

УДК 612.36-002.2-072.1+616.37-002-072.1

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В МЦ "ЭРЕБУНИ"**О.В.Саруханян, А. М.Кушкян, Р.О.Канаян, В.Р.Канаян***/Кафедра хирургии N1 ЕрГМУ им. М. Гераци, Отделение эндоскопии МЦ "Эребуни"/
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия

Данные литературы [5,12,17] свидетельствуют, что весьма ценным диагностическим методом при желтухе неясного происхождения является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). При наличии камней в магистральных желчных протоках достоверность ЭРХПГ достигает 97.5 % [4]. Предложенная в 1965г., она стала широко применяться с 1970г., благодаря разработке специальных эндоскопов и зондов для контрастирования протоков [1,14]. Являясь быстрым и сравнительно безопасным методом ЭРХПГ особенно эффективна при поражениях дистального отдела холедоха, наличии ранее наложенных билиодигестивных анастомозов, а также при хроническом панкреатите [10,11].

В Армении метод ЭРХПГ впервые был применен в 1983 г. в клинической больнице Скорой медицинской помощи № 2 с внедрением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ).

Материал и методы

За период с 1987 по 1999г. в МЦ "Эребуни" произведено 2006 ЭРХПГ и 1569 ЭПСТ (табл. 1).

Методика проведения ЭРХПГ. После соответствующей подготовки больному, лежащему на животе под дугой рентгеновского аппарата, вводился эндоскоп до уровня нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК). ЭРХПГ проводили с применением следующих манипуляций поэтапно: а) дуоденоскопия, б) канюляция БДС и в) подача контрастного препарата в проточные системы. В отделении эндоскопии специально сконструированная лаборатория-операционная ЭРХПГ, ЭПСТ была оснащена полным комплектом эндоскопической аппаратуры и инструментария, а также передвижным хирургическим рентгеновским аппаратом с ЭОП. Для канюляции полости дуоденального сосочка использовались канюли с кончиками различных диаметров. Для диагностической "пальпации" и прочищения полости холедоха, использовалась корзина Дормия. Для папиллотомии использовались папиллотомы 2 типов: а) тип Эрлангера – в виде "тетивы" лука и б) игольчатый. Использовались все виды папиллотомии: канюляционная (полная, неполная), игольчатая (прекэт, фистулотомия). Прочищение холедоха корзиной Дормия было осуществлено в 85.6% случаев при наличии у больных холедохолитиаза. Для удаления

крупного камня применялись механический литотриптор или метод экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (47).

Таблица 1

Структура больных, прошедших эндоскопические обследования (дуоденоскопия, ЭРХПГ) по нозологическим формам

Нозологические формы	Число больных(%)	Всего(%)
Папиллостеноз (изолированный)	117 (5,8%)	1594
Холедохолитиаз+ папиллостеноз	1397 (69,6%)	
Ущемленный камень БДС	80 (3,9%)	
Киста общего желчного протока	3 (0,1%)	14
Киста главного панкреатического протока	4 (0,15%)	
Склерозирующий холангит	6 (0,3%)	
Агенезия терминального отдела холедоха	1 (0,04%)	0,7%
Ятрогенные повреждения желчных протоков	35 (1,7%)	35 1,7%
Резекция желудка по Бильрот-1	19 (0,9%)	59
по Бильрот-2	40 (1,9%)	2,9%
НЕО- БДС	21 (1,0%)	304
НЕО-области БДС	43 (2,1%)	
НЕО-головки поджелудочной железы	138 (6,9%)	
НЕО-общего печеночного протока	102 (5,0%)	
Всего	2006 (100.0%)	15,2%

Примечание. БДС – большой дуоденальный сосочек

Проведение эндопротезов в холедох выше препятствия при НЕО- процессах было осуществлено у 19 больных. По показаниям применялось назобилиарное дренирование (НБД), а при наличии выраженного расширения проточной системы – назобилиарное орошение-дренирование (НБОД) с круглосуточной перфузией непосредственно в холедох растворов антибиотиков, антипротозойного действия, литолитиков.

Результаты и обсуждение

В последние годы все большее предпочтение отдается ЭПСТ как операции выбора у больных с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, стенозом БДС, осложненными механической желтухой, холангитом [6,9,15].

В табл. 2 представлены данные, отражающие результаты диагностики и лечения, число повторных процедур. Эффективность ЭРХПГ, по нашим данным, составила 94,6%, что согласуется с литературными данными [2,13].

Таблица 2

Результаты, количество повторных процедур

Тип исследования и/или лечения	Число больных	Число манипуляций	Число повторных манипуляций	Число больных с успешным результатом, %
Дуоденоскопия, ЭРХПГ	567	693	126	542 (95,6%)
ЭП	130	168	38	125 (96,1%)
ЭРХПГ+ЭП	1439	1817	378	1354 (94,1%)
Всего	2136	2678	542	2021(94,6%)

Для усовершенствования процесса канюляции и подачи контрастного препарата мы часто применяем корзину Дормия. Погружение эластичного кончика корзины, в отличие от кончика неподвижной канюли в желчный проток, происходит легче, а перемещение корзины в холедохе способствует быстрому выявлению камней, сгустков замазки. При невозможности атравматично канюлировать Фатеров сосочек и попасть в желчную систему, мы применяли неполную игольчатую или прекэп папиллотомию, т.е. производили небольшой разрез крышки БДС от устья, после чего проведение повторной папиллотомии на 3–4-й день значительно облегчалось, благодаря уменьшению отека рассеченной папиллы.

Как видно из данных табл. 2, каждый 4-й больной подвергался повторной процедуре. Выбор тактики ведения больных не случаен. Имея уже немалый опыт ведения ЭРХПГ и ЭПСТ, для повышения эффективности операций и избежания осложнений мы стараемся в особо тяжелых случаях процедуру не затягивать, а проводить ее повторно или производить неполную папиллотомию игольчатым электродом с повторением операции на 3–4-й день. Это не касается тех случаев, когда имеется срочная необходимость проведения НБД.

Данные табл. 3 показывают, что процент осложнений (8,9%) невелик и совпадает с литературными данными [8,13], особенно если учесть, что больные; в основном, поступают в запущенном состоянии.

Необходимо отметить, что в процессе ЭРХПГ без папиллотомии возможно возникновение осложнений: постманипуляционный панкреатит и холангит вследствие заноса инфекции. Возможен также случайный захват и невозможность освобождения корзинки от камня, запутывание ее с дренажем.

Таблица 3

Частота и вид осложнений в зависимости от типа эндоскопических процедур

Вид эндоскопической процедуры	Число больных	Осложнения					
		кровотечение	перфорация	панкреатит	холангит	вклинение камня	всего
ЭРХПГ	567	-	-	17 3,0%	24 4,2%	-	41 7,2%
ЭП-прекэт	130	1 0,8%	-	12 9,2%	-	-	13 10,0%
ЭРХПГ+ЭП	1439	37 2,6%	11 0,8%	52 3,6%	28 1,9%	8 0,6%	136 9,4%
Всего	2136	38 1,8%	11 0,5%	81 3,8%	52 2,4%	8 0,4%	190 8,9%

Применение эндоскопической папиллотомии для разрешения патологического состояния является более серьезным вмешательством и может чаще приводить к возникновению осложнений. Наибольший процент осложнений наблюдается при операции ЭП-прекэт (10,0%) с использованием игольчатого электрода, обеспечивающего доступ в холедох в процессе затрудненной канюляции. Частые осложнения обусловлены тем, что контролировать погружение иглы-электрода в глубь ткани иногда не представляется возможным, в результате чего вероятность перфорации, кровотечения и развития панкреатита увеличивается.

Операция ЭРХПГ+ЭП это стандартное сочетание операций с частотой осложнений в пределах 7–10%.

Наиболее частым осложнением является панкреатит, далее холангит, кровотечение, перфорация ретроуденальной складки, а вклинение камня – наиболее редко встречающееся осложнение. В табл. 4 представлены данные относительно летальности больных в зависимости от эндоскопической процедуры.

Таблица 4

Летальность в зависимости от типа процедуры

Вид эндоскопической процедуры	Число больных	Осложнения				
		кровотечение	перфорация	панкреатит	холангит	всего
ЭРХПГ	567	-	-	-	2	2 (0,4%)
ЭП-прекэт	130	-	-	-	-	-
ЭРХПГ+ЭП	1439	4	2	1	6	13 (0,9%)
Всего	2136	4 (26,7%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	8 (53,3%)	15 (0,7%)

Как видно из табл. 3 и 4, среди осложнений первое место занимает панкреатит, а по смертности – холангит.

Результаты анализа эффективности эндоскопических процедур указывают на высокую разрешающую способность метода ЭРХПГ (94,5%), которая благодаря использованию корзины Dormia увеличивается до 97,5%. Констатируется высокая результативность эндоскопической папиллотомии, достигающая 94,1–96,4%. Использование метода повторной папиллотомии способствует повышению эффективности операции и уменьшению вероятности возникновения осложнений. Эндоскопическая папиллотомия игольчатым электродом или прехэт-папиллотомия сопровождается большим количеством осложнений по сравнению с канюляционной.

Поступила 08.06.00

**ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ ԷԼԵՏՐՈԴԻ ԽՈԼԱՆԳԻՌՈՊԵՆԿՐԵԱՏՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ԵՎ
ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԿ ՊԱՊԻԼՈՏՖԻՆԿՏԵՐՈՏՈՄԻԱՅԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ «ԵՐԵԲՈՒՆԻ»
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՈՒՄ**

Հ.Վ. Սարուխանյան, Ա.Մ. Զոշկյան, Ռ.Օ. Կանայան, Վ.Ռ. Կանայան,

«Էրեբունի» բժշկական կենտրոնում 1987-1999 թվերին կապարվել է 2006 էնդոսկոպիկ հեպատարձ խոլանգիոպանկրեատոգրաֆիա (ԷՆԽԳ) և 1569 էնդոսկոպիկ պապիլոսֆինկտերոտոմիա (ԷՊՍ): Արդյունքների արդյունավետությունը կազմել է 94,8%, բարդությունները՝ 8, 9, մահացությունը՝ 0,8%:

Կիրառվել են ԷՊՍ բոլոր տեսակները: Դորմիայի զամբյուղով խոլեդոխի լվացումն արդյունավետ է եղել խոլեդոխոլիթիազով հիվանդների 85,6%-ի մոտ: Էնդոպրոթեզների անցկացում խոլեդոխ արգելքից վեր ուռուցքային պրոցեսների ժամանակ կապարվել է 19 հիվանդի մոտ:

ԷՆԽԳ և ԷՊՍ համարվում են արժեքավոր և ընդհանուր ճանաչում գրած մեթոդներ լեդոլիների հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման համար:

**APPLICATION OF ENDOSCOPIC RETROGRADE
CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AND ENDOSCOPIC
PAPILLOSPHINCTEROTOMY IN MC "EREBOUNI"**

H.V. Saroukhanyan, A.M. Koushkyan, R.O. Kanayan, V.R. Kanayan

From 1987 till 1999 in MC "Erebouni" 2006 endoscopic retrograde cholangiopancreatog (ERCPG) and 1569 endoscopic papillosphincterotomies (EPST) have been performed. The efficiency of the interventions is estimated as 94,8%, the percentage of complications – 8, 9, and letality 0,8%. All types of EPST have been performed: the canulative one (complete, incomplete) and the needle one (precat, fistulotomy). For cleaning the choledoch Dormey's basket has been successfully used in 85,6% of cases with cholelithiasis. Endoprosthesis into choledoch above the level of the obstacle at NEO – processes has been effective in 19 patients.

ERCPG and EPST are proved to be valuea ble and efficient methods for diagnostics and treatment at biliary ducts pathologies.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благовидов Д.Ф., Данилов М.В., Соколов Л.К. и др. Хирургия, 1977, 3, с. 86.
2. Милонов О.Б., Цацаниди К.Н., Тимошин А.Д. и др. Хирургия, 1986, 2, с. 48.
3. Родионов В.В., Мозучев В.М., Плюскин Б.И. и др. Хирургия, 1985, 1, с. 6.

4. *Погосян С.Г., Меграбян Р.А. и др.* В кн.: Диагностическая и лечебная неотложная эндоскопия. Материалы II Московской конф. по гастроинтестинальной эндоскопии. М., 1983, с. 64.
5. *Саруханян О.В., Кушкян А.М., Канаян Р.О. и др.* Сб. науч. трудов, посвященный 25-летию юбилею Республиканского центра "Армения". Ереван, 1995, с. 379.
6. *Саруханян О.В., Мириджанян М.М., Канаян Р.О. и др.* Там же, с. 389.
7. *Тер-Абрамян А.С., Пюслюкян Л.И., Мнацаканян К.А.* Тез. докл. Ереванского филиала Всесоюзного центра хирургии АМН СССР. Юбилейная конф. молодых ученых, посвященная 60-летию образования СССР, 1982, с. 45.
8. *Chen Y.K., Foliente R.L., Santoro M.J. et al.* Am. J. Gastroenterol., 1994;89:327.
9. *Ell C., Rabenstein T., Ruppert T. et al.* Dtsch.Med.Wochenschr., 1995 Feb. 10: 120(6): 163.
10. *Lenriot J.P., Le-Neel J.C., Hay J.M. et al.* Gastroenterol.Clin.Biol., 1993: 17(4): 244.
11. *Lim C.C., Law N.M., Cheng J., NgH.S.* Singapore Med. J., 1994 Dec: 35(6): 571.
12. *Salazar S., Useche E., Vetencourt R.* G.E.N., 1993 Apr-Jun; 47(2): 73.
13. *Sherman S., Ruffolo T.A., Hawes R.H. et al.* Gastroenterology, 1991,101:1068.
14. *Sondenaa K., Horn A., Viste A.* Tidsskr. Nor Laegeforen., 1994 Sep 20; 114(22): 2625.
15. *Truong S.N., Tittel A., Schumpelick V.* Zentralbl.Chir., 1992: 117(8): 444.
16. *Useche E., Salazar S., Vetencour R. et al.* G.E.N., 1993 Jul-Sep: 47(3): 157.
17. *Wang T.H., Yee C.H., Wang J.T., Lin J.T.* J.Formos Med. Assoc., 1992 Feb; 91(2): 164.