

В.В. Юрченко, Е.А. Ильичева

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ УСТЬЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ЭПСТ

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

С целью повышения прецизионности выполнения ЭПСТ и снижения уровня постпапиллотомических осложнений исследованы основные технические сложности, а также возможность использования топографо-анатомических ориентиров устья общего желчного протока в ампуле (канале) большого дуоденального сосочка. Сделан вывод, что признаки устья ОЖП являются регулярно встречающимися анатомическими ориентирами, и их использование повышает уровень выполнимости и безопасности ЭПСТ.

Ключевые слова: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, постпапиллотомические осложнения, общий желчный проток, топографо-анатомические ориентиры

TOPOGRAPHIC-ANATOMIC REFERENCE POINTS OF COMMON BILE DUCT'S MOUTH AT ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY

V.V. Yurchenko, E.A. Ilyichiova

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

To raise precision of endoscopic papillosphincterotomy and to reduce the number of complications after the procedure the authors studied main technical complexities and the possibility of using topographic-anatomic reference points of common bile duct's mouth in the canal of large duodenal papilla. The conclusion is made that the features of common bile duct's mouth are often met anatomic reference points; their using raise the level of feasibility and safety of endoscopic papillosphincterotomy.

Key words: endoscopic papillosphincterotomy, post-papillotomy complications, common bile duct, topographic-anatomic reference points

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в настоящее время приобрела широкое распространение ввиду своих очевидных преимуществ над трансдуоденальной [1, 3]. Однако возможность выполнения данного вмешательства в технически сложных условиях, а также технические погрешности проведения интервенции, лежащие в основе постпапиллотомических осложнений, являются недостаточно исследованными [1, 2].

Целью настоящей работы явилось определение характера технических препятствий для селективной канюляции ОЖП и возможности использования топографо-анатомических ориентиров устья общего желчного протока в ампуле (канале) большого дуоденального сосочка для ее достижения.

МЕТОДИКА

Клинические исследования проведены у 800 пациентов, которым проведены ЭПСТ с использованием предрассечения. Всем пациентам проводились развернутый, биохимический анализ крови, ультразвуковое лоцирование органов брюшной полости. 451 пациенту (56,37 %) ЭПСТ проведено по поводу стеноза большого дуоденального сосочка (БДС), 271 (33,88 %) пациенту — по поводу холедохолитиаза, 78 пациенту (9,75 %) по поводу злокачественных новообразований области гепатодуоденальной связки, осложненных механической желтухой (101 пациенту (8,42 %) с данной патологией

проведено эндопротезирование гепатикохоледохос). Всем пациентам 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

Основными техническими сложностями для селективного введения дугообразного папиллотомы в просвет общего желчного протока (ОЖП) являются незначительные размеры БДС (например, при проведении ЭПСТ на интактном БДС для создания селективного доступа к просвету общего желчного протока — т.н. диагностическая ЭПСТ), нетипичное расположение его устья (рис. 1, 2), что может быть связано с ущемленным в нем конкрементом (рис. 3), деформацией его канала (ампулы) (рис. 4), или нетипичным расположением устья общего желчного протока в ампуле БДС (рис. 5, 6), конусовидной, мобильной формой БДС, постоянно отклоняющейся от папиллотомы (рис. 7) и деформацией области БДС дивертикулами ДПК (рис. 8), гофрированием БДС при попытке канюлирования (рис. 9). Выполнение ЭПСТ при введении дугообразного папиллотомы только в просвет ампулы большого дуоденального сосочка

(БДС) или главного панкреатического протока эффективность интервенции незначительна, а уровень постпапиллотомических панкреатитов по данным автора возрастает на 17,7 %.

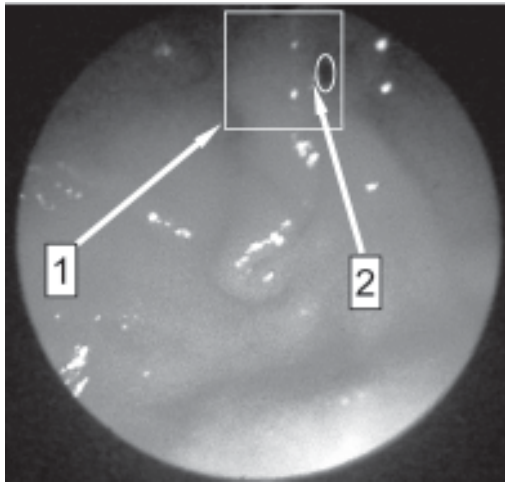


Рис. 1. Эндоскопическая картина БДС (обозначен прямоугольником – 1) с расположенным на его боковой поверхности устьем (обозначен овалом – 2).

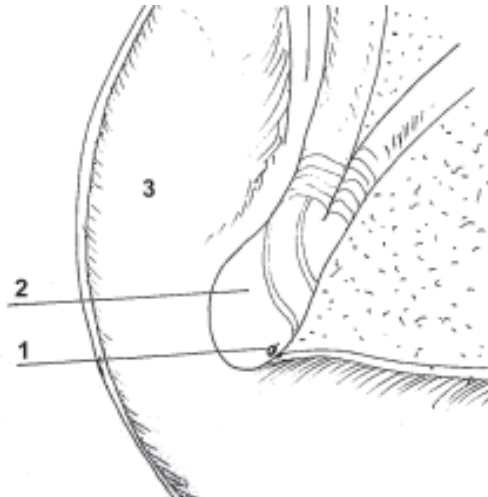


Рис. 2. Пояснительная схема к рис. 1. Определяется боковое расположение устья (1) БДС (2); 3 – ДПК.

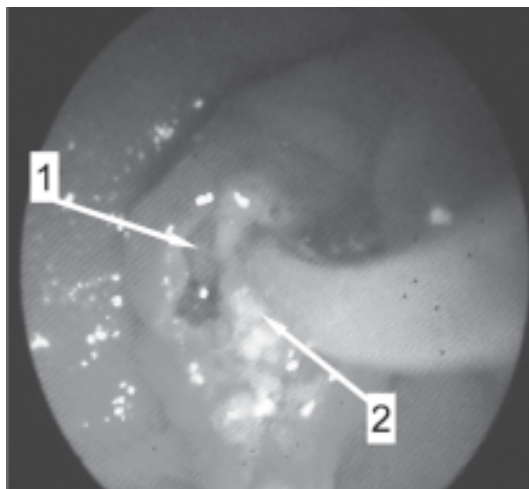


Рис. 3. Эндоскопическая картина рассеченного БДС (1) с ущемленным конкрементом (2) после предрассечения.

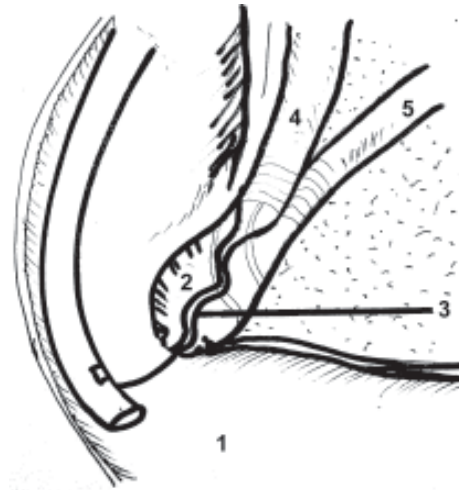


Рис. 4. БДС с извитым каналом (в разрезе), представляющий сложность для селективной канюляции ОЖП. 1 – ДПК; 2 – БДС; 3 – канал БДС ОЖП (4); 5 – ГПП.

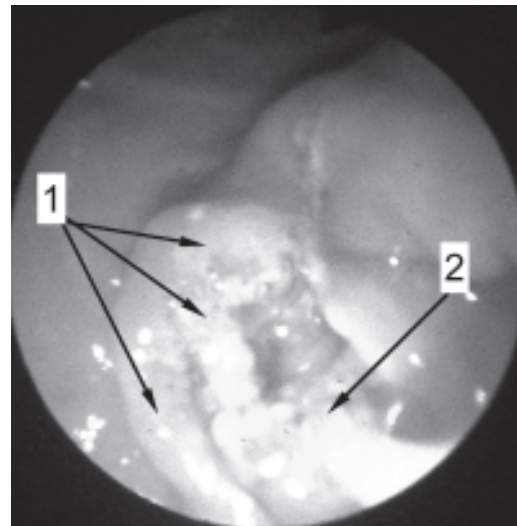


Рис. 5. Эндоскопическая картина БДС (1) после предрассечения. Определяется заканюлированное устье ОЖП (2), расположенное на 1 ч.

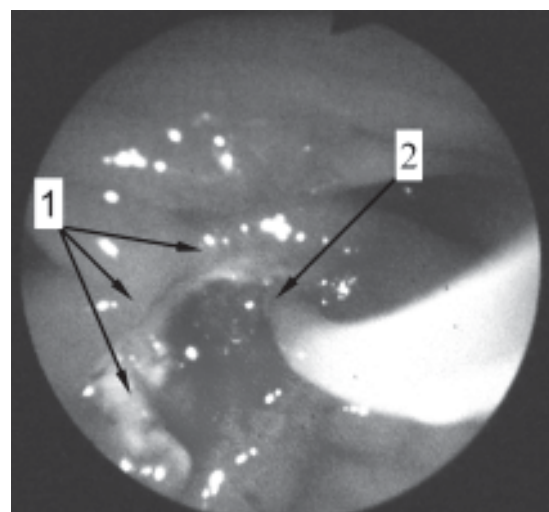


Рис. 6. Эндоскопическая картина БДС (1) после предрассечения. Определяется заканюлированное устье ОЖП (2), расположенное на 12 ч, что создает техническую сложность для его селективной канюляции демлинговским папиллотомом.

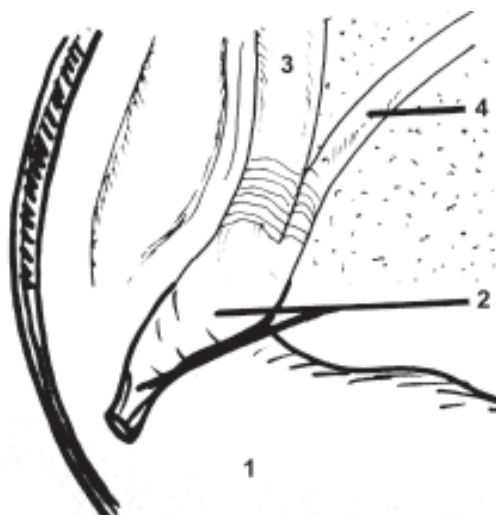


Рис. 7. Мобильное конусовидное устье БДС (2), создающее техническую сложность для его канюляции и канюляции ОЖП (3), 1 – ДПК; 4 – ГПП.

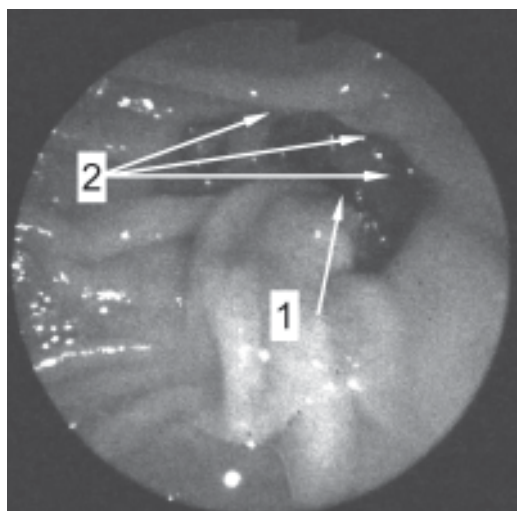


Рис. 8. Эндоскопическая картина БДС с конусовидным, мобильным устьем (1), расположенного в парафатерном дивертикуле (2), что создает техническую сложность для канюляции ОЖП.

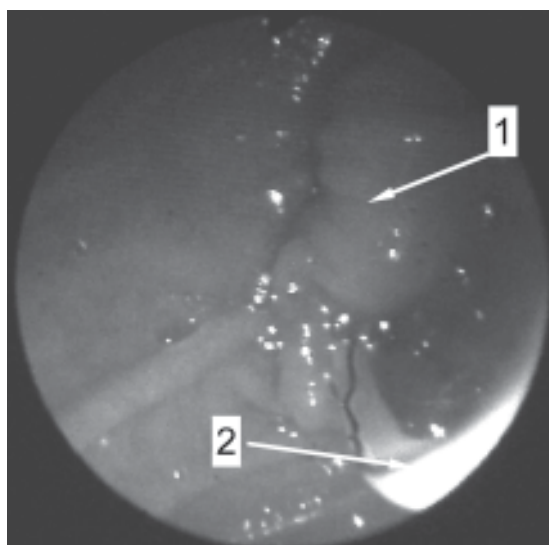


Рис. 9. Эндоскопическая картина БДС (1), гофрирующегося при канюляции папиллотомом (2), что создает техническую сложность для введения папиллотома в его ампулу.

Основным методом преодоления данных технических сложностей является предрассечение БДС торцевым папиллотомом. Целью и итогом этого технического приема является визуализация устья общего желчного протока в ампуле (канале) БДС. Путем анализа эндософотграфий выполнения ЭПСТ 800 пациентам авторы выделили следующие признаки устья ОЖП:

1. Признак «возвышения». Данный признак может быть вызван разрастанием ткани в области устья ОЖП и представлен как незначительным (локальным) разрастанием в виде мелкого полипа (встречается в 12,3 %) (рис. 10), располагающегося рядом с устьем холедоха, так и выраженным (циркулярным) разрастанием ткани с неровной поверхностью вокруг устья ОЖП (рис. 11) (встречается в 27,7 %), а также выбуханием ткани с ровной поверхностью (рис. 12) (встречается в 14,5 %), связанное, вероятно, с давлением желчи на него.

2. Признак «воронки» (рис. 13) (встречается в 5,3 %).

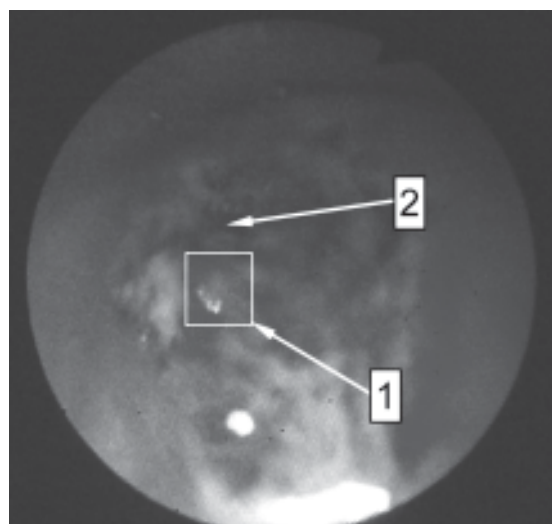


Рис. 10. Эндоскопическая картина локального разрастания (1) слизистой оболочки ампулы БДС типа полипа в области устья ОЖП (2).

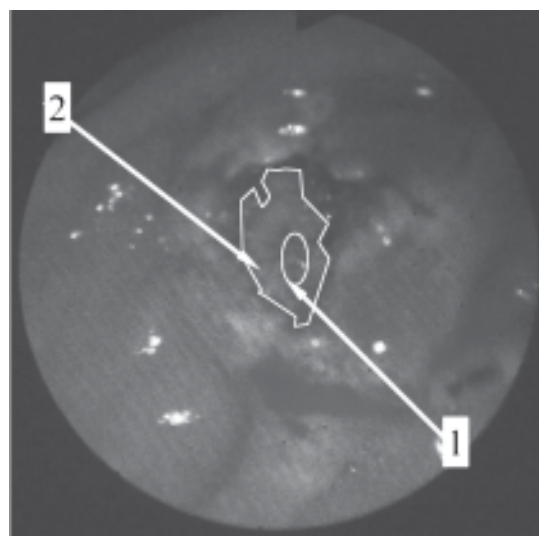


Рис. 11. Эндоскопическая картина разрастания слизистой оболочки ампулы БДС (1) вокруг устья ОЖП (2).

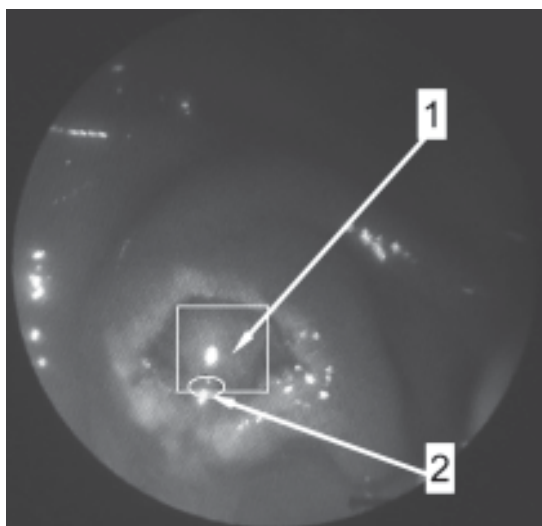


Рис. 12. Эндоскопическая картина сферического выбухания (1) слизистой оболочки ампулы БДС в области устья ОЖП (2).

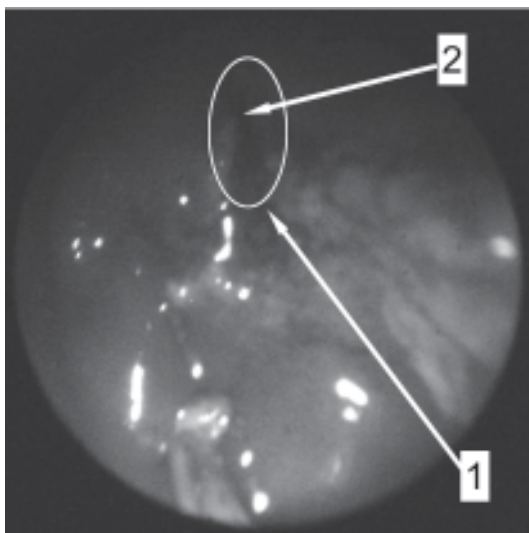


Рис. 13. Эндоскопическая картина формирования «воронки» (1) области устья ОЖП (2) при глубоко проведенном предрассечении

3. Признак подтекания желчи (встречается в 14 %).

Сочетание признаков отмечается в 26,2 %.

Поиск и идентификация устья общего желчного протока должны проводиться при полном гемостазе. При возникновении даже незначительного интраоперационного кровотечения

проводились соответствующие гемостатические мероприятия, заканчивающиеся орошением гемостатическим препаратами поверхностного действия или откладывался поиск устья холедоха на следующие сутки. Вызвано это тем, что даже слабо выраженное кровотечение отнимает значительное время на гемостаз и отмывание препарируемых тканей от крови и сгустков, поэтому оправдано, если кровотечение остановится самостоятельно (естественно, если тенденция к самостоятельному гемостазу очевидна) и не заставлять пациента терпеть лишнее время, тем более, что в большинстве наблюдений через сутки после препаровки визуализация признаков выше. После идентификации устья общего желчного протока проводится его канюляция обычным демлинговским папиллотомом с последующим рассечением.

Использование данных ориентиров для проведения ЭПСТ при невозможности селективной канюляции просвета гепатикохоледоха позволило повысить уровень эффективно выполненных ЭПСТ с 72 до 98,7 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, можно сделать вывод, что признаки устья ОЖП являются регулярно встречающимися анатомическими ориентирами для селективной канюляции холедоха демлинговским папиллотомом, и их использование при невозможности селективной канюляции просвета холедоха на интактном БДС позволяет повысить уровень выполнимости и безопасности ЭПСТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин. — М.: ИМА-пресс, 1996. — 152с.
2. Прецизионная хирургия доброкачественных заболеваний желчевыводящих протоков / К.В. Лапкин, В.И. Малярчук, Ф.В. Базилевич и др. // Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны: Сб. тр. междунар. конф. — М., 1995. — С. 106 — 108.
3. Ташкинов Н.В.. Эндоскопическая папиллосфинктертомия в лечении холедохолитаза и стеноза БДС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1982. — 22 с.