

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.367-007.271-072.1-089

А. Е. Котовский¹, К. Г. Глебов², Т. А. Сюмарева², Т. Г. Дюжева¹, А. А. Зверева¹

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОСТЕНОЗА

¹ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» (ректор — проф. П. В. Глобычко); ² Городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова ДЗ (главврач — проф. Е. Е. Тюлькина), Москва

Ключевые слова: сфинктер печечно-поджелудочной ампулы (Одди), папиллоспазм, папиллостеноз, общий желчный проток, эндоскопия, диагностика, лечение

Введение. Одним из сложных вопросов при заболеваниях большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) является дифференциальная диагностика органического (папиллостеноз) и функционального (спазм) нарушений сфинктера печечно-поджелудочной ампулы Одди (СО). Особенно это касается больных после холецистэктомии при околососочковых дивертикулах, полипах БСДК, а также при холедохолитиазе. Все эти заболевания могут приводить к «истинным» рубцовым изменениям в области БСДК или имитировать его поражение.

В основе дифференциальной диагностики лежит комплексный подход, который должен включать в себя клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования пациентов. Значимость диагностики заключается не только в правильной постановке диагноза, но и в выборе дальнейшей тактики лечения. Оптимальным методом лечения пациентов с папиллоспазмом является прием препаратов, направленных на снижение тонуса СО, а больным с папиллостенозом требуется хирургическая коррекция, предпочтительно с помощью эндоскопических технологий [10, 17].

Первые сообщения об использовании препаратов, влияющих на тонус СО, появились в середине 1960-х годов. В основном эти публикации были связаны с их применением у больных с синдромом раздраженного кишечника [11, 19–21]. Основным механизмом действия препаратов заключается

в блокаде Na⁺-каналов и препятствии развития спазма гладкой мускулатуры. Эти особенности фармакодинамики, в свою очередь, и определяют целесообразность назначения препаратов при дисфункции СО [20, 21].

Положительный клинический эффект связан с исчезновением абдоминальной боли, метеоризма и был у 85–96% пациентов [3, 4, 12, 20, 21]. Рядом авторов [1, 7, 8, 15] было отмечено, что терапия таким препаратом, как «Дюспаталин», нормализует работу СО. Этот факт был подтвержден уменьшением диаметра общего желчного протока (ОЖП), по данным УЗИ, а в 72% наблюдений — снижением дуоденогастрального рефлюкса.

При обнаружении папиллостеноза оптимальным вариантом лечения большинство авторов признают эндоскопические операции [2, 5, 6, 8, 15]. Создание оптимальных условий для адекватного желчеоттока способствует значительному улучшению состояния больных, снижению или исчезновению болевого синдрома, нормализации клинико-лабораторных показателей. Вместе с тем, провести дифференциальную диагностику между папиллоспазмом и папиллостенозом, особенно на ранних стадиях заболевания, крайне сложно, а иногда просто невозможно, так как клиническая картина заболеваний и результаты инструментальных методов диагностики порой идентичны [13]. Использование стандартных эндоскопических методик диагностики этих заболеваний часто не позволяет установить истинную причину поражения БСДК, поэтому требуются новые подходы к комплексной оценке результатов традиционных эндоскопических технологий — эндоскопической ретроградной

Сведения об авторах:

Котовский Андрей Евгеньевич (e-mail: ae kotov@mail.ru), Дюжева Татьяна Геннадьевна, Зверева Анна Александровна (e-mail: aura.sofia@mail.ru), Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, 119992, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2;

Глебов Константин Глебович (e-mail: gl8kg@rambler.ru), Сюмарева Татьяна Алексеевна (e-mail: tatiana.sumareva@gmail.com), Городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова ДЗ, 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23

панкреатохоледохографии (ЭРПХГ), дополненные функциональными исследованиями, чему и посвящена настоящая работа.

Цель работы — проведение дифференциальной диагностики между папиллоспазмом и папиллостенозом I–II степени у больных после холецистэктомии и определение тактики лечения.

Материал и методы. В исследовании участвовали 45 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет. У 22 из них диагностирован папиллоспазм и у 23 — папиллостеноз I–II степени.

Все больные ранее перенесли холецистэктомию. Известно, что у пациентов после удаления желчного пузыря, особенно в пожилом возрасте, происходит компенсаторное расширение желчных протоков (ЖП) на 1–3 мм за счет выпадения резервуарной функции желчного пузыря. У большинства больных после холецистэктомии установить диагноз папиллостеноза или папиллоспазма только по клинической картине крайне сложно, а порой практически невозможно [5, 13]. Однако можно ли только на основании неспецифических жалоб, данных УЗИ или КТ желчевыводящих путей, некоторой дилатации ЖП провести дифференциальную диагностику папиллостеноза и папиллоспазма? Вероятнее всего, нет.

Использование метода ЭРПХГ дает более объективную информацию о состоянии БСДК и ЖП, но этот метод инвазивен и травматичен, способен вызвать спазм СО и исказить рентгенологическую картину папиллярной области. При визуальном осмотре БСДК крайне редко удается обнаружить рубцовую ткань в области папиллы, за исключением больных, которым ранее выполняли какие-либо эндоскопические хирургические вмешательства на БСДК. При холангиографии нельзя ориентироваться на диаметр внепеченочных ЖП без учета динамического рентгенотелевизионного контроля, так как можно получить изображение ЖП в тот промежуток времени, когда эвакуация рентгеноконтрастного препарата отсутствует.

Другой вопрос — можно ли считать признаком папиллостеноза расширение гепатикохоледоха более 11 мм в диаметре? При этом известно, что у ряда больных пожилого и старческого возраста после холецистэктомии диаметр ЖП может достигать 13–15 мм без нарушения эвакуации желчи и отсутствии жалоб [6].

Результаты и обсуждение. Для изучения функционального состояния СО и БСДК было предложено много способов. Одной из таких

методик является определение сокращений терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и СО после выполнения ретроградной холангиографии. С этой целью на рентгенотелевизионном изображении у 58 больных в течение 1 мин регистрировали число сокращений СО (табл. 1).

У 15 больных с сохраненным желчным пузырем и после холецистэктомии, у которых не было обнаружено изменений со стороны ЖП, число сокращений в 1 мин колебалось от 5 до 10. В то же время, при папиллостенозе отмечено уменьшение числа сокращений до 4–6 в 1 мин. Однако достоверно значимых изменений показателей сокращений СО при папиллостенозе и других заболеваниях ЖП и поджелудочной железы нами не выявлено (см. табл. 1).

В последние годы одним из основных эндоскопических методов дифференциальной диагностики папиллостеноза и функциональных нарушений СО является холангиоманометрия. Ретроградная панкреатохолангиоманометрия методом «открытого катетера» была проведена 98 больным, при этом было выполнено 132 исследования, в 71 из них удалось осуществить измерение давления в ЖП, а в 61 — в главном панкреатическом протоке (ГПП). У больных после холецистэктомии с отсутствием эндоскопических изменений со стороны БСДК, желчного и ГПП давление в ЖП составило 6–8 мм рт. ст., а в ГПП — 7–10 мм рт. ст. Эти показатели давления принимали за норму. При этом внутрихоледохиальное давление у пациентов со стенозом БСДК колебалось в пределах 12–20 мм рт. ст., а у больных с сомнительными данными в отношении рубцового поражения БСДК — 9–12 мм рт. ст. [5]. Сложность методики и разноречивость получаемых в ходе исследования данных не позволяли объективно оценить их клиническую значимость для дифференциальной диагностики органических и функциональных поражений БСДК и СО.

Таблица 1

Частота сокращений СО после ретроградной холангиографии

Заболевание	Число сокращений в 1 мин	Число больных
Изменений желчных протоков нет	5–7	8
Изменений желчных протоков после холецистэктомии не отмечено	6–10	7
Рецидивный холедохолитиаз после холецистэктомии	7–10	15
Рентгенологические признаки папиллостеноза после холецистэктомии	4–6	14
Хронический панкреатит	5–7	6
Хронический панкреатит после холецистэктомии	4–7	4
Дилатация желчных протоков при околососочковом дивертикуле	5–7	4

Новым оригинальным методом определения функционального состояния СО является изучение объемной и линейной скорости выведения контрастного препарата из ОЖП и ГПП после их эндоскопического ретроградного контрастирования как модели выделения желчи и панкреатического сока. Изучить эти показатели возможно только у пациентов после перенесенной холецистэктомии или при полной блокаде пузырного протока. Это связано с тем, что для расчета показателей необходимо точно знать объем введенного в ОЖП или ГПП рентгеноконтрастного препарата, а при проходимом пузырном протоке часть его попадает в желчный пузырь, причем объем препарата остается неизвестным, что не позволяет рассчитать объемную и линейную скорости эвакуации. Всего было выполнено 91 исследование (табл. 2).

Расчет результатов проводился по следующим формулам:

$$\text{Объемная скорость эвакуации (Q, мл/мин)} = \frac{\text{Объем введенного в проток контрастного вещества}}{\text{Время полной эвакуации из протоков в кишку}}.$$

$$\text{Линейная скорость эвакуации (V, см/мин)} = \frac{Q \times K^2}{\text{Площадь поперечного сечения протока}},$$

где K — коэффициент рентгенологического искажения изображения (вычисляется индивидуально у каждого рентгеновского аппарата, в наших наблюдениях K=0,25).

За норму были приняты исследования больных после холецистэктомии без клинических и визуальных изменений со стороны ЖП и ПЖ (12 человек). При этом, по данным ЭРПХГ, диа-

метр ЖП составил 7–9 мм, тень протоков была однородной, отчетливо наблюдались сокращения БСДК. Для этих больных объемная скорость прохождения рентгеноконтрастного препарата через терминальный отдел ОЖП и отверстие БСДК была равна (1,7±0,4) мл/мин, а линейная — (3±0,5) см/мин. При папиллостенозе отмечено снижение показателей Q — (0,4±0,1) мл/мин и V — (0,45±0,1) см/мин. В то же время, после эндоскопической операции, папиллотомии, показатели Q составляли (1,3±0,1) мл/мин при V (2,2±0,4) см/мин (см. табл. 2).

Таким образом, полученные данные в отношении Q и V, наряду с данными ЭРПХГ, позволили объективно оценить состояние СО, диагностировать степень папиллостеноза и определить способ лечения. Недостатком эндоскопических функциональных методик исследования СО является их инвазивность, поэтому их результаты порой противоречивы и велика вероятность ошибки в сторону как гипер-, так и гиподиагностики, особенно у больных после перенесенной холецистэктомии.

Для больных с папиллоспазмом оптимальным вариантом лечения считают терапию дюспаталином, в некоторых случаях дополненную приемом креона, что согласуется с мнением большинства авторов [1, 3, 7–9, 14–16, 18]. При таком лечении у 18 из 22 больных была отмечена положительная динамика: уменьшение болей, исчезновение диспепсических расстройств.

При обнаружении у пациентов папиллостеноза различной степени предпочтение отдавали эндоскопическим операциям: папиллотомии, баллонной дилатации, транспапиллярному стентированию ЖП пластиковым эндопротезом. По нашим данным, у 23 больных после эндоскопической холецистэктомии с папиллостенозом I–II степени у 21 из них отмечено значительное

Таблица 2

Объемная и линейная скорости эвакуации контрастного вещества из желчных протоков после их ретроградного контрастирования (M±m)

Диагноз	Число больных	Диаметр общего желчного протока (см)	Q (мл/мин)	V (см/мин)
Норма	12	0,8±0,1	1,7±0,4	3,0±0,5
Стеноз терминальной части ОЖП	6	1,3±0,1	0,4±0,1	0,4±0,1
Тубулярный стеноз ОЖП при хроническом панкреатите	14	1,4±0,1	0,4±0,1	0,5±0,1
Хронический панкреатит	11	0,8±0,1	0,5±0,1	0,9±0,1
После ЭПСТ при стенозе ОЖП	10	1,0±0,1	1,3±0,1	2,2±0,4
После ЭПСТ при холедохолитиазе	30	1,5±0,3	4,5±1,6	8,0±3,2
После ТДПСТ	8	0,9±0,1	9,5±2,0	14,5±4,0

Примечание. ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия; ТДПСТ — трансдуоденальная папиллосфинктеротомия.

уменьшение или исчезновение болевого синдрома, а по данным УЗИ — ликвидация билиарной гипертензии. У 3 пациентов после папиллотомии операция была завершена установкой стента в ОЖП. Контроль за этими пациентами осуществляли через 5–7 мес для решения вопроса о замене или извлечении эндопротеза. Подобная тактика имела положительный эффект. Всем больным, которым выполняли эндоскопические вмешательства, назначали курс консервативной терапии дюспаталином, что, вероятно, способствовало улучшению результатов операции.

На наш взгляд, подобная дифференциальная диагностика и тактика лечения оправданы для 90% больных и приводят к улучшению их состояния или выздоровлению.

Выводы. 1. Дифференциальная диагностика папиллоспазма и папиллостеноза сложна и в основном должна основываться на эндоскопических методиках — ЭРПХГ и функциональных исследованиях.

2. Основным методом лечения папиллоспазма является консервативная терапия, а больным с папиллостенозом требуется выполнение эндоскопических вмешательств, которые целесообразно дополнить консервативной терапией.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Галиуллин А.Р., Хакамова Г.А. и др. Современные подходы к терапии при заболеваниях билиарной системы // Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2010. № 4. С. 109–113.
2. Глебов К.Г., Котовский А.Е. Эндоскопическое лечение папиллостеноза // Анн. хир. гепатол. 2010. № 1. С. 34–37.
3. Ильченко А.Л., Быстровская Е.В. Опыт применения Дюспаталина при функциональных нарушениях сфинктера Одди у больных, перенесших холецистэктомию // Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2002. № 4. С. 21–22.
4. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я. Дюспаталин (мебеверин) в купировании болей при желчнокаменной болезни // Экспер. и клин. гастроэнтерол. 2002. № 3. С. 2–3.
5. Котовский А.Е. Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при хирургических заболеваниях поджелудочной железы: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990. 333 с.
6. Котовский А.Е., Петрова Н.А., Глебов К.Г., Бекбауов С.А. Атлас рентгеноэндоскопических диагностических и лечебных вмешательств при заболеваниях желчных протоков и поджелудочной железы. М.: РОСА, 2012. 165 с.
7. Максимов В.А., Бунтин С.Е., Каратаев С.Д. и др. Дюспаталин при физико-химической стадии желчнокаменной болезни // Врач. 2003. № 5. С. 47–50.
8. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А., Ардатская М.Д. Лечение функциональных расстройств кишечника и желчевыводящей системы, протекающих с абдоминальными болями и метеоризмом // Клин. фармакол. и тер. 2002. № 11 (1). С. 18–21.
9. Boisson J., Coudert Ph. et al. Tolerance de la mebeverine a long terme // Act. Ther. 1987. № 16. P. 289–292.
10. Chang F.Y., Lu C.L. The clinical significances of irritable bowel syndrome in Taiwan // J. Gastroenterol. Hepatol. 2011. № 26 (Suppl.3). P. 102–105.
11. Chang F.Y., Lu C.L., Luo J.C. et al. The evaluation of otilonium bromide treatment in asian patients with irritable bowel syndrome // J. Neurogastroenterol. Motil. 2011. № 17 (4). P. 402–410.
12. Everitt H.A., Moss-Morris R.E., Sibelli A. et al. Management of irritable bowel syndrome in primary care: feasibility randomised controlled trial of mebeverine, methylcellulose, placebo and a patient self-management cognitive behavioural therapy website. (MIBS trial) // BMC Gastroenterol. 2010. № 10. P. 136.
13. Grinevich V.B., Sas E.I., Denisov N.L., Efimov O.I. Chronic pancreatitis: microbe-intestinal tissue complex and systemic inflammatory response // Eksp. Klin. Gastroenterol. 2011. № 7. P. 13–17.
14. Guyot P. and a General Practitioner Group of the General Practitioners' Research Association. Efficacy of «Duspatalin» 200 mg in patients with irritable bowel syndrome. Results of a descriptive study on various symptom subgroups // Act. Med. Int. Gastroenterol. 1997. № 11. P. 2–7.
15. Il'chenko I.A., Deliukina O.V. Significance of biliary dysfunction in the pathogenesis of gallstone disease // Eksp. Klin. Gastroenterol. 2011. № 7. P. 70–78.
16. Inauen W., Halter F. Related citations clinical efficacy, safety and tolerance of mebeverine prolonged release (200mg) vs mebeverine tablets in patients with irritable bowel syndrome // Drug Invest. 1994. № 8 (4). P. 234–240.
17. Lee K.J., Kim N.Y., Kwon J.K. et al. Efficacy of ramosetron in the treatment of male patients with irritable bowel syndrome with diarrhea: a multicenter, randomized clinical trial, compared with mebeverine // Neurogastroenterol. Motil. 2011. № 23 (12). P. 1098–1104.
18. Lipnitski E.M., Isakova O.V., Movchun V.A., Apdatskaia M.D. Effectiveness of duspatalin therapy in the treatment and prevention of post-cholecystectomy syndrome // Vestn. Ross. Akad. Med. Nauk. 2011. № 1. P. 7–11.
19. Martínez-Vázquez M.A., Vázquez-Elizondo G., González-González J.A. et al. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis // Rev. Gastroenterol. Mex. 2012. № 77 (2). P. 82–90.
20. Mönnikes H. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome // J. Clin. Gastroenterol. 2011. № 45 (Suppl.). P. 98–101.
21. Reme S.E., Stahl D., Kennedy T. et al. Mediators of change in cognitive behaviour therapy and mebeverine for irritable bowel syndrome // Psychol. Med. 2011. № 11. P. 1–11.

Поступила в редакцию 12.11.2015 г.

A.E.Kotovskiy¹, K.G.Glebov², T.A.Syumareva²,
T.G.Dyuzheva¹, A.A.Zvereva¹

ENDOSCOPIC METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PAPILLOSTENOSIS

¹ I.M.Sechenov First Moscow State Medical University;
² O.M.Filatov Municipal clinical hospital № 15, Moscow

Differential diagnostics of papillospasm and papillostenosis should be based on the complex of clinical and instrumental researches with the priority to endoscopic technologies. Conservative therapy should be considered as optimal option of treatment for the patients with papillospasm. Preference of endoscopic operations have to be in case of revealed papillostenosis of different degree. Similar differentiated diagnostics and treatment management justified in 90% of cases and led to improvement of patient's conditions and their recovery.

Key words: sphincter of hepatopancreatic ampula (odditis), papillospasm, papillostenosis, common bile duct, endoscopy, diagnostics, treatment