

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.37-002-036.12-089-06:616.342-001.5-089-072.1

С. А. Будзинский^{1, 2}, С. Г. Шаповальянц¹, Е. Д. Фёдоров^{1, 2}, Г. В. Конюхов²

УСПЕШНОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПЕРФОРАЦИИ, ВОЗНИКШЕЙ ПРИ РЕТРОГРАДНОМ ТРАНСПАПИЛЛЯРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

¹ Кафедра госпитальной хирургии № 2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии (зав. — проф. С. Г. Шаповальянц), ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова»; ² Городская клиническая больница № 31 (главрач — Н. М. Ефремова), Департамент здравоохранения Москвы

Ключевые слова: ЭРХПГ, папиллосфинктеротомия, перфорация, стентирование, клипирование

Лечебные эндоскопические транспапиллярные вмешательства на билиарном тракте и протоковой системе поджелудочной железы (ПЖ) обладают не только высокой эффективностью, варьирующейся от 82 до 98,1% [3], но частотой осложнений, колеблющейся от 5 до 9%, при общей летальности, достигающей 0,33% [7].

Перфорации стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) или протоковых систем — одно из самых тяжелых осложнений эндоскопических ретроградных вмешательств — встречается, по данным мировой литературы, в 0,3–2,1% случаев с летальностью от 16 до 18% [4].

В зависимости от характера повреждения и особенностей клинического течения ретродуоденальной перфорации (РДП) существуют несколько подходов к лечению этого осложнения — от сугубо консервативного до вынужденных «открытых» хирургических вмешательств. Так, в настоящее время в комплексном лечении РДП широко используются различные варианты эндоскопического пособия, к которым относятся назобилиарное дренирование [1], клипирование [2], билиодуоденальное стентирование [6], укрытие перфорации (ДПК) фибриновым клеем [5].

С 01.01.2008 г. по 01.03.2015 г. в клинике были выполнены 3188 ретроградных эндоскопи-

ческих вмешательств. При этом РДП отмечена в 13 (0,41%) случаях. Женщин в данной группе было 10 (77%), а мужчин — 3 (23%). Возраст пациентов составил 34–85 лет [средний возраст (57,9±14,8) года].

В 11 из 13 наблюдений повреждение было выявлено непосредственно во время транспапиллярного вмешательства. При этом в 6 случаях была предпринята попытка эндоскопической ликвидации перфорации (клипирование дефекта, билиодуоденальное стентирование или комбинация этих методов). В данной группе в 5 (83%) наблюдениях эндоскопическая коррекция была успешной — пациенты выздоровели и были выписаны из стационара, в среднем, через 12,2 сут от эндоскопического вмешательства.

Мы хотим представить одно из успешных наблюдений эндоскопического лечения РДП, возникшей после эндоскопического ретроградного вмешательства.

Больная М., 78 лет, поступила в клинику в экстренном порядке по поводу механической желтухи. По результатам проведения предоперационного обследования в объеме лабораторных методов обследования, а также трансабдоминального ультразвукового исследования и эндоскопической ультрасонографии клинический диагноз был сформулирован как хронический калькулезный холецистит, хронический панкреатит, папиллостеноз, явившийся причиной умеренной билиарной и панкреатической гипертензии, а также механической желтухи.

Сведения об авторах:

Будзинский Станислав Александрович (e-mail: Stanislav.budzinskiy@mail.ru), Шаповальянц Сергей Георгиевич, Фёдоров Евгений Дмитриевич, кафедра госпитальной хирургии № 2 с научно-исследовательской лабораторией хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, 117513, Москва, Островитянова, 1;

Конюхов Григорий Владимирович, Городская клиническая больница № 31, Департамент здравоохранения Москвы, 119414, Москва, ул. Лобачевского, 42

В связи с предоперационными находками больной было решено выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), ревизию общего желчного протока (ОЖП) и устья главного панкреатического протока. Во время вмешательства в связи с трудностями селективной катетеризации ОЖП объем операции был ограничен надсекающей неканюляционной папиллотомией.

Через 5 сут после стихания отека и воспаления было предпринято повторное вмешательство. При попытке катетеризации ОЖП катетер по струне был проведен на 5–6 см за пределы стенки ДПК. При контрастировании и рентгенологическом исследовании определялось поступление контрастного вещества в забрюшинное пространство (рис. 1).

После извлечения инструмента визуализировалось отверстие диаметром до 3 мм с тенденцией к увеличению за счет «расползания» тканей стенки ДПК. После этого было выявлено, что устье ОЖП расположено ниже области сформированного дефекта (рис. 2). Выполнена ретроградная транспапиллярная холангиография, при которой подтверждено наличие незначительной дилатации внепеченочных желчных протоков (до 9–10 мм). Патологических включений не выявлено.

Рентгеноэндоскопическая картина была расценена нами как характерная для ретродуоденальной перфорации. После проведения дозированной ЭПСТ протяженностью 7 мм для нормализации желчеоттока и коррекции папиллостеноза было произведено промывание забрюшинного пространства через перфорационное отверстие 100 мл 1% диоксида (рис. 3). После этого была предпринята попытка клипирования дефекта ДПК. Однако адекватно закрыть перфорацию технически не представлялось возможным (рис. 4).

В связи с этим для обеспечения компрессии и адекватной герметизации дефекта стенки ДПК было решено выполнить билиарное стентирование частично покрытым саморасширяющимся металлическим стентом. После установки пластиковой струны-проводника типа «Metro» в

просвет ОЖП был установлен саморасширяющийся стент длиной 4 см и диаметром 10 мм («Nanarostent», Корея) (рис. 5). Для дополнительной герметизации области перфорации после замены дуоденоскопа на аппарат с торцевой оптикой было произведено клипирование верхнего края дефекта стенки ДПК двумя клипсами (рис. 6). Следующим этапом по принятой в клинике методике для проведения энтерального питания в тонкую кишку установлен зонд для питания.

Послеоперационный период протекал без осложнений, что позволило разрешить питание и полностью активизировать пациентку к 4-м суткам после повторного вмешательства. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после эндоскопического вмешательства с рекомендацией повторной госпитализации для удаления стента через 4 мес, что и было выполнено в запланированные сроки.

Лечение пациентов с таким осложнением эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), как ретродуоденальная перфорация, является сложным, длительным и трудоемким процессом. Крайне важна своевременная диагностика, а также выбор адекватного метода пособия для его ликвидации. Для сокращения количества осложнений необходимо тщательно учитывать возможные факторы риска, четко определять показания к ЭРХПГ, строго соблюдать технику вмешательства. При определенных «благоприятных» технических условиях мы считаем необходимым использовать попытки ликвидации ретродуоденальной перфорации эндоскопическим методом, в том числе билиарным стентированием саморасширяющимся металлическим стентом и(или) укрытием перфо-



Рис. 1. Интраоперационная холангиограмма (пунктирная стрелка — затек контрастного вещества в забрюшинное пространство, сплошная стрелка — общий желчный проток)

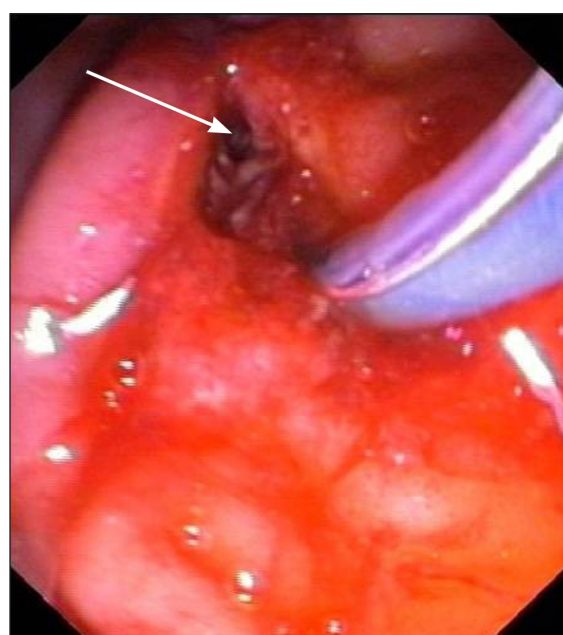


Рис. 2. Канюляция общего желчного протока папиллотомом (стрелка — перфоративное отверстие)

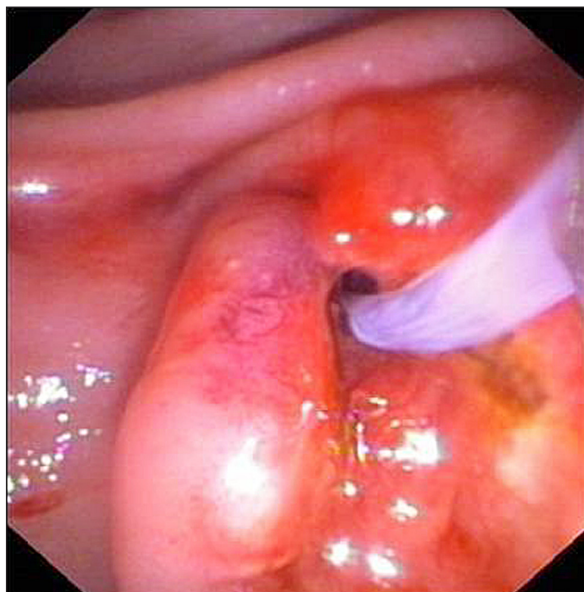


Рис. 3. Санация антисептиком забрюшинного пространства через перфорационное отверстие



Рис. 4. Попытка клипирования перфорации с использованием эндоскопа с боковой оптикой

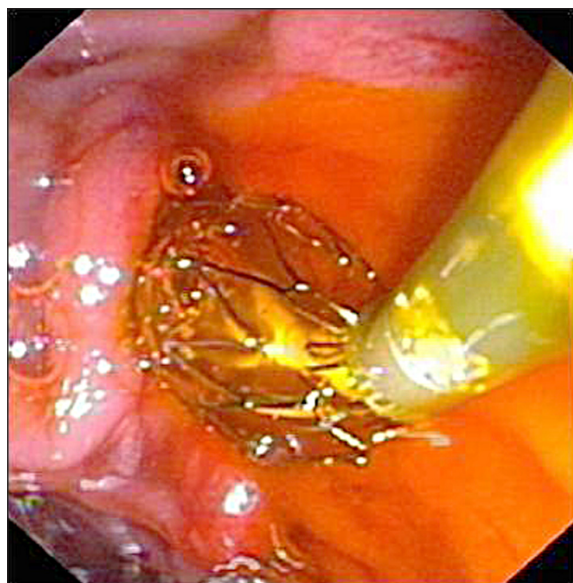


Рис. 5. Протезирование общего желчного протока саморасширяющимся металлическим стентом

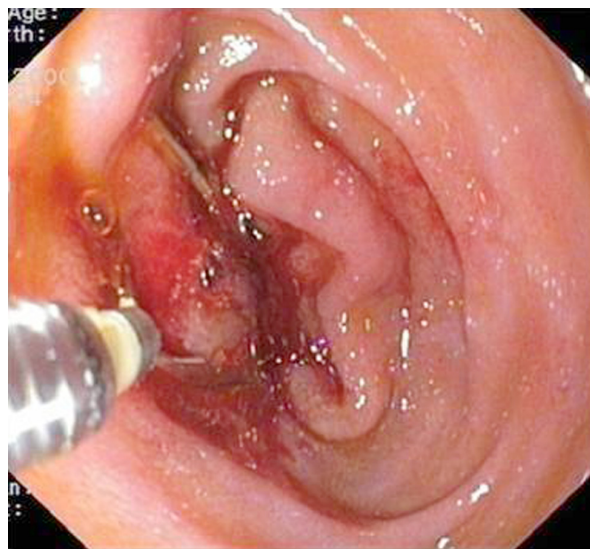


Рис. 6. Дополнительное клипирование перфоративного отверстия с использованием эндоскопа с торцевой оптикой

рации эндоклипированием, что позволяет снизить послеоперационную летальность, а также уменьшить продолжительность лечения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Cotton P.B., Lehman G., Vennes J. et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus // *Gastrointest Endoscopy*. 1991. Vol. 37. P. 383–393.
2. Katsinelos P., Paroutoglou G., Papaziogas B. et al. Treatment of a duodenal perforation secondary to an endoscopic sphincterotomy with clips // *World J. Gastroenterol*. 2005. Vol. 11, № 39. P. 6232–6234.
3. Loperfido S., Angelini G., Benedetti G. et al. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study // *Gastrointest Endosc*. 1998. Vol. 48. P. 1–10.

4. Machado N.O. Management of duodenal perforation post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography. When and whom to operate and what factors determine the outcome? A review article // *J. Pancreas*. 2011. Vol. 13, № 1. P. 18–25.
5. Mutignani M., Iacopini F., Dokas S. et al. Successful endoscopic closure of a lateral duodenal perforation at ERCP with fibrin glue // *Gastrointest Endosc*. 2006. Vol. 63. P. 725–727.
6. Small A.J., Petersen B.T., Baron T.H. Closure of a duodenal stent-induced perforation by endoscopic stent removal and covered self-expandable metal stent placement (with video) // *Gastrointest Endosc*. 2007. Vol. 66. P. 1063–1065.
7. Wang P., Li Z.S., Liu F. et al. Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study // *Am. J. Gastroenterol*. 2009. Vol. 104. P. 31–40.

Поступила в редакцию 09.12.2015 г.