

Эндоскопические диагностические и лечебные вмешательства при парапапиллярных дивертикулах

И. В. Громова.

Н. Ф. Кузовлев.

Г. А. Уржумцева.

С. А. Гращенко.

А. Е. Котовский

Отдел хирургии печени
(зав. - проф. Э.И.
Гальперин) Кафедра
хирургических болезней
(зав. - акад. АМН Г.М.
Соловьев) Московской
медицинской академии
им. И.М. Сеченова

В статье проанализирован 8-летний опыт эндоскопического лечения 99 больных с парапапиллярными дивертикулами. Предложена классификация парапапиллярных дивертикулов в зависимости от их расположения относительно БДС и продольной складки двенадцатиперстной кишки, включающая 5 типов. Разработаны технические приемы выполнения диагностических и лечебных эндоскопических вмешательств у больных с парапапиллярными дивертикулами, которые позволили у 95.6% больных выполнить РХПГ. У 78 больных выявлены показания к ЭПСТ: холедохолитиаз — 54, стеноз БДС — 5, сочетание холедохолитиаза и стеноза БДС — 7, опухоль головки поджелудочной железы - 1, аденома БДС 1. Ретроспективный анализ показал, что наибольшие трудности при выполнении диагностических и лечебных эндоскопических вмешательств встречались при 1 типе расположения папиллы (интрадивертикулярная локализация БДС). Адекватную ЭПСТ не удалось выполнить у 3 больных. Литэкстракцию в полном объеме выполнили у 77% больных. Постманипуляционные осложнения в ближайшем периоде наблюдали у 7 больных: кровотечение — у 2, острый панкреатит — у 2, острый холангит — у 3 больных. Летальности, связанной с проведением ЭПСТ, не наблюдали. В сроки от 6 месяцев до 9 лет обследован 31 больной. Хорошие отдаленные результаты ЭПСТ отмечены у 24 больных, удовлетворительные — у 2, неудовлетворительные — у 5 больных (у одного больного выявлен рестеноз БДС, у 4 - сочетание рестеноза с холедохолитиазом).

Таким образом, отмечена возможность проведения эндоскопических диагностических и лечебных вмешательств при различных типах расположения БДС и продольной складки двенадцатиперстной кишки относительно дивертикула, которая не приводит к увеличению осложнений и летальности.

Endoscopic Diagnostic and Therapeutic Interventions in Periapillary Diverticula

I. V. Gromova, N. F.

Kuzoviev, G. A.

Urzhumtseva, S. A.

Graschenko, A. E.

Kotovskiy

Liver Surgery

Department (Director-
Prof. E.I. Galperin)

Department of Surgery

diseases (Director-

Academician RAMSci

G.M. Solovyev) I.M.

Sechenov Moscow

Medical Academy

8-year experienced (99 patients) of endoscopic management of periampullary diverticula is presented. Using original classification patients were subdivided into 5 types of periampullary diverticula according to its localization and its relation to papilla and duodenal longitudinal fold. Elaborated technical tools of endoscopic diagnostic and therapeutic intervention in periampullary diverticula patients enabled ERCP in 95.6% cases. Indications of ES were: choledocholithiasis (54), papillary stenosis (5), their association (7) pancreatic head tumor (1) and papillary adenoma (1).

In papilla visualization and ERCP or ES performing, difficulties were most common in type I (intradiverticular) localization of papilla. ES failed in 3 cases. Complete stone extraction was successful in 77% patients. Postmanipulation complications were noticed in 7 patients: bleeding (2), pancreatitis (2), cholangitis (3), Nobody dead.

In 31 patients remote results were studied in 6 months to 9 years terms. Good results were obtained in 24 patients, satisfactory -in 2, insatisfactory —in 5 (1 —stenosis after ES, 4-stenosis, accompanied with bile duct stones).

Conclusion: Possibility of safe endoscopic diagnostic and treatment intervention in different types of papilla and duodenal longitudinal fold localization related to periampullary diverticula is slated.

Введение

За последние два десятилетия произошел значительный прогресс в лечебно-диагностическом подходе к заболеваниям органов билиопанкреатодуоденальной области (БПДО) [8, 10, 21]. Высокий риск хирургических вмешательств и послеоперационная летальность, особенно у больных пожилого и старческого возраста, послужили толчком для поиска новых малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний, сопровождающихся непроходимостью внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального соска (БДС).

Особую актуальность сегодня приобретают эндоскопические вмешательства — ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), транспапиллярное эндопротезирование общего желчного протока, эндоскопическое рассечение рубцовосуженных билиодигестивных анастомозов [5, 6, 8,13,14].

Несмотря на успехи эндоскопии, до сих пор нерешенными остаются вопросы проведения эндоскопических вмешательств при нарушенной нормальной анатомии области БДС вследствие наличия парапапиллярных дивертикулов (ПД).

Материал и методы

За период с 1990 по 1998 г. эндоскопические вмешательства при ПД были выполнены у 99 больных. При дуоденоскопии в парапапиллярной области было выявлено 110 дивертикулов: у 92 больных имелось по одному дивертикулу, у 7 - два и более.

Возраст больных составил от 18 до 85 лет. Мужчин было 30, женщин – 69,72% больных были старше 60 лет.

У 52 больных имела место механическая желтуха, из них у 27 — острый холангит.

У 81% больных были сопутствующие заболевания, определяющие фактор риска хирургической операции.

Техника выполнения эндоскопических вмешательств при ПД, по нашему мнению, является более сложной, чем при их отсутствии, и требует определенного опыта выполнения РХПГ и ЭПСТ в стандартных ситуациях.

При выполнении дуоденоскопии старались детально осмотреть нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки и непосредственно парапапиллярную область. Обращали внимание на дивертикулы, их размер, количество, состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки вне и в полости дивертикула, наличие содержимого в полости ПД и его характер, размеры БДС и продольной складки и их локализацию относительно дивертикула, наличие малого дуоденального сосочка и его расположение относительно БДС.

Для определения локализации БДС применяли следующие приемы:

- медикаментозную релаксацию двенадцатиперстной кишки;
- правильное сборивание двенадцатиперстной кишки и выведение парапапиллярной области;
- аспирацию содержимого из полости дивертикула;
- четкую визуализацию продольной складки двенадцатиперстной кишки;
- инструментальную пальпацию слизистой двенадцатиперстной кишки;
- пробу с красителем (метиленовый синий), который при наличии желчного свища вводили в фистулу.

После идентификации БДС и продольной складки двенадцатиперстной кишки выполняли канюляцию БДС и контрастирование желчных протоков, используя аспирационный контроль.

Интерпретация рентгенологической картины терминального отдела общего желчного протока при ПД, на наш взгляд, затруднена, вследствие деформации интрамурального отдела холедоха и скопления контрастного вещества в полости дивертикула. При сомнительных результатах РХПГ в целях улучшения диагностики использовали инструментальную ревизию желчных протоков, которую в некоторых случаях производили без предварительной диагностической папиллотомии.

При выполнении ЭПСТ придерживались следующих правил:

- производили селективную канюляцию терминального отдела холедоха канюляционным папиллотомом с короткой струной;
- выводили папиллу из полости дивертикула, используя для этого папиллотом и подъемник дуоденоскопа;
- осуществляли постоянный визуальный контроль разреза;
- разрез выполняли по середине продольной складки двенадцатиперстной кишки, выводя ее в поле зрения так, чтобы она была направлена на 12 часов, при необходимости вращали больного на операционном столе, использовали различные типы эндоскопов, а также выполняли вмешательства на "растянутой" петле;

- разрез выполняли короткими разрядами тока, строго ориентируясь на продольную складку двенадцатиперстной кишки и не доходили до ее высшей точки;
- во время выполнения папиллосфинктеротомии до формирования адекватного соустья старались не вынимать канюляционный папиллотом из терминального отдела холедоха, чтобы избежать "соскальзывания" БДС в полость дивертикула;
- при невозможности одноэтапного проведения ЭПСТ, вмешательство выполняли в 2-3 этапа с интервалом 2-4 дня.

Результаты исследований

В целях определения эффективности эндоскопических вмешательств при ПД, а также разработки технических приемов, облегчающих их проведение, мы условно разделили все варианты расположения БДС и продольной складки двенадцатиперстной кишки относительно дивертикула на пять типов:

I тип - БДС располагается в полости дивертикула;

II тип - БДС располагается между двух дивертикулов (т.н. "панталонный" тип дивертикулов);

III тип - БДС располагается в области шейки дивертикула или за его пределами, при этом продольная складка двенадцатиперстной кишки переходит на стенку дивертикула;

IV тип - БДС располагается в области шейки дивертикула, продольная складка двенадцатиперстной кишки не переходит на стенку дивертикула;

V тип - БДС и продольная складка двенадцатиперстной кишки находятся за пределами дивертикула.

Первоначально БДС был обнаружен у 91 больного. Наибольшие затруднения при его выявлении мы наблюдали при I типе, когда папилла располагалась в области дна дивертикула с узкой шейкой, особенно, когда в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки имелось несколько дивертикулов. При неудачной первой попытке считаем целесообразным провести повторное исследование. Такая тактика позволила нам еще у 5 больных выявить БДС. У 3 больных выявить его не удалось.

РХПГ выполнили у 95 больных (табл. 1): у 54 — селективным методом, у 21—из ампулы БДС, у 14 - после диагностической папиллотомии. У 6 больных выполнили чресфистульную холангиографию. Канюляция БДС не удалась у одного больного при I типе расположения папиллы. Наибольшие затруднения при селективной канюляции общего желчного протока мы наблюдали при III и V типах расположения папиллы, когда нам пришлось чаще применять контрастирование протоков из ампулы БДС, а также диагностическую папиллотомию.

У 78 из 95 больных с ПД были выявлены заболевания органов БПДО, сопровождающиеся нарушением проходимости внепеченочных протоков и БДС: холедохолитиаз - у 54 больных, стеноз БДС - у 15 и их сочетание - у 7 больных. В 2 наблюдениях оно было вызвано опухолью обструкции - аденомой БДС и опухолью головки поджелудочной железы.

Таким образом, эффективность диагностических эндоскопических вмешательств при ПД составила 95.6%.

Выполнить адекватную ЭПСТ из 78 больных не удалось только у 3 (2 больных с I и 1 - с III типом расположения папиллы) (табл. 2). Этот результат сравним с результатами ЭПСТ, выполняемых при отсутствии ПД.

Ретроспективный анализ показал, что выбор способа ЭПСТ (типичный или нетипичный) не зависел от выраженности стеноза БДС, а в первую очередь определялся возможным риском последующих осложнений. Так, при интрадивертикулярном расположении папиллы ЭПСТ старались выполнить менее безопасным, типичным способом, что было сделано у 65% больных, а при расположении папиллы вне полости дивертикула чаще старались использовать нетипичные способы (47%).

Из 61 больного с холедохолитиазом литоэкстракцию в полном объеме выполнили 47 больных (77%), причем у 3 - после предварительной механической литотрипсии. Анализ причин неполной литоэкстракции показал, что они не определялись наличием ПД: у 10 больных диаметр конкрементов превысил 1,0 см, у 3 - был вклиненный камень общего желчного протока, у 1 -

фиксированный на лигатуре конкремент. Тем не менее, этим больным удалось выполнить временную декомпрессию желчных протоков и отсрочить хирургическое вмешательство.

Таблица 1. Характер диагностических эндоскопических вмешательств у больных ПД

Локализация БДС, тип	Дуоденоскопия	РХПГ				Фистулохолангиография
		Селективная	Из ампулы БДС	После диагност. папиллотомии	Не удалось	
I	32 (3)	20	4	2	1	2
II	4	4				
III	30	15	8	5		2
IV	17	10	2	4		1
V	16	5	7	3		1
Всего	99 (100%)	54	21	14	1	6

Примечание: в скобках – БДС не найден.

Таблица 2. Характер лечебных эндоскопических вмешательств у больных с ПД

Типы расположения БДС, тип	Число больных	ЭПСТ			Литэкстракция	НБД	Мех. литотрипсия	Эндопротезирование
		Типичная	Нетипичная	Комбинированная				
I	20	13	4(2)	3	17(3)	6	2	1
II	3	3			2	1		
III	25	13	6(1)	6	14(3)	4		
IV	15	10	1	4	17(4)	4	1	
V	15	8	2	5	11(4)	3(1)		1
Всего	78	47	13(3)	18	61(14)	18(1)	3	2

Примечание: в скобках – вмешательство не удалось.

Осложнения в ближайшем периоде наблюдали у 7 больных (2 - кровотечение, 2 - панкреатит, 3 - холангит), что также не выходит за рамки осложнений, наблюдаемых после эндоскопических вмешательств у больных без ПД. Анализ показал, что острый панкреатит был вызван введением контрастного вещества в главный панкреатический проток и нетипичным способом ЭПСТ, кровотечение - пересечением ветви ретродуоденальной артерии, вследствие вариации ее развития и нетипичным способом ЭПСТ, острый холангит - дислокацией назобилиарного дренажа после неполной литэкстракции и невозможностью после ретроградной холангиографии выполнить адекватную декомпрессию. Все осложнения, за исключением 1 больного с острым холангитом, который был оперирован, лечили консервативно. Летальных исходов, связанных с проведением ЭПСТ не наблюдали.

Из 78 больных, которым ЭПСТ выполняли в условиях ПД, дальнейшая информация получена у 45 (58%). 14 больных умерло: 6 - от осложнений после хирургических операций, не связанных с ЭПСТ (2 - от острого инфаркта миокарда, 3 - от острой сердечно-сосудистой недостаточности, 2 - от постгеморрагической анемии на фоне острой печеночной недостаточности, 1 — от тромбоэмболии легочной артерии) и 8 больных в отдаленном периоде от прогрессирования опухоли головки поджелудочной железы, желудка и сердечно-сосудистых заболеваний. В сроки от 0.5 до 9 лет обследован 31 больной.

Хорошие отдаленные результаты получены у 24 больных, которые жалоб не предъявляли, диеты не придерживались. При инструментальном обследовании нарушения проходимости желчных протоков и БДС не выявлено.

Удовлетворительные отдаленные результаты выявлены у 2 больных. У них сохранялись постоянные боли в эпигастральной области. Больные неоднократно лечились в стационаре по поводу хронического панкреатита.

У 5 больных отмечены неудовлетворительные отдаленные результаты. У этих больных были клинические проявления рецидива заболевания, сопровождающиеся нарушением проходимости желчных протоков и БДС, причем у 3 больных имели место механическая желтуха и острый холангит. При РХГ и 1 больного был выявлен рестеноз БДС, у 4 - сочетание рестеноза БДС с холедохолитиазом. Следует отметить, что из 5 больных с неудовлетворительными отдаленными результатами у 4 ЭПСТ выполнена по поводу стеноза БДС и сочетания его с холедохолитиазом, что позволяет рассматривать стеноз БДС в качестве неблагоприятного прогностического фактора при проведении ЭПСТ.

Обсуждение

Эффективность ЭПСТ в специализированных Центрах по данным различных авторов [1, 2, 15, 20] составляет 82-96%. При наличии у больных холедохолитиаза желчные камни успешно удаляют в 80-90% случаев, а при использовании различных видов литотрипсии процент полной литоэкстракции может увеличиться до 95-99% [17]. После проведения РХПГ и ЭПСТ осложнения наблюдаются в 4.4—13.5% случаев, а летальность - в 0—1.6% случаев [2, 11, 18, 19].

До настоящего времени не утихают дискуссии о возможности и технике выполнения ЭПСТ при ПД. Существует несколько мнений: 1) отказаться от эндоскопического вмешательства [17], объясняя это техническими трудностями и опасностью появления осложнений; 2) не выполнять ЭПСТ, когда БДС расположен в полости дивертикула или по нижнему краю его шейки [1, 4, 9]; 3) выполнять ЭПСТ парциально, в несколько этапов, предполагая, что таким образом уменьшается риск появления осложнений [3]; 4) выполнять ЭПСТ при любой локализации БДС, обращая лишь внимание на направление и протяженность продольной складки двенадцатиперстной кишки [7, 8, 12, 20, 21].

Мы согласны с теми авторами, которые предлагают выполнять диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при любом расположении БДС относительно дивертикула. Проблема, по нашему мнению, заключается лишь в успешной визуализации БДС, его канюляции и соблюдении основных правил выполнения папиллосфинктеротомии.

Таким образом, наличие парапапиллярных дивертикулов не является противопоказанием для проведения эндоскопических вмешательств. Использование определенных технических приемов позволяет успешно завершить вмешательство и избежать серьезных осложнений.

Список литературы

1. *Андрейцева О.А.* Диагностика и лечение околососочковых дивертикулов двенадцатиперстной кишки // Дис. канд. мед. наук. М., 1993.
2. *Билалыкин А.С., Авалиани М.В., Василенко Ю.В. и др.* Оперативная абдоминальная эндоскопия // Хирургия. 1998. № 2. С. 62-66.
3. *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. 1998. № 1. С. 77-78.
4. *Галлингер Ю.И., Крендаль А.П., Завенян З.С., Тимошин А.Д., Панцулая Т.Г.* Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и папиллосфинктеротомия при парапапиллярных дивертикулах области большого дуоденального сосочка // Хирургия. 1988. № 6. С. 121-125.
5. *Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В.* Эндоскопическое лечение механической желтухи blastоматозной этиологии с использованием транспапиллярных эндопротезов // Сборник трудов международной конференции "Новые технологии в диагностике и в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны": Тезисы докладов. М., 1995. С. 138-139.
6. *Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М.* Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных протоках. М., Мед. 1987.
7. *Зубарева Л.А.* Эндоскопические вмешательства при непроходимости внепеченочных желчных путей и большого дуоденального соска // Дис. канд. мед. наук. М., 1993.

8. *Котовский А.Е.* Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при хирургических заболеваниях поджелудочной железы // Дис. докт. мед. наук. М., 1990.
9. *Марийко В.А., Старченко Г.А., Виноградова Г.В., Якунин А.Ю.* Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у больных с парафатеральным дивертикулумом // Хирургия. 1990. №10. С. 46-49.
10. *Панцирев Ю.И., Галлингер Ю.И.* Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина, 1994.
11. *Ревякин В.И., Магомедов М.С., Аносова Е.Л.* Причины развития осложнений после эндоскопических вмешательств на билиарной системе и методы их предупреждения // 3-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии: Тезисы докладов. М., 1999. С. 245-246.
12. *Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П., Вишневский В.А., Григорян Р.С.* Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки // 3-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии: Тезисы докладов. М., 1999. С. 279-280.
13. *Ташкинов Н.В.* Современные принципы лечения доброкачественных поражений терминального отдела холедоха // Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1995.
14. *Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В.* Хирургия печени и желчных путей//Киев, 1993.
15. *Bedogni G., Oselladore D., Ricci E., Rossoni R.* Operative endoscopy of the digestive tract // New York: Piccin. Medical Books. 1984. P. 135-137.
16. *Binmoeller K.F., Soehendra N., Liguory C.* The common bile duct stone: time to leave it to the laparoscopic surgeon? // Endoscopy. 1994. V. 26. P. 315.
17. *Demling L.* // Endoscopy. 1983. V. 15. P. 162-164.
18. *Leese T., Neoptolemos J.P., Carr-Locke D.L.* Successes, failures, early complications and their management following endoscopic sphincterotomy: results in 394 consecutive patients from a single center // Br.J. Surg. 1985. V. 72. P. 215-219.
19. *Mustard R., Mackenzie R., Jamieson C., Huber G.B.* Surgical complications of endoscopic sphincterotomy // Can. J. Surg. 1984. V. 27. P. 215-217.
20. *Siegel J.H.* Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Technique, diagnosis, and therapy // New York. 1992.
21. *Vaira D., Dowsett J.E., Hatfield A.R.W., Cairns S.R. et al.* Is duodenal diverticulum a risk factor for sphincterotomy? Gut. 1989. V. 30. P. 939-942.