

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Е. В. НЕГРЯ, доц. Ю. И. МАРУХНО, доц. А. Б. КЕБКАЛО

*Киевская областная клиническая больница,  
Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П. Л. Шупика, Киев*

**Проведено исследование успешности применения транспапиллярных вмешательств при патологии панкреатобилиарной зоны. Определены основные принципы эффективности при использовании данного метода.**

*Ключевые слова: транспапиллярные вмешательства, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, панкреатобилиарная зона.*

Частота заболеваний панкреатобилиарной зоны не проявляет тенденции к снижению и составляет 22–30% нарушений в абдоминальной хирургии [1, 2]. Использование современных эндоскопических, рентгенологических, магниторезонансных методов существенно расширило диагностические возможности и обеспечило более высокий уровень выявляемости и дифференцирования патологий желчных и панкреатических протоков. Несмотря на 37-летний опыт в выполнении транспапиллярных вмешательств (ТПВ), их введение в каждой отдельной клинике связано с решением многих конкретных вопросов, касающихся показаний к их проведению, методов обезболивания, профилактики осложнений, дальнейшей хирургической тактики при негативном результате ТВП [3].

Целью настоящего исследования было изучение специфики транспапиллярных вмешательств и способов повышения их результативности.

В период с мая 2008 г. по декабрь 2009 г. в эндоскопическом отделении Киевской областной клинической больницы было выполнено 94 эндоскопические ретроградные панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). Возраст пациентов колебался в пределах от 23 до 85 лет, средний возраст составил 61 год. Женщин было 66 (70,1%), мужчин — 28 (29,9%) человек. Показаниями к ТВП были механическая желтуха, желтуха невыясненного генеза, заболевания поджелудочной железы, подтвержденные результатами ультразвукового обследования (УЗИ), рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) и магниторезонансной панкреатохолангиографии (МРПХГ).

ТПВ проводили с использованием видеодуоденоскопа ED 250 XT (FUJNON, Япония), мобильной радиографической установки MCA-6200 (Mobile X-ray Systems, Корея), стационарной радиографической установки Villa Vizomatik (Toshiba, Япония). Для эндоскопической холедохолитэкстракции применяли корзинки Dormia (Fujnon, Olympus) и механический литотриптор BML-4Q.

Эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) выполняли игольчатым папиллотомом и папиллотомом пул-типа на электрохирургических блоках «Надежда-2» (EXVA 350м/120Б) — в режиме резания и BOWA Arg 200 — в смешанном режиме.

Для премедикации использовали внутримышечное (в/м) введение 20 мг спазмобрю (Hyoscine Butylbromide) за час до вмешательства и сибазон 10 мг в/м непосредственно перед процедурой.

В некоторых случаях (25) ТВП выполнялась под общим обезболиванием (эндотрахеальным наркозом).

С целью профилактики кровотечений из папиллотомной раны в послеоперационном периоде использовали внутривенное (в/в) введение 5%-го раствора аминокапроновой кислоты 100 мл, в/м введение дицинона 750 мг в сутки и блокаторы протонной помпы (омепразол 80 мг в сут). Для предупреждения и устранения рецидивов панкреатита большинству больных в послеоперационном периоде назначали контрикал 50 тыс. ед. в/в 1 раз в сут, сандостатин 0,1 мг 2 раза в сут. Все пациенты в послеоперационном периоде получали спазмолитики, дуспаталин и первые два дня — стол 1а.

Из-за наличия парапапиллярных дивертикулов, стенозов дуоденального сосочка и дистальной части холедоха не удалось выполнить канюляцию желчного и панкреатического протоков у 12 больных, которые были направлены на ЭРПХГ.

Канюляция холедоха и холангиография были проведены 78 (83%) пациентам, из них одновременные канюляции желчного и панкреатического протоков — 31 (33%), отдельных канюляций холедоха — 38 (40%) больным. В 4 (4,2%) случаях удалось выполнить контрастирование только панкреатического протока.

В результате выполнения 78 ЭРПХГ холедохолитиаз был выявлен в 53 (67,9%) случаях (в том числе после холецистэктомии в 4), в 10 (12,8%) случаях был исключен механический характер желтух. Опухоль холедоха диагностировалась

у 1 (1,3%) больного, заболевание головки поджелудочной железы — у 7 (9,0%), опухоль Клацкина — у 3 (3,8%) и опухоль дуоденального сосочка — у 4 (5,1%) человек.

ЭПСТ была проведена 51 пациенту в связи с холедохолитиазом, стенозирующим папиллитом, опухолями головки поджелудочной железы и холедоха. Конкременты холедоха были как одиночными, так и множественными, а их размер колебался от 0,3 см до 2,5 см. Микрохоледохолитиаз наблюдался в 10 (19,6%) случаях.

8 (15,7%) больным с холедохолитиазом после ЭРПХГ и ЭПСТ выполнялись открытые операционные вмешательства, показаниями к которым был синдром Mirizzi, диагностированный у 3 пациентов, наличие конкрементов размером 2,5 см и более и расширение холедоха более 2,5 см.

ТВП с литоэкстракцией провели 45 пациентам. Больным калькулезным холециститом через 2–3 дн выполнялась лапароскопическая холецистэктомия.

У 3 (5,9%) пациентов имел место резидуальный холедохолитиаз: у 2 (3,9%) — после лапароскопической холецистэктомии и у 1 (2,0%) — после открытой операции.

В 2 (3,9%) случаях выполнялось стенирование холедоха с опухолями головки поджелудочной железы. 2 больным со стенозирующим папиллитом провели баллонную дилатацию папиллы баллонным дилататором фирмы BALTON.

15 больным понадобилось выполнение ЭРПХГ в несколько этапов. 3 пациентам повторное транспапиллярное вмешательство проводилось в других клиниках Киева, причиной направления больных были конкременты, которые нам не удавалось удалить.

Общая частота осложнений после эндоскопической папиллосфинктеротомии составила

8,5%. У 8 больных с осложнениями наблюдались явления острого панкреатита, сопровождавшиеся подъемом уровня амилазы крови. Консервативная терапия у этих пациентов имела положительный результат, однако у 1 больной терапия не была успешной и развился панкреоноз с летальным исходом.

Клинически значимых кровотечений, которые требовали бы повторных эндоскопических обследований, эндоскопического гемостаза, оперативного вмешательства, не наблюдалось. Все больные в послеоперационном периоде получали консервативную гемостатическую терапию.

Общая летальность после ТВП составила 1,3%.

Таким образом, для увеличения количества удачных ЭРПХГ и эндоскопических транспапиллярных вмешательств необходимо выполнять транспапиллярные вмешательства при четких показаниях; в случае сопутствующей патологии и тяжелого состояния больных следует провести предварительное обследование магниторезонансной панкреатохолангиографией. Вмешательства должны проводиться под общей анестезией при наличии полного спектра эндоскопического инструментария и оборудования и в несколько этапов, если это необходимо.

#### Л и т е р а т у р а

1. Руководство по хирургии желчных путей / Под ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева.— М.: Видар, 2009.— 560 с.
2. *Ничитайло М. Е., Грубник В. В.* Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков.— К.: Здоровье, 2005.— 424 с.
3. *Огородник П. В.* Эндоскопическая хирургия желчных путей // Укр. журн. малоінвазивної ендоскопічної хірургії.— 1995.— № 1 (2).— С. 20–23.

### ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

Є. В. НЕГРЯ, Ю. І. МАРУХНО, А. Б. КЕБКАЛО

**Проведено дослідження успішності застосування транспапілярних втручань при патології панкреатобіліарної зони. Визначено основні принципи ефективності при використанні зазначеного методу.**

*Ключові слова: транспапілярні втручання, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, панкреатобіліарна зона.*

### THE FIRST EXPERIENCE OF TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS IN PATHOLOGY OF HEPATOPANCREATOBILIARY ZONE

E. V. NEGRIA, Yu. I. MARUKHNO, A. B. KEBKALO

**Success of application of transpapillary interventions was investigated in patients with pancreatobiliary pathology. Main principles of efficacy of this method were determined.**

*Key words: transpapillary interventions, endoscopic retrograde pancreatocholangiography, endoscopic papilofuncinotomy, pancreatobiliary zone.*

Поступила 05.10.2010