

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ

Потапов Д.Ю., Капралов С.В.,
Масляков В.В.*ФГБОУ ВО «Саратовский государственный
медицинский университет
им. В.И. Разумовского», Саратов

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_3_139

Резюме. Представлено клиническое наблюдение успешного миниинвазивного лечения пациентки с перфорацией двенадцатиперстной кишки после ретроградной холангиографии, показано, что перфорация двенадцатиперстной кишки — тяжелое и редкое осложнение ретроградной холангиографии. При этом интервенционные методики могут быть с успехом применены в лечении пациентов с забрюшинными перфорациями двенадцатиперстной кишки после эндоскопической ретроградной холангиографии и папиллотомии при условии отграниченности забрюшинного затека и отсутствия перитонита.

Ключевые слова: перфорация двенадцатиперстной кишки, ретроградная холангиография, малоинвазивное лечение.

Перфорация двенадцатиперстной кишки (ДПК) — тяжелое осложнение эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХПГ). Частота его составляет 0,1–1,1%. [1; 2; 4]. Летальность при развитии септических осложнений высока и колеблется от 8 до 40% [2; 3; 5]. Среди факторов риска развития перфорации различают факторы, связанные с пациентом: женский пол, анатомические особенности большого дуоденального сосочка (БДС), желудка и двенадцатиперстной кишки, желчного протока и поджелудочной железы. Выявлены факторы, связанные с самим эндоскопическим вмешательством. К ним относят сложную продолжительную канюляцию, интрамуральное введение контрастного препарата, выполнение папиллотомии (ЭПСТ) при недостаточном опыте эндоскописта [1]. Существует классификация перфораций ДПК, связанных с ЭРХПГ. Она включает в себя осложнения 4 типов: I тип перфорации включает в себя перфорацию пищевода, желудка, медиальной или латеральной стенки ДПК при проведении проведения эндоскопа; II тип включает в себя периапулярную перфорацию; III тип подразумевает перфорацию дистальных отделов желчных протоков; к перфорациям IV типа относятся случаи обнаружения ретропневмоперитонеума без эндоскопических и клинических принципов перфорации [1; 5]. Существуют консервативный, эн-

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF A PATIENT WITH DUODENAL PERFORATION AFTER RETROGRADE CHOLANGIOGRAPHY

Potapov D.Ju., Kapralov S.V., Masljakov V.V.*

Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov

Abstract. The article presents a clinical case of successful minimally invasive treatment of a patient with duodenal perforation after retrograde cholangiography, it is shown that duodenal perforation is a severe and rare complication of retrograde cholangiography. Intervention techniques can be successfully applied in treatment of patients with retroperitoneal duodenal perforations after endoscopic retrograde cholangiography and papillotomy provided that retroperitoneal fouling is delimited and peritonitis is absent.

Keywords: duodenal perforation, retrograde cholangiography, minimally invasive treatment.

доскопический и хирургический методы лечения ятрогенных перфораций ДПК [1; 3; 5]. Применение пункционно-дренирующих вмешательств под ультразвуковой навигацией немногочисленны, место их в общей системе лечения не определено [5].

Большая О., 38 лет, была госпитализирована 3.07.2020 г. в клинику факультетской хирургии и онкологии УКБ №1 им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского с жалобами на умеренные боли в правом подреберье, периодическую иктеричность кожи и склер, потемнение мочи, осветление кала. Было выяснено, что пациентка в течение 6 лет периодически отмечала боль в правом подреберье после погрешности в диете. При поступлении уровень билирубина 8 мкмоль/л, обращало внимание повышение уровня трансаминаз: АЛТ 191 ЕД/л, АСТ 89 ЕД/л, ЩФ 677 ЕД/л. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) были обнаружены признаки калькулёзного холецистита. По данным магнитнорезонансной томографии (МРТ) в режиме холангиографии были выявлены признаки холецистита, холедохолитиаза. Из сопутствующей патологии у пациентки бронхиальная астма, легкое интермиттирующее течение, межприступный период и экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст. Таким образом, пациентке был сформулирован диагноз: ЖКБ.

Хронический калькулёзный холецистит. Холедохолитиаз. Вентильный камень холедоха.

В качестве первого этапа лечения 3.07.2020 г. была выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ с экстракцией конкремента холедоха. В ходе операции было отмечено наличие в просвете ДПК желчи, гиперемии ее слизистой. Отмечены признаки папиллита: БДС отёчен, деформирован, его устье 0,2 см, канюлировано с техническими сложностями. Папиллотомия идет лишь в Вирсунгов проток, получая сопротивление в направлении холедоха (конкремент). Торцовым папиллотомом надсечено устье БДС к крыше и на длину 3–4 мм катетер введен в холедох. Контрастированы желчные пути без контрастирования Вирсунгова протока. Холедох 10–12 мм, в дистальной его части камень 7–8 мм округлой формы. Боковым папиллотомом рассечена крыша БДС до поперечной складки, длина разреза 12 мм. Кровотечения нет. Камень из холедоха извлечен в просвет кишки корзиной Dormia. Тень желчных протоков при контрольном контрастировании однородная.

В ближайшем послеоперационном периоде пациентка стала отмечать боль в правом подреберье и в мезогастральной области, гипертермию до фебрильных цифр. Был зафиксирован лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом влево, повышение амилазы крови до

* e-mail: maslyakov@inbox.ru



Рис. 1. Ретроградная холангиография.

410 ЕД/л. По данным УЗИ брюшной полости от 6.07.20 г. имелся пневматоз петель кишечника. Свободной жидкости в брюшной полости выявлено не было, поджелудочную железу визуализировать не удалось. Предполагалось развитие послеоперационного панкреатита, однако ретроспективно при дополнительном анализе серии рентгенограмм, выполненных во время ЭРХПГ, выявлено наличие газа в забрюшинной клетчатке, что позволило установить повреждение II типа периампулярной части желчного протока во время ЭРХПГ (Рис. 1). В связи с отсутствием признаков перитонита и забрюшинной флегмоны лечение было начато с консервативных мероприятий: антибактериальная, антисекреторная, инфузионная терапия. Перорального питания было заменено парентеральным. После этого отмечалась положительная динамика общего состояния: уменьшился болевой синдром, снизился лейкоцитоз, не было эвакуаторных нарушений, пареза кишечника. Сформировалась тенденция к ограничению воспалительного процесса в забрюшинном пространстве справа: в правом подреберье и правых боковых отделах живота сформировался инфильтрат.

По данным инструментальных методов обследования от 13.07.2020 г.: при УЗИ поджелудочная железа 21×20×23 мм, нормальной эхоплотности, свободной жидкости в брюшной полости нет, в области нижнего полюса правой почки и нижнего края печени стало определяться жидкостное образование 104×33 мм. Рентгеноскопия от 13.07.2020 г.: Сохраняется приподнятость куполов диафрагмы: справа до 4 ребра, слева 5 ребро. Слева над куполом диафрагмы тень крупного дисковидного ателектаза. Остальные отделы легких прозрачны. Левый костальный синус свободен. В правом сохраняется небольшое количество выпота, слегка выходящее за пределы синуса. Сердечная тень не смещена. В брюшной полости свободного газа нет. Видны единичные пневматизированные перистальтирующие петли тощей кишки. Пневматоз ободочной кишки уменьшился. Степень смещения восходящего отдела также уменьшилась, просвет кишки стал шире, появился гастральный рисунок. Компьютерная томография брюшной полости от 14.07.2020 г. выявило наличие инфильтрата правого забрюшинного пространства с признаками абсцедирования (Рис. 2). Таким образом, у больной сформировался забрюшинный парадуоденальный абсцесс.

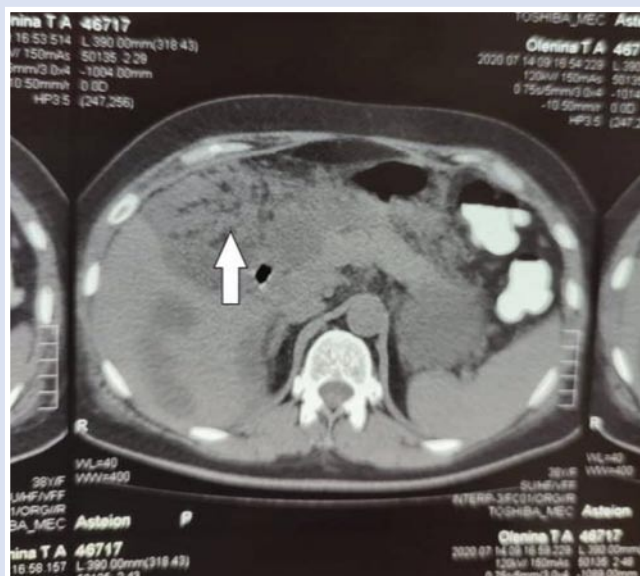


Рис. 2. Компьютерная томография брюшной полости с признаками абсцесса подпеченочного пространства.

разом, у больной сформировался забрюшинный парадуоденальный абсцесс.

В связи с формированием абсцесса 15.07.2020 г. произведено его дренирование под контролем ультразвуковой навигации. Протокол операции: под местной анестезией S. Novocaini 0,5% — 40 ml под контролем ультразвуковой навигации через «акустическое окно» по средней подмышечной линии на 3 см ниже реберной дуги произведена внеорганичная пункция забрюшинного жидкостного образования иглой Chiba 18 G. Эвакуировано 10 мл мутной геморрагической жидкости без запаха. Последняя отправлена на бактериологическое исследование и биохимический анализ. По экстражесткому проводнику типа Amplatz пункционный канал бужирован. В жидкостное скопление по двухмоментной методике Сельдингера установлен дренаж типа pig-tail 10 F. Из полости гнойника одномоментно эвакуировано до 50 мл грязно-геморрагического отделяемого. Исследование содержимого пунктата на амилазу показала ее незначительную активность 55 ЕД/л. Бактериологический анализ посева отделяемого роста не дал.

На следующий день после интервенционной операции произведена фистулография. Через дренаж в правом подреберье введено контрастное вещество. Оно образовало затек неправильной формы на уровне Th 12–L2 размерами 12×4,5×2 см. Затек проекционно находится в забрюшинном пространстве. Меди-



Рис. 3. Рентгенограмма с двойным контрастированием: желудка и ДПК сульфатом бария, полости гнойника — водорастворимым препаратом «Тразограф».

альный его контур заканчивается на 2 см от поперечного отростка Th 12. Имеется поступление контраста из затека в ДПК. Дан пероральный контраст. Эвакуация из желудка свободная. Дуоденальная подкова обычных размеров, перистальтирует. Выхода контраста за пределы кишечной стенки не отмечено (Рис. 3).

Послеоперационный период протекал гладко: инфильтрат значительно уменьшился в размерах, нормализовалась температура тела; не было эвакуаторных нарушений, снизился лейкоцитоз. Дебит отделяемого из дренажа прогрессивно уменьшался. С 3-х суток после операции отделяемого по дренажу не было.

При повторной фистулографии от 20.07.2020 г.: контраст, введенный через дренажную трубку в правом подреберье образовал несколько бесформенных затеков в забрюшинном пространстве на уровне Th10–L2. В сравнении с предыдущим исследованием имеется положительная динамика, попадания контраста в просвет ДПК нет. Сохраняется слабо контрастный боковой затек на уровне Th 12.

Дренаж из забрюшинного пространства был удален через месяц после операции 15.08.2020 г. При контрольном обследовании в объёме МРТ и УЗИ брюшной полости в октябре 2020 г. данных за патологию желчных протоков, брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено не было. В ноябре 2020 г. пациентке была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений.



Рис. 4. Фистулография на 6-е сутки после интервенционного дренирования забрюшинного абсцесса.

Выводы

1. Перфорация двенадцатиперстной кишки — тяжелое и редкое осложнение ретроградной холангиографии.
2. Интервенционные методики могут быть с успехом применены в лечении пациентов с забрюшинными перфорациями ДПК после ЭРХПГ и ЭПСТ при условии отграниченности забрюшинного затека и отсутствия перитонита.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Бордиков М.В., Захарова М.А. Современные подходы к лечению осложнений эндоскопических транспапиллярных вмешательств // Анналы хирургической гепатологии. — 2019. — №24(2). — С.74-87. [Sharoval'janc SG, Budzinskij SA, Fedorov ED, Bordikov MV, Zaharova MA. Current approaches to treating complications of endoscopic transpapillary interventions. Annals of surgical hepatology. 2019; 24(2): 74-87. (In Russ).] doi: 10.16931/1995-5464.20192-74-87.
2. Парфенов И.П., Дибиров М.Д., Примасюк О.П. Критический анализ десятилетнего опыта применения эндоскопических транспапиллярных вмешательств в ургентном хирургическом стационаре // Клиническая медицина. — 2021. — №7-8. — С.457-464 [Parfenov I.P., Dibirov M.D., Primasjuk O.P. Critical analysis of ten years of experience in the use of endoscopic transpapillary interventions in an aggressive surgical hospital. Clinical medicine. 2021; 7-8: 457-464. (In Russ).] doi: 10.30629/0023-2149-2021-99-7-8-457-464.
3. Kumbhari V, Sinha A, Reddy A, Afghani E, Cotsalas D, Patel YA, Storm AC, Khashab MA, Kallou AN, Singh VK. Algorithm for the management of ERCP-related perforations. Gastrointest. Endosc. 2016; 83(5): 934-943. doi: 10.1016/j.gie.2015.09.039.
4. Cirocci R, Kelly MD, Griffiths EA, Tabola R, Sartelli M, Carlini L, Gherzi S, Saverio SD. A systematic review of the management and outcome of ERCP related duodenal perforations using a standardized classification system. Surgeon. 2017; 15(6): 379-387. doi: 10.1016/j.surge.2017.05.004.
5. Kim BS, Kim IG, Ryu BY, Kim JH, Yoo KS., Baik GH, Kim JB, Jeon JY. Management of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related perforations. J. Korean Surg. Soc. 2011; 81(3):1 95-204. doi: 10.4174/jkss.2011.81.3.195.