

ВЫБОР СПОСОБА ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА И СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

**В.И.МАЛЯРЧУК, Ю.Ф.ПАУТКИН, ХАРАЛАМБУС СТЕЛЛА,
Ф.В.БАЗИЛЕВИЧ, А.Г.ФЕДОРОВ, С.В.ДАВЫДОВА, Н.Ф.ПЛАВУНОВ,
И.В.СИДОРЕНКО, Т.И.ЛОГИНОВА**

*Кафедра хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198.
Медицинский факультет*

Авторы приводят данные анализа истории болезни 285 больных, которым была выполнена папиллосфинктеротомия (ПСТ) по поводу осложнений калькулезного холецистита – стеноза большого дуоденального сосочка (БДС) и холедохолитиаза. При этом открытая папиллосфинктеротомия (ОПСТ) выполнена в 177, а эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – в 108 наблюдениях. ОПСТ удалось выполнить во всех случаях, тогда как ЭПСТ в 12 (11,1%) случаях выполнить не удалось. Проанализировав результаты каждого вида ПСТ по частоте и характеру осложнений, которые возникали как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах, авторы установили, что специфические осложнения в раннем послеоперационном периоде после ЭПСТ возникают в два раза чаще, чем после ОПСТ, тогда как общее число послеоперационных осложнений при обоих способах ПСТ было почти одинаковым (20,4% после ЭПСТ и 20,9% после ОПСТ). В то же время осложнения в отдаленном послеоперационном периоде чаще возникали после ОПСТ. На основании полученных данных делается заключение о том, что каждый вид ПСТ должен применяться с учетом индивидуальных особенностей случая.

Ключевые слова: папиллосфинктеротомия, открытая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Актуальность проблемы.

В связи с постоянным увеличением числа больных с калькулезным холециститом хирурги все чаще сталкиваются с осложненными формами этого заболевания. Одно из первых мест среди осложнений калькулезного холецистита занимают холедохолитиаз и стеноз БДС.

Одним из основных методов лечения холедохолитиаза при вклинении камня в ампулу БДС и стенозе БДС считается папиллосфинктеротомия, поскольку она устраняет возникшее препятствие для оттока желчи. Выполнение этого хирургического пособия может быть осуществлено как открытым (ОПСТ), так и закрытым (ЭПСТ) способами.

Многие авторы при стенозе БДС или камне, вклиненном в ампулу БДС, рекомендуют выполнять ОПСТ (Зима П.И. и соавт., 1980; Королев Б.А. и соавт., 1990; Раднаев В.У., 1990; Шалимов А.А. и соавт., 1993; Makinen A.M. et al., 1998; Carboni M. et al., 2001). В то же время, благодаря накоплению опыта эндоскопистов и появлению игольчатого папиллотомы, для лечения доброкачественных поражений БДС в последние годы стала широко применяться ЭПСТ (Балалыкин А.С., 1996; Нестеренко Ю.А. и соавт., 1990; Щуркалин Б.К. и соавт., 1998; Галлингер Ю.И. и соавт., 2000; Ginestalacruz A. et al., 1990;; Bruins Slot W. et al., 1999; Sugawa C. et al., 2001).

Как видно из данных литературы, послеоперационные осложнения, связанные непосредственно с ОПСТ, возникают у 5,5- 20% больных (Михайлидис М.Х. и соавт., 1976; Зима, П.И. и соавт., 1980; Майстренко Н.А. и соавт., 2000; Makinen A.M. et al., 1998; Carboni M. et al., 2001). Осложнения, связанные с выполнением ЭПСТ, отмечаются у 5,4%-18,3% пациентов (Балалыкин А.С., 1996; Перминова Г.И. и соавт., 1996; Шаповальянц В.А. и соавт., 1996; Соколов А.А. и соавт., 1998; Галлингер Ю.И. и соавт., 2000; Sherman S. et al., 1991; Coppola R et al., 1995; Freeman M.L. et al., 1996; Cotton P.B. et al., 1998).

Практически одинаковое количество послеоперационных осложнений, возникающее при любом способе выполнения ПСТ, привело к тому, что до настоящего времени не решены вопросы выбора вариантов этого вмешательства в лечении холедохолитиаза и стеноза БДС (Neoptolemos S.P. et al., 1987; Stigman G.V., 1998; Suc B. et al., 1998).

Материалы и методы.

В основу работы положен анализ историй болезни 285 больных с доброкачественными заболеваниями внепеченочных желчных протоков (холедохолитиаз и стеноз БДС), находившихся на лечении в хирургической клинике кафедры хирургии Российского университета дружбы народов с января 1994 г. по июнь 2001 г. Среди них открытая папиллосфинктеротомия была выполнена у 177 (группа - ОПСТ), а эндоскопическая - у 108 (группа - ЭПСТ). Среди пациентов было 234 (82,1%) женщин и 51 (17,9%) мужчин в возрасте от 18 до 93 лет, средний возраст больных составил 61,5 года. По полу и возрасту больных сравниваемые группы равнозначны.

Результаты и их обсуждение.

Распределение больных по показаниям к папиллосфинктеротомии представлено в табл. 1.

Таблица 1

Показания к папиллосфинктеротомии

Группы больных	Всего больных	Показания к папиллосфинктеротомии		
		стеноз БДС	холедохолитиаз	стеноз БДС и холедохолитиаз
ЭПСТ	108 100%	41 38%	43 39,8%	24 22,2%
ОПСТ	177 100%	73 41,2%	13 7,3%	91 51,4%
ИТОГО	285 100%	114 40,0%	56 19,6%	115 40,4%

У подавляющего большинства больных анализируемых групп холедохолитиаз и стеноз БДС сопровождался развитием патологических процессов в желчевыводящих протоках и поджелудочной железе (табл. 2).

Таблица 2

Характер патологических процессов, сопутствующих холедохолитиазу и стенозу БДС

Патологический процесс	Группы больных		ВСЕГО n=285
	ЭПСТ n=108	ОПСТ n=177	
Острый отечный панкреатит	32 (7,1%)	36 (52,9%)	68 (23,9%)
Панкреонекроз	3 (2,8%)	1 (0,6%)	4 (1,4%)
Механическая желтуха	58 (3,7%)	63 (5,6%)	121 (42,5%)
Холангит (фибринозно-гнойная форма)	38 (32) 34,9% (29,6%)	52 (28) 29,4% (15,8%)	90 (60) 31,5% (21,0%)
Папиллит	24 (22,0%)	18 (10,2%)	42 (4,7%)

Изолированный трансдуоденальный доступ к БДС при ОПСТ был использован у 11 (6,2%) больных. У 166 (93,8%) больных папиллосфинктеротомия выполнялась с использованием комбинированного доступа к БДС. При этом зонд Долиотти проводился в ампулу БДС через культю пузырного протока в 110 (62,1%) наблюдениях, а у 56 (31,7%) больных - через холедохотомическое отверстие. Рассечение папиллы и дистальных порций сфинктера БДС производили на 11 часах циферблата.

Большинству больным (81,9%) выполнялась субтотальная папиллосфинктеротомия (длина разреза 11-15 мм). Папиллосфинктеропластика нами не выполнялась.

ЭПСТ предполагалось выполнить 120 пациентам. В 12 (10,0%) случаях ее выполнить не удалось из-за резкого рубцового процесса в папилле у 6 (50,0%) больных, интради-

вертикального расположения папиллы - в 5 (41,7%) случаях и наличия выраженного папиллита у 1 (8,3%) больной. Этим больным была выполнена ОПСТ. Удалось выполнить ЭПСТ у 108 больных.

ЭПСТ выполнялась канюляционным, неканюляционным и комбинированным способами (табл. 3).

Таблица 3

Способы и количество этапов выполнения ЭПСТ

Количество этапов выполнения ЭПСТ	Способы выполнения ЭПСТ			Итого
	канюляционный	неканюляционный	комбинированный	
Один этап	61 (64,9%)	8 (8,5%)	25 (26,6%)	94 (87%)
Два этапа	4 (28,6%)	7 (50,0%)	3 (21,4%)	14 (13,0%)
Всего больных	65 (60,23%)	15 (13,9%)	28 (25,9%)	108 (100%)

Как видно из табл. 3, в большинстве случаев, когда использовался канюляционный способ, ЭПСТ выполнялась в один этап. При использовании неканюляционного способа ЭПСТ чаще выполнялась в два этапа.

В 20 (30,8%) случаях эндоскопическая канюляционная папиллосфинктеротомия была выполнена с использованием проводника. Данная методика применялась с целью проведения точной и безопасной канюляции желчного протока. При использовании данной методики ПСТ в 19 (95,0%) случаях удалось выполнить в один этап. Только в одном случае канюляционная папиллосфинктеротомия была выполнена в два этапа у больной с наличием больших размеров парапапиллярного дивертикула.

Из 67 больных с холедохолитиазом при ЭПСТ удалось выполнить эндоскопическую литоэкстракцию в 59 (88,1%) случаях. У 8 (11,9%) больных литоэкстракция не удалась. В 7 (87,5%) случаях литоэкстракция оказалась безуспешной из-за несоответствия размеров конкрементов и устья рассеченной папиллы. В одном случае выполнить литоэкстракцию не удалось из-за ухудшения состояния больной во время манипуляции.

Анализ историй болезни 108 больных, которым выполнялась ЭПСТ, показал, что ее эффективность в лечении холедохолитиаза составила 88,1%, а в лечении стеноза БДС - 88,3%.

Таблица 4

Осложнения после папиллосфинктеротомии (ПСТ)

Осложнения	Группы больных	
	ЭПСТ n=108	ОПСТ n=177
Связанные с ПСТ	14 (12,9%)	11 (6,2%)
Несвязанные с ПСТ	8 (7,4%)	26 (14,7%)
ИТОГО	22 (20,4%)	37 (20,9%)

После ПСТ могут развиваться осложнения, связанные непосредственно с выполнением данной операции и не связанные с техникой выполнения папиллосфинктеротомии (табл. 4). Общее число послеоперационных осложнений у больных обеих групп практически одинаково (20,4% - после ЭПСТ и 20,9% - после ОПСТ). Однако при ЭПСТ чаще возникают осложнения, связанные с техникой операции, тогда как при ОПСТ возникающие осложнения чаще связаны с объемом оперативного вмешательства. В то же время летальность после ЭПСТ составила 6,5%, а после ОПСТ она была на уровне 6,3%.

Анализ послеоперационных осложнений, непосредственно связанных с ПСТ, представлен в табл. 5.

Таблица 5

Осложнения, связанные с папиллосфинктеротомией (ПСТ)

Осложнения		Способы выполнения ПСТ	
		ЭПСТ n=108	ОПСТ n=177
острый панкреатит	отечная форма	8 (7,4%)	5 (2,8%)
	деструктивная форма	3 (2,8%)	4 (2,3%)
кровотечение		2 (1,9%)	2 (1,1%)
перфорация		1 (0,9%)	-

Данные табл. 5 позволяют отметить, что специфические осложнения при ЭПСТ возникали несколько чаще, чем при ОПСТ. Однако анализ летальности от специфических осложнений показал, что она при ЭПСТ меньше (1,9%), чем при ОПСТ (2,3%).

Анализ группы больных, у которых после ПСТ развилась острая отечная форма панкреатита, показал, что у всех имела место умеренная холангиоэктазия. Поэтому можно заключить, что больные с нерезко выраженной желчной гипертензией могут составить группу риска развития острого панкреатита после ПСТ.

Таблица 6

Отдаленные результаты папиллосфинктеротомии (ПСТ)

Способ ПСТ	Результаты			ИТОГО
	хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный	
ЭПСТ	53 (96,4%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)	55 (100%)
ОПСТ	79 (88,8%)	1 (1,1%)	9 (10,1%)	89 (100%)

Мы изучили отдаленные результаты после папиллосфинктеротомии на основании субъективных ощущений пациентов (опрос), данных ультразвуковой томографии (УЗТ) и эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ). Отдаленные результаты изучены у 55 (53,9%) пациентов после выполненной ЭПСТ и у 89 (53,6%) пациентов после выполненной ОПСТ.

Анализ отдаленных результатов после папиллосфинктеротомии, выполненной различными способами представлен в табл. 6. Как видно из этой таблицы, неудовлетворительный результат имел место чаще при ОПСТ. Данные обследования больных с неудовлетворительным отдаленным результатом после ОПСТ показали, что у большинства из них имело место развитие рестеноза БДС.

ВЫВОДЫ.

1. Открытую папиллосфинктеротомию удастся выполнить у всех оперированных больных, тогда как эндоскопическую папиллосфинктеротомию - только в 90,0% случаев.
2. При наличии резко выраженного стеноза БДС, интрадивертикулярном расположении папиллы или при выраженном папиллите от эндоскопической папиллосфинктеротомии следует отказаться.
3. Наиболее эффективным способом эндоскопической папиллосфинктеротомии следует считать канюляционный, который при использовании проводника позволяет добиться успеха в 95,0% случаев в один этап.
4. Эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии в лечении холедохолитиаза составляет 88,1%, а стеноза БДС - 88,3%.

5. При большом размере конкремента ампулы БДС для его удаления предпочтение следует отдать открытой трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

6. Специфические осложнения после эндоскопической папиллосфинктеротомии возникают в два раза чаще, чем при открытой папиллосфинктеротомии, однако это не увеличивает число летальных исходов, поскольку они обусловлены развитием отечной формы острого панкреатита, которая хорошо поддается консервативной терапии.

7. Отдаленные результаты после открытой папиллосфинктеротомии значительно хуже, чем при эндоскопической папиллосфинктеротомии, что заставляет считать эндоскопическую папиллосфинктеротомию способом выбора при лечении холедохолитиаза и стеноза БДС при отсутствии условий, когда она невыполнима.

Литература

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. - М., 1996, - с. 152.
2. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В., Карпенкова В.И. Эндоскопическое лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и папиллостенозом. // Материалы Международной конференции хирургов, посвященной 80-летию проф. В.В. Виноградова. - 2000, - с. 140-141.
3. Зима П.И., Лютфалиев Т.А., Кравченко Н.И. Осложнения после папиллосфинктеротомии. // Актуальные вопросы хирургии и осложнений в хирургической гастроэнтерологии, - М., 1980, - с. 123-124.
4. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М., Медицина, 1990, - с. 240.
5. Майстренко Н.Ф., Стукалов В.В. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия. В кн.: Холедохолитиаз, - Санкт-Петербург, 2000, - с. 217-231.
6. Михайлидис М.Х. Осложнения и летальность после папиллосфинктеротомии. //Клин. хирургия - 1976, - № 2, - с. 63-65.
7. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Климинский И.В., Тембулатов М.М., Чжао А.В., Хирургическая тактика при механической желтухе. //Хирургия, - 1990, - № 2, - с. 14-17.
8. Перминова Г.И., Соколов А.А., Валетов А.И., Затонская Н.В. Осложнения после эндоскопической литоэкстракции и их профилактика. //Сборник трудов Российского симпозиума «Осложнения эндоскопической хирургии» - М., 1996, - с. 210-212.
9. Раднаев В.У. Клиническая оценка трансдуоденальной папиллосфинктеротомии. //Канд. диссерт., М., - 1990.
10. Соколов А.А., Перминова Г.И. Острый панкреатит после ЭРХПГ. //Сборник трудов Российского симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия», - М., 1998, - с. 78-79.

CHOICE OF PAPILLOSPHINCTEROTOMIA IN TREATMENT OF CHOLELITHIASIS AND MAJOR DUODENAL PAPILLA STENOSIS

**V.I.MALYARCHUK, Yu.F. PAUTKIN, HARALAMBUS STELLA,
F.V. BAZILEVICH, A.G. FEDOROV, S.V. DAVYDOVA, N.Ph. PLAVUNOV,
I.V. SIDORENKO, T.I. LOGINOVA**

Department of Surgery PFUR. Miklukho-Maklaya st., 8, Moscow, Russia, 117198
Medical Department

In this study retrospectively we reviewed data from the medical records of 285 patients undergone papillosphincterotomy for complications of calculous cholecystitis – major duodenal papilla stenosis and choledocholithiasis. In 177 cases we performed open papillosphincterotomy (OPST), in 108 cases – endoscopic papillosphincterotomy (EPST). In all the cases we could do OPST, in 12 cases it wasn't possible to perform EPST. Specific complications in early postoperative period develop two times more frequently after EPST. In late postoperative period complications develop more often after OPST.