РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

THE ROLE OF ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE HEPATOPANCREATODUODENAL ZONE

Бондарев Геннадий Алексеевич
Доктор медицинских наук

Саакян Араик Рубенович

Кунаков Даниил Валерьевич

Курский государственный медицинский университет

Bondarev Gennady Alekseevich
Doctor of Medical Sciences

Sahakyan Arayik Rubenovich

Kunakov Daniil Valerievich

Kursk State Medical University

E-mail: bondarevga@kursksmu.net

Резюме

В настоящее время эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) прочно вошла в арсенал методов лечения заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ). Применение данного метода при лечении холедохолитиаза является «золотым стандартом», что позволяет с высокой степенью устранить нарушение желчеоттока и холедохолитиаза. Однако, кроме холедохолитиаза, оттоку желчи препятствуют различные заболевания большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК): аденома, стеноз, стриктура, дивертикул. Применение ЭПСТ при этих ситуациях является чрезвычайно сложной, дискутируемой и недостаточно изученной проблемой. В статье представлены результаты лечения 176 больных с патологией БСДК и общего желчного протока, где применялась ЭПСТ. В структуре обнаруженной патологии встречались: холедохолитиаз - 59,1%; стеноз БСДК - 21,0%; парапапиллярный дивертикул 19,3%; мелкие одиночные или множественные доброкачественные гиперпластические образования в области устья БСДК - 17,0%; папиллит - 7,4%; гнойный холангит - 2,3%. Наличие дивертикулов двенадцатиперстной кишки не является в настоящее время противопоказанием к выполнению ЭПСТ по экстренным и срочным показаниям. Наличие современной аппаратуры в сочетании с высоким уровнем профессионализма позволяет минимизировать неудачи и осложнения ЭПСТ.

Ключевые слова: холедохолитиаз, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, дивертикул, большой сосочек двенадцатиперстной кишки.

Currently, endoscopic papillosphincterotomy (EPST) has firmly entered the arsenal of methods for treating diseases of the hepatopancreatoduodenal zone (GPDZ). The use of this method in the treatment of choledocholithiasis is the "gold standard", which allows to eliminate the violation of bile outflow and choledocholithiasis with a high degree. However, in addition to choledocholithiasis, various diseases of the large papilla of the duodenum (BSDC) prevent the outflow of bile: adenoma, stenosis, stricture, diverticulum. The use of EPST in these situations is an extremely complex, debated and insufficiently studied problem. The article presents the results of treatment of 176 patients with pathology of BSDC and common bile duct, where EPST was used. In the structure of the detected pathology, there were: choledocholithiasis - 59.1%; BSDC stenosis - 21.0%; parapapillary diverticulum 19.3%; small single or multiple benign hyperplastic formations in the area of the mouth of the BSDC - 17.0%; papillitis - 7.4%; purulent cholangitis - 2.3%. The presence of duodenal diverticula is not currently a contraindication to performing EPST for emergency and urgent indications. The availability of modern equipment combined with a high level of professionalism allows you to minimize the failures and complications of EPST.

Key words: choledocholithiasis, endoscopic papillosphincterotomy, diverticulum, papilla duodeni.

Библиографическая ссылка на статью
Бондарев Г.А., Саакян А.Р., Кунаков Д.В. Роль эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Innova. - 2023. - Т. 9 № 2. - С.63-69.

References to the article
Бондарев Г.А., Саакян А.Р., Кунаков Д.В. Роль эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Innova. - 2023. - V. 9 No. 2. - P.63-69.

За последние годы наблюдается существенный рост числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Данное заболевание занимает второе место по частоте среди наиболее распространенных абдоминальных хирургических заболеваний, уступая лишь острому аппендициту. Одной из ведущих осложнений ЖКБ является холедохолитиаз, им страдают около 15-30% больных с ЖКБ, при этом около 70-80% пациентов - пожилого и старческого возраста. Внедрение в клиническую практику малоинвазивного хирургического метода лечения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) кардинально изменило оперативную тактику при лечении осложнений ЖКБ. ЭПСТ играет существенную роль в лечении разнообразной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. Этот метод отличается малой травматичностью, при этом позволяет достичь достаточно хороших ближайших и отдаленных результатов [1].

Суть метода заключается в рассечении большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) специальным инструментом под действием высокочастотного электрического тока.

ЭПСТ была разработана и внедрена в 1974 году независимо друг от друга M. Classen в ФРГ и K. Kawai в Японии; в России первую операцию на БСДК выполнили Н.Н. Малкеров и Л.К. Соколов в 1976 году. В Курской области ЭПСТ начала применяться с 1984 года [2].

В настоящее время ЭПСТ является весьма эффективным малоинвазивным хирургическим методом лечения холедохолитиаза, механической желтухи, патологии БСДК.

Основными показаниями для ЭПСТ являются: стеноз БСДК и терминального отдела холедоха, холедохолитаз, а также их сочетание; реже – опухоли БСДК и протоков.

Противопоказания для проведения ЭПСТ: протяженный (более 2,5 см) стеноз БСДК и терминального отдела холедоха доброкачественной и злокачественной этиологии, БСДК в дивертикуле, острый панкреатит небилиарной этиологии.

Одними из частых осложнений ЭПСТ являются: вклинение камня в терминальный отдел холедоха с прогрессированием и рецидивом желтухи и холангитом (3-5%), ретродуоденальные перфорации (0,5-1,2%), кровотечения (1-6%) и панкреатит (2-4%) [3, 4].

В случаях, когда ЭПСТ опасна или невыполнима из-за наличия стриктур, аденом БСДК, интрадивертикулярном расположении сосочка, ряд авторов [5, 6] для разрешения патологии БСДК предлагают технологию антеградной папиллосфинктеротомии. Однако данный метод лечения пока не получил широкого применения и не нашел отражение в современных клинических рекомендациях [7, 8].

Некоторые исследователи в своих научных трудах описывают применение ЭПСТ с баллонной папиллодилатацией. По мнению авторов, применение такого метода лечения снижает количество послеоперационных осложнений по сравнению с использованием только ЭПСТ при холедохолитиазе с крупным конкрементом или при наличии парапапиллярного дивертикула [4].

Несмотря на прогрессирующее развитие эндоскопии, можно сказать, что не существует универсального и безопасного метода эндоскопического вмешательства при патологии органов ГПДЗ.

Цель исследования: изучение роли ЭПСТ в лечении органов ГПДЗ на конкретном клиническом материале.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты ЭПСТ больных с патологией органов ГПДЗ по материалам эндоскопического отделения ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» (КОМКБ) за 2022 год методом выкопировки данных из журнала операций по согласованию с заведующим отделением к.м.н. В.А. Прокоповым. ЭПСТ проводилась с применением видеодуоденоскопа, рентгеновского аппарата типа «С-дуга», электрохирургического аппарата, различных сфинктеротомов, корзины для извлечения камней и баллонных литоэкстракторов. Первичная обработка материала проводилась с помощью MS Excel 2015, статистическая обработка результатов была проведена с

помощью программного обеспечения STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждение. В эндоскопическом отделении ОБУЗ «КОМКБ» за 2022 год транспапиллярные вмешательства выполнены 176 больным. Среди пациентов преобладали женщины - 105 чел. (59,7%). Возраст больных варьировал от 32 до 86 лет, средний возраст составил 66,6 ± 2,4 года. Преобладали пациенты из отделения общей хирургии - 158 чел. (89,8%), 18 больных (10,2%) было из отделения гнойной хирургии.

Спектр выявленной при фиброгастродуоденоскопии патологии представлен в табл. 1.

По данным эндоскопии, в слизистой оболочке желудка были обнаружены: хроническое воспаление у 78 больных (44,3%); гиперемия слизистой оболочки - у 61 чел. (34,7%); единичные эрозии до 1 мм в диаметре - у 12 больных (6,8%).

При осмотре двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлено: наличие желчи в просвете у 56 чел. (31,8%); желчь в просвете отсутствовала у 14 чел. (7,9%); у 2 больных (1,1%) в просвете ДПК была мутная желчь с хлопьями. У 19 пациентов (10,8%) при осмотре ДПК обращала на себя деформация луковицы ДПК, из них у 11 (6,3%) больных в процесс деформации вовлечен БСДК.

В 109 случаях (61,9%) ЭПСТ выполнено канюляционным способом с использованием классического папиллотома. В 67 (38,1%) случаях попытки канюлировать желчные протоки были безуспешны, в связи с чем, использовалась неканюляционная папиллотомия.

Таблица 1.

Заболевания органов ГПДЗ, при которых применялась ЭПСТ

Патологии	Кол-во больных	%
Холедохолитиаз	104	59,1
Стеноз БСДК	37	21,0
Парапапиллярный дивертикул	34	19,3
Мелкие одиночные или множественные доброкачественные гиперпластические образования в области устья БСДК	30	17,0
Воспалительные изменения сосочка, часто сочетающиеся с изменениями слизистой ДПК	13	7,4
Гнойный холангит	4	2,3
Опухоль головки ПЖ	2	1,1

Самой частой патологией был холедохолитиаз, он встретился у 104 (59,1%) больных. Тени конкремента визуализировались в большинстве случаев в средней трети общего желчного протока - 65 (62,5%) случаев, в нижней трети - 23 (22,1%), в верхней трети общего желчного протока - 16 (15,4%) случаев. Во всех этих случаях, для успешного разрешения холедохолитиаза использовалась корзина Дормиа (рис. 1).

Вклиненный конкремент в БСДК выявлен у 11 больных (6,3%). В этих ситуациях выполнено рассечение БСДК торцевым папиллотомом, в результате чего получено самопроизвольной отхождение конкремента, сопровождающееся током большого количества застойной желчи. В качестве завершающего этапа проводили ревизию холедоха корзинкой Дормиа и баллонными экстракторами.

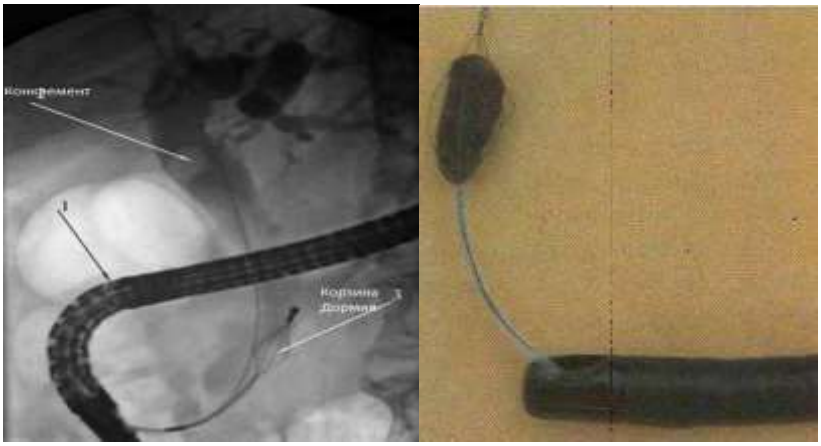


Рис. 1. Холедохолитиаз

На 2-м месте в структуре обнаруженной патологии после холедохолитиаза был стеноз БСДК - 37 больных (21,0%). Во всех этих случаях была успешно выполнена папиллотомия, получен хороший отток желчи (рис. 2).

Рис. 2. Стеноз БСДК

У 34 (19,3%) больных верифицирован парапапиллярный дивертикул, а у 4 (2,3%) БСДК был расположен в области дна дивертикула. Несмотря на то, что наличие дивертикула, по мнению многих экспертов, является ограничением или даже противопоказанием к ЭПСТ, вмешательство было успешно выполнена (иногда - с техническими трудностями, но без развития осложнений). Дивертикулы БСДК выявлялись как сопутствующая патология, поэтому первоочередной задачей было разрешение основной патологии органов ГПДЗ (холедохолитиаз, стеноз БСДК), которые могли привести к развитию осложнений (механической желтухи, гнойному холангиту, острому билиарному панкреатиту) (рис. 3).

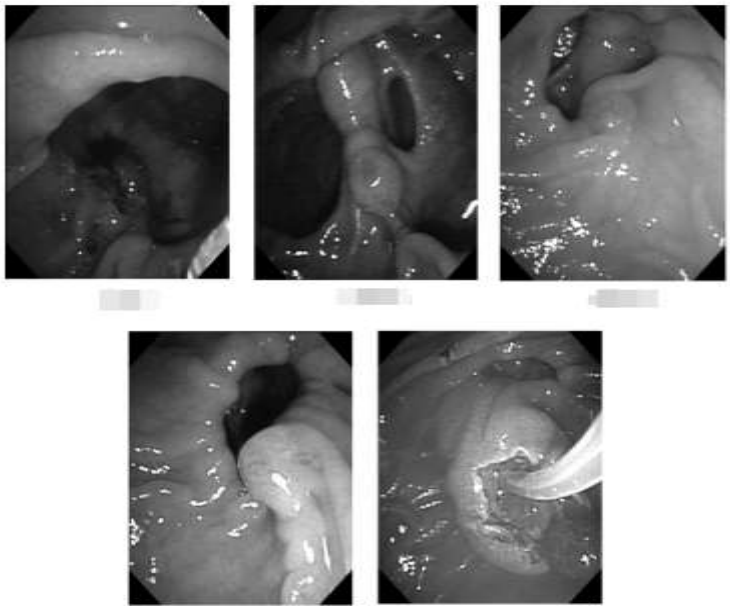
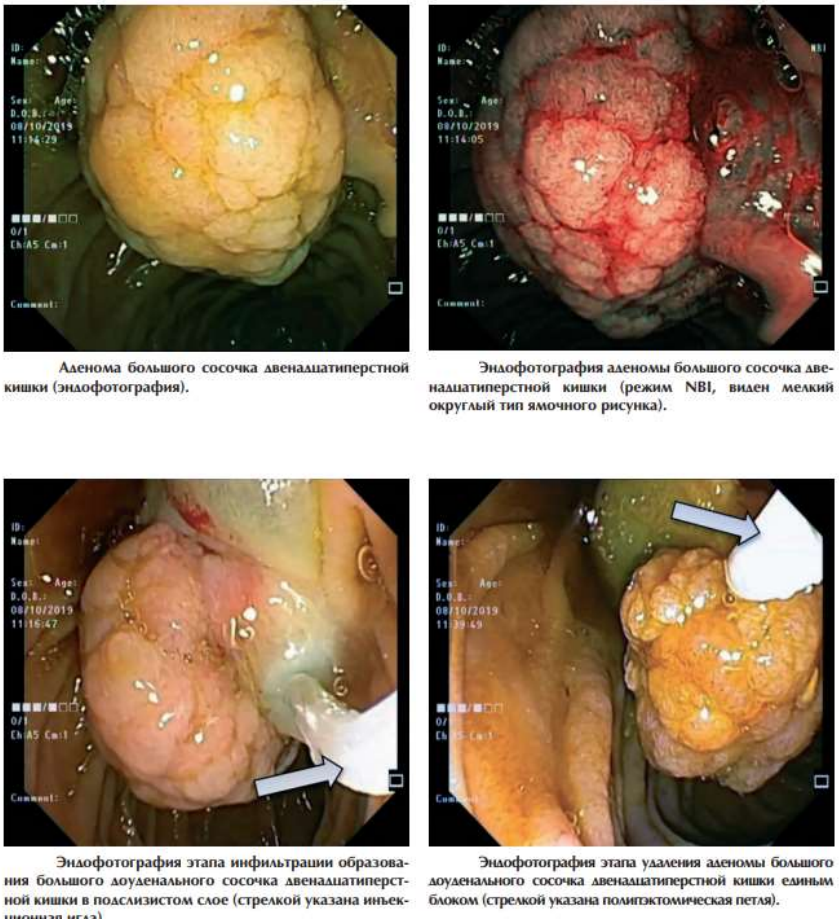


Рис. 3. Дивертикул БСДК

На 4-м месте в структуре выявленной патологии диагностированы мелкие одиночные или множественные доброкачественные гиперпластические образования в области устья БСДК - 30 больных (17,0%). Они не препятствовали выполнению ЭПСТ, во всех этих случаях выполнялся забор материала для гистологического исследования. Аденомы БСДК выявлены в 4 случаях (2,3%) (рис. 4).



Аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки (эндофотография).

Эндофотография аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки (режим NBI, виден мелкий округлый тип ямочного рисунка).

Эндофотография этапа инфильтрации образования большого доуденального сосочка двенадцатиперстной кишки в подслизистом слое (стрелкой указана инъек-

Эндофотография этапа удаления аденомы большого доуденального сосочка двенадцатиперстной кишки единым блоком (стрелкой указана полипэктомическая петля).

Рис. 4. Мелкие одиночные или множественные доброкачественные гиперпластические образования в области устья БСДК

Пятое место в структуре обнаруженной патологии занимали воспалительные изменения фатерова сосочка, часто сочетающиеся с изменениями слизистой оболочки ДПК воспалительного характера - 13 чел. (7,4%).

Гнойный холангит обнаружен у 4 (2,3%) больных, у двух из них холангит выявлен как случайная находка (после ЭПСТ был получен ток мутной желчи), а у двух больных ЭПСТ выполнена по экстренным показаниям с целью улучшения оттока желчи в связи со стенозом БСДК и прогрессирующим развитием гнойного холангита.

Механическая желтуха как осложнение основного заболевания выявлена у 3 больных (1,7%), ЭПСТ применялась для её разрешения по экстренным показаниям, при этом у двух больных (1,1%) эндоскопически верифицирована опухоль головки ПЖ с прорастанием в холедох и БСДК, в обоих этих случаях выполнено стентирование БСДК и холедоха (рис. 5).

Рис. 5. Опухоль головки ПЖ

У 7 больных (4,0%) литоэкстракция с первой попытки не удалась, у 5 из них выполнена успешная ревизия и литоэкстракция со 2-й попытки, а у двух пациентов при повторных попытках извлечь конкремент не удалось, в дальнейшем была выполнена «открытая» трансдуоденальная папиллосфиктеротомия и литоэкстракция.

У трех больных (1,7%) после ЭПСТ развилось кровотечение в зоне рассечения, остановленное консервативно. Других осложнений не было.

Выводы.

1. ЭПСТ является малоинвазивным и эффективным хирургическим вмешательством, позволяющим в большинстве случаев успешно разрешить разнообразную патологию органов ГПДЗ.

2. Наличие дивертикулов ДПК не является в настоящее время противопоказанием к выполнению ЭПСТ по экстренным и срочным показаниям.

3. Наличие современной аппаратуры в сочетании с высоким уровнем профессионализма позволяет минимизировать неудачи и осложнения ЭПСТ.

Литература.

1. Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии / А.В. Гусев [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 11-15.

2. Эндоскопические методы диагностики и лечения папиллостеноза / А.Е. Котовский [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2016. – Т. 175, № 2. – С. 21-24.

3. Павелец, К.В. Современный подход к лечению холедохолитиаза / К.В. Павелец, Д.В. Гацко, Д.С. Русанов // Медицина: теория и практика. – 2018. – Т. 3, № 3. – С. 27-33.

4. Соловьев, И.А. Ограниченная папиллосфинктеротомия, дополненная баллонной дилатацией, в лечении холедохолитиаза у больных, страдающих парапапиллярным дивертикулом / И.А. Соловьев, И.М. Мусинов, В.А. Кольцов // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 15-22.

5. Оценка риска острого постманипуляционного панкреатита при выполнении антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии / А.Ю. Снигирев [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 43-45.

6. Наш опыт хирургического лечения острого билиарного панкреатита /П.М. Назаренко [и др.] // Человек и его здоровье. – 2017. – № 4. – С. 57-66.

7. Клинические рекомендации «Механическая желтуха», разработанные Российским обществом хирургов (проект), 2018 - 206 с. 8.

8. Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи / И.Е Хатьков [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2020. – № 6. – С. 5-17.