

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДА ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

д. мед. н., профессор Ткаченко А. И.,
к. м. н., ассистент профессора Шаповалова Е. И.,
к. м. н., ассистент профессора Ромак Р. П.,
Евсиков Б. В.

Украина, Одесса, Одесский национальный медицинский университет

Abstract. The aim of this study was to identify complications after combined partial endoscopic papilosphincterotomy (EPST) in conjunction with balloon dilation of the major duodenal papilla (MDP) in comparison with standard methods of decompression of the hepatobiliary system. In a prospective study the results of application of various hepatobiliary decompression were performed in 263 patients from 2015 to 2017 years. All patients in the preoperative period applied differential treatment on the basis of the results of impedance spectroscopy, which allows to distinguish the type of morphological changes in the MDP. Balloon dilation was performed to patients with unchanged MDP, partial EPST with balloon dilation to patients with edema of the MDP and full EPST to patients with fibrous stenosis of MDP. A combined methodology of partial EPST with balloon dilation is the method of choice for spasm of MDP and characterized by a small percent (0.8 %) of complications.

Keywords: papillitis, stenosis, major duodenale papilla, balloon dilation, biliary pancreatitis, endoscopic decompression.

Введение. Использование интраоперационной холангиографии, манометрии, импедансной спектроскопии и радиометрических исследований позволило выявить широкое распространение спазма и стеноза большого дуоденального соска (БДС). Воспалительные заболевания БДС, такие как острый и хронический папиллит, встречаются в среднем у 85,4 % больных холелитиазом [6]. При бескаменном холецистите стенозирующий папиллит наблюдался у 13 % больных, при ЖКБ – у 20 %, при холедохолитиазе – у 50 % больных [1].

Вторичный фиброзный стеноз развивается на фоне прохождения конкремента при холелитиазе (57,6 %), во время интраоперационного удаления конкрементов, зондирования или бужирования БДС (13,1 %), а также на фоне язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее дивертикулах (25,8 %) и дуоденостазе [7,8]. В ряде случаев рубцовое сужение БДС является исходом длительного рефлекторного спазма.

На фоне фиброзного стеноза БДС баллонная дилатация приводит к разрыву ампулы БДС в 0,4 – 1,2 % случаев, кровотечению в 1,3 – 3,5 % случаев, острому деструктивному панкреатиту в 7 – 15 % [9]. Полная ЭПСТ приводит к массивному кровотечению из папиллотомной раны (3,5 – 22 %), острому деструктивному панкреатиту (2,6 – 11 %), панкреонекрозу (0,2 – 4 %), перфорации задней стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) (0,5 – 1,5 %), летальность достигает 1,5 – 3,2 % [1,4,5]. К тому же после полной ЭПСТ развивается рефлюкс-холангит в 4,1 – 7,6 % случаев, который приводит к инвалидизации пациентов [4]. Поэтому следует дифференцированно выбирать соответствующий метод гепатобилиарной декомпрессии в зависимости от выявленной причины доброкачественной обструкции БДС.

В проспективном исследовании представлены результаты применения различной гепатобилиарной декомпрессии 263 больных с 2015 по 2017 года. Возраст больных составил 36 - 79 лет, средний возраст $58 \pm 6,3$ года. Всем больным в предоперационном периоде применен дифференцированный подход на основании результатов импедансометрии [2,3], которая позволяет различить тип морфологических изменений в большом дуоденальном соске и его растяжимость. Баллонную дилатацию проводили пациентам с неизменным БДС. При наличии отека БДС выполняли дозированную ЭПСТ с последующей баллонной дилатацией. При фиброзном стенозе БДС выполняли полную ЭПСТ.

Целью данного исследования было выявить осложнения после комбинированной дозированной ЭПСТ совместно с баллонной дилатацией БДС в сравнении со стандартными методами декомпрессии гепатобилиарной системы.

Результаты исследования. С целью декомпрессии выполнены следующие транспапиллярные вмешательства: баллонную дилатацию 84 (32 %) больным, полную ЭПСТ 67 (25,5 %) больным, дозированную ЭПСТ с последующей баллонной дилатацией 112 (42,5 %)

больным. Баллонную дилатацию БДС выполняли баллонным дилататором фирмы Endo-Flex (Германия), размерами рабочей части 30 x 10 мм, диаметром 7 Fr достигая давления 6 атм. Время постепенного увеличения объема баллонного дилататора составляло 10 минут со скоростью 30 секунд до 0,3 атм.

Полную ЭПСТ проводили по стандартной методике на протяжении 10-12 мм, дозированную ЭПСТ на протяжении до 5 мм. ЭПСТ проводили струнным папиллотомом, путем серии коротких подач смешанного тока, с мощностью резки, силой тока 3,5 – 4 и коагуляцией 3,5 по регулировочной шкале стандартного диатермокоагулятора фирмы "Olympus" (Япония).

Для сохранения сфинктерного аппарата БДС баллонную дилатацию проводили на фоне введения М-холиноблокатора (патент на изобретение № 112388 С2 МПК (2016.01) А61В17/00).

В послеоперационном периоде всем больным было проведено мониторинг уровня амилазы крови в первые 4 суток после операции.

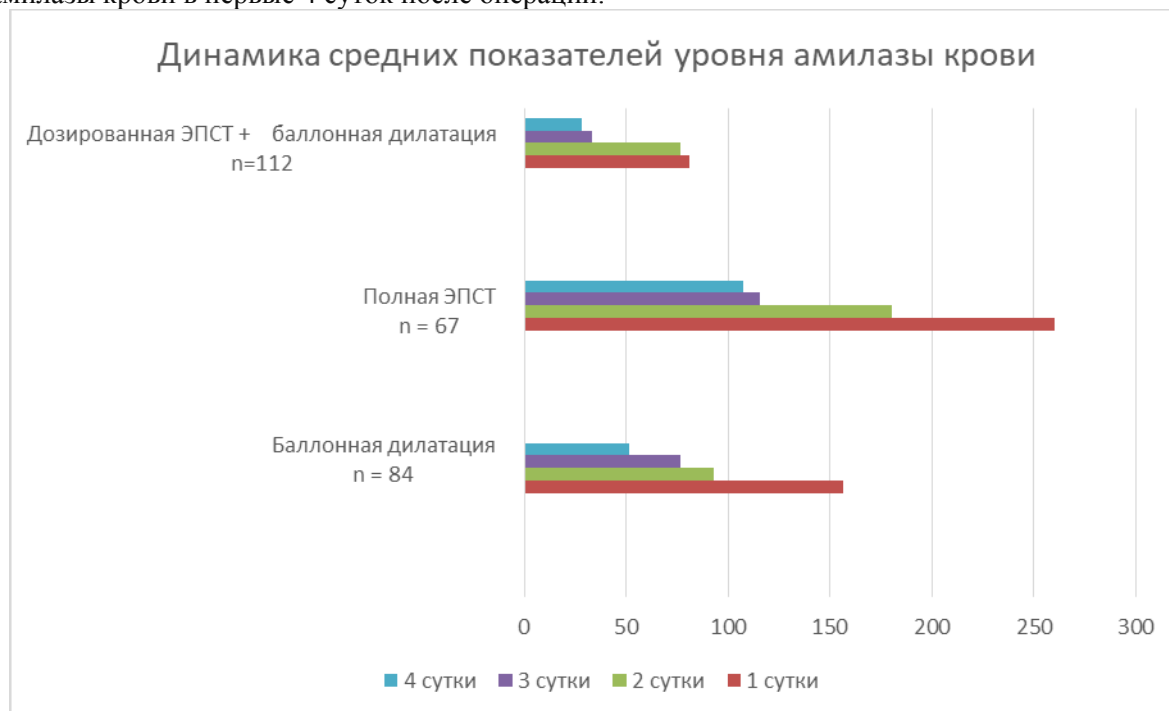


Рис. 1. Показывает средний уровень амилазы крови в ЕД/л в первые 4 суток после операций в исследуемых группах

Данные рис. 1 показывают, что показатели уровня амилазы крови в группах после баллонной дилатацией БДС со 2-х суток находятся в пределах нормы (норма 25 – 100 ЕД/л), что свидетельствует о том, что метод баллонной дилатации не увеличивает риск развития послеоперационного панкреатита.

Осложнения после выбранных методов декомпрессии билиарной системы представлены в табл. 1.

Таблица 1. Осложнения транспапиллярных вмешательств

Осложнения	Баллонная дилатация n = 84	Полная ЭПСТ n = 67	Дозированная ЭПСТ + баллонная дилатация n=112
Кровотечение	2 (2,3 %)	5 (7,4 %)	-
Панкреатит	3 (3,5 %)	4 (5,9 %)	1 (0,8 %)
Панкреонекроз	-	1 (1,5 %)	-
Перфорация ДПК	-	1 (1,5 %)	-
Летальность	-	1 (1,5 %)	-

Кровотечение после выполнения полной ЭПСТ развилось у 5 (7,4 %) пациентов. Клинические признаки кровотечения проявились в первые 6 ч после вмешательства. У 3 больных оно остановлено консервативными методами, а у 2 из них произведена

эндоскопическая коагуляция краев разреза. Кровотечение после баллонной дилатации развилось у 2 (2,3 %) больных, которое остановлено консервативными методами.

Осложнение в виде панкреатита отмечено у 3 (3,5 %) больных после баллонной дилатации и у 1 (0,8 %) больного после дозированной ЭПСТ совместно с баллонной дилатацией, которые носили abortивное течение заболевания. После полной ЭПСТ у 4 (5,9 %) больных развился панкреатит: из 4 наблюдений панкреатита в одном случае развился деструктивный панкреатит, с исходом в панкреонекроз с летальным исходом, а остальные 3 наблюдения носили abortивное течение заболевания.

Перфорация задней стенки ДПК наблюдалась после полной ЭПСТ у 1 (1,5 %) больного, которому в послеоперационном периоде выполнялось 2-х кратное дренирование забрюшинного затека с последующей его эвакуацией. Этот пациент выписан с выздоровлением на 12 день.

Выводы. 1) Методика импедансной спектроскопии позволяет дифференцировать морфологические изменения и растяжимость БДС, что является важным при выборе дальнейшего метода декомпрессии гепатобилиарной системы.

2) Комбинированная методика дозированной ЭПСТ с баллонной дилатацией является методом выбора при спазме БДС и характеризуется малым процентом (0,8 %) осложнений.

3) При манипуляциях на большом соске двенадцатиперстной кишки целесообразно выполнять сфинктеросохраняющие операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С., Балалыкин В. Д., Гвоздик В. В. и др. Дискуссионные вопросы хирургических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки // *Анн. хир. гепатол.* 2007. Т. 12. №4. С. 45–50.

2. Велигоцкий А. Н. Выбор метода билиарной декомпрессии при obstructивных заболеваниях панкреатодуоденальной зоны / А. Н. Велигоцкий, Н. Н. Велигоцкий // *Здоров'я України.* – 2014. – № 1. – С.36–38.

3. Велигоцкий Н. Н. Современные варианты билиарной декомпрессии при obstructивных заболеваниях панкреатодуоденальной зоны / Н. Н. Велигоцкий, А. Н. Велигоцкий, С. Э. Артюнов, Ю. В. Авдосьев, С. А. Павличенко, О. В. Шадрин, Ю. В. Авдосьев, С. А. Павличенко, О. В. Шадрин, Н. Н. Скалий // «Актуальные проблемы хирургической гепатологии»: юбилейный международный конгресс ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, 18 -20 сентября 2013 г.: тезисы докл. – Донецк, 2013. – С. 89.

4. Дронов А. И. К вопросу о баллонной дилатации сфинктера Одди / А. И. Дронов, И. Л. Насташенко, С. В. Земсков, О. В. Довбенко, Ю. П. Швец, А. И. Насташенко // *Украинский журнал хирургии.* – 2013. – Т. 20, № 1. – С.18–21.

5. Ревякин В. И., Климов П. В., Ибрагимов Н. И. и др. Осложнения и летальность после эндоскопической папиллосфинктеротомии: Опыт 1300 операций // *Сб. тез. Рос. симп. “Внутрипросветная эндоскопическая хирургия”* / Под ред. проф. Ю. И. Галлингера М., 1998. С. 67–69.

6. Сотниченко Б. А., Макаров В. И., Савинцева Н. В. Эндовидео- хирургическое лечение больных осложненными формами острого холецистита // *Анн. хир. гепатол.* 2007. Т. 12. №2. С. 75–78.

7. Akinci H. Ampullary adenomas and option for follow- up / H. Akinci, F. Karaahmet, M. Hamamci, I. Yuksel // *Surgical Endoscopy.* – 2014. – Vol. 28, № 4. – P.1378–1379.

8. Ersoz G. Biliary sphincterotomy plus dilation with a large balloon for bile duct stones that are difficult to extract / G. Ersoz, O. Tekesin, A.O. Ozutemiz, F. Gunsar // *Gastrointest Endosc.* – 2003. – Vol. 57, №2. – P.156–159.

9. Feng Y. Comparison of endoscopic papillary large balloon dilation and endoscopic sphincterotomy for retrieval of choledocholithiasis: a meta- analysis of randomized controlled trials / Y. Feng, H. Zhu, X. Chen, S. Xu, W. Cheng, J. Ni, R. Shi // *Journal of Gastroenterology.* – 2012. – Vol. 47, № 6. – P.655–663.