

Эндоскопическая папиллотомия комбинированным инструментом

А.Е. Котовский, К.Г. Глебов, Н.А. Петрова

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, 15 ГКБ, Москва

Одной из самых распространенных эндоскопических операций является папиллотомия. Известны множество конструкций папиллотомов, однако наиболее часто для эндоскопической папиллотомии используют инструмент натяжного типа Демлинга–Классона или его прототипы. Это связано с тем, что наибольшее количество эндоскопических ретроградных папиллосфинктеротомий (ЭПСТ) осуществляется по типу канюляционной папиллотомии. Техника и методика этой операции отработана и широко используется во всем мире. После проведения ЭПСТ у больных с холелитиазом, рубцовыми структурами желчных протоков, опухолевой обтурацией гепатикохоледоха или при сдавлении протоков опухолью поджелудочной железы и других заболеваниях, как правило, требуются дальнейшие эндоскопические манипуляции, направленные на восстановление желчеоттока. С этой целью папиллотом извлекают наружу и используют другие эндоскопические инструменты (корзинки Дормиа, баллонные экстракционные, дилатационные катетеры и т.д.). Замена инструментов во время эндоскопической операции требует дополнительного времени, при этом может измениться экспозиция операционного поля, что также увеличивает время вмешательства и анестезии.

Для более комфортного выполнения ЭПСТ фирмой Boston Scientific (США) был разработан специальный, комбинированный папиллотом (stonetome) натяжного типа, совмещенный с экстракционным баллоном (1). Существует два варианта инструментов: первый – экстракционный баллон расположен проксимальнее струны папиллотома; у второго типа – дистальнее режущей струны (рис. 1, 2, 3).

Показаниями для ЭПСТ с применением данного инструмента являются: небольшого (менее 1 см) диаметра или мягкие, замаскообразные конкременты вне печеночных желчных протоков; микрохолелитиаз; инородные тела протоков; гнойный холангит, а также определение истинного диаметра папиллотомного отверстия и для выполнения локальной холангиографии доли или сегмента печени. При этом нет необходимости после ЭПСТ извлекать инструмент наружу и заменять его на другой.

Техника ЭПСТ комбинированным папиллотомом не отличается от стандартной канюляционной папиллотомии. Первым этапом вмешательства является ретроградная транспапиллярная панкреатикохолангиография, затем в желчные протоки проводят металлический проводник диаметром 0,64–0,89 мм, по которому вводят комбинированный папиллотом и осуществляют рассечение.

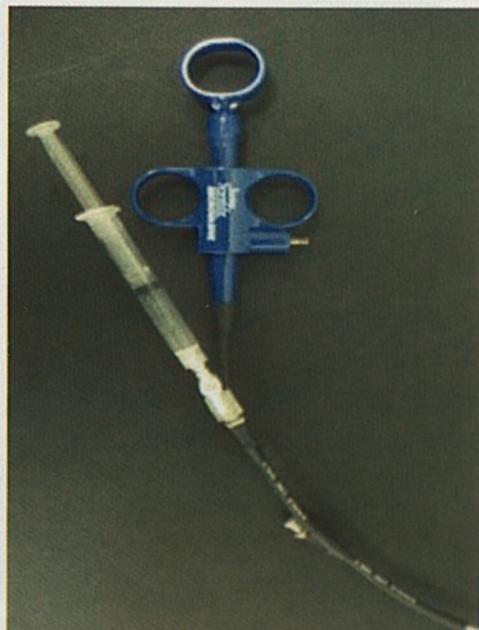
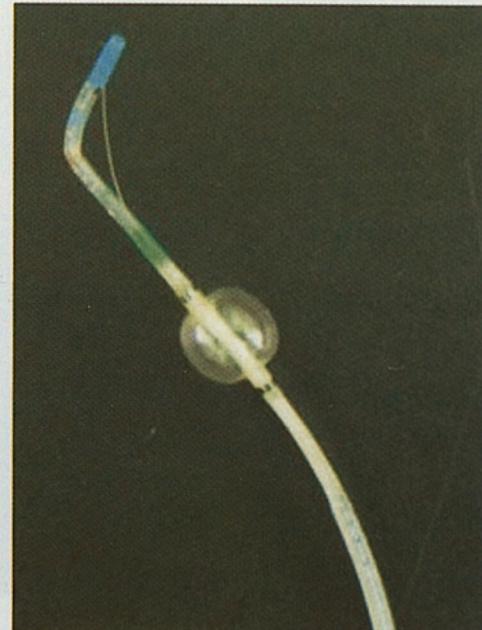
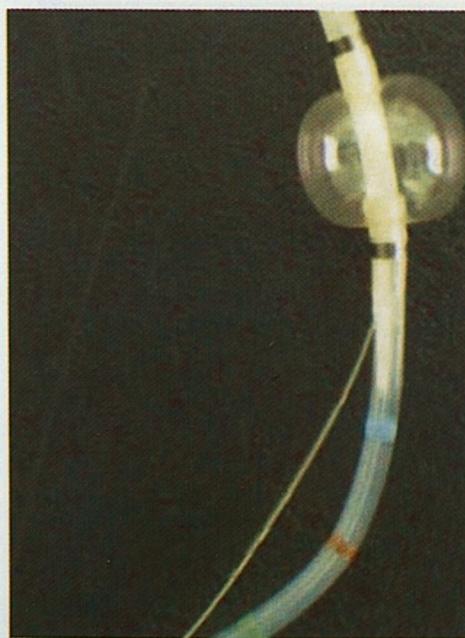


Рис. 1, 2,3. Дистальная и проксимальная части комбинированного инструмента (папиллотом + баллонный экстракционный катетер)

Конструкцию инструмента (дистальное или проксимальное расположение баллона) выбирают в зависимости от характера заболевания и данных холангиографии. Чаще используют инструмент с баллоном на дистальном конце катетера. Следует отметить, что оба эти инструмента могут быть применены и при комбинированной технологии ЭПСТ (предрассечение игольчатым папиллотомом, а затем канюляционный вариант операции).

ЭПСТ комбинированным папиллотомом нами была выполнена у 19 больных. В основном это были пациенты с холедохолитиазом в сочетании со стенозом БДСК или без него, при нечетких данных о наличии камней в желчных протоках, замаскообразной желчи в просвете потоков, в одном случае при камне в левом

долевом протоке, а также с целью ревизии желчных протоков (рис. 4). У 10 больных имелся гнойный холангит. У больных с холедохолитиазом сразу после папиллотомии инструмент заводили проксимальнее камня, раздували баллон и осуществляли попытку его извлечения (схемы 1 и 2) (рис. 5).

В случаях успешного удаления конкремента у больных с гнойным холангитом инструмент еще 2–3 раза вводили до уровня конфлюэнса и после раздувания баллона его вновь низводили в просвет двенадцатиперстной кишки. Таким образом, со стенок гепатикохоледоха механически удалялся фибрин, гной, сладж, а кроме того, за баллоном в желчных протоках создавалось отрицательное давление, что способствовало перемещению гнойной застойной желчи из внутри-

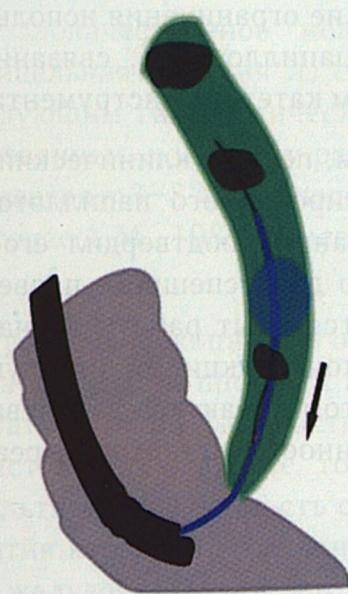


Схема извлечения конкрементов комбинированным инструментом. Вариант 1

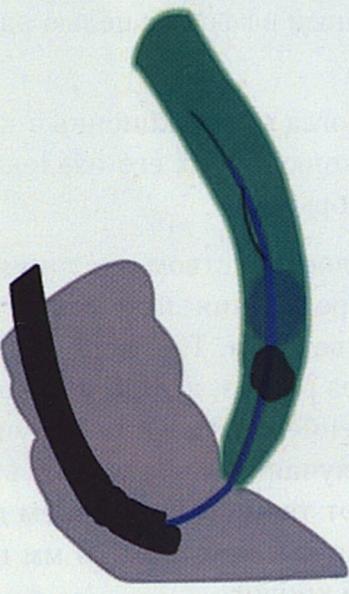


Схема удаления конкрементов комбинированным инструментом. Вариант 2

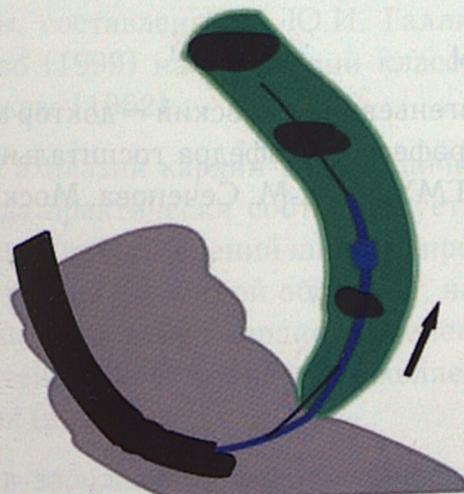


Схема эндоскопической папиллотомии комбинированным инструментом. Вариант 1

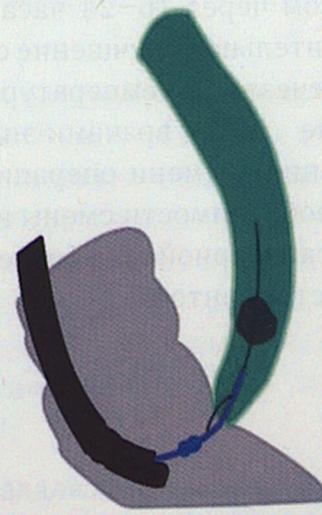


Схема папиллотомии комбинированным инструментом. Вариант 2

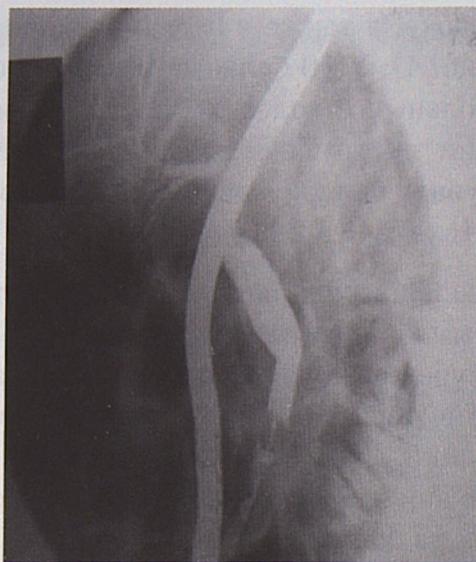


Рис. 4. Ретроградная холангиограмма. Ревизия желчных протоков баллоном непосредственно после папиллотомии комбинированным инструментом.

печеночных во внепеченочные желчные протоки, что дополняло лечебный эффект с целью разрешения холангита.

В тех случаях, когда экстракционный катетер не позволял удалить конкремент, его извлекали стандартной корзинкой Дормиа.

Весьма важным достоинством инструмента является возможность определения истинного диаметра папиллотомного отверстия. Так, если раздутый баллон не проходил через разрез, всегда можно сразу выполнить его увеличение с помощью режущей части инструмента. В 2 случаях нам пришлось вторым этапом использовать этот технический прием до свободного извлечения баллона диаметром 10 мм в просвет двенадцатиперстной кишки.

Каких-либо осложнений после ЭПСТ комбинированным инструментом не было, напротив, больные с гнойным холангитом через 16–24 часа после операции отмечали значительное улучшение самочувствия, боли полностью исчезли, а температура тела нормализовалась. Кроме того, врачами-эндоскопистами отмечено сокращение времени операции, наркоза за счет отсутствия необходимости смены инструментов, и после операции санитарной обработке подвергалось меньшее число инструментов.



Рис. 5. Эндофото: удаление конкремента холедоха после папиллотомии комбинированным инструментом

Первые эндоскопические операции показали некоторые технические ограничения использования данных конструкций папиллотомов, связанные с увеличенным диаметром катетера инструмента.

Таким образом, первый клинический опыт использования комбинированного папиллотома при определенных показаниях подтвердил его эффективность и доказал, что для успешного проведения операции ЭПСТ требуется опыт работы врача-эндоскописта с различными конструкциями инструментов разработанных с учетом характера заболевания и анатомических особенностей гепатопанкреатодуоденальной зоны.

ЛИТЕРАТУРА

Dean RS, Nelson DK. Prospective randomized comparison of stonetome combination catheter versus conventional endoscopic clearance of common bile duct. Am J Gastroenterol. 1997 Jul;92(7):1121–4.

КОНТАКТЫ

Андрей Евгеньевич Котовский – доктор медицинских наук профессор, кафедра госпитальной хирургии № 2 МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва