

І РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ЭНДОСКОПИЯ», 6–7 декабря 2012 г. (Материалы конгресса. Часть 4)

Мы продолжаем публиковать материалы I Российского конгресса «Неотложная эндоскопия», который проходил в стенах НИИ СП им. Н.В. Склифосовского 6–7 декабря 2012 г.

Последнее заседание второго дня конгресса было посвящено профилактике осложнений транспапиллярных вмешательств (ТПВ).

Транспапиллярные вмешательства — наиболее технически сложные внутрисветовые операции, сопровождающиеся осложнениями различной тяжести у 1,5–9% пациентов (Ю.М. Корнилов и соавт., 1996; Г.И. Перминова, А.А. Соколов и др., 1996; С.Г. Шаповальянц и соавт., 1998; А.А. Мартынов, 2010). Летальность вследствие этих осложнений достигает 1,5% (И.В. Ярема и соавт., 1997; А.А. Соколов, 2003, А.А. Федоров, 2010).

В интерактивной дискуссии приняли участие: *Александр Александрович Мартынов*, заведующий эндоскопическим отделением ГКБ № 54 г. Москвы; *Валерий Олегович Тимошенко*, д.м.н., профессор Института медицинских проблем Севера СО РАМН г. Красноярск; *Андрей Викторович Кульминский*, к.м.н., врач-эндоскопист Свердловской областной клинической больницы № 1; *Олег Викторович Перерва*, к.м.н., заведующий эндоскопическим отделением Дальневосточного окружного центра гастроэнтерологии ФМБА России г. Владивостока; *Юрий Исаакович Биктагиров*, к.м.н., врач-эндоскопист областного клинического онкологического диспансера г. Самары; *Сергей Александрович Габриэль*, к.м.н., заведующий отделением эндоскопии ГКБ № 2 г. Краснодара; *Елена Анатольевна Дерябина*, к.м.н., врач-эндоскопист областной клинической больницы г. Челябинска.

Председателями заседания были руководитель хирургического эндоскопического отделения Института хирургии им. А.В. Вишневского профессор *Ю.Г. Старков* и руководитель отделения эндоскопической хирургии РНЦХ им. Б.В. Петровского профессор *М.В. Хрусталева*.

Основными тактическими вопросами, вынесенными на обсуждение, стали показания к экстренным ТПВ и методы профилактики самых опасных осложнений эндоскопических операций: острого панкреатита и кровотечения из папиллотомной раны. Наиболее полно показания к экстренной транспапиллярной операции были изложены Ю.И. Биктагировым из Самары:

- выраженная механическая желтуха (повышение уровня в крови общего билирубина свыше 300 ммоль/л);
- выраженный гнойный холангит;
- панкреатит, обусловленный вклиниванием конкремента в ампулу большого дуоденального сосочка;
- закупорка эндопротеза у пациентов с опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны;
- подозрение на травму холедоха после хирургических вмешательств.

В.О. Тимошенко включил в показания к экстренному ТПВ еще одну патологию — гемобилию.

Есть ли отличия в результатах плановых и экстренных ТПВ на большом дуоденальном сосочке? О.В. Перерва подчеркнул, что выполнение экстренных ТПВ обусловлено необходимостью устранения этиологического фактора и разрыва патогенетического круга болезни, что является скорейшим путем к выздоровлению. Риск развития осложнений при экстренных ТПВ, как и при любых других неотложных операциях, несомненно выше. А.В. Кульминский связал это с двумя факторами: дефицитом информации и времени. Именно они определяют те негативные моменты, сопровождающие экстренные ТПВ, на которые указала Е.А. Дерябина (Челябинск):

- дополнительное время на организацию работы специализированной бригады;
- дополнительные материальные затраты;
- недостаточное техническое обеспечение (часто);
- большой не подготовлен либо подготовлен недостаточно;
- несрабатанность персонала, вероятность выполнения процедуры персоналом с недостаточным опытом и квалификацией.

Однако А.А. Мартынов считает, что при четко сформированных показаниях к экстренному вмешательству и слаженной работе всех служб риск осложнений не выше, чем при плановых.

Геморрагический синдром — одно из ведущих клинических проявлений механической желтухи. Именно он считается причиной высокой частоты кровотечения из папиллотомной раны. Можно ли снизить частоту этого осложнения и насколько доступны методы профилактики? А.С. Габриэль (Краснодар) обобщил профилактические мероприятия, доказавшие на сегодня свою клиническую эффективность:

1. Коррекция нарушений свертываемости крови.
2. Проведение манипуляции под внутривенным или интубационным (редко) наркозом.
3. Контроль и коррекция артериального давления.
4. Выполнение папиллотомного разреза минимально допустимой длины, достаточной для адекватного оттока желчи или возможности назобилиарного дренирования или стентирования холедоха.
5. Стремление к выполнению типичной папиллотомии со слабым натяжением струны, «правильным» направлением разреза и соблюдением режимов коагуляции.
6. При выполнении атипичной папиллотомии разрез «крыши» ампулы БДС проводится послойно.
7. При выявлении опухоли БДС отказ от ретроградного вмешательства и транспеченочное дренирование билиарного дерева под УЗ-наведением до нормализации показателей билирубина.
8. При обнаружении крупных или «трудных» конкрементов, а также гнойного холангита рекомендуется выполнять минимальное вмешательство, обеспечивающее адекватный отток желчи (назобилиарное дренирование или стентирование).

Однако участники дискуссий останавливались и на более тонких технических аспектах выполнения ТПВ, влияющих на послеоперационную геморрагию. Так, Ю.И. Биктагиров и Е.А. Дерябина используют с профилактической целью инъекции сосудосуживающих препаратов в края разреза (растворов адреналина и норадrenalина в разведении физиологическим раствором в соотношении 1:10, 20), смешанный режим с преобладанием коагуляции, а также ограничение длины папиллотомного разреза местом разобщения устьев общего желчного и вирсунгова протоков. А.В. Кульминский акцентировал внимание на том, что режим коагуляции наиболее важен при рассечении проксимальной трети БДС, при этом предпочтительно применять аргоноплазменный коагулятор. Как А.В. Кульминский, так и А.А. Мартынец рекомендовали на высоте желтухи отказ от папиллосфинктеротомии в пользу наружного желчеотведения: назобилиарного дренирования либо чрескожного чреспеченочного дренирования. О.В. Перерва подчеркнул, что назобилиарное дренирование является не только методом управляемой декомпрессии желчевыводящих путей, но и средством направленного подведения медикаментов в протоки. При необходимости экстренного вмешательства на БДС при выраженной коагулопатии О.В. Тимошенко и А.А. Мартынец считают целесообразным замену ПСТ баллонной дилатацией устья БДС.

Е.А. Дерябина указала на важность общей анестезии для профилактики осложнений ТПВ. Последним важным вопросом, вынесенным на обсуждение на этом секционном заседании, была профилактика постпапиллотомного острого панкреатита.

Наиболее полно комплекс практических мероприятий изложил в своем выступлении Валерий Олегович Тимошенко (Красноярск):

- попытки канюляции БДС свыше 5 раз и более 15 мин не допустимы (чем меньше, тем лучше);
- использовать только разведенный и подогретый раствор контраста;
- при проведении папиллотомического разреза использовать ток в режиме резания, избегать режима коагуляции;
- хорошая аналгезия перед транспапиллярными вмешательствами уменьшает риск развития острого панкреатита, например — грудная эпидуральная анестезия;
- стремиться выполнять ЭПСТ канюляционным способом, при ее неэффективности переходить к нетипичным способам;
- желательно использовать инструменты с каналом для направляющей струны;
- нестероидные противовоспалительные средства снижают частоту панкреатита (наиболее эффективно назначение диклофенака или индометацина ректально 100 мг в качестве премедикации или сразу после ЭРХПГ). Другие медикаменты неэффективны.
- объем введенного контраста в вирсунгов проток должен быть минимизирован (не более 5 мл);
- баллонная дилатация малым баллоном (менее 10 мм «первичная») ведет к увеличению риска острого панкреатита, не рекомендуется как альтернатива ЭПСТ (кроме пациентов с коагулопатиями);
- баллонная дилатация большим баллоном (более 10 мм, «вторичная»), в дополнение к ЭПСТ с целью

извлечения крупных камней, не повышает риск развития панкреатита);

- применение канюляции по проводнику уменьшает риск развития панкреатита и повышает частоту успешных канюляций в сравнении с традиционным контрастированием.

Конечно, были и дополнения. Так, А.В. Кульминский рекомендовал аспирировать содержимое панкреатического протока после ЭПСТ. А.С. Габриэль указал на важность применения невысоких концентраций рентгеноконтрастных веществ (30%) и фармакологического воздействия с целью снижения перистальтики кишки и спазма сфинктера Одди (м-холинолитики, ганглиоблокаторы, дицетел, нитроглицерин). Ю.И. Биктагиров рекомендовал использовать современные атравматичные направляющие струны-проводники. О.В. Перерва указал на профилактическую эффективность промывания протоков 0,25% новокаином и превентивное стентирование вирсунгова протока на 3 суток. Выступление Е.А. Дерябиной базировалось на результатах научного исследования (сл. 1, 2).

Слайд 1

Перечень информативных клиничко-инструментальных симптомов при математическом прогнозировании			
Риск развития острого панкреатита МАКСИМАЛЬНЫЙ	ПК	Риск развития острого панкреатита МИНИМАЛЬНЫЙ	ПК
Наличие в холедохе мелких конкрементов	+3	Единичные крупные конкременты	-5
Узкий холедох	+4	Минимальные проявления острого панкреатита	+2
Начальные проявления острого панкреатита на момент выполнения процедуры	+5	Старческий возраст	-9
Появление характерного болевого синдрома	+8	Документированный хронический панкреатит	-5
Появление отека слизистой после эндоскопической папиллосфинктеротомии	+6		
Отсутствие патологических изменений желчных путей	+6		
Впервые выявленный холедохолитиаз	+5		Е. А. Дерябина Челябинск

Слайд 2

Расчет прогностических коэффициентов – анализ Вальда

- Анализ Вальда позволил прогнозировать с 95% точностью **вероятность развития панкреатита** или неосложненное течение послеоперационного периода: при сумме баллов **+13** или **-13** соответственно.
- В зависимости от полученной суммы баллов пациенты распределялись на три группы:
 - ❖ с **низким риском** — < 4 баллов,
 - ❖ со **средним риском** — 4 - 8 баллов,
 - ❖ с **высоким риском** — 9 - 13 баллов.

Е. А. Дерябина
Челябинск

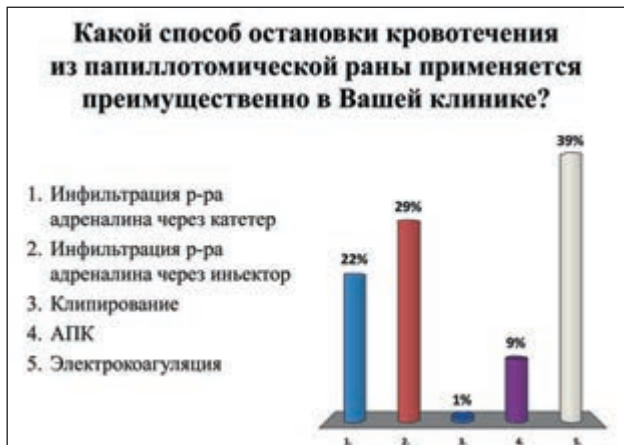
В заключении дискуссии профессионально и очень эмоционально выступал А.А. Мартынец. Он подчеркнул опасность пробного контрастирования по предварительному установленному проводнику, так называемому «контрастированию прикосновением», а также выполнения ТПВ как диагностической операции. В настоящее время медики имеют в своем распоряже-

нии такие высокоэффективные неинвазивные методы диагностики патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны, как КТ и МРТ.

Для интерактивного голосования были предложены 4 вопроса. Несмотря на профессиональный авторитет участников дискуссии, только 33% врачей в зале выполняют в своих лечебных учреждениях неотложные ТПВ. Баллонную дилатацию со стентированием в качестве первого этапа ТПВ у пациентов с желтухой опухолевого генеза и отсроченной папиллотомией применяют только 28% врачей. Большинство (72%) придерживаются традиционной тактики, состоящей в одномоментном выполнении папиллотомии и стентирования. Распределение голосов при ответе на вопрос о тактике при развившемся кровотечении из папиллотомной раны представлено на сл. 3.

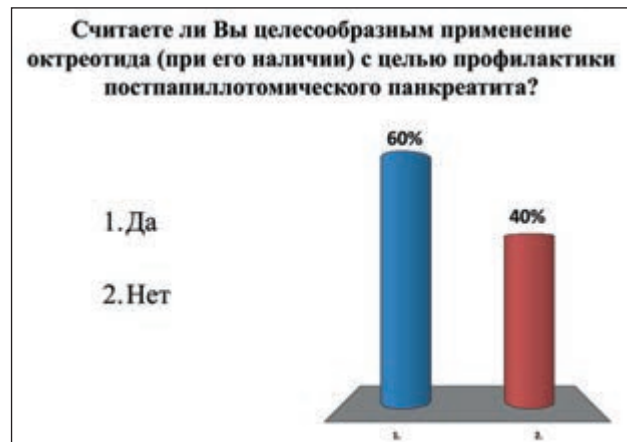
Лидируют два метода гемостаза: электрокоагуляция и инфильтрация раствора адреналина через иньектор.

Слайд 3



Отношение в октреотиду как к средству, снижающему риск развития острого панкреатита после ТПВ, изменилось. Почти половина проголосовавших (40%) разочарованы в результатах его применения (сл. 4).

Слайд 4



Подводя итог этому секционному заседанию, его председатели профессор Ю.Г. Старков и профессор М.В. Хрусталева отметили как высокий профессиональный уровень всех участников дискуссии, так и важность обсуждаемых вопросов. Страх за больного, который может погибнуть от острого панкреатита или кровотечения после ТПВ, знаком каждому врачу, выполняющему такие операции. Обмен опытом и обсуждение всех способов профилактики таких грозных осложнений безусловно способствуют снижению их частоты, а значит, сохранению жизни пациентов.

Заведующая отделением неотложных эндоскопических исследований НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы
д.м.н. **Пинчук Татьяна Павловна**