

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТОГРАФИИ

М. П. Манцеров, Е. В. Мороз, В. Л. Асташов

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко, Москва

Hemorrhage from the Major Duodenal Papilla after Endoscopic Retrograde Cholecystopancreatography

M. P. Mantserov, Ye. V. Moroz, V. L. Astashov

N. N. Burdenko Main Military Hospital, Moscow

Кровотечение из области большого дуоденального сосочка (БДС) является одним из наиболее частых осложнений ЭРХПГ с/без ПСТ. Цель исследования — оценка частоты осложнения и эффективность методов профилактики. Материалы и методы. За период с 1994 г. по 2005 г. в ГВКГ им. Н. Н. Бурденко проведено 1373 ЭРХПГ с/без ПСТ, из которых выделены две группы. Группа I — 326 больных (75,1% мужчин, $58,2 \pm 16,1$ лет), которым медикаментозную профилактику постманипуляционных осложнений не проводили, а ПСТ выполняли по стандартной методике. Группа II — 1047 больных (мужчин 71,9%, средний возраст $56,3 \pm 14,5$ лет), у которых проводили эндоскопическую (выполнение ПСТ с использованием атипичной или комбинированной методик) и медикаментозную (введение октреотида и ингибиторов протеаз) профилактику осложнений. Оценивали частоту развития кровотечения из области БДС и потребность в проведении эндоскопической остановки кровотечения. Результаты. Непосредственно после манипуляции кровотечение, потребовавшее эндоскопической остановки, возникло у 24 (7,3%) и 43 (4,1%) больных в группах I и II, соответственно ($p < 0,001$). Через 24 часа кровотечение развилось у 6 (13,9%) и 3 (3,9%) больных ($p < 0,001$), причем у 1 (2,3%) и 2 (2,6%) больных из группы I и II это потребовало проведения хирургического вмешательства. Через 48 часов рецидив кровотечения выявлен у 1 больного в каждой из исследуемых групп, а признаки нестойкого гемостаза при ЭГДС (Forrest 2 a,b) были выявлены у 6 (13,9%) и 5 (6,6%), $p < 0,05$. Заключение. После проведения ЭРХПГ с ПСТ кровотечение возникает у 4,9% больных. В связи с этим, больные после ЭРХПГ требуют наблюдения в условиях реаниматологического отделения. Проведение ПСТ с использованием атипичной и комбинированной методик, а так же назначение октреотида и ингибиторов протеаз эффективно снижает риск данного осложнения. Ключевые слова: эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография, осложнения, желудочно-кишечное кровотечение, лечение, профилактика.

Hemorrhage from the major duodenal papilla (MDP) is a most common complication of endoscopic retrograde cholecystopancreatography (ERCPG) with/without papillosphincterotomy (PST). The objective of the present study was to estimate the frequency of this complication and to evaluate the efficiency of methods for its prevention. Subjects and methods: In 1994 to 2005, the N. N. Burdenko Main Military Hospital performed 1373 ERCPGs with/without PST. The patients were divided into 2 groups: 1) 326 patients (males, 75.1%; mean age, 58.2 ± 16.1 years) who had no drug preventive therapy for postmanipulation complications and PST was performed by the routine procedure; 2) 1047 patients (males, 71.9%; mean age, 56.3 ± 14.5 years) who had endoscopic (PST being performed, by using atypical or combined procedures) and drug (octreotide and protease inhibitors) prevention of complications. The incidence of hemorrhage from MDP and a need for endoscopic bleeding arrest were estimated. Results: Just after the manipulation, hemorrhage requiring endoscopic arrest occurred in 24 (7.3%) and 43 (4.1%) patients in Groups 1 and 2, respectively ($p < 0.001$). Following 24 hours, hemorrhage developed in 6 (13.9%) and 3 (3.9%) patients ($p < 0.001$), this requiring surgical intervention in 1 (2.3%) and 2 (26%) patients from Groups 1 and 2, respectively. After 48 hours, hemorrhage recurred in 1 patient in each of the study groups and the signs of unstable hemostasis in esogastroduodenoscopy (Forrest 2 a,b) were detected in 6 (13.9%) and 5 (6.6%) patients in Groups 1 and 2, respectively ($p < 0.05$). Conclusion: After ERCPG with PST, hemorrhage occurs in 4.9% of the patients. PST by atypical and combined procedures and the administration of octreotide and protease inhibitors effectively reduce the risk of this complication. Key words: endoscopic retrograde cholecystopancreatography, complications, gastrointestinal bleeding, treatment, prevention.

Малоинвазивные эндоскопические операции на большом дуоденальном сосочке (БДС) и желчных протоках в настоящее время являются эффективной альтернативой традиционным методам хирургического лечения. Эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ) является важнейшим методом диагностики заболеваний панкреатобилиарной зоны, обладающим высокой информативностью и

практическим отсутствием ложноотрицательных результатов [1, 2].

Однако как диагностические, так и лечебные эндоскопические манипуляции на области БДС сопровождаются риском развития серьезных осложнений, среди которых из наиболее частых и опасных является кровотечение [3]. Это осложнение требует проведения дорогостоящих методов лечения — хирургического вмешательства. Оно способ-

Таблица 1

Распределение осложнений ЭРХПГ по группам больных

Осложнения	Количество осложнений по группам, абс. (%)		
	I (n=326)	II (n=1047)	Всего (n=1373)
Кровотечение	24 (7,3)	43 (4,1)	67 (4,9)
Реактивный панкреатит	117 (35,9)	231 (22,1)	348 (25,3)
Панкреонекроз	2 (0,6)	1 (0,1)	3 (0,2)
Острый холецистит	14 (4,3)	6 (0,6)	20 (1,5)
Острый холангит	17 (5,2)	12 (1,1)	29 (2,1)
Застряла «корзинка с камнем»	3 (0,9)		3 (0,2)
Введение контраста в подслизистый слой	12 (3,7)		12 (0,9)
Прочие осложнения	9 (2,8)	3 (0,3)	12 (0,9)
Сочетанные осложнения	109 (87,9)	137 (55,9)	246 (66,7)
Всего	124 (38,0)	245 (23,4)	369 (26,9)

Таблица 2

Характер кровотечения по группам больных

Характер кровотечения	Число больных по группам (%)		
	I (n=326)	II (n=1047)	Всего (n=1373)
Незначительное кровотечение из области постпапиллотомного разреза	19 (5,8)	33 (3,1)	52 (3,8)
Кровотечение, потребовавшее эндоскопической остановки	24 (7,3)	43 (4,1)	67 (4,9)
Итого	43 (13,2)	76 (7,3)	119 (8,7)

но привести к летальному исходу. По данным Loperfido S. и соавт., обобщивших данные о частоте осложнений после 2769 ЭРХПГ с/без папиллосфинктеротомии (ПСТ), тяжелые кровотечения, потребовавшие оперативного лечения или гемотрансфузии, возникли у 21 больного (0,76%) [4]. В работе Christensen M. и соавт., было показано, что среди 1177 больных, прошедших ЭРХПГ, опасное кровотечение возникло у 2% больных, причем в 3-х случаях отмечался летальный исход [5].

Адекватная профилактика кровотечения из области БДС после эндоскопических манипуляций, является, таким образом, актуальной проблемой. Одним из важнейших способов предупреждения этого осложнения является метод атипичной или комбинированной ПСТ. Так же большое значение имеет проведение тщательного эндоскопического гемостаза после манипуляции и активного эндоскопического контроля за областью БДС в постманипуляционном периоде.

Целью нашего исследования явилось определение частоты и характера кровотечений после ЭРХПГ, в зависимости от использования данных методов профилактики развития этого осложнения.

Материалы и методы

В период с 1994 по 2005 год в ГВКГ им. Н. Н. Бурденко при наличии соответствующих показаний (диагностика патологии панкреатобилиарной зоны и необходимость проведения хирургических манипуляций на БДС, прежде всего при холедохолитиазе) было выполнено 1373 ЭРХПГ. Все обследованные пациенты разделены на две группы. В группу I вошли 326 больных, которым не проводили медикаментозную профилактику постманипуляционных осложнений, а ПСТ осуществляли по стандартной методике. Группу II составили 1047 больных, у которых применили эндоскопические (ПСТ с использованием атипичной или комбинированной методик) и медикаментозные (введение октреотида и ингибиторов проте-

аз) методы профилактики осложнений этой манипуляции. Исследуемые группы больных не различали по полу и возрасту (мужчины в обеих группах составили 75,1% и 71,9%, средний возраст 58,2±16,1 и 56,3±14,5 лет).

Оценивали частоту развития кровотечения из области БДС, его характер, потребность в проведении эндоскопической остановки кровотечения и повторных эндоскопических исследованиях (ЭГДС) для определения рецидивов кровотечения.

Сравнение различия качественных параметров проводили с использованием критерия χ^2 и точного теста Фишера.

Результаты и обсуждение

Возникшие осложнения ЭРХПГ представлены в табл. 1. Частыми явились реактивный панкреатит и кровотечение из области постпапиллотомного разреза, с которыми, как правило, сочетались другие осложнения. Как видно из таблицы, у 67 пациентов (4,9%) было выявлено клинически выраженное кровотечение из области БДС. Во всех случаях это осложнение развилось после ПСТ.

У всех пациентов кровотечение, выявленное непосредственно после манипуляции, было остановлено эндоскопическими методами, причем у 36 орошением холодным раствором аминокaproновой кислоты, а у 31 обкалыванием области постпапиллотомного разреза раствором адреналина с новокаином в концентрации 1:5.

Помимо клинически выраженного кровотечения, у 52 пациентов (3,8% от всех проведенных ЭРХПГ) отмечалось небольшое кровотечение из постпапиллотомного разреза, которое продолжалось 15–20 секунд и остановилось самостоятельно в процессе динамического эндоскопического наблюдения (табл. 2).

Суммарная частота в % как эпизодов клинически выраженного кровотечения, так и неболь-

Распределение больных в зависимости от степени устойчивости гемостаза по данным ЭГДС

Характер гемостаза (эндоскопические признаки)	Через 24 часа		Через 48 часов	
	Число больных по группам (%)			
	I	II	I	II
Интенсивное кровотечение, потребовавшее оперативного вмешательства	1 (2,3)	2 (2,6)	0	0
Продолжающееся кровотечение (Forrest I)	5 (11,6)	1 (1,3)	1 (2,3)	1 (1,3)
Неустойчивый гемостаз (Forrest II a+b)	13 (30,2)	15 (19,8)	6 (13,9)	5 (6,6)
Устойчивый гемостаз (Forrest II c и III)	24 (55,9)	58 (76,3)	21 (48,9)	28 (36,8)

ших кровотечений из области постпапиллотомного разреза была достоверно меньше у больных группы II ($p < 0,001$).

В течение первых 12 часов после проведения ЭРХПГ у 15 больных, перенесших кровотечение (как потребовавшее эндоскопической остановки, так и остановившегося самостоятельно), были отмечены клинические признаки его рецидива, что потребовало проведения экстренной ЭГДС. При этом у 9 больных кровотечение на момент осмотра или остановилось самостоятельно, или потребовало проведения лишь эндоскопической остановки. Однако трем пациентам с продолжающимся струйным кровотечением из постпапиллотомного разреза (Forrest Ia), возникших после комбинированной одномоментной ПСТ при опухоли интрамурального отдела фатеральной зоны (у 2-х больных) и ПСТ по поводу стриктуры терминального отдела холедоха (у 1-го больного), в дальнейшем была выполнена полостная операция (трансдуоденальное ушивание кровоточащего сосуда).

Следует отметить, что среди пациентов, у которых при проведении ПСТ не возникло кровотечения, в дальнейшем его признаки были отмечены у 7 больных. Во всех случаях источник кровотечения не был связан с БДС и локализовался в верхних отделах ЖКТ. У двух больных источником кровотечения являлась геморрагическая гастропатия, у 5 — острая язва (3 — выходного отдела желудка, у 2 — луковица 12-и ПК). Во всех случаях не потребовалось оперативного вмешательства, кровотечение было остановлено терапевтическими или эндоскопическими методами.

Всем пациентам, перенесшим кровотечение из области БДС после ЭРХПГ (как клинически выраженное, так и минимальное) в плановом порядке через 24 часа проводилась контрольная ЭГДС. По показаниям (признаки кровотечения Forrest I или Forrest II при первом контрольном исследовании), через 48 часов выполнялась повторная контрольная ЭГДС.

Распределение больных по степени устойчивости гемостаза через 24 и 48 ч представлено в табл. 3. Через 24 ч рецидив кровотечения отмечался у 7 больных группы I и 3-х больных груп-

пы II, причем, как было указано выше, 3-е больных (1 из первой и 2 из второй групп) были прооперированы.

Суммарно через 24 ч после ЭРХПГ число больных с кровотечением (Forrest I) или признаками неустойчивого гемостаза (Forrest II a,b) в группе I были достоверно больше, чем в группе II: 44,1 и 23,6%, соответственно, $p < 0,001$.

Через 48 ч после ЭРХПГ рецидив кровотечения отмечался у 2-х больных (по 1 из каждой группы). В обоих случаях кровотечение было остановлено эндоскопическими методами. Суммарно, так же как и спустя 24 ч, число больных с кровотечением (Forrest I) или признаками неустойчивого гемостаза (Forrest II a,b) в группе I были достоверно больше, чем в группе II: 15,2 и 7,9%, соответственно, $p < 0,05$.

Полученные данные показали, что кровотечение является частым и серьезным осложнением, возникающим после ЭРХПГ с/без ПСТ. Очень важно, что у большинства больных, непосредственно после манипуляции кровотечение было эффективно остановлено эндоскопическими методами (орошение аминокaproновой кислотой, инъекции раствора адреналина, монополярная электрокоагуляция) в течение первых часов и суток отмечалось развитие рецидивов, потребовавших у трех больных проведения «больших» хирургических операций. Этот факт определяет необходимость тщательного и активного контроля за больными после ЭРХПГ.

С другой стороны, среди больных, у которых непосредственно после процедуры не было отмечено данного осложнения, в последующем ни у кого не развилось кровотечение из области БДС (хотя у 7 из них наблюдалось желудочно-кишечное кровотечение из иных источников).

Особое значение для ранней диагностики и лечения кровотечения после ЭРХПГ принадлежит ЭГДС, которую следует проводить в плановом порядке всем пациентам, у которых отмечалось данное осложнение (даже если кровотечение было минимально выражено). По данным литературы, диагностическая ценность ЭГДС при остром кровотечении из верхних отделов ЖКТ составляет 76–100% [6–9]. В нашем наблюдении при эндоскопическом исследовании факт развития или реци-

дива кровотечения удалось установить во всех случаях.

Согласно нашим данным, наибольший риск рецидива или развития кровотечения в первые сутки после ЭРХПГ отмечается у больных с нестойким гемостазом (Forrest II a,b). В исследовании J. W. Law (1998) было показано, что у большинства подобных больных фиксированный тромб-сгусток прикрывает аррозированный сосуд [10].

Едва ли целесообразно при определении признаков нестойкого гемостаза ограничиваться лишь пассивной констатацией этого факта. Остановившееся кровотечение со стигмами в источнике (Forrest II a,b) является, так же как и продолжающееся кровотечение (Forrest I), прямым показанием для проведения эндоскопического и медикаментозного гемостаза. Наши данные подтвердили это положение. Во II группе, где проводили активную эндоскопическую профилактику рецидива кровотечения, наблюдали статистически достоверное уменьшение числа его рецидивов в первые сутки после манипуляций на БДС. Осложнений после проведения эндоскопического гемостаза не отмечено, хотя возможность их развития — микроперфорация стенки инъекционной иглой, развитие локального некроза и др., описана в мировой литературе [11, 12].

Литература

1. Калинин А. В., Хазанов А. И. (ред.) Клинические лекции по гастроэнтерологии и гепатологии. М.: Типография ГВГК им. Н. И. Бурденко; 2002.
2. Манцеров М. П. Возможности ретроградной холангиопанкреатографии в диагностике и лечении патологии панкреатобилиарной системы и пути повышения ее эффективности. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2004.
3. Cotton P., Lehman G., Venncs J. et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. *Gastrointest. Endosc.* 1991; 37: 383–391.
4. Christensen M., Matzen P., Schulze S., Rosenberg J. Complications of ERCP: a prospective study. *Gastrointest. Endosc.* 2004; 60: 721–731.
5. Loperfido S., Angelini G., Benedetti G. et al. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Gastrointest. Endosc.* 1998; 7: 1–10.
6. Сотников В. Н., Дубинская Т. К., Разживина А. А. Эндоскопическая диагностика острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. М.; 2000.
7. Иванов Е. П., Королев М. П. и др. Эндоскопия в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений. *Вестн. хирургии* 1999; 3: 16–21.
8. Ботвинов А. М. Острые кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта. М.: Медицинская Инициатива; 1998.
9. Pundzius J. The value of clinical and endoscopic signs in prediction of recurrent bleeding from gastroduodenal ulcer. *Brit. J. Surg.* 1996; 83: 58.
10. Law J. The evolution of stigmata of hemorrhage in bleeding peptic ulcer a sequential endoscopic study. *Endoscopy* 1998; 6: 513–518.
11. Lin H. J. et al. Endoscopic injection for the arrest of peptic ulcer hemorrhage final results of a prospective, randomized comparative trial. *Gastrointest. Endosc.* 1993; 39: 15–19.
12. Lee J. et al. Complication related to endoscopic hemostasis techniques. *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 1996; 6: 305–321.

Поступила 05.12.06

Заключение

Таким образом, кровотечение является частым и серьезным осложнением ЭРХПГ, требующим активного контроля и профилактики. Важным методом своевременной диагностики осложнения является наблюдение в отделении реанимации с проведением плановых эндоскопических исследований после ЭРХПГ. ЭГДС позволяет не только своевременно диагностировать кровотечение после ЭРХПГ, но и проводить эндоскопическую остановку. Основным методом профилактики кровотечения после ЭРХПГ является использование безопасных методик ПСТ (атипичной или комбинированной).