

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ И ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ ДИВЕРТИКУЛАХ ПАПИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Б.К.АЛТЫЕВ, А.М.ХОЖИБОЕВ, Б.Б.ХАКИМОВ, О.И.ШЕЛАЕВ

TECHNICAL FACILITIES OF RETROGRADE PANCREATOCHOLANGIOGRAPHY AND PAPILLOTHOMY IN PATIENTS WITH DIVERTICULUS OF PAPILLARY AREA

B.K.Altiev, A.M.Khojiboev, B.B.Khakimov, O.I.Shelaev

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Показано, что использование некоторых специальных приемов у большинства больных с желчно-каменной болезнью, осложненной механической желтухой с дивертикулами папиллярной области (ДПО), позволяет восстановить нормальный желчеотток без тяжелых осложнений. У больных с относительно большими размерами ДПО и явлениями дивертикулита рациональным эндоскопическим вмешательством на большом дуоденальном сосочке (БДС) оказалась парциальная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с отсроченной стандартной литоэкстракцией (СЛЭ). При расположении же БДС глубоко в полости дивертикула и особенно у нижнего его края, а также при размерах последнего более 3,0 см целесообразно отказаться от его рассечения в связи с высоким риском перфорации двенадцатиперстной кишки и осуществлять дальнейшую коррекцию патологии холедоха открытой лапаротомией.

Ключевые слова: механическая желтуха, дивертикул папиллярной области, диагностика, панкреатохо-лангиография, папиллосфинктеротомия

It is established that using special techniques in majority of patients with gallstone disease and mechanical jaundice with diverticulus of papillar area (DPA) allows to repair bile traffic without severe complications. In patients with large sizes of (DPA) the partial papillothomy with delayed standard litho-extraction were most acceptable. In case with large papilla area, more than 3 cm and situation of diverticulosis in the depth, there is more sense to avoid of incision and manage the patient with laparotomy approach.

Key-words: mechanical jaundice, diverticulus of papillar area, diagnostics, retrograde pancreatocholangiography, papillothomy

Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) неуклонно растет [1,3,4], причем в последние годы заметно увеличивается число больных с осложненными формами ЖКБ, наиболее частой из которых является механическая желтуха (МЖ). Частота последней среди больных с ЖКБ, по разным данным, составляет от 13 до 43%.

В связи с этим особую актуальность приобретают эндоскопические вмешательства – ретроградная холангиопанкреатография (ЭРПХГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), транспапиллярное эндопротезирование общего желчного протока, эндоскопическое рассечение рубцовосуженных билиодигестивных анастомозов [4, 6, 10].

Благодаря высокой диагностической ценности и терапевтической эффективности транспапиллярные вмешательства, которая при ЖКБ, осложненной МЖ, достигает 82-94%, заняли ведущее место в лечебно-диагностическом комплексе [5,7,

9]. В то же время вопросы проведения эндоскопических вмешательств при нарушенной нормальной анатомии области большого дуоденального сосочка (БДС) вследствие парапапиллярных дивертикулов (ПД), которые встречаются у 28-61% больных ЖКБ, осложненной МЖ, остаются не решенными [1,2,8,10].

Большое число неудач ЭРПХГ и ЭПСТ при дивертикулах папиллярной области (ДПО), обусловленных объективными техническими трудностями их выполнения при нарушенной анатомии папиллярной области, порождает сомнения относительно целесообразности эндоскопической операции и требует дальнейшей разработки методических и технических принципов эндоскопических вмешательств при ДПО.

Целью исследования явилось улучшение результатов эндоскопического лечения больных ЖКБ, осложненной МЖ, при наличии ДПО путем технического совершенствования диагностических и лечебных мероприятий.

Материал и методы

Исследование проведено у 165 больных с ЖКБ, осложненной МЖ, находившихся на лечении в хирургических отделениях РНЦЭМП в 2002 - 2009 гг. Мужчин было 68 (41,2%), женщин – 97 (58,8%). средний возраст 62,5 года.

Перед эндоскопическими вмешательствами на БДС всем больным проводили клиническое обследование, лабораторные исследования, УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны и эзофагогастродуоденоскопию (ЭГФДС) с непосредственным осмотром области БДС, что позволило определить общее состояние больных, наличие, продолжительность и выраженность желтухи, степень интоксикации, изменения показателей центральной гемодинамики и микроциркуляции.

С помощью ЭГФДС можно оценить состояние слизистой сосочка (гиперемия, отек, бледность слизистой, наличие полиповидных образований устья сосочка, форма и размеры устья БДС), определить размеры и протяженность продольной складки двенадцатиперстной кишки (ДПК), расстояние от конца продольной до 1-й поперечной складки ДПК, дивертикулы околососочковой области и их взаимоотношение с БДС.

При проведении гастродуоденоскопии ДПО обнаружены у 165 из 1865 больных с ЖКБ, осложненной МЖ. У 46 (27,9%) больных установлено расположение дивертикулов вблизи БДС (парафатеральные - ПФД), а у 119 (72,1%) пациентов БДС располагался в самом дивертикуле (перипапиллярные ППД).

Эндоскопические вмешательства на холедохе и БДС включали проведение ЭРПХГ, ЭПСТ, стандартной литоэкстракции (СЛЭ) и назобилиарного дренирования (НБД). Они выполнялись при помощи дуоденоскопов фирмы Olympus (JF-IT, JF-1T10, TJF-10) с использованием эндоскопической видеосистемы OTV-2 и инструментария той же фирмы (катетеры PR-8Q, PR-10Q, PR-11Q, папиллотомы KD-4Q, KD-6Q, KD-16Q, KD-22Q, торцевые папиллотомы KD-10Q и папиллотомы типа «от себя»). В качестве дренажной трубки для НБД использовали пластиковые катетеры с наружным диаметром 2,0-3,0 мм длиной до 200 см, а также разработанный в нашей клинике катетер со спиралевидным концом в виде «песочных часов».

Рентгенологическое исследование проводили на мобильных рентгеновских аппаратах TUR-18 и Siemens (Германия), оснащенных электронно-оптическим преобразователем.

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 1, у 46 (27,9%) больных дивертикулы располагались вблизи БДС (ПФД), причем у 8 (4,9%) из них на медиальной стенке ДПК выше БДС, а у 38 (23,0%) - на той же стенке ниже БДС. У 119 (72,1%) обследованных дивертикулы располагались перипапиллярно, причем у 116 (70,3%) БДС находился глубоко в полости ди-

вертикула, а у 3 (1,8%) между двумя дивертикулами. Как было отмечено выше, в последних случаях у нас возникали сложности, связанные с визуализацией и канюляцией сосочка.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от расположения дивертикулов по отношению к БДС, абс.(%)

Вид дивертикула	Число больных, %
1. Парафателлярные дивертикулы	
а) на медиальной стенке ДПК выше БДС	8 (4,9)
б) на медиальной стенке ДПК ниже БДС	38 (23,0)
2. Перипапиллярные дивертикулы (ППД)	
а) БДС в полости дивертикула	116 (70,3)
б) БДС между двумя дивертикулами	3 (1,8)
ВСЕГО	165 (100)

Дивертикулит, который характеризовался гиперемией слизистой дивертикула, наложениями фибрина и наличием отделяемого серозного характера, установлен у 71 (43,0%) больного (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных по размерам ДПО и наличию в них воспалительных изменений

	Размер дивертикула, см.			
	1,0-2,0	2,0-3,0	3,0-4,0	Всего
Дивертикулит	14	53	4	71
Без дивертикулита	12	68	14	94
Всего	26	121	18	165

ДПО и воспалительные изменения в них диагностированы у 165 пациентов. У 26 (15,8%) из них размеры дивертикулов составляли от 1,0 до 2,0 см. У 121 (73,3%) обследованного размеры дивертикулов варьировали от 2,0 до 3,0 см. У 18 (10,9%) больных выявлены дивертикулы размерами от 3,0 до 4,0 см.

Необходимо отметить, что чем больше были размеры ДПО, тем технически сложнее было выполнение эндоскопических манипуляций на БДС. Практически такие же технические сложности возникали у больных с признаками дивертикулита.

Эндоскопические оперативные вмешательства (ЭПСГ, СЛЭ и НБД) были выполнены у 146 (88,5%) больных с ЖКБ, осложненной МЖ и ДПО.

Для обеспечения полноценной визуализации БДС при ЭРПХГ с ЭПСТ мы несколько изменяли положение аппарата или позицию больного, а также пытались сместить сосочек катетером в просвет кишки. При достаточном опыте и хорошей медикаментозной релаксации ДПК визуализировать БДС, даже при ППД, нам удалось у 150 (90,9%) пациентов. Канюляцию БДС осуществляли путем «выведения» его устья напротив дистального кон-

ца дуоденоскопа. У 30 больных для канюляции сосочка использовали стандартный папиллотом, натягиванием струны которого меняли положение дистального конца катетера.

У 4 (2,4%) пациентов патологии со стороны желчевыводящих путей не выявлено. У 15 (9,0%) больных из-за невозможности канюляции БДС и холедоха ЭРПХГ произвести не удалось, в связи с чем они были подвергнуты традиционной лапаротомной операции.

При ЭРПХГ холедохолитиаз был диагностирован у 104 (63,0%) больных, стеноз БДС - у 21 (12,8%), сочетание холедохолитиаза и стеноза БДС у 21 (12,8%).

При выявлении ДПО, особенно при расположении БДС в полости дивертикула (ППД), ЭПСТ выполняли с особой тщательностью и аккуратностью. При этом обращали внимание на выраженность и направление продольной складки, соответствующей интрамуральной части холедоха и, выполняя рассечение, максимально смещали сосочек папиллотомом так, чтобы разрез проходил вне полости дивертикула. У 135 (92,5%) больных с ЖКБ с МЖ и ДПО, благодаря соблюдению описанных технических приемов нам удалось выполнить одномоментную ЭПСТ с последующей СЛЭ корзинкой Dormia (табл. 3). У 11 (7,5%) больных в связи с высоким риском осложнений ЭПСТ выполняли парциально (двухмоментно) с интервалами в 3-4 дня с последующей отсроченной СЛЭ. Такую тактику считали наиболее целесообразной из-за возможности наступления достаточной адгезии рассеченных тканей и соответственно максимального уменьшения риска осложнений.

Таблица 3. Характер эндоскопических вмешательств на БДС и холедохе

Вид эндоскопического вмешательства	Число больных, абс.(%)
ЭПСТ одномоментная + СЛЭ	135 (92.5)
ЭПСТ двухмоментная + НБД + СЛЭ	11 (7,5)
Всего	146 (100)

Обычно после первого сеанса ЭПСТ с целью надежного предупреждения повторной обтурации гепатикохоледоха камнем в холедохе оставляли катетер со спиралевидным концом в виде «песочных часов». Катетер удаляли после второго сеанса ЭПСТ и отсроченной СЛЭ.

Необходимо отметить, что у 7 (4,7%) пациентов с расположением БДС глубоко в полости дивертикула, особенно у нижнего его края, мы отказались от его рассечения в связи с высоким риском перфорации ДПК. У этих больных ЖКБ и патологию холедоха в дальнейшем корригировали открытой лапаротомией.

Осложнения после эндоскопических оперативных вмешательств отмечались у 55 (33,3%) больных. Наиболее частыми из них были кровотечения

из папиллотомных краев - у 45 (30,8%) больных и панкреатит - у 6 (4,1%), которые у большинства были корригированы консервативной терапией. У 1 больного наблюдалось вклинение корзинки Dormia вместе с конкрементом в БДС. Этот больной в дальнейшем был оперирован лапаротомным доступом.

После эндоскопических оперативных вмешательств летальных случаев не было, средняя продолжительность пребывания больного в стационаре - 5,6 койко-дня.

Заключение

ДПО встречаются у больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и МЖ, довольно часто. ДПО, несомненно, технически осложняют проведение эндоскопических вмешательств на холедохе и БДС, сложность манипуляций на БДС при этом зависит от его расположения относительно дивертикула. Однако, при использовании некоторых специальных приемов и соблюдении осторожности у большинства больных с ДПО можно эндоскопически восстановить нормальный желчеотток без тяжелых осложнений. У больных с относительно большими размерами ДПО и явлениями дивертикулита приемлемым и рациональным эндоскопическим вмешательством на БДС оказалась парциальная ЭПСТ с отсроченной СЛЭ. При расположении БДС глубоко в полости дивертикула, особенно у нижнего его края, а также при размерах последнего более 3,0 см целесообразно отказаться от его рассечения в связи с высоким риском перфорации ДПК и дальнейшую коррекцию патологии холедоха осуществлять открытой лапаротомией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акилов Х.А., Артыков Б.Я., Струцкий Л.П., Артыков Ж.Б. Тактика двухэтапного лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным обтурационной желтухой. Вестн врача общ практ 2000; 4: 11-14.
2. Алтыев Б.К., Алиджанов Ф.Б., Ризаев К.С и др. Клиника, диагностика и тактика лечения при обтурационной желтухе, обусловленной холедохолитиазом. Центр.-азиат журн 2005; Т IX (4): 264-268.
3. Балалыкин А.С., Жандаров А.В., Снигирев Ю.В. и др. Эндоскопическая папиллотомия при холангиолитиазе: доступы, принципы, эффективность. Эндоскоп хир 2004; 2: 16-22.
4. Джаркенов Т.А., Мовчук А.А., Хрусталева М.В. и др. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Хирургия им. Н.И.Пирогова 2004; 3: 13-17.
5. Канаян В., Канаян Р. Осложнения ЭРХПГ и папиллосфинктеротомии. Постманипуляционный холангит. 10-й Московский юбилейный международный конгресс по эндоскопической хирургии М 2006; 96-97.

6. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Боровский С.П., Юнусметов Ш.А. Малоинвазивные вмешательства в лечении больных механической желтухой. Хирургия Узбекистана 2000; 3: 52-55
7. Малярчук В.И., Федоров А.Г., Давыдова С.В. и др. Факторы, влияющие на результаты эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных с холедохолитиазом и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Эндоскоп хир 2005; 2: 30-39.
8. Chandy G. et.al. An analysis of the relationship between bile duct stones and perampullary duodenal diverticula. J Gastroenterol Hepatol. 1997; 12 (1): 29-33.
9. Chung-Yau L. et al. Endoscopic sphincterotomy: 7 year experience World J Surg 1997; 21 (1): 67-71.
10. Fshizuka D. et al. Intraluminal duodenal diverticulum with malposition of the ampulla of Vater. Hepatogastroenterology 1997; 44 (15): 713-718.

Контакт: д.м.н. Алтыев Базарбай Курбанович
РНЦЭМП
100107, Ташкент, ул. Фархадская, 2,
тел: +99897-463-0109

**ПАПИЛЛЯР СОҲА ДИВЕРТИКУЛЛАРИДА
ЭНДСКОПИК РЕТРОГРАД
ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ ВА
ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯНИНГ ТЕХНИК
ХУСУСИЯТЛАРИ**

Б.К.Алтыев, А.М.Хожибоев, Б.Б.Хакимов, О.И.Шелаяев
Республика шошилич тиббий ёрдам
илмий маркази

Муаллифлар папилляр соҳа дивертикулларида баъзи бир махсус усулларни ва техник ёндашувларни қўллаб, аксарият беморларда эндоскопик равишда ичакка нормал ўт оқишини бирон бир асоратсиз тикладилар. Папилляр соҳа дивертикули ўлчамлари нисбатан катта бўлганда ва яллиғланганда, катта дуоденал сўргичда парциал эндоскопик папиллосфинктеротомия ва стандарт литоэкстракция ўтказиш оқилона эндоскопик амалиёт эканлиги кўрсатилган. Дивертикул катта дуоденал сўргичнинг тубида ёки унинг пастки қирғоғида жойлашган бўлса ҳамда дивертикул ўлчами 3 см дан ошса, ўн икки бармоқли ичакнинг перфорацияси ҳавфи юқори ҳисобланади ва бундай ҳолларда уни эндоскопик кесмасдан, балким холедоҳдаги патологияни лапаротомия йўли билан бартараф қилиш маъқуллиги таъкидланган.