

МЕДИЦИНА

УДК616.62-008.17:616.62-008.22:616.83:616.61}-053.1

Абжалов М. А.

ОшГУ, Медицинский факультет

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРТОМИИ

WAYS OF OPTIMIZATION ENDOSCOPIC PAPILLOSFINKTERTOMY

Аннотациясы. Эндоскопиялык папиллосфинктертомиянын тескей корунушторун жоготуу хирургиянын негизги суроосу болуп эсептелет, ошондуктан бул жумуш ошол маселеге арналган.

Негизги создор: эндоскопиялык папиллосфинктертомия, механикалык сарык, операциядан кийинки тез корунуштор, папиллотомиядан кийинки кан куйулуу.

Аннотация. Минимизация негативных результатов эндоскопической папиллосфинктертомии является актуальным вопросом эндобилиарной хирургии при конъюнкции общего желчного протока. Существуют много способов нивелирования побочных явлений, поэтому поиск путей оптимизации является значимой проблемой хирургии.

Ключевые слова: эндоскопическая папиллосфинктертомия, механическая желтуха, послеоперационные осложнения, постпапиллотомические кровотечения.

Abstract: Minimizing the negative results of endoscopic papillosfinktertomy is a topical issue endobiliary surgery in the common bile duct. There are many ways of leveling the side effects, so the search for ways to optimize surgery is a significant problem.

Keywords: endoscopic papillosfinktertomy, mechanical jaundice, postoperative complications, postpapillotomical bleeding.

Введение

В настоящее время доминирующим положением в эндобилиарной хирургии является утверждение о селективной канюляции общего желчного протока как основном условии эффективности и безопасности эндоскопической папиллосфинктертомии. В 49-70% процентов наблюдений по данным разных авторов [1,2] достижение этого элемента вмешательства возможно на интактном большом дуоденальном сосочке (БДС), однако, при этом, не смотря на достаточно высокий прогресс в плане развития эндохирургического инструментария, наиболее эффективным способом её достижения в оставшихся 51-30% является предрасечение (precut) с последующей идентификаци-

ей устья общего желчного протока в канале БДС по предложенным топографо-анатомическим ориентирам [1]. Однако, визуализация эндоскопических ориентиров далеко не всегда происходит элементарно, что приводит к затягиванию интервенции, излишней инсуффляции воздухом, усилению перистальтической активности и болевого синдрома. Исходя из вышеизложенного основной целью настоящего исследования явилась минимизация нежелательных результатов эндоскопической папиллосфинктертомии. Основными параметрами оценки эффективности предрасечения и доступности канюляции общего желчного протока использовали время, затраченное на идентификацию устья холедоха.

Результаты и обсуждение

При исследовании факторов, предрасполагающих проведению эндоскопической папиллосфинктертомии в технически сложных условиях (парапапиллярный дивертикул, увеличенный БДС, БДС обычных размеров, БДС незначительных размеров, злокачественная инфильтрация БДС) выявлено, что наиболее актуальным является проведение данного вмешательства на БДС незначительных размеров, при этом за незначительные размеры БДС принимали случаи его выступления в просвет двенадцатиперстной кишки не более, чем на 3 мм при аналогичной длине.

Как показывает практика, встречаемость БДС незначительных размеров достаточно незначительна – не более 4,0%, но при этом средняя продолжительность выполнения интервенции у этих пациентов составила более 65-70 мин (при среднем показателе 7 мин), а необходимость в отсроченном (двух- и, даже, трёхэтапном) выполнении эндоскопической папиллосфинктертомии из-за сложности визуализации устья общего желчного протока возникла в половине случаев наблюдения, а в одном наблюдении эндоскопическая папиллосфинктертомия так и не была эффективно выполнена, при этом уровень постпапиллотомических панкреатитов в данной группе составил более 20%. Таким образом, очевидно, что методология проведения эндоскопической папиллосфинктертомии по комбинированному варианту у пациентов с БДС незначительных размеров нуждается в совершенствовании. Каким же образом можно нивелировать неудовлетворительные результаты. Наиболее оптимальный путь – это создание оптических систем. Вторая возможность – это визуализация устья общего желчного протока в ампуле

БДС за счёт антеградного введения в желчно-протоковую систему слабого раствора метиленового синего или другого индифферентного пигмента. Какие способы введения красителя в желчные протоки допустимы? Через установленный при проведении холецистэктомии дренаж желчных протоков. Этот путь, пусть и апробированный на практике, не представляется предпочтительным по следующим причинам. В основном перед эндоскопистом ставится задача выполнить эффективную эндоскопическую папиллосфинктертомия до проведения холецистэктомии, с тем, чтобы возникла возможность её выполнения лапароскопическим доступом. Конечно, можно провести наружное дренирование общего желчного протока и при лапароскопической холецистэктомии, затем в раннем послеоперационном периоде выполнить эндоскопическую папиллосфинктертомия, но тут также возникает масса сопутствующих проблем, связанных с инсуффляцией воздуха в желудочно-кишечный тракт уже ослабленному хирургической интервенцией пациенту. Третий путь решения проблемы – дооперационная чрескожно-чрезпечёночная пункция желчных протоков иглой Хиба. Вероятно, при отработанной и безопасной методике данной интервенции, данный путь визуализации устья общего желчного протока в ампуле БДС будет оптимальным.

Литература.

1. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин.- М.: ИМА-пресс, 1996.- 152с.
2. Maydeo A. Techniques of selective cannulation and sphincterotomy / A. Maydeo, D. Borkar // Endoscopy. – 2003. – N 35 (8). – P. 19–23.