62±0,2 года) с выраженной сопутствующей патологией.

**Структура патологии,
по поводу которой проводились чреспапиллярные вмешательства**

Название патологии	Абсолютное количество	%
Холедохолитиаз в сочетании с холецистолитиазом	129	33
Холедохолитиаз после холецистэктомии	74	18,9
Хронический осложненный панкреатит (в основном кисты различной локализации)	60	15,3
РХПГ, выполненное с диагностической целью при выявленном на ТА УЗИ расширении холедоха без установленного генеза	60	15,3
Аденома БДС	45	11,5
С-г поджелудочной железы	24	6,1
Острый панкреатит, панкреонекроз	20	5,1
С-г БДС	8	2,0
С-г холедоха	9	2,3
С-г желчного пузыря	5	1,27
Киста холедоха	3	0,76
Ятрогенное повреждение холедоха	5	1,27
Подозрение на холедохолитиаз при ТА УЗИ (не подтвердившееся при РХПГ)	20	5,1
С-г БДС, сочетанный с холедохолитиазом	1	0,25

Таблица 2

Общее количество чреспапиллярных вмешательств

Название манипуляций	Абсолютное количество	%
РХПГ	496	43,2
ЭПТ	363	31,6
ЭМЛЭ	218	18,9
ЭМЛТ	26	2,2
Контактная электрогидравлическая литотрипсия	2	0,17
НБД	6	0,52
Билиарное стентирование	22	1,9
Стентирование вирсунгова протока	3	0,26
Биопсия БДС на гистологическое исследование	9	0,8
Бужирование холедоха	1	0,08
Браш-биопсия на цитологическое исследование	2	0,17

Полученные результаты и их обсуждение

Мы проанализировали структуру основной патологии, по поводу которой проводились чреспапиллярные вмешательства (табл. 1).

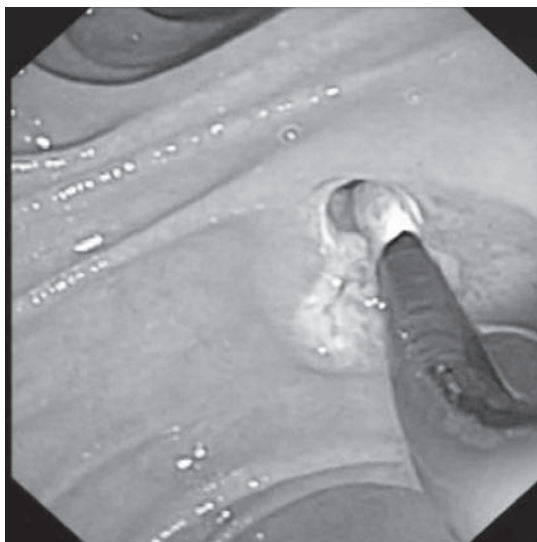
Как видно, спектр болезней очень разнообразен, но большая часть больных (более 50%) была с холедохолитиазом. Осложнения основного заболевания отмечались у 189 больных (48,3%). У 161 пациента (41%) отмечалась механическая желтуха. Другими наиболее частыми осложнениями были гнойный холангит и острый панкреатит, которые отмечались у 7,2% больных. Дивертикулы области большого дуоденального сосочка (БДС) двенадцатиперстной кишки (ДПК) были выявлены у 61 пациента (15,6 %), причем все дивертикулы отмечены у пациентов старше 40 лет. У 44 пациентов имелось парапапиллярное расположение БДС, у 17 пациентов – интрадивертикулярное расположение БДС. Однако только у двух пациентов (0,51%) интрадивертикулярное расположение БДС стало причиной невозможности канюляции холедоха, следовательно, неудачей эндоскопического лечения.

Общее количество выполненных чреспапиллярных вмешательств в данной группе больных составило 1148 (табл. 2).

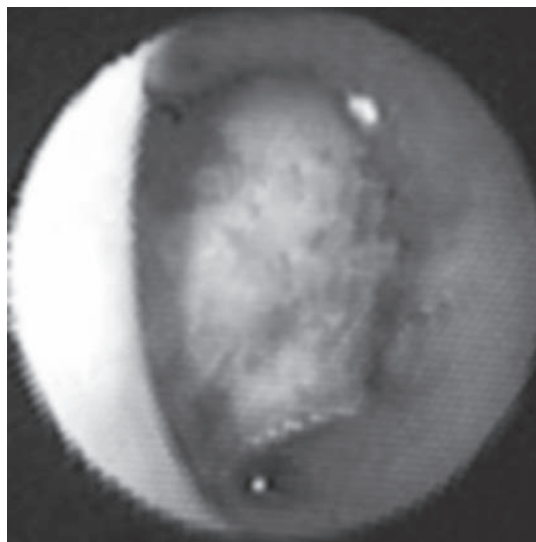
С декабря 2009 г. в нашей клинике выполняется новый метод эндоскопического лечения холедохолитиаза – эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия. За анализируемый период данное вмешательство выполнено 2 больным. Мы понимаем, что никаких глобальных выводов в отношении этой методики при таком количестве вмешательств делать нельзя, тем не менее хотим поделиться своим первым опытом, так как данная методика представляется нам интересной и перспективной.

Данное вмешательство мы выполняли в сложных случаях холедохолитиаза (крупные и фиксированные конкременты), когда не удавалось санировать холедох традиционными эндоскопическими методами (механическая литоэкстракция или литотрипсия) при помощи корзинчатого зонда типа Дормия или баллонного катетера. Необходимая аппаратура – дуоденоскоп (рабочий канал не менее 4,2 мм), эндоскопический холедохоскоп (т. н. «беби-скоп»), проводимый через инструментальный канал дуоденоскопа, электрогидравлический литотриптор и зонд-электрод, проводимый через инструментальный канал «беби-скопа». Необходимое условие успешной литотрипсии – наличие гидравлической

А



Б



В

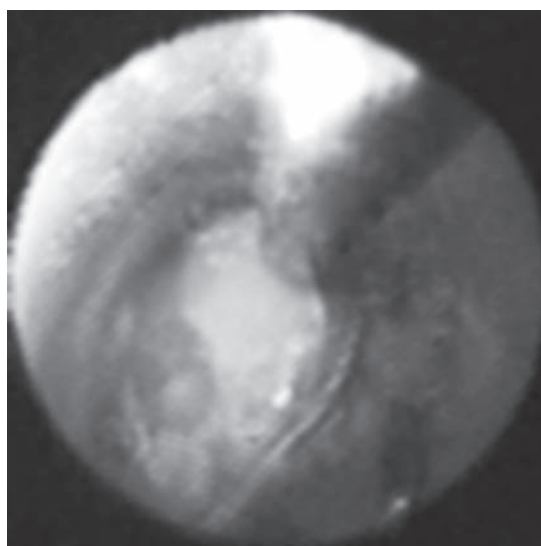


Рис. 1. Этапы выполнения эндоскопической контактной литотрипсии:

А – введение холедохоскопа через папиллотомный разрез;

Б – визуализированный конкремент холедоха;

В – подведение зонда для литотрипсии к конкременту

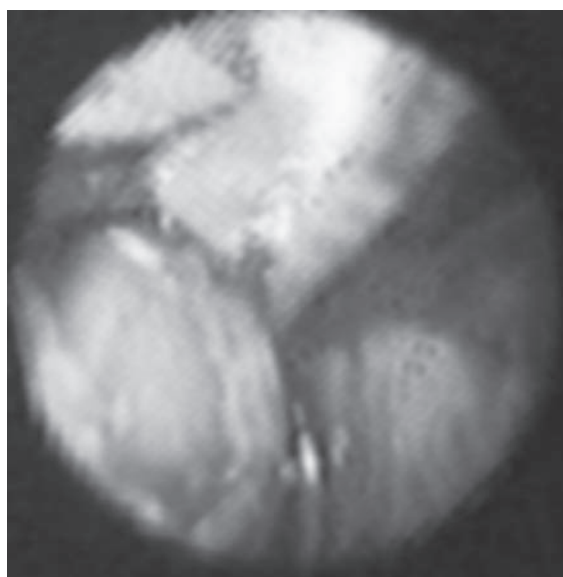


Рис. 2. Фрагменты конкремента в просвете холедоха



Рис. 3. Фрагменты конкремента, низведенные в просвет ДПК

Эффективность чреспапиллярных вмешательств

Эндоскопические чреспапиллярные вмешательства были:	Абсолютное количество	%
Эффективны (цель вмешательства достигнута)	369	94,4
Неэффективны (неудачны)	22	5,6
Осложненные	20	5,1
Летальность	1	0,26

среды вокруг конкремента, что обеспечивали нагнетанием физиологического раствора через канал холедохоскопа или через холедохостому (при ее наличии). Механизм действия электрогидравлической литотрипсии: ударная волна, действующая на конкремент, формируется вследствие выпаривания жидкости из раствора, окружающего камень, искровым разрядом высокого напряжения, вырабатываемого генератором и передаваемого через зонд-электрод.

Холедохоскоп, проведенный через инструментальный канал дуоденоскопа, вводится через папиллотомный разрез в просвет холедоха (рис. 1А). При постоянной подаче физраствора через инструментальный канал холедохоскопа визуализируется конкремент (рис. 1Б). После хорошей визуализации конкремента через инструментальный канал холедохоскопа вводится зонд для проведения литотрипсии (рис. 1В).

Литотрипсия проводится только при хорошей визуализации месторасположения и устойчивого контакта конкремента и дистального конца зонда. С этой целью в качестве дополнительного источника информации может служить рентгенологический метод. Путем нажатия на педаль генератора подается искровой разряд. Наличие фрагментов конкремента в просвете холедоха говорит об эффективности проводимой литотрипсии (рис. 2).

После успешной литотрипсии потоком физраствора из холедоха вымываются фрагменты конкремента (рис. 3). Литоэкстракцию крупных фрагментов проводим механическим способом при помощи корзинки Дормиа (рис. 3). Эффективность проведенной литотрипсии также можно контролировать рентгенологически.

Проанализирована этапность эндоскопических вмешательств (количество выполненных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств у конкретного больного). В 1 этап эндоскопическое вмешательство выполнено у 286 больных (73,1%). В 2 этапа – у 63 больных (16,1%). В 3 и более этапов – у 42 больных (10,8%). 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 (27 человек – 64,3%).

Мы проанализировали количество и виды осложнений в нашей группе больных. Острый, РХПГ-индуцированный панкреатит с клинической симптоматикой и потребовавший проведения интенсивной терапии был отмечен у 13 пациентов. У 3 из них процесс усугубился развитием панкреонекроза. Одна из пациенток (0,25%) умерла на 20-е сутки в результате молниеносной формы панкреонекроза и прогрессирующей полиорганной недостаточности. В 6 случаях отмечалось кровотечение в раннем послеоперационном периоде, остановленное эндоскопически и практически не повлиявшее на сроки госпитализации.

В одном случае отмечался разрыв интрамуральной части холедоха при механической литоэкстракции конкремента в Д до 1,0 см у пациентки с холедохолитиазом. Больная была оперирована в этот же день, выписана на 14-е сутки с выздоровлением. Общее количество осложнений составило 5,1% (20).

Таким образом, проанализирована эффективность наших вмешательств (табл. 6).

Эффективными наши вмешательства были у 369 больных (94,4%). Неэффективны – у 22 больных. Неудачными чреспапиллярные вмешательства были при следующей патологии (22 больных): попытка вирсунго-литоэкстракции – 4, попытка холедохолитоэкстракции (крупный или вколоченный конкремент, пациенты с дистальной резекцией желудка по Б-2, интрадивертикулярное расположение БДС, декомпенсированный стеноз ДПК при язвенной болезни) – 13, попытка билиарного стентирования (ятrogenное повреждение холедоха, опухоль холедоха, головки pancreas) – 5. Осложнения имели место у 20 больных (5,1%), и летальность отмечена в 0,26% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: Има-пресс, 1996. – С. 152.
2. Корнилов Ю. М., Балалыкин А. С., Передков П. А. Неудачи и осложнения эндоскопической папиллотомии // Актуальные вопросы диагностической и лечебной эндоскопии при заболеваниях органов пищеварительного тракта: Сб. науч. тр. Моск. мед. стомат. инст. им. Н. А. Семашко / Под ред. Э. В. Луцевича. – М., 1990. – С. 49–52.
3. Клименко Г. А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение). – М.: Медицина, 2000. – 224 с.
4. Лобаков А. И. и соавт. Фотодинамическая терапия рака большого дуоденального сосочка и дистального отдела общего желчного протока // Материалы XIV Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2010. – С. 205–207.
5. Патютко Ю. И. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. – М.: Медицина, 2007. – 447 с.
6. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. Эндоскопия органов брюшной полости. – М.: Медицина, 1977. – С. 247.
7. Солодинина Е. Н., Старков Ю. Г., Шишин К. В. Лапароскопическая антеградная папиллосфинктеротомия при доброкачественных поражениях желчных путей, осложняющих течение желчекаменной болезни // Материалы 6-го Московского конгресса по эндоскопической хирургии. – 2002. – С. 357–359.
8. Харченко В. П., Синев Ю. В., Наседкин Г. К. Новые технологии в эндоскопической папиллосфинктеротомии // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 5. – С. 27–30.
9. Шаповальянц С. Г., Панцырев Ю. М., Федоров Е. Д. и др. Неудачи и осложнения баллонной папиллодилатации при холедохолитиазе // Материалы 6-го Московского конгресса по эндоскопической хирургии. – 2002. – С. 424–426.