

Опыт хирургического лечения больных с нарушением пассажа желчи путем применения модифицированного метода трансдуоденальной папиллосфинктеротомии из минидоступа

А.А.ГЛУХОВ, М.В.АРАЛОВА, В.А.КУЗНЕЦОВ

Experience of surgical treatment for breach of passage through the use of bile modified transduodenal papillosfinkterotomy from minimal access

A.A.GLUKHOV, M.V.ARALOVA, V.A.KUZNETSOV

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10, г. Воронеж

Воронежская областная клиническая больница №1

Авторами разработан модифицированный метод трансдуоденальной папиллосфинктеротомии между нитями, проведенными через пузырный проток или холедохотомическое отверстие, который позволяет провести коррекцию желчеоттока при холедохолитиазе и стриктурах терминального отдела общего желчного протока. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с ЖКБ, осложненной механической желтухой. В основной группе пациенты оперированы с применением разработанного метода папиллосфинктеротомии, в контрольной – традиционного способа трансдуоденальной папиллосфинктеротомии. Предложенная методика имеет преимущества в ситуациях, когда традиционные методики технически сложны, снижает вероятность послеоперационных осложнений, сокращает время операции и сроки пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, стриктуры терминального отдела общего желчного протока, хирургическое лечение, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия

The authors of the article developed the method of transduodenal papillosphincterotomy that is used between the ligatures antegradely inserting through cystic duct or choledochotomy cut. A comparative analysis of the results of surgical treatment of patients with cholelithiasis complicated by obstructive jaundice. In the study group patients developed method of operating papillosfinkterotomii, in control - the traditional way transduodenalnym papillosfinkterotomii. The proposed method has the advantage in situations where conventional methods are technically complicated, reduces the likelihood of postoperative complications, shortens the operation time and stay patient in hospital.

Key words: cholelithiasis, choledocholithiasis, strictures of the terminal part of the common bile duct, surgical treatment, transduodenal papillosphincterotomy

В последнее время практически во всех странах наблюдается рост числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Около 10% населения развитых стран, по данным ВОЗ, страдает холелитиазом, частота его увеличивается с возрастом и среди лиц старше 70 лет выявляется у каждого третьего [3, 4, 11]. Число больных продолжает возрастать каждое последующее десятилетие примерно в 2 раза [3, 11]. За последние 5 лет отмечается увеличение количества больных с осложненными формами заболевания, которые составляют 54-65% от числа поступающих в стационары по поводу холелитиаза [5, 10, 14]. Одно из наиболее частых осложнений - механическая желтуха, причиной которой являются холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки и их сочетание.

«Стандартом» лечения в данных случаях считается лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), выполняемой до или после удаления желчного пузыря [3, 5, 9, 10]. Для снижения частоты осложнений

предложены различные варианты использования эндоскопической техники: комбинированная интраоперационная эндоскопическая папиллосфинктеротомия [6], закрытая интраоперационная антеградная папиллосфинктеротомия под контролем дуоденоскопа [8]. Техника этих вмешательств детально разработана, результаты хорошо изучены на большом клиническом материале. Однако ЛХЭ технически трудновыполнима или противопоказана больным, перенесшим операцию на верхнем отделе брюшной полости, особенно по поводу распространенного перитонита (выраженный спаечный процесс в брюшной полости), имеющим кардиостимулятор (электрокоагуляция, используемая для выделения желчного пузыря, может вызвать сбой в работе стимуляторов), больным с острым деструктивным холециститом и выраженным перипроцессом, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, высоким риском тромбозомболических осложнений (пневмоперитонеум вызывает застой в бассейне нижней полой вены). Проведение ЭПСТ затруднитель-

но при интрадивертикулярном расположении большого дуоденального сосочка (БДС), стриктурах сосочка, папиллите, аденоме, отеке и деформации двенадцатиперстной кишки, анатомических особенностях БДС [7]. В связи с этим, традиционные открытые операции на желчевыводящих протоках, в том числе и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, остаются актуальными, являясь резервом в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. В настоящее время наиболее часто используется комбинированная трансдуоденальная папиллосфинктеротомия. От выбора доступа, способа и оперативной техники ее выполнения зависит частота возникновения ряда тяжёлых послеоперационных осложнений.

Для трансдуоденальной папиллосфинктеротомии на сегодняшний день предложено много способов. Их общим недостатком является использование различных приемов и инструментов, манипуляции которыми предполагают широкий доступ, особенно при парапапиллярных дивертикулах, низком расположении большого дуоденального сосочка. Это предполагает выполнение разрезов, которые связаны со значительной травмой для организма, пересечением чувствительных и двигательных нервных волокон, что вызывает выраженный болевой синдром и ограничение подвижности больного в послеоперационном периоде, способствует высокому риску развития послеоперационных грыж, формированию косметических дефектов.

На сегодняшний день описаны более 60 различных оперативных доступов при вмешательствах на билиарном тракте. В брюшной полости нет другого органа, в отношении которого было предложено такое количество вариантов доступа. Это свидетельствует о трудностях, обусловленных локализацией и характером патологического процесса, особенностями телосложения. Тем не менее, в современной хирургии, в том числе и в хирургии желчных путей, сохраняется тенденция к минидоступам. В соответствии с современными классификациями к микролапаротомии относятся разрезы длиной до 4 см, к современной мини-лапаротомии – 4,1-6 см, к обычной мини-лапаротомии - от 6,1 до 10 см; доступ более 10 см считается лапаротомией [2,14, 15].

Открытые холецистэктомии из минидоступов, несмотря на то, что применяются уже несколько десятилетий, остаются актуальными и в современной хирургии [2, 12, 13]. По мнению ряда авторов, положительными моментами этих операций являются: отсутствие пневмоперитонеума, проблем, связанных с перфорацией воспалительно-измененной стенки желчного пузыря эндозажимами; возможность полного опорожнения желчного пузыря путем выполнения холецистотомии; возможность полностью отграничить операционное поле от свободной брюшной полости; выполнение малотравматичной операции при наличии пузырно-дуоденального и пузырно-ободоч-

ного свищей; близкая к стандартной техника ревизии и санации общего желчного протока [1]. В то же время, ограниченный доступ существенно затрудняет операции на желчных протоках при осложненных формах желчнокаменной болезни, в частности, при трансдуоденальной папиллосфинктеротомии. Поэтому возникает необходимость в поиске и совершенствовании методик комбинированной трансдуоденальной папиллосфинктеротомии для использования в условиях минидоступа.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с ЖКБ, осложненной нарушением пассажа желчи, путем разработки и внедрения в клиническую практику модифицированного метода папиллосфинктеротомии из минидоступа.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения 82 пациентов с ЖКБ, стриктурой БДС, находившихся на лечении в “городском центре механических желтух”, расположенном на базе хирургического отделения №1 МУЗ ГО г. Воронеж ГКБСМП №10. Пациенты поступали в порядке срочной помощи. Больные были разделены на две группы. В основную группу вошли 42 пациента, оперированные разработанным способом папиллосфинктеротомии: мужчин было 14 (33%), женщин – 28 (67%), соотношение 1:2, средний возраст $63,9 \pm 2,7$ года. Контрольную группу составили 40 пациентов, которым была проведена традиционная трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ТДПСТ): мужчин – 13 (32,5%), женщин – 27 (67,5%), соотношение также 1:2, средний возраст $64,3 \pm 3,1$ года (табл. 1).

В каждой группе выделены 2 подгруппы: больные с острым холециститом и больные с хроническим холециститом вне обострения. В основной группе с острым холециститом было 30 (71,4%) больных. Из них 11 с деструктивными формами и местным перитонитом, что потребовало проведения санации брюшной полости. 8 (19%) больных оперированы вне обострения холецистита, у 4 пациентов - холецистэктомия в анамнезе. В контрольной группе было 25 (62,5%) больных с острым холециститом. Флегмонозный и гангренозный холецистит отмечен у 10 больных. 11 пациентов оперированы вне обострения. У 4 - холецистэктомия проводилась ранее.

8 (19%) больных в основной и 8 (20%) в контрольной группах не имели клинических признаков желтухи, показания к проведению ТДПСТ возникли во время операции (табл. 2). 42,9% больных в основной и 30% в контрольной группах поступили в хирургический стационар с длительной желтухой (табл. 3). Все больные в обеих группах имели 1-2 стадию механической желтухи. Несмотря на то, что у 67% пациентов в основной и 65% в контрольной группах был повышен уровень трансаминаз (АсАТ, АлАТ), больных с тяжелой печеночной недостаточностью не было.

Таблица 1

Распределение больных основной и контрольной групп по полу и возрасту

Возраст \ Группы	Основная группа		Контрольная группа	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
23-30	-	1	-	-
31-40	-	2	-	3
41-50	-	2	1	3
51-60	2	4	2	5
61-70	4	4	6	7
71-80	4	13	3	6
Старше 80	4	2	1	1

Таблица 2

Уровень билирубина при поступлении больных в основной и контрольной группах

Билирубин, ммоль/л	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Менее 20	8	19	8	20
20-100	20	47,6	17	42,5
100-200	12	28,6	4	10
Более 200	2	4,8	11	27,5
Всего	42	100	40	100

Таблица 3

Длительность механической желтухи до поступления больных в стационар

Длительность желтухи	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Желтуха не выявлена	8	12,3	10	25
Менее 3-х суток	13	35,7	16	40
От 3-х до 10 суток	12	28,6	11	25
Свыше 10 суток	6	14,3	3	5
Ремиттирующая желтуха	3	9,5	2	5
Итого	42	100	40	100

В основной группе изолированная стриктура БДС выявлена у 16 (38%) пациентов. При этом больных с острым холециститом было 11. Холедохолитиаз в сочетании со стриктурой БДС имел место у 26 человек (64% случаев), 19 пациентов поступили с острым холециститом. В контрольной группе изолированные стриктуры Фатерова сосочка диагностированы у 17 пациентов (42,5% случаев), острый холецистит отмечен в 9 случаях. Холедохолитиаз в сочетании со стриктурой БДС выявлен у 23 человек (57,5% случаев), при этом острый холецистит имел место у 16 пациентов.

При анализе исходных показателей состояния пациентов сравниваемых групп по возрасту, полу, характеру заболевания, длительности желтухи, тяжести состояния достоверных различий не обнаружено.

В основной группе гипертонической болезнью страдали 19 пациентов (45,2%), ишемической болезнью сердца – 16 больных (38%), пиелонефрит вне обострения отмечен у 6 (14,3%), хронические бронхит и пневмония диагностированы у 9 больных (21,4%). В контрольной группе гипертоническая болезнь

встречалась у 15 пациентов (37,5%), ишемическая болезнь сердца – у 13 (32,5%), хроническая обструктивная болезнь легких - у 3 (7,5%), пневмония – у 2 (5%), пиелонефрит – у 4 (10%) больных (табл. 4).

В исследование не включались пациенты с предварительной декомпрессией желчевыводящих протоков путем наложения холангиостомы, холецистостомы.

Обследование пациентов основной и контрольной групп не различалось. Общеклинические методы включали оценку жалоб больного, изучение анамнеза заболевания и жизни, объективного статуса больного; общий и биохимический анализы крови, состояние свертывающей системы крови, общий анализ мочи, маркеры к вирусам гепатитов В и С, определение групп крови и резус-фактора, электрокардиографию, рентгеновское обследование легких.

Инструментальные дооперационные методы исследования включали ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, компьютерную томографию органов

Таблица 4

Сопутствующая патология у больных основной и контрольной групп

Сопутствующая патология	Основная группа				Контрольная группа			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ишемическая болезнь сердца	5	11,9	11	26	4	10	9	22,5
Гипертоническая болезнь	7	16,6	12	28,5	6	15	9	22,5
Пиелонефрит	2	4,7	4	9,5	2	5	2	5
Хронический бронхит	3	7,1	3	7,1	3	7,5	-	-
Пневмония	2	4,7	1	2,4	2	5	-	-

брюшной полости, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

Интраоперационное обследование заключалось в ревизии холедоха и БДС на бужах различного диаметра, проведении холангиоанометрии, интраоперационной холангиографии, интраоперационной фиброхоледохоскопии. Интраоперационная холангиография в основной группе проводилась у 35 пациентов (83%), в контрольной - у 31 пациента (75%).

В подгруппе с острым холециститом основной группы больных холецистэктомия в сочетании с ТДПСТ выполнена у 24 пациентов, холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией и ТДПСТ – у 6. В подгруппе с хроническим холециститом вне обострения холецистэктомия в сочетании с ТДПСТ выполнена у 6 пациентов, холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией и ТДПСТ – у 3, холедохолитотомия с ТДПСТ произведена 2 пациентам, ТДПСТ – одному больному (табл. 5).

Таблица 5

Характер оперативных вмешательств у больных основной и контрольной групп

Виды оперативных вмешательств	Основная группа		Контрольная группа	
	подгруппы		подгруппы	
	1	2	1	2
Холецистэктомия + холедохолитотомия + ТДПСТ	6	3	4	1
Холецистэктомия + ТДПСТ	24	6	21	10
Холедохолитотомия + ТДПСТ	-	2	-	3
ТДПСТ	-	1	-	1
Всего	30	12	25	15

Примечание: 1 подгруппа – больные с острым холециститом; 2 подгруппа – больные без признаков острого холецистита.

В контрольной группе холецистэктомия в сочетании с ТДПСТ выполнена у 21 пациента, холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией и ТДПСТ произведена 4 больным. В подгруппе с хроническим холециститом вне обострения холецистэктомия в сочетании с ТДПСТ выполнена 10 пациентам, холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией и ТДПСТ – 1, холедохолитотомия с ТДПСТ – 3, ТДПСТ произведена 1 больному (табл. 5).

Дренирование холедоха по Холстеду произведено у 33 пациентов (78,5%) основной и у 31 пациента (77,5%) контрольной групп.

При регистрации, обработке и анализе цифрового материала использовали пакет прикладных компьютерных программ MS Excel 2007 (Microsoft Company) и MS Word для Windows, Statistic 6.0. За критический уровень оценки достоверности принято значение $p=0,05$.

Методика модифицированной папиллосфинктеротомии

Положение больного на спине, под больного на уровне мечевидного отростка подкладывается валик. Разрез кожи параллельно реберной дуге и отступя от нее 4 см. Рассечение в косопоперечном направлении переднего листка влагалища прямой мышцы живота и апоневроза наружной косой мышцы с отведением медиально прямой мышцы живота. Разведение тупым путем поперечной мышцы с рассечением брюшины по ходу раны. Выполняется холецистэктомия. Пузырный проток берут на нити-держалки (рис. 1). Проводят интраоперационную холангиографию, определяют показания для ТДПСТ и возможность ее проведения. После мобилизации двенадцатиперстной кишки (ДПК) по Кохеру через пузырный проток или в супрадуоденальный разрез холедоха вводят металлический пуговчатый зонд и, не форсируя, проводят его в ДПК, приподнимая БДС на зонде в просвет кишки (рис. 2).

Пальпаторно находят место проекции БДС на переднюю стенку ДПК (рис. 3). Затем над зоной БДС производят дуоденотомию в поперечном направлении (рис. 4). К дистальной части зонда привязывается нить длиной 30-40 см таким образом, чтобы остались свободными оба конца нити одинаковой длины (рис. 5). После этого зонд подтягивается обратно через пузырь-

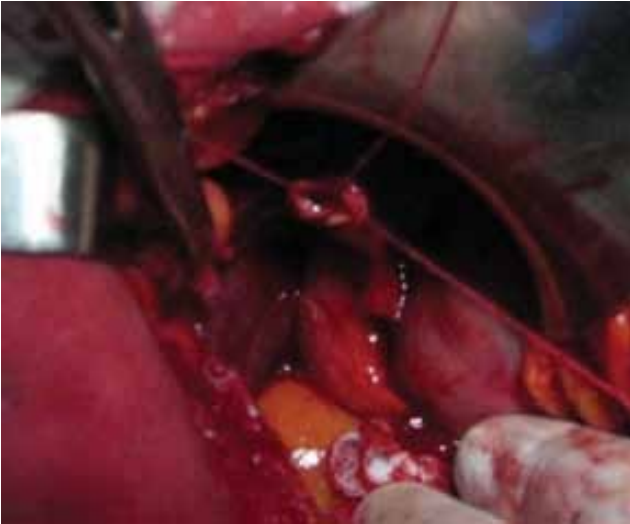


Рис. 1. На пузырный проток наложены нити-держалки.



Рис. 2. Через пузырный проток введен зонд в ДПК.



Рис. 3. Место проекции БДС на переднюю стенку ДПК.



Рис. 4. Поперечная дуоденотомия над местом проекции БДС.



Рис. 5. К зонду фиксированы две лигатуры.



Рис. 6. Зонд проведен обратно через пузырный проток.

ный проток или холедохотомическое отверстие (рис. 6). Концы нитей берут на зажимы.

При раздвигании свободных концов нитей хорошо визуализируется даже суженный просвет БДС (рис.

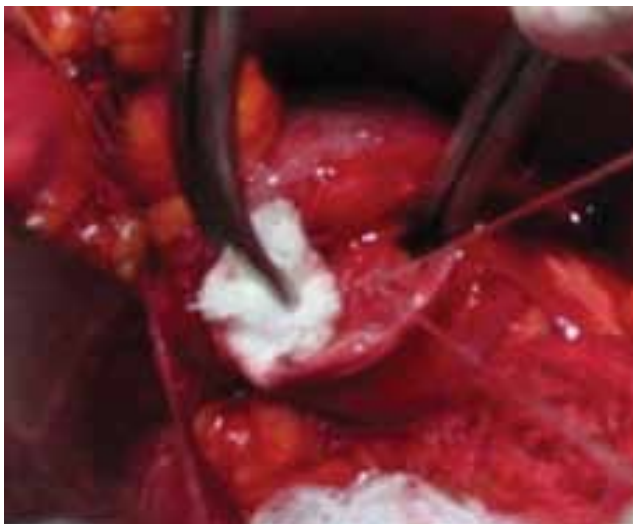


Рис. 7. Между нитями хорошо визуализируется просвет БДС.

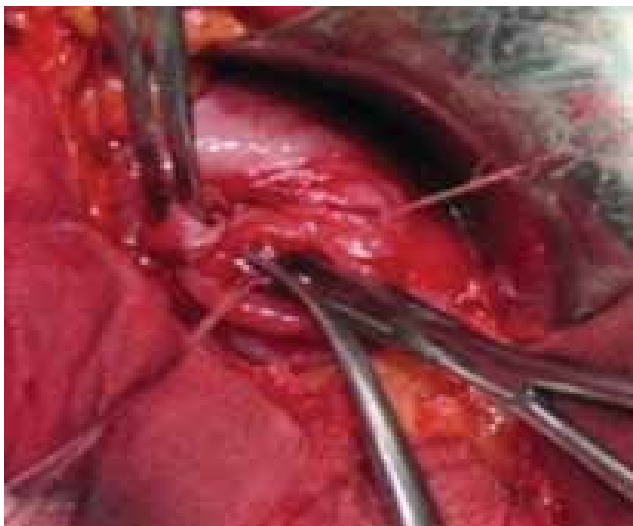


Рис. 8. Папиллосфинктеротомия между лигатурами.



Рис. 9. Свободное поступление желчи.

7). Под контролем зрения между нитями рассекают

БДС на 10-11 часах циферблата, визуально контролируя длину разреза, наличие кровотечения (рис. 8).

Длина разреза может варьировать от 0,6 до 2,5 см, в среднем 1,0–1,5 см. Критерием адекватности ТДПСТ являются: свободное поступление желчи в ДПК, иногда вместе с конкрементами, “замазкой”, хлопьями фибрина, гноем; хорошая визуализация слизистой холедоха через папиллосфинктеротомическое отверстие (рис. 9).

Адекватность папиллотомии может также оцениваться по данным контрольной холангиоанометрии. Далее, при необходимости, осматривают канал, стенки БДС, устье протока поджелудочной железы, проводят пластику папиллотомического разреза, сшивая края слизистых по медиальному краю. При рассечении БДС с использованием электрохирургического аппарата отпадает необходимость в пластике. Рана ДПК ушивается непрерывным возвращающимся швом: первый ряд швов обвивной через все слои стенки кишки, этой же нитью накладывается второй ряд непрерывного прикраевого серозно-мышечного шва. При наличии холангита, реактивного панкреатита, холедох дренируют по Холстеду или через холедохотомическое отверстие по Вишневному.

Разработанная методика операции отличается от ранее известных тем, что предлагается производить ТДПСТ из малотравматичного доступа без пересечения прямой мышцы живота, так как именно отведение прямой мышцы медиально уменьшает операционную травму и вероятность многих послеоперационных осложнений. Поперечный разрез ДПК при этом ушивается непрерывным возвращающимся швом.

Результаты и их обсуждение

В подгруппе больных с острым холециститом основной группы средняя длительность операции составила $143,5 \pm 2,1$ мин., несостоятельности швов, кровотечения из области шва ДПК в послеоперационном периоде не наблюдались ни в одном случае. Отмечен один случай развития послеоперационного панкреатита. Амилазурия отмечена в одном случае. Нормализация уровня билирубина отмечалась у большинства пациентов к $4,2 \pm 0,9$ суткам, лейкоцитов – к $6,3 \pm 1,2$ суткам. На момент выписки из стационара уровень СОЭ выше 20 мм/ч отмечался у 67% больных. В послеоперационном периоде субфебрильные значения температуры дольше первых 2-х суток отмечены у 37% больных, болевой синдром, требующий введения промедола, сохранялся в течение первых суток. Время пребывания в стационаре составило $15,2 \pm 1,9$ дней.

В подгруппе без острого холецистита основной группы средняя длительность операции составила $120,7 \pm 3,1$ мин. Случаев послеоперационного панкреатита, несостоятельности швов, кровотечения из области шва ДПК в послеоперационном периоде не было. Амилазурия выявлена в одном случае. Нормализация уровня билирубина отмечалась у большинства па-

циентов к $3,6 \pm 0,3$ суткам, количества лейкоцитов - к $5,2 \pm 0,4$ суткам. У 33% больных в послеоперационном периоде субфебрильные значения температуры сохранялись дольше первых 2-х суток. На момент выписки из стационара СОЭ выше 20 мм/ч отмечалась у 64% больных. В послеоперационном периоде болевой синдром, купирующийся введением промедола, сохранялся в течение первых суток. Продолжительность госпитализации составила $13,4 \pm 0,4$ дней.

В подгруппе с острым холециститом контрольной группы продолжительность операции составила $157,1 \pm 4,5$ мин. В послеоперационном периоде зафиксированы 4 случая развития послеоперационного панкреатита, один случай кровотечения из области шва ДПК. Амилазурия после операции выявлена у 4 больных. Несостоятельность швов не отмечена ни в одном случае. Нормализация уровня билирубина отмечалась у большинства пациентов к $5,3 \pm 0,5$ суткам, лейкоцитов к $5,2 \pm 0,7$. В послеоперационном периоде субфебрильные значения температуры сохранялись дольше первых 2 суток у 83% больных. На момент выписки из стационара уровень СОЭ выше 20 мм/ч отмечался у 78% пациентов. В послеоперационном периоде болевой синдром, требующий введения промедола, составил 2-е суток. Время пребывания в стационаре – $19,2 \pm 2,3$ дней. В послеоперационном периоде у 2 больных диагностированы послеоперационные вентральные грыжи.

В подгруппе без острого холецистита контрольной группы операция длилась в среднем $133,1 \pm 2,0$ мин. В послеоперационном периоде зафиксированы 2 случая развития послеоперационного панкреатита и один случай кровотечения из области шва ДПК. Амилазурия в послеоперационном периоде выявлена у 2 больных. У 1 пациента в послеоперационном периоде

развилась несостоятельность швов ДПК. Нормализация уровня билирубина отмечалась на $4,0 \pm 0,7$ сутки, лейкоцитов – к $4,8 \pm 1,0$ суткам. У 82% больных в послеоперационном периоде субфебрильные значения температуры сохранялись дольше первых 2-х суток. На момент выписки из стационара уровень СОЭ выше 20 мм/ч отмечался у 70% больных. В послеоперационном периоде болевой синдром, требующий введения промедола, составил $1,5 \pm 0,4$ суток. Среднее время пребывания в стационаре $16,4 \pm 1,3$ дней. Послеоперационная вентральная грыжа выявлена у 1 пациента.

При сравнении результатов хирургического лечения пациентов с острым холециститом основной и контрольной групп получены следующие результаты. Средняя длительность операции в соответствующей подгруппе основной группы статистически достоверно ($p < 0,05$) сократилась на 13,6 мин. по сравнению с аналогичной подгруппой контрольной группы (табл. 6). Случаи послеоперационного панкреатита в контрольной группе в подгруппе с острым холециститом отмечены в 4 раза чаще (табл. 7).

Также в 4 раза чаще в контрольной группе в послеоперационном периоде отмечена амилазурия. Кровотечение из области шва ДПК в послеоперационном периоде имело место в 2,5% случаев в подгруппе с острым холециститом контрольной группы. Несостоятельности швов ДПК не наблюдалось ни в одном случае в обеих группах. Пациентов подгруппы с острым холециститом основной группы по сравнению с контрольной выписывали из стационара в среднем на 4 дня раньше, достоверность различий между группами $p < 0,05$. В отдаленном послеоперационном периоде у 5% больных контрольной группы диагностированы послеоперационные вентральные грыжи.

Таблица 6

Результаты сравнительного анализа традиционного и разработанного методов трансдуоденальной папиллосфинктеротомии

	Основная группа		Контрольная группа	
	Подгруппы		Подгруппы	
	1	2	1	2
Количество больных	42		40	
	30	12	25	15
Мини-доступ	42 (100%)		-	
Средняя длительность операции, мин.	132,2±2,3		145,2±4,1*	
	143,5±2,1	120,7±3,1	157,1±4,8**	133,1±2**
-доступ	11,5±0,13	10,3±0,08	12,2±1,1	11,2±0,07
-холецистэктомия	25,2±1,2	15,8±0,5	24,1±1,5	16,1±1,2
-ТДПСТ	81,4±3,2	72,8±4,6	92,4±6,3	80,2±1,2
-ушивание ДПК	14,6±1,4	11,2±0,2	16,3±2,4	13,4±3,2
-ушивание п/о раны	10,8±0,2	10,6±0,18	12,1±2,1	12,2±2,6
Послеоперационный койко-день	14,3±2,4		17,8±1,22*	
	15,2±1,9	13,4±0,4	19,2±2,3	16,4±1,3

Примечание: * – достоверность различий между группами $p < 0,05$; ** – достоверность различий между подгруппами $p < 0,05$; 1 подгруппа – больные с острым холециститом; 2 подгруппа – больные без признаков острого холецистита.

Таблица 7

Характер осложнений после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии традиционным и разработанным методами

Характер осложнений	Основная группа				Контрольная группа			
	Подгруппы				Подгруппы			
	1		2		1		2	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение из разреза ДПК	-	-	-	-	1	2,5	1	2,5
Несостоятельность швов ДПК	-	-	-	-	-	-	1	2,5
Послеоперационный панкреатит	1	2,4	-	-	4	10	2	5
Амилазурия	1	2,4	1	2,4	4	10	2	5
Послеоперационные вентральные грыжи	-	-	-	-	2	5	1	2,5

Примечание: – процентное соотношение рассчитано к общему числу больных в исследуемой группе; 1 подгруппа – больные с острым холециститом; 2 подгруппа – больные без признаков острого холецистита.

Таблица 8

Динамика аспаратаминотрансферазы после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии традиционным и разработанным методами, Е/л

Группа	Подгруппа	До операции	Сутки после операции			
			1	3	5	8
Основная	1	105,2±9,3	103,4±6,5*	69,3±2,0*	43,6±2,3*	29,7±4,3*
	2	97,6±4,6	100,2±5,2*	75,5±4,3*	48,4±1,3*	34,3±1,3*
Контрольная	1	146,6±8,3	143,2±4,7*	111,6±4,0*	89,2±2,63*	73,7±4,1*
	2	132,5±7,4	126,6±5,3*	96,8±3,6*	69,5±3,7*	54,9±0,3*

Примечание: * – достоверность относительно исходного уровня $p < 0,05$; 1 подгруппа – больные с острым холециститом; 2 подгруппа – больные без признаков острого холецистита.

Таблица 9

Динамика аланинаминотрансферазы после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии традиционным и разработанным методами, Е/л

Группа	Подгруппа	До операции	Сутки после операции			
			1	3	5	8
Основная	1	164,5±11,3	157,3±5,2*	109,6±8,3*	75,2±1,3*	49,5±5,2*
	2	122,4±7,4	120,1±4,0*	85,5±7,2*	68,3±4,3*	37,2±4,7*
Контрольная	1	283,2±13,2	274,5±9,4*	160,4±2,1*	121,5±2,3*	85,6±6,4*
	2	219,3±8,3	198,5±3,3*	76,4±4,1*	65,3±7,4*	52,3±3,9*

Примечание: * – достоверность относительно исходного уровня $p < 0,05$; 1 подгруппа – больные с острым холециститом; 2 подгруппа – больные без признаков острого холецистита.

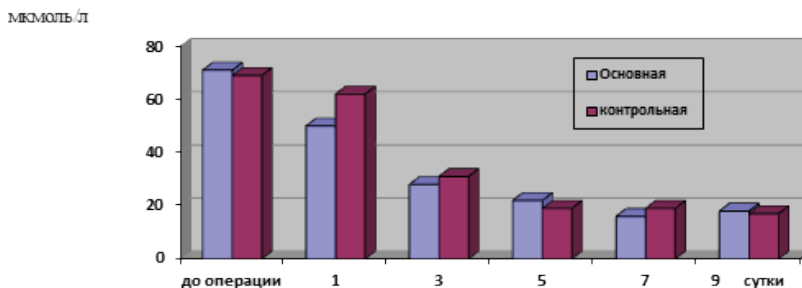


Рис. 10. Динамика общего билирубина после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии традиционным и разработанным методами.

Продолжительность операции в подгруппе без острого холецистита в основной группе по сравнению с контрольной группой снизилась на 12,4 мин., стати-

стическая достоверность различий между группами $p < 0,05$ (табл. 6). Послеоперационный панкреатит в основной группе не отмечен. В контрольной группе

панкреатит диагностирован в 5% случаев (табл. 7). Амилазурия наблюдалась в 2 раза чаще в подгруппе без острого холецистита контрольной группы. Кровотечение из области разреза ДПК в послеоперационном периоде имело место в контрольной группе в 2,5% случаев. Также в 2,5% случаев в подгруппе больных без острого холецистита контрольной группы отмечена несостоятельность швов ДПК. Пребывание в стационаре пациентов основной группы было на 3 дня меньше, чем в контрольной. Послеоперационные вентральные грыжи выявлены у 2,5% больных контрольной группы.

В послеоперационном периоде лабораторные маркеры холестаза (общий и прямой билирубин, щелочная фосфатаза) плавно снижались у пациентов обеих групп и достигали нормальных значений к $4,05 \pm 0,6$ суткам (рис. 10). Динамика уровня трансаминаз в послеоперационном периоде во всех подгруппах обеих групп существенно не отличалась (табл. 8, 9).

Эффективность предлагаемой методики папиллосфинктеротомии основана на следующих моментах: 1) папиллосфинктеротомия производится из доступа без пересечения прямой мышцы живота, в результате чего уменьшаются операционная травма, боль и ограничение подвижности в послеоперационном периоде, риск развития послеоперационных грыж; 2) комбинированная ТДПСТ между двумя направляющими нитями дает возможность подтянуть БДС для лучшей визуализации, не расширяя разреза ДПК и не прибегая к обычной лапаротомии, а свободное перемещение

нитей в ограниченном пространстве позволяет хирургу выбрать удобный угол зрения. В результате этого возможно выполнить ТДПСТ из минидоступа при парафателлярных дивертикулах БДС, при расположении БДС на уровне горизонтальной ветви ДПК; 3) поперечный разрез ДПК ушивается удобным в условиях ограниченного доступа непрерывным возвращающимся швом, уменьшающим риск развития несостоятельности швов ДПК и кровотечения из шва ДПК в послеоперационном периоде.

Выводы

1. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, как альтернативный вариант эндоскопической папиллосфинктеротомии, может применяться при невозможности провести ЭПСТ по анатомическим, техническим причинам, наличии в анамнезе резекции желудка по Бильрот – II.

2. Применение модифицированного метода ТДПСТ уменьшает операционную травму, вероятность травматизации вирусного протока, обеспечивает технически простое и быстрое обнаружение БДС, позволяет произвести поперечный разрез ДПК. Данная методика имеет преимущества перед традиционной при парапапиллярных дивертикулах, расположении БДС на уровне нижней горизонтальной ветви ДПК, то есть в ситуациях, когда обычные методики технически сложны. Таким образом, снижается вероятность послеоперационных осложнений, сокращается срок пребывания больного в стационаре.

Список литературы

1. Асланов А.Д. и др. Усовершенствованный метод минилапаротомии для холецистэктомии. Хирургия 2010; 5: 37-41.
2. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Мини-инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите. Хирургия 2008; 6: 27-30.
3. Быстров С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском. Хирургия 2010; 7: 55-59.
4. Глушков Н.И. и др. Миниинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия 2010; 10: 53-58.
5. Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А. Эндовидеохирургические методики в лечении больных желчнокаменной болезнью. Хирургия 2007; 7: 16-20.
6. Малков И.С., Бикмухаметов А.Ф., Чагаева З.И. Коррекция желчеоттока при осложненном калькулезном холецистите. Хирургия 2004; 7: 19-22.
7. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Локтионов А.Л. Хирургическая анатомия терминального отдела общего желчного протока. Анналы хирургической гепатологии 2010; 15: 4: 46-52.
8. Старков Ю.Г. и др. Лапароскопическая антеградная папиллосфинктеротомия. Методика и техника. Эндоскопическая хирургия 2001; 1: 34-37.
9. Черепанин А.И. и др. Холецистэктомия из малотравматичных доступов в лечении острого холецистита. Хирургия 2010; 12: 31-37.
10. Шевченко Ю.Л. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи. Анналы хирургической гепатологии 2008; 13: 4: 96-105.
11. Яковлев А.Ю. и др. Инфузионная терапия у больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Хирургия 2010; 12: 82-86.
12. Harju J. et al. Minilaparotomy cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: a randomized study with special reference to obesity. Nat Clin Plast Gastroenterol Hepatol. 2006; 3: 12: 662-663.
13. Keus F. Randomized Clinical Trial of Small-Incision and Laparoscopic Cholecystectomy in Patients With Symptomatic Cholelithiasis Primary and Clinical Outcomes. Arch. Surg. 2008; 143: 4: 371-377.
14. Rozsos I., Rozsos T. The applicability of micro- and minilaparotomy in the management of obstructive cholecystitis. Acta Chir Hung. 1994; 34: 95-101.
15. Syrakos T. et al. Small-incision (minilaparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in a university hospital. Langenbecks Arch Surg. 2004; 389: 172-177.

Поступила 17.05.2011 г.

Информация об авторах

1. Глухов Александр Анатольевич – д.м.н., проф., заведующий кафедрой общей хирургии, директор НИИ хирургической инфекции Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко; e-mail: surgery-v@ya.ru
2. Аралова Мария Валерьевна – врач-хирург Воронежской областной клинической больницы №1; e-mail: Mashaaralova@mail.ru
3. Кузнецов Виктор Александрович – к.м.н., зав. отделением общей хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №10; e-mail: mashaaralova@mail.ru