

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки

Ю. Г. Старков,
В. П. Стрекаловский,
В. А. Вишнеvский,
Р. С. Григорян

Институт Хирургии
им. А. В. Вишнеvского
РАМН
(Директор академик
РАМН В. Д. Федоров)

Выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки является чрезвычайно сложной, дискутируемой и недостаточно изученной проблемой. В статье представлен опыт выполнения ЭПСТ у 48 больных с пери- и парапапиллярными дивертикулами двенадцатиперстной кишки.

Показаниями к ЭПСТ были холедохолитиаз — 38 (67,8%), папиллостеноз — 12 (25%) стенозы терминальных отделов холедоха — 26 (54%) и панкреатического протока — (17%) в сочетании с хроническим панкреатитом у 8 (17%), а также механическая желтуха при раке БДС в 1 (1,8%) случае и раке головки поджелудочной железы — 1 (1,8%).

Всем больным с перипапиллярными дивертикулами ЭПСТ выполнена канюляционным способом, в пределах стенки дивертикула, вдоль продольной складки, при длине разреза не более 15 мм. У больных с парапапиллярными дивертикулами в 5 случаях была выполнена дозированная папиллотомия торцевым электродом, которая затем расширена канюляционным способом. В 100% ЭПСТ была адекватной и позволила произвести успешную литоэкстракцию.

Кровотечение из папиллотомной раны, остановленное коагуляцией и инъекциями раствора этоксисклерола наблюдалось в 4-х случаях (8,5%). В 5 (12%) наблюдениях развился острый панкреатит, который был купирован консервативной терапией.

Анализ клинических наблюдений показал, что ДПОД являются одним из важнейших патогенетических факторов развития стенозов терминальных отделов протоков ДПОДК не являются противопоказанием к ЭПСТ. ЭПСТ при дивертикулах папиллярной области — этиопатогенетический метод лечения при желчной и панкреатической гипертензии, у больных с холедохолитиазом, холангитом и хроническим панкреатитом

Медикаментозная подготовка кишки, детальное установление анатомических взаимоотношений терминальных отделов протоков со стенками дивертикула и кишки, выполнение ЭПСТ преимущественно канюляционным способом, ограничение протяженности папиллотомной раны пределами перипапиллярного дивертикула, профилактика острого панкреатита позволили избежать опасных для жизни осложнений.

Использование правильных методических и технических приемов при выполнении ЭПСТ у больных с ДПОДК позволяет не превышать частоты осложнений ЭПСТ в целом

Endoscopic papillosfincterotomy in cases of papillary diverticula of duodenum

U. G. Starkov,
V. P. Strekalovsky,
V. A. Vishnevsky,
R. S. Grigorian,

A. V. Vishnevsky
Institute of Surgery
(Director —
Academician RAMSci
Y. D. Fedorov),
Moscow

Endoscopic papillosfinctarotomy (EST) in cases of papillary diverticula of duodenum is extremely difficult to fulfil and represents a disputable and insufficiently studied problem. An experience of EST in 48 patients with peri- and parapapillary diverticula of duodenum is presented.

Indications for EST were: common bile duct (CBD) stones — 38 (67.8%), papillar stenosis — 12 (25%), distal stenosis of CBD—26 (54%) and pancreatic duct 8(17%) in combination with chronic pancreatitis—8 (17%) and obstructive jaundice caused by papillary — 1 (1.8%) and pancreatic head cancer — 1 (1.8%).

All EST were carried out by canulation mode within the wall of diverticula down the longitudinal flexure within 5 mm. In 5 cases of parapapillary diverticula limited EST with direct electrode was later completed with canulation mode. In 100% of patients EST was adequate and sufficient for stone extraction.

In 4 (8.5%) cases a bleeding from EST excision was managed by electrocoagulation and etoxisclerole solution injections. In 5 (12%) patients developed acute pancreatitis, that also was successfully managed conservatively.

Clinical analysis confirmed the important role of papillary diverticula of duodenum in papillary stenosis development. Papillary diverticula of duodenum should not be considered as

contraindication of EST. In patients with papillary diverticula of duodenum complicated with biliary and pancreatic hypertension, CBD stones, cholangitis and chronic pancreatitis EST is aetiopatogenic method of treatment.

Medicamentous preparation of the duodenum, precise identification of anatomic relations between CBD, pancreatic duct and diverticula wall, application of canulation mode and limitation of EST within the wall of the diverticula helped to avoid lifethreatening complications and to keep the complications rate at diverticula in conventional EST complications rate limits.

Выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки является чрезвычайно сложной, дискутируемой и недостаточно изученной проблемой. В статье представлен опыт выполнения ЭПСТ у 48 больных с пери- и парапапиллярными дивертикулами двенадцатиперстной кишки.

Показаниями к ЭПСТ были холедохолитиаз — 38 (67,8%), папиллостеноз — 12 (25%), стенозы терминальных отделов холедоха — 26 (54%) и панкреатического протока — 8 (17%) в сочетании с хроническим панкреатитом у 8 (17%), а также механическая желтуха при раке БДС в 1 (1,8%) случае и раке головки поджелудочной железы—1 (1,8%).

Всем больным с перипапиллярными дивертикулами ЭПСТ выполнена канюляционным способом, в пределах стенки дивертикула, вдоль продольной складки, при длине разреза не более 15 мм. У больных с парапапиллярными дивертикулами в 5 случаях была выполнена дозированная папиллотомия торцевым электродом, которая затем расширена канюляционным способом. В 100% ЭПСТ была адекватной и позволила произвести успешную литоэкстракцию.

Кровотечение из папиллотомной раны, остановленное коагуляцией и инъекциями раствора этоксисклерола наблюдалось в 4-х случаях (8,5%). В 5 (12%) наблюдениях развился острый панкреатит, который был купирован консервативной терапией.

Анализ клинических наблюдений показал, что ДПОД являются одним из важнейших патогенетических факторов развития стенозов терминальных отделов протоков. ДПОДК не являются противопоказанием к ЭПСТ. ЭПСТ при дивертикулах папиллярной области — этиопатогенетический метод лечения при желчной и панкреатической гипертензии, у больных с холедохолитиазом, холангитом и хроническим панкреатитом.

Медикаментозная подготовка кишки, детальное установление анатомических взаимоотношений терминальных отделов протоков со стенками дивертикула и кишки, выполнение ЭПСТ преимущественно канюляционным способом, ограничение протяженности папиллотомной раны пределами перипапиллярного дивертикула, профилактика острого панкреатита позволили избежать опасных для жизни осложнений.

Использование правильных методических и технических приемов при выполнении ЭПСТ у больных с ДПОДК позволяет не превышать частоты осложнений ЭПСТ в целом.

В клинической практике дивертикулы папиллярной области двенадцатиперстной кишки (ДПОДК) наиболее часто встречаются у пациентов с заболеваниями, сопровождающимися желчной и панкреатической гипертензией. Это калькулезный холецистит и холедохолитиаз, стенозы большого дуоденального сосочка (БДС), терминального отдела холедоха (ТОХ) и панкреатического протока, механическая желтуха, холангит, хронический панкреатит [3,6].

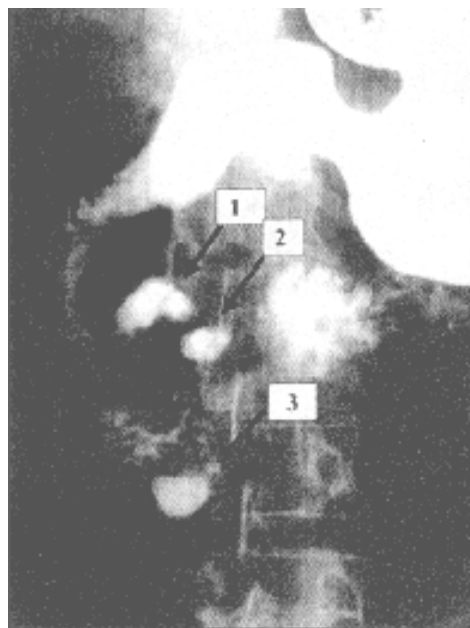


Рис. 1. Множественные дивертикулы (1,2,3) двенадцатиперстной кишки при пероральной рентгенографии с барием

При дуоденоскопическом исследовании, выполняемом пациентам с хирургическими заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной области, ДПОДК встречаются в 6,7—7,5% случаев [2, 4, 12], но наиболее часто они выявляются при холедохолитиазе 5—22 % [5,7,9,11,13].

Наличие ДПОДК существенно влияет на лечебную тактику при заболеваниях, сопровождающихся желчной и панкреатической гипертензией. Ряд авторов считает невозможным и даже противопоказанным выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при ДПОДК, расширяя показания к оперативному лечению [4, 11, 12, 13]. Одним из основных аргументов против ЭПСТ является мнение о высоком риске развития осложнений, а именно перфорации стенки двенадцатиперстной кишки [1, 8, 10].

По нашим данным пери- и парапапиллярные дивертикулы выявляются у больных калькулезным холециститом в 4 и 7% случаев соответственно, а при холедохолитиазе в 9 и 11% наблюдений.

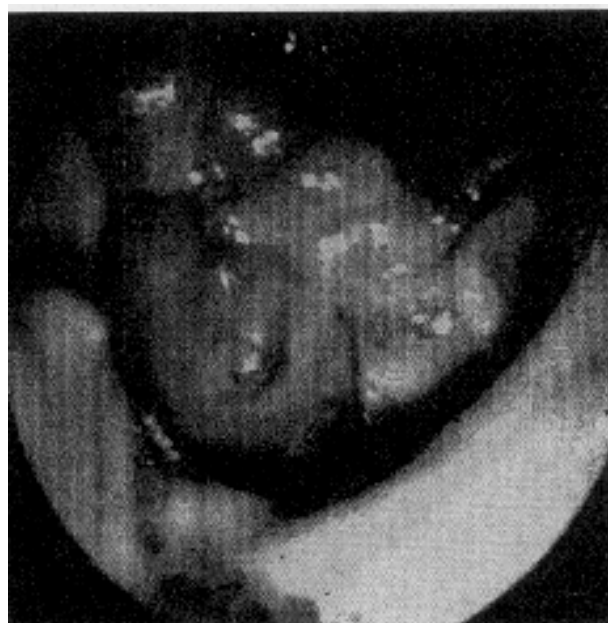


Рис. 2. Дуоденоскопическая картина при парапапиллярном дивертикуле: БДС, расположен в области дна дивертикула

Материал и методы

В данном сообщении представлен опыт ЭПСТ у 48 больных с ДПОДК, в возрасте от 47 до 76 лет. Соотношение 1 мужчин и женщин было 1:2,7.

Показаниями к ЭПСТ были холедохолитиаз, желчная и панкреатическая гипертензия, стенозы терминального отдела холедоха (ТОХ) и главного панкреатического протока, папиллостеноз, механическая желтуха опухолевой генеза (таблица).

У 23 оперированных имелись парапапиллярные дивертикулы, у 25 — перипапиллярные. В 6 наблюдениях дивертикулы были множественные, в 42 — единичные (рис. 1). Размеры устья дивертикула варьировали от 7 до 25 мм. В большинстве случаев имело место супрапапиллярное расположение дивертикула. При перипапиллярных дивертикулах, БДС в 8 наблюдениях располагался в области дна, в 11 наблюдениях в области тела, и 6 — шейки (рис. 2).

У 27 больных холедохолитиаз сочетался с калькулезным холециститом. В 7 наблюдениях был резидуальный холедохолитиаз. У 4-х больных, перенесших ранее холецистэктомию и холедохолитотомию - рецидивный холедохолитиаз. В 26 наблюдениях, холедохолитиаз сочетался со стенозом ТОХ, в 12 - с папиллостенозом. У 5 больных было сочетание стенозов ТОХ и главного панкреатического протока с хроническим панкреатитом, У 3 больных был стеноз терминального отдела главного панкреатического протока и хронический панкреатит. У 2 больных была механическая желтуха опухолевой этиологии.

Таблица
Показания к ЭРХПГ и ЭПСТ у больных с дивертикулами папиллярной области двенадцатиперстной кишки (n=48)

Показания	Абс.	%
Холедохолитиаз + стеноз ТОХ	26	54,1
Холедохолитиаз + папиллостеноз	12	25
Стеноз ТОХ и панкреатического протока + хронический панкреатит	5	10,4
Стеноз терминального отдела главного панкреатического протока + хронический панкреатит	3	6,3
Рак БДС + механическая желтуха	1	2,1
Рак головки поджелудочной железы + механическая желтуха	1	2,1
Всего	48	100

ДПОДК были диагностированы при дуоденоскопии, которая позволяла определить расположение продольной складки и БДС по отношению к дивертикулу, возможность визуализации устья БДС, оценить состояние дивертикула.

В группе больных, рассматриваемых нами, осложнений со стороны самих дивертикулов, требующих оперативного лечения (выраженный дивертикулит, перфорация, кровотечение, изъязвление и др.) не было.

Всем больным перед ЭРХПГ и ЭПСТ проводилась полноценная премедикация, включающая атропин, анальгетики, седативные препараты и ганглиоблокаторы. Премедикация приводила к снижению моторики и хорошей релаксации двенадцатиперстной кишки.

35 больным выполнено селективное контрастирование желчевыводящих путей и панкреатического протока, 5 — было произведено одновременное контрастирование протоков. У 5 больных контрастировать гепатикохоледох удалось только после выполнения атипичной ЭПСТ (рис. 3).

При перипапиллярных дивертикулах мы выполняли ЭПСТ канюляционным способом, стараясь проводить папиллотомный разрез в пределах стенки дивертикула, вдоль продольной складки при длине разреза не более 10—15мм.

Техника ЭПСТ при парапапиллярных дивертикулах существенно не отличалась от общепринятой, однако мы стремились к выполнению папиллотомии канюляционным способом. В 5 наблюдениях с парапапиллярными дивертикулами попытки канюлировать БДС оказались безуспешными. Во всех этих случаях мы вначале производили дозированную папиллотомию торцевым электродом. После чего контрастировали билиарный тракт и уже канюляционным способом выполняли адекватную для литоэкстракции папиллосфинктеротомию (рис. 4).

С целью профилактики развития острого панкреатита после ЭРХПГ и ЭПСТ мы во всех случаях использовали невысокие (до 30%) концентрации растворов рентгеноконтрастных веществ, а также всем больным проводили медикаментозную профилактику и при необходимости терапию острого панкреатита, включающую инфузионную терапию, цитостатики, а в ряде случаев — сандостатин.

Результаты и обсуждение

В 45 (94%) наблюдениях при дивертикулах папиллярной области была успешно выполнена ЭРХПГ и папиллосфинктеротомия. У всех 38 больных с холедохолитиазом мы произвели полную литоэкстракцию корзинкой Dormia. У 5 (10%) больных причиной желчной и панкреатической гипертензии, холангита и хронического панкреатита было сдавление терминальных отделов холедоха и панкреатического протоков стенкой перипапиллярного дивертикула, с формированием стенозов (рис. 5). Холедохолитиаза и калькулезного холецистита в этих случаях не было. При динамическом наблюдении за этими больными после выписки из стационара клинические проявления

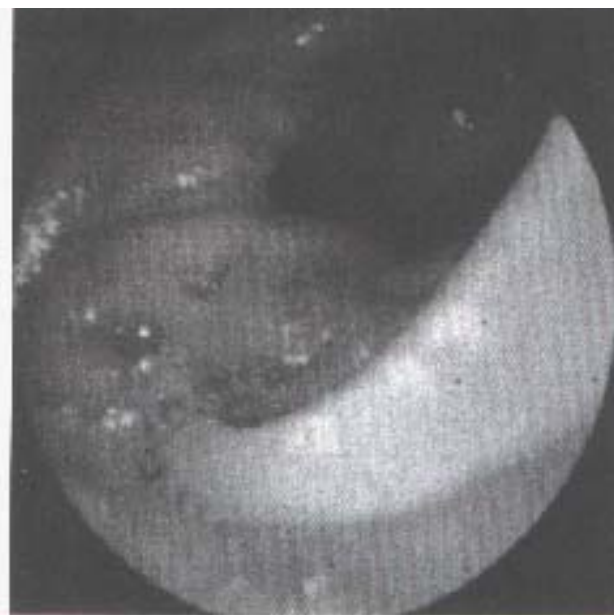


Рис. 3. Дуоденоскопическая картина: катетер установлен в устье БДС после атипичной ЭПСТ при перипапиллярном дивертикуле

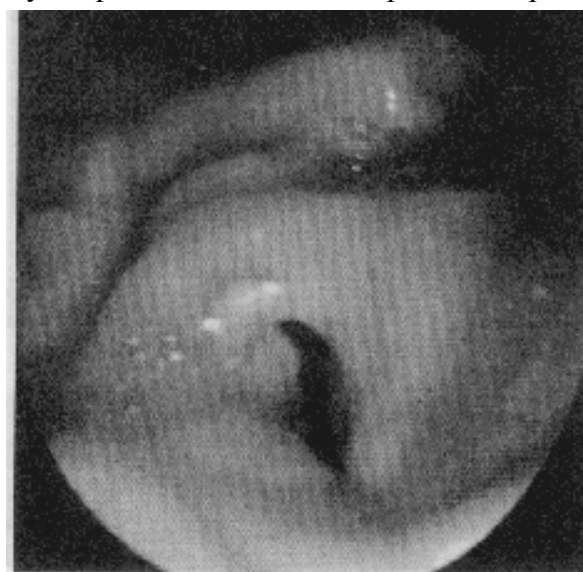


Рис. 4. Дуоденоскопическая картина: вид папиллотомной раны при перипапиллярном дивертикуле

хронического панкреатита, холангита и желчной гипертензии не повторялись. В двух наблюдениях при опухолевом генезе нарушения желчеоттока после ЭПСТ было выполнено эндопротезирование. В 3 (6%) случаях перипапиллярных дивертикулов с узким устьем, БДС не был обнаружен даже после медикаментозной релаксации кишки, выполнение ЭРХПГ и ЭПСТ оказалось невозможным. Этим больным выполнена холедохолитотомия.

Из осложнений ЭПСТ в 4 (8,5%) наблюдениях имело место кровотечение из папиллотомной раны различной интенсивности, остановленное коагуляцией и инъекциями раствора этоксисклерола. Дополнительных диагностических и лечебных вмешательств не потребовалось. В 5 (12%) наблюдениях развился реактивный панкреатит, который был купирован консервативной терапией. Перфораций кишки не было.

Анализ клинических наблюдений показал, что пара- и перипапиллярные дивертикулы нарушают эвакуаторную функцию желчных и панкреатических путей вследствие сдавления терминальных отделов холедоха и панкреатического протока с формированием стенозов, тем самым вызывая нарушение пассажа желчи и панкреатического сока (рис. 5). Застой желчи и нарушение пассажа панкреатического сока создают благоприятные условия для литогенеза и приводят к развитию холангита, механической желтухи, хронического панкреатита. Мы предполагаем, что пусковым механизмом к формированию стенозов ТОХ и панкреатического протока являются дивертикулиты, сопровождающиеся перипроцессом, которые в большинстве случаев протекают без ярких клинических проявлений, либо латентно. Нами было отмечено, что протяженность стенозов дистальных отделов гепатикохоледоха и панкреатического протока всегда соответствовала стенкам дивертикула, прилежащим к ним. Данные наблюдения позволяют нам считать, что в этих случаях ЭПСТ этиопатогенетически обоснована и является операцией предпочтения.

Мы выделяем ряд принципиальных методических моментов, которые позволяют нам успешно выполнять ЭПСТ при ДПОДК и избегать осложнений.

Всем больным должна проводиться премедикация с целью релаксации кишки. Даже в случаях, когда при обычном дуоденоскопическом исследовании нам не удастся визуализировать БДС в перипапиллярном дивертикуле, мы не отказываемся от попытки выполнения ЭРХПГ, и в большинстве случаев, после медикаментозной релаксации кишки достигается его визуализация. Адекватная премедикация дает возможность работы в условиях сниженной моторики кишки, что во многом определяет успех операции в условиях нарушенной анатомии папиллярной области. Таким образом, при перипапиллярных дивертикулах возможность выполнения ЭРХПГ и ЭПСТ определяется визуализацией БДС в дивертикуле, что зависит от ширины устья последнего и места расположения сосочка.

С целью детального установления анатомических

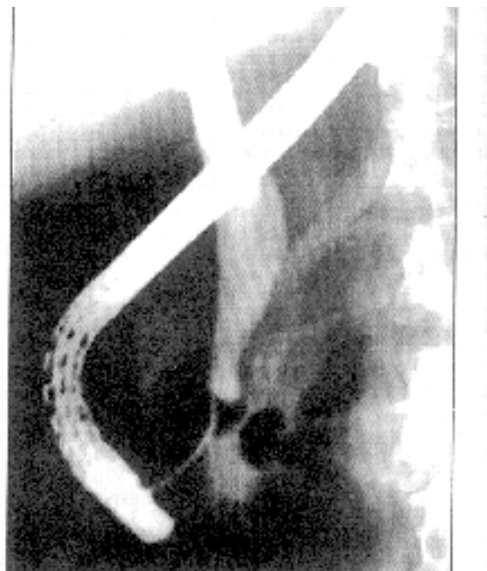


Рис. 5. Ретроградная холангиопанкреатограмма. Стенозы ТОХ и главного панкреатического протока у больной с двумя перипапиллярными дивертикулами двенадцатиперстной кишки. Холедо- и панкреатический проток. Протяженность стенозов соответствует стенкам дивертикулов.



Рис. 6. Рефлюкс контраста из двенадцатиперстной кишки в терминальный отдел холедоха после ЭПСТ и видеоангиографии. Направленный к перипапиллярному дивертикулу при рентгенографии с периферийной датчей бария.

взаимоотношений дистальных отделов протоков со стенками дивертикула папиллярной области и кишки мы считаем необходимым контрастирование как холедоха, так и панкреатического протока.

При парапапиллярных дивертикулах мы всегда стремимся выполнять ЭПСТ канюляционным способом. Длина папиллотомного разреза должна соответствовать протяженности стеноза.

При наличии конкрементов общего желчного протока; мы считаем необходимым завершать вмешательство литоэкстракцией, либо стентированием желчных путей. ЭРХПГ и ЭПСТ при парапапиллярных дивертикулах в большинстве случаев не вызывают больших технических сложностей. ЭРХПГ и ЭПСТ были успешными во всех случаях, позволив произвести полную литоэкстракцию и восстановить отток из общего желчного и панкреатического протоков. (Рис. 6 и 7).

Мы считаем, что выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии при дивертикулах папиллярной области анатомо-физиологически и патогенетически обосновано. Папиллосфинктеротомию при расположении БДС в дивертикуле необходимо производить только канюляционным способом. Неканюляционные способы имеют неоправданно высокий риск осложнений, который обусловлен укорочением и деформацией интрамурального отдела холедоха именно при перипапиллярных дивертикулах. При парапапиллярных дивертикулах имеет место сдавление, деформация и стенозирование ТОХ без изменения длины интрамурального отдела протока.

В ряде случаев ЭПСТ в дивертикуле может быть недостаточно широкой для удаления крупных конкрементов или восстановления полноценного пассажа желчи (при протяженных стенозах ТОХ или укорочении интрамурального отдела холедоха), однако целесообразность ее выполнения заключается в восстановлении естественного пассажа желчи даже в тех случаях, когда больному предстоит холедохолитотомия, либо наложение билидигестивного анастомоза. В этих случаях после ЭПСТ производится стентирование или назобилиарное дренирование с целью разрешения холангита, желтухи и предотвращения вклинения конкрементов.

Заключение

Наш опыт позволяет нам заключить, что дивертикулы папиллярной области не следует рассматривать как противопоказание к ЭПСТ. Обнаружение дивертикула при дуоденоскопии не должно являться причиной отказа от попытки ЭРХПГ и ЭПСТ.

До настоящего времени еще недостаточно известно об этиологии и патогенезе ДПОДК. Практически отсутствует литература, освещающая многие стороны рассматриваемой проблемы. Открытыми для изучения и обсуждения остаются вопросы патологической анатомии и физиологии папиллярной области при наличии дивертикулов. Однако, уже сейчас ясно, что ДПОДК являются важнейшим патогенетическим звеном в развитии многих заболеваний ассоциированных с желчной и панкреатической гипертензией.

Поэтому папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки — это этиопатогенетический метод лечения при желчной и панкреатической гипертензии, у больных с холедохолитиазом, холангитом и хроническим панкреатитом. Частота осложнений при использовании правильных методических и технических приемов, не превышает частоты осложнений ЭПСТ в целом.

Однако нельзя забывать, что ЭПСТ при дивертикулах таит реальную опасность развития тяжелейших осложнений — абсцессов и флегмон, лечение которых требует выполнение широких дренирующих операции, а осложнения эти имеют высокий процент неблагоприятных исходов. Поэтому, ключевым вопросом ЭПСТ при ДПОДК являются вопросы

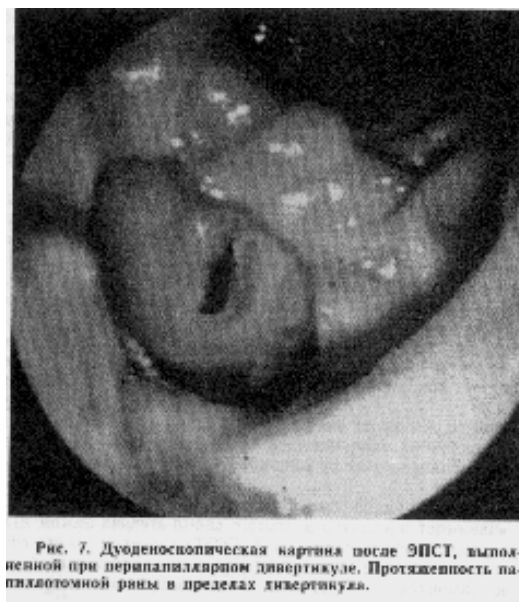


Рис. 7. Дуоденоскопическая картина после ЭПСТ, выполненной при перипапиллярном дивертикуле. Протяженность папиллотомной раны в пределах дивертикула.

установления анатомических взаимоотношений протоков со стенками дивертикула и кишки, правильный выбор направления и протяженности папиллосфинктеротомии в каждом конкретном случае.

Список литературы

1. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. // М. — Медицина. — 1996. — 152 стр.
2. Брискин Б. С., Демидов Д. А., Ивиев В. П. Особенности эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке при парапапиллярных дивертикулах, // Эндоскопическая хирургия.—N. 1. —1998.—стр. 8.
3. Бугаев А. И., Горбунов Г. М. Лечение околососочковых дивертикулов двенадцатиперстной кишки. // Хирургия.—N. 3.—1992. —стр. 135—138.
4. Буянов В. М., Перминова Г.И., Соколов А.А. Профилактика осложнений при эндоскопических вмешательствах на большом дуоденальном сосочке у больных с парапапиллярными дивертикулами. // Эндоскопическая хирургия. — N. 1. — 1998. — стр. 77 — 78.
5. Гальперин Э. И., Громова И. В., Зубарева Л. А., Гращенко С. А., Кузовлев Н. Ф. Холедохолитиаз - эндоскопические возможности его разрешения. // Анналы хирургической гепатологии. —Т. 3.—N. 3.— 1998.—стр. 46—47.
6. Земляной А. Г. Хирургическое лечение дивертикулов двенадцатиперстной кишки. // М.— Медицина.—1974.—215 стр.
7. Крендаль А. П., Хрусталева М. В. Особенности эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе у больных с дивертикулами двенадцатиперстной кишки. // Анналы хирургической гепатологии.— т. 3.—N. 3. — 1998. - стр. 75—76.
8. Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. // М.— Медицина. — 1994. — 191стр.
9. Старков Ю. Г., Горев М. П., Ризаев К. С. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки как причина желчной гипертензии и холедохолитиаза. // Тезисы конференции "Новое в гастроэнтерологии". — Москва.—31мая—1июня 1996.—Т. 2.—стр. 107—108.
10. Федоров И. В., Сигал Е.И., Одинцов В. В. Эндоскопическая хирургия. // Москва.—ГЭОТАР Медицина.—1998.—352стр.
11. Шаповальянц С. Г., Цкаев А. Ю., Грушко Г. В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе. // Анналы хирургической гепатологии.—Т. 2.—1997.—стр. 117—122.
12. Chang-Yan L. et al. Endoscopic sphincterotomy: 7—year experience. // World J. Surg.—1997.— V. 21.—N. 1.— pp. 67—71.
13. Coppola R. et al. ERCP in the era of laparoscopic biliary surgery. // Surg. Enclose.— 1996.— V. 10.—N. 4. - pp. 403—406.