

Таким образом, опыт первых двух лапароскопических бесфиксационных паховых герниопластик продемонстрировал техническую выполнимость данных оперативных вмешательств с не требующим фиксации к тканям имплантатом и их соответствие основным требованиям, предъявляемым к протезирующим герниопластикам в современной герниологии.

Литература

1. Богданов Д.Ю., Протасов А.В., Кумуков М.Б. и др. Бесфиксационная аллогерниопластика в лечении вентральных грыж // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. С. 118.
2. Ненатяжная герниопластика. Полурассасывающаяся самомфиксирующаяся сетка Parietene™ ProGrip™ // Материалы Тусо Healthcare Group Lp. URL: <http://www.covidien.com> (дата обращения 01.03.2011).
3. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Навид М.Н. и др. Лапароскопическая бесфиксационная герниопластика. Первый опыт // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. С. 117.
4. Рутенбург Г.М., Богданов Д.Ю., Чистяков А.А., Омельченко В.А. Возможности применения различных вариантов хи-

рургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2005. № 4. С. 3–8.

5. Ярема И.В., Корняк Б.С., Сухинина И.В. Пластика пахового канала по Trabucco // Хирург. 2008. № 8. С. 7–10.
6. Hernia Mesh Has Never Looked This Good // Minnesota Medical Development, Inc. URL: <http://www.2mdinc.com> (дата обращения 01.03.2011).

Поступила в редакцию 10.03.2011.

THE FEATURES OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY WITH NO-FIXATION IMPLANTS

G.M. Rutenburg¹, A.S. Korenevsky²

¹ Saint-Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov (6/8 Lev Tolstoy St. Saint-Petersburg 197022 Russia), ² The Saint Righteous Martyr Elizabeth City Hospital (14 Vavilovikh St. Saint-Petersburg 195257 Russia)

Summary – The paper describes experience of first laparoscopic hernioplasty surgeries with no-fixation implants. The case follow-ups during two months did not reveal any recurrent diseases, causalgia and sensation of extraneous body in the surgical area.

Key words: hernioplasty, implant, laparoscopy, surgical method.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 81–83.

УДК 616.367/373-07-089.819.4

РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ: ОПЫТ 868 ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Е.Ф. Рыжков¹, А.С. Барсуков¹, М.Ю. Агапов^{1,2}, Е.Д. Демичева¹

¹Отделенческая клиническая больница на станции Владивосток ОАО РЖД (690003 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25), ²Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: ретроградная холангиопанкреатография, постпроцедурный панкреатит, канюляция.

Обобщен опыт 868 ретроградных холангиопанкреатографий, выполненных в Отделенческой клинической больнице за 2005–2009 гг. Успешная селективная канюляция холедоха и/или панкреатического протока выполнена в 800 случаях (92,2%). Осложнения процедуры зарегистрированы в 31 случае, чаще это был панкреатит (21 случай), постпроцедурная летальность – 0,5%. Подчеркивается, что современные методики с использованием управляемых катетеров, папиллотомов и проводников повышают частоту селективной канюляции и снижают риск осложнений.

Эндоскопическая канюляция фатерова соска была впервые выполнена в 1968 г. в Японии. Методика распространилась в Европе в начале 1970-х годов. В настоящее время в связи с внедрением в клиническую практику магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, эндосонографии, улучшением качества обычного ультразвукового исследования, изменилось соотношение между диагностическими и лечебными ретроградными холангиопанкреатографиями за счет увеличения частоты последних. Однако основными нерешенными проблемами здесь остаются относительно высокий уровень неудачных селективных канюляций и осложнений, связанных,

главным образом, с развитием постпроцедурного панкреатита.

Цель работы – ретроспективный анализ техники выполнения и результатов ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ).

Материал и методы. Проведен анализ 868 РХПГ, выполненных в Отделенческой клинической больнице ОАО РЖД на ст. Владивосток с 2005 по 2009 гг. Анализировались способы канюляции избранного протока, технические сложности, вид выявленной патологии и проведенные лечебные вмешательства, а также осложнения, возникшие в ходе данных манипуляций. Технически сложной считалась канюляция при невозможности достижения большого дуоденального сосочка (БДС) или/и выполнения селективной канюляции в течение 20 мин. Как проявления пост-РХПГ панкреатита рассматривали болевой синдром в течение 24 часов в сочетании с 3-кратным повышением уровня амилазы крови [2].

РХПГ выполнялась с использованием видеодуоденоскопов Fujinon ED-530XT и ED-450XL5 (Япония), стеноскопа General Electric (США) и расходных материалов (проводники, папиллотомы, стенты, катетеры, литэкстракторы и т.д.) компании Cook. Все манипуляции проводились под глубокой седацией (пропофол).

Результаты исследования. На нашем материале в 800 случаях (92,2 %) проведена успешная селективная канюляция холедоха и/или панкреатического протока. Однако, несмотря на успешную канюляцию, в 15 случаях выполнить планируемые лечебные вмешательства не удалось. В 68 наблюдениях глубокая канюляция протока (холедоха – 62, вирсунгова – 5) не достигнута. Использовалась канюляция катетером (330 пациентов), катетером с проводником (397 пациентов), папиллотомом с проводником (42 пациента), предварительная папиллосфинктеротомия (ПСТ – 79 пациентам).

В 131 случае (15,1 %) манипуляция была оценена как технически сложная (рис.). Возникшие проблемы можно разделить на 2 группы. В первой анализировались 38 наблюдений, когда было сложно подойти к БДС: при нахождении сосочка в дивертикуле (23 случая), стенозе привратника или двенадцатиперстной кишки (13 случаев), состоянии после операции (2 случая). Вторая группа включала в себя 93 наблюдения со сложностями при канюляции БДС: при нормальном БДС (31 случай), после операции Билърот-2 (2 случая), при отеке или повышенной складчатости слизистой оболочки (16 случаев), вклинении камня (7 случаев), опухоли (16 случаев), гиперперистальтике (16 случаев) и холедохоцеле (4 случая).

Чаще всего для канюляции использовался стандартный катетер в сочетании с проводником (табл. 1). Для идентификации протока чаще использовался проводник (50,5 %), чем введение контраста. Основным видом выявленной патологии был холедохолитаз и стриктуры желчевыводящих путей различной этиологии (табл. 2). При выявлении стриктуры выполнялась браш-биопсия для морфологической верификации диагноза – подтверждение получено в 68 случаях (25 %).

Наиболее частым видом лечебного вмешательства была ПСТ с удалением или без удаления конкрементов. Второе по частоте вмешательство – стентирование желчных протоков при стриктурах различной этиологии (табл. 3).

Осложнения возникли у 31 больного (3,6 %), чаще регистрировался постпроцедурный панкреатит (табл. 4). Летальность составила 0,5 % – 4 случая. Так, перфорация двенадцатиперстной кишки, возникшая при попытке извлечения крупного (25 мм) конкремента из холедоха без литотрипсии, несмотря на проведенное оперативное вмешательство, привела к летальному исходу. Один из двух случаев кровотечения один возник после ПСТ надсекающим папиллотомом. Была выполнена дуоденотомия с прошиванием места кровотечения, больной погиб от послеоперационных гнойно-септических осложнений. Панкреонекроз с массивным внутрибрюшным кровотечением

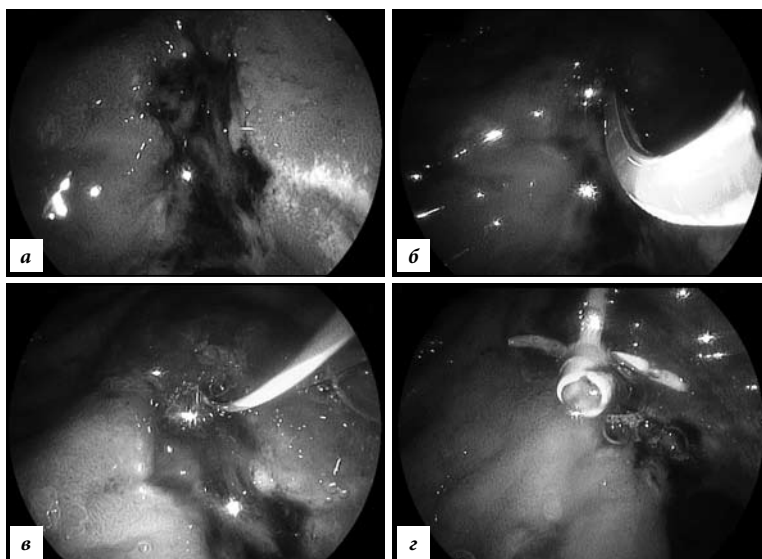


Рис. Технически сложная канюляция:

а – БДС расположен в дне язвы; б – выполнена селективная канюляция холедоха; в – введен проводник; г – установлен стент.

Таблица 1

Способы канюляции

Метод	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Катетер	350	40,4
Катетер + проводник	397	45,7
Папиллотом + проводник	42	4,8
Предварительная ПСТ	79	9,1

Таблица 2

Патология, выявленная при РХПГ

Патология	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Не обнаружена	37	4,7
Холедохолитиаз	344	43,0
Камни желчного пузыря	29	3,6
Стриктуры (опухолевые)	126	15,8
Стриктуры (другие)	145	18,2
Панкреатопатии	29	3,6
Другая патология	12	1,5
Диагноз не установлен	68	8,6

Таблица 3

Лечебные вмешательства при РХПГ

Вмешательство	Кол-во, абс.
Папиллосфинктеротомия	432
Удаление конкрементов	334
Стентирование желчевыводящих путей	223
Назобилиарное дренирование	33
Стентирование панкреатического протока	14

Таблица 4
Осложнения при РХПГ

Осложнение	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Панкреатит	21	67,7
Кровотечение	2	6,5
Перфорация	2	6,5
Холангит	4	12,8
Вклинение корзинки Дормиа	2	6,5
Всего:	31	100,0

и летальным исходом наступил после диагностической РХПГ у пациента с подозрением на холедохолитиаз (панкреатический проток не канюлировался, но канюляция холедоха была технически сложной). Еще один летальный исход наступил от гнойного холангита у пациента с раком головки поджелудочной железы и механической желтухой после выполненной за 2 суток до стентирования диагностической РХПГ без декомпрессии желчных путей.

Обсуждение полученных данных. При выполнении РХПГ частота канюляции достигла 92,2 %, что соответствует данным P. Cotton et J. Leung, которые писали о 85–90 % успешной селективной канюляции в среднем и более чем о 95 % – при выполнении канюляции экспертом [4]. Наиболее часто канюляция производилась с помощью катетера и проводника, а также катетера. В сложных случаях использовался папиллотом в сочетании с проводником, так как данные инструменты позволяют создать соответственный угол при вхождении холедоха под острым углом. Известно, что использование гибких катетеров или папиллотомы увеличивает долю селективной канюляции с 75 до 84 и 88 % соответственно [6].

В нашей практике чаще использовалась методика «упорной канюляции» с последовательной сменой инструментов (катетер, катетер и проводник, папиллотом), чем предварительная ПСТ. Однако, по данным V. Cennamo et al. [3], предварительная ПСТ позволяет снизить риск постпроцедурного панкреатита, но не общее количество осложнений. На нашем материале такой закономерности не зарегистрировано.

На диагностическом этапе ретроградной холангиопанкреатографии наиболее часто выявлялся холедохолитиаз и стриктуры опухолевой и неопухолевой этиологии, что совпадает с данными литературы [1, 4]. Среди лечебных воздействий преобладала папиллосфинктеротомия (432 случая) и литоэкстракция (334 случая) с литотрипсией или без нее. Механическая литотрипсия использовалась при конкрементах диаметром более 1,5 см. Также часто использовалось стентирование желчных протоков (223 случая) с браш-биопсией для диагностики холангиокариномы. Однако частота морфологической верификации злокачественного характера стриктуры, по нашим

данным, не превысила 25 %. По данным же H. Cotton и J. Leung [4], чувствительность этого метода при диагностике злокачественных стриктур составляет 40 %, а специфичность – 100 %.

Наиболее частым осложнением был постпроцедурный панкреатит. По данным литературы, его частота варьирует от 1,3 до 24,4 % [5, 8]. Относительно невысокая частота постпроцедурного панкреатита на нашем материале (3,2 %) может быть объяснена использованием проводника, а не введения контраста для идентификации протока, что подтверждается данными T.Y. Lee et al. [7].

Таким образом, ретроградная холангиопанкреатография является эффективным методом диагностики и лечения патологии панкреатобилиарной зоны. Современные методики с использованием управляемых катетеров, папиллотомов и проводников повышают частоту селективной канюляции и снижают риск постпроцедурного панкреатита.

Литература

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л. и др. Малоинвазивные технологии в лечении желчно-каменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки // *Анналы хирургической гепатологии*. 2004. Т. 9, № 2. С. 22–30.
2. Arata S., Nakada T., Hirata K. et al. Post-ERCP pancreatitis // *Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences*. 2010. Vol. 1. P. 70–78.
3. Cennamo V., Fuccio L., Zagari R.M. et al. Can early pre-cut implementation reduce endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related complication risk? Meta-analysis of randomized controlled trials // *Endoscopy*. 2010. Vol. 5. P. 381–388.
4. Cotton P.B., Leung J.W. *Advanced Digestive Endoscopy: ERCP*. USA: Wiley-Blackwell, 2005. 432 p.
5. Dumonceau J.-M., Andriulli A., Deviere J. et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: Prophylaxis of post-ERCP pancreatitis // *Endoscopy*. 2010. Vol. 6. P. 503–515.
6. Laasch H.U., Tringali A., Wilbraham L. et al. Comparison of standard and steerable catheters for bile duct cannulation in ERCP // *Endoscopy*. 2003. Vol. 8. P. 669–674.
7. Lee T.H., Park do H., Park J.Y. et al. Can wire-guided cannulation prevent post-ERCP pancreatitis? A prospective randomized trial // *Gastrointestinal Endoscopy*. 2009. Vol. 3. P. 444–449.
8. Testony P.A. Why the incidence of post-ERCP pancreatitis varies considerably? Factors affecting the diagnosis and the incidence of this complication // *Journal of Pancreas*. 2002. Vol. 6. P. 195–201.

Поступила в редакцию 09.03.2011.

RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY: EXPERIENCE OF 868 SURGERIES

E.F. Ryizhkov¹, A.S. Barsukov¹, M.Yu. Agapov^{1,2}, E.D. Demicheva¹

¹Departmental Clinical Hospital of the Vladivostok Station, JSC RZhD (25 Verkhneportovaya St. Vladivostok 630003 Russia),

²Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia)

Summary – The authors summarise experience of 868 retrograde cholangiopancreatographies performed at the Departmental Clinical Hospital in 2005–2009. The selective cannulation of the common bile duct succeeded in 800 cases (92.2 %). There were 31 cases of complications, including pancreatitis (21 cases), post-surgical lethality (0.5 %). The authors highlight that modern methods with the use of controlled catheters, papillotomes and conductors appear to increase the rate of the selective cannulation and decrease the risk of complications.

Key words: retrograde cholangiopancreatography, post-surgical pancreatitis, cannulation.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 83–85.