

## Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии

А. Е. Котовский,  
И. В. Поздеев,  
Л. В. Тупикин  
Отдел хирургии  
и эндоскопии  
(зав. - д.м.н. А.Е.  
Котовский)  
Медицинского  
центра АО  
"Аэрофлот",  
Москва

В отдаленные сроки от 1 года до 10 лет после эндоскопической папиллосфинктеротомии и вирсунготомии были обследованы 103 больных из них 56 человек проходили комплексное клиничко-лабораторное послеоперационное обследование от 2-х до 4-х раз. Больным выполнили 149 фиброгастроуденоскопических исследований (ФГДС), 47 ретроградных панкреатохолангиографий (РПХГ) и 94 ретроградных транспапиллярных панкреатикохолангиоскопий (РТПХС). Из 103 обследованных больных 57 эндоскопическая папиллосфинктеротомия ранее была произведена по поводу рецидивного, резидуального холедохолитиаза; 29 - по поводу стеноза БДС и хронического панкреатита; 17 - при сочетании холедохолитиаза, стеноза БДС и хронического панкреатита. Сроки обследования: 8 мес.-1.5 года; 2—3 года; 3—4.5 года; 5-10 лет. Учитывали: жалобы больных; состояние слизистых оболочек желудка, двенадцатиперстной кишки, желчных и главного панкреатического протоков; состояние БДС и диаметр отверстия рассеченной папиллы.

Анализ отдаленных результатов показал, что с течением времени увеличивается число больных с атрофией слизистой оболочки желудка (до 50%); снижается частота рефлюкс-гастрита (с 47.1 до 15%); уменьшается диаметр папиллотомного отверстия (через 5—10 лет составляет в среднем  $3.0 \pm 0.1$  мм). Явления холангита отмечены не только у больных с рестенозом БДС, но и при полном рассечении сфинктера Одди вследствие развития дуодено-билиарного рефлюкса. Эндоскопическая вирсунготомия, улучшая дренажную функцию панкреатических протоков и ликвидируя в них гипертензию, не устраняет хронический панкреатит. После ЭПСТ больные нуждаются в динамическом диспансерном наблюдении, причем критическим, угрожаемым периодом времени является 4.5-5 лет.

## Long Term Results of Endoscopic Papillotomy

A. E. Kotovsky, I.  
V. Pozdeev, L. V.  
Tupikin  
Department of  
Surgery and  
Endoscopy (director  
-A.E. Kotovsky)  
Medical Center  
"Aeroflot", Moscow

103 patients underwent endoscopic papillosphincterotomy and virsungotomy were examined. The follow-up period was from 1 to 10 years. 56 of them underwent complex clinical postoperative examination from 2 to 4 times. 149 fibrogastroduodenoscopic examinations, 47 retrograde pancreocholangiographies (ERPC) and 94 retrograde transpapillar pancreatocho- langioscopies (ERTPCS) were carried out.

In 57 patients with residual bile stones, in 29 patients with papilla stenosis and chronic pancreatitis, in 17 patients with bile stones, papilla stenosis and chronic pancreatitis endoscopic papillosphincterotomy was carried out. Examination terms: 8 month - 1,5 year, 2-3 years, 3-4,5 years, 5—10 years. Patients complains) stomach and duodenum, bile and pancreatic ducts mucosa condition, papilla condition and papillosphincterotomy size were taken into examination.

Long term results analysis revealed that number of patients with stomach mucosa atrophy rises in time (up to 50%), reflux-gastritis frequency decreasing (from 47.1% to 15%), papil- losphincterotomy diameter narrowing ( $3.0 + \backslash 0.1$  mm after 5-10 years). Cholangitis diagnosed not only in patients with papilla restenosis, but in those with total Oddy's sphyncter opening following by bowel-to-duct reflux.

Endoscopic virsungotomy doesn't treats chronic pancreatitis, never the less it is draining bile ducts and leading to hypertension loss.

В последние годы значительно увеличилось количество эндоскопических операций на большом дуоденальном соске (БДС), желчных и панкреатических протоках при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны (4). Известно, что эндоскопическая папиллосфинктеротомия является одним из эффективных методов лечения холедохолитиаза, стеноза БДС и поражений устья главного панкреатического протока (3, 9, 10, 11). Улучшение отдаленных результатов этих операции связано с внедрением в клиническую практику целого ряда новых методов обследования: УЗИ, КТ, холангиоскопии и др. (5, 8, 13). Применение таких диагностических методов

позволяет выявлять с высокой степенью достоверности поражения желчных протоков, БДС, поджелудочной железы и определять показания к различным методам лечения больных. Однако нет систематизированных диагностических исследований в отдаленные сроки после эндоскопических операций на БДС. Все вышеизложенное и легло в основу нашей работы, целью которой является улучшение результатов эндоскопических вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны.

### **Материал, методы и результаты**

В отдаленные сроки от 1 года до 10 лет после эндоскопической папиллосфинктеротомии и вирсунготомии были обследованы 103 больных, причем 56 из них проходили комплексное клиничко-лабораторное послеоперационное обследование от 2 до 4 раз. Выполнили 149 фиброгастродуоденоскопических исследований (ФГДС), 47 ретроградных панкреатохолангиографий (РПХГ) и 94 ретроградных транспапиллярных панкреатикохолангиоскопий (РТПХС).

36.7% больных были обследованы в сроки 8 месяцев - 1.5 года. При проведении ФГДС особое внимание обращали на изменение слизистой оболочки антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки, форму и диаметр отверстия БДС. Считали обязательным пальпацию и канюляцию отверстия папиллы для более точного измерения диаметра и определения проходимости БДС. Кроме этого, у тех больных, которым после окончания дуоденоскопии осуществляли РТПХС, выполняли промывание желчных и панкреатических протоков стерильными инертными растворами типа физиологического раствора.

Из 103 обследованных больных, 57 эндоскопическая папиллосфинктеротомия ранее была произведена по поводу рецидивного, резидуального холедохолитиаза, у 29 ЭПСТ выполнена по поводу стеноза БДС и хронического панкреатита и у 17 - при сочетании холедохолитиаза, стеноза БДС и хронического панкреатита.

Из обследованных 51 больного в сроки 10-12 месяцев после ЭПСТ, 70.6% жалоб не предъявляли. 19.6% больных беспокоили умеренные боли в эпигастральной области, чаще опоясывающего характера, которые хорошо купировались приемом спазмолитических препаратов. У 3 больных жалобы были обусловлены наличием наружного панкреатического свища.

В этой группе по данным ФГДС наиболее часто наблюдали рефлюкс-гастрит (47.1%), связанный с забросом желчи из двенадцатиперстной кишки в просвет желудка. Наибольшие воспалительные изменения слизистой оболочке желудка были выявлены в антральном отделе. Явления поверхностного гастрита, не связанного с реф-Л10КСОМ желчи, отмечены у 10 больных. Наибольшие изменения (типа эрозивного гастродуоденита) выявлены у 2 больных, которым ранее ЭПСТ была произведена по поводу стеноза БДС и хронического панкреатита. Изменений слизистой оболочки желудка не обнаружили у 16 больных. БДС у всех больных был деформирован без изменения слизистой оболочки. Наиболее часто отверстие имело вид овала или щели. Лишь у 3-х больных оно имело округлую форму. В среднем диаметр папиллотомного отверстия в этой группе больных составил  $4,5 \pm 0,2$  мм. Причем канюляция отверстия зондом была свободной, а у 35 больных удалось ввести панкреатикохолангиоскоп.

При РТПХС у 33 больных изменений слизистой оболочки желчных протоков не обнаружили, у 2 была локальная гиперемия в области общего печеночного протока, что свидетельствовало о явлениях катарального холангита. Изолированную панкреатикоскопию (ПС) выполнили 6 больным. При этом изменений слизистой оболочки в главном панкреатическом протоке не отметили.

РПХГ была произведена 12 больным. Изменений диаметра и формы желчных протоков, не обнаружили при сравнении с дооперационными данными. У всех больных тень протока оставалась однородной, имелись признаки аэрохолии, а сброс контрастного вещества из желчного протока в просвет двенадцатиперстной кишки был ускоренным. 5 больным была выполнена панкреатикография (ПГ) из них у 3 сохранилась деформация и дилатация главного панкреатического протока, однако время эвакуации из него сократилось. Вероятно, свободная проходимость устья главного панкреатического протока и ликвидация гипертензии в нем

способствовали купированию у больных приступов острого панкреатита и уменьшению болевого синдрома.

В сроки от 1 до 1.5 лет после ЭПСТ обследованы 33 больных, 25 из них жалоб не предъявляли. 8 больных отмечали боли в правом и левом подреберье, из них у 1 наступил рецидив желтухи. По данным ФГДС у 51.5% больных слизистая оболочка верхних отделов желудочно-кишечного тракта была интактной. Явления рефлюкс-гастрита выявлены у 27.2% больных, а у 18.3% поверхностный гастрит. Не смотря на более поздние сроки обследования больных, эрозивных изменений со стороны слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаружили, но у 2 выявили рубцовую деформацию луковицы двенадцатиперстной кишки. Ранняя стадия рака желудка, доказанная при гистологическом исследовании биопсийного материала (на фоне рефлюкс-гастрита) диагностирована у 1 больного.

РТПХС произвели 17 больным, из них у 14 изменений не обнаружили, у 2 был катаральный холангит, у 1 диагностирован холедохолитиаз, потребовавший повторной экстракции камня без папиллотомии. 3 больных проведена ПС, изменений слизистой оболочки главного панкреатического протока не обнаружили.

РПХГ выполнили 8 больным, из них у 4 диаметр гепатикохоледоха, по сравнению с дооперационным, не изменился, у остальных (4) отметили уменьшение диаметра гепатикохоледоха на 1-3 мм.

В сроки 2-3 года после эндоскопических операций были обследованы 17 больных, из них 10 жалоб не предъявляли, 4 отмечали незначительные периодические боли в правом и левом подреберье, 2 - диспептические явления, у 1 больного была клиническая картина язвенной болезни желудка. По данным ФГДС число больных с явлениями рефлюкс-гастрита и поверхностного гастрита по сравнению с предыдущими сроками эндоскопического обследования сократилось (23.5%). Таким образом, в сроки до 3-х лет после эндоскопической операции, наблюдается тенденция к нормализации состояния слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Диаметр БДС остался практически на тех же величинах и составил  $4.2 \pm 0.2$  мм, что свидетельствует о некой стабилизации процесса рубцевания папиллотомного отверстия.

При обследовании 28 больных в сроки от 3 до 4.5 лет после ЭПСТ 16 из них жалоб не предъявляли. Боли, характерные для хронического рецидивирующего панкреатита, наблюдали у 9 больных. Диспептические явления и периодически возникающие боли в эпигастрии отмечены у 3 больных. По данным ФГДС число больных с интактной слизистой оболочкой желудка и двенадцатиперстной кишки уменьшилось (17.9%). Эрозивный бульбит был диагностирован у 3 больных, а явления атрофического гастрита выявлены у 8. Вероятно, появление этой формы гастрита связано с длительным рефлюксом желчи из двенадцатиперстной кишки в полость желудка.

В этой группе больных, средний диаметр папиллотомного отверстия уменьшился и составил  $3.5 \pm 0.1$  мм причем у 2 отверстие папиллы было диаметром 2 мм. В то же время, у 6 больных выявили клинко-рентгенологические признаки недостаточности отверстия БДС.

РТПХС выполнили 16 больным, из них у 12 изменений слизистой оболочки желчных протоков не отметили, у 4 был катаральный холангит, причем у этой группы больных диаметр папиллотомного отверстия превышал 6 мм. ПС произвели 4 больным, из них у 2 отметили появление мелких локальных пятен гиперемии слизистой оболочки и неоднородное содержимое в просвете главного панкреатического протока.

РПХГ была произведена 7 больным. Изменений со стороны желчных и панкреатических протоков не выявили.

20 больных обследованы в сроки 5-10 лет после ЭПСТ из них 9 жалоб не предъявляли, у 9 была клиническая картина хронического рецидивирующего панкреатита, у 1 - рецидивный холедохолитиаз. При ФГДС у 45% больных изменений слизистой оболочки не обнаружили, в то же время у 50% были явления атрофического гастрита. При осмотре БДС выявили увеличение рубцово-воспалительных изменений в области папиллотомного отверстия, при этом диаметр его уменьшился и составил в среднем  $3.0 \pm 0.1$  мм.

РТПХС произвели 12 больным, из них у 8 изменений не обнаружили, у 2 был катаральный холангит, у 2 - фибринозный холангит, причем в одном случае связанный с рецидивным холедохолитиазом. Катаральное воспаление слизистой оболочки главного панкреатического протока выявили у 3 больных.

### **Обсуждение**

До настоящего времени имеются лишь единичные публикации, посвященные изучению отдаленных результатов эндоскопической папиллосфинктеротомии и вирсунготомии. Наибольшее внимание, кроме клинической оценки, уделялось рентгенологическому исследованию верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Если ранее считали, что рефлюкс бариевой взвеси в желчные протоки является хорошим результатом операции (1;6), то сейчас этот рентгенологический симптом следует рассматривать двояко. Во-первых, безусловно, это свидетельство проходимости папиллотомного отверстия. С другой стороны полное разрушение замыкательной функции сфинктерного аппарата Одди способствует развитию рефлюкса дуоденального содержимого в желчные протоки и приводит к возникновению холангита. Об этом свидетельствуют отдаленные результаты трансдуоденальной папиллосфинктеротомии и холедоходуоденостомии, после которых явления холангита возникают у 30-50% больных (12). В тоже время, после эндоскопической папиллосфинктеротомии у большинства больных частично сохраняется замыкательная функция сфинктерного аппарата. Явления холангита имеют место у 20% больных, причем чаще всего в легкой (катаральной) форме.

Вместе с тем, с увеличением срока после эндоскопической операции имеется реальная угроза рубцевания папиллотомного разреза, особенно у больных, страдающих хроническим панкреатитом в сочетании со стенозом БДС.

В литературе мы не встретили работ, посвященных комплексному клинико-эндоскопическому обследованию больных в отдаленные сроки после эндоскопической папиллосфинктеротомии и вирсунготомии. С клинической точки зрения эти виды операций, произведенные при хроническом панкреатите и стенозе БДС, позволяют линии. уменьшить болевой синдром, чем и определяется их лечебный эффект. Вместе с тем, явления хронического панкреатита не исчезают. Наиболее хорошие результаты наблюдают у больных с холедохолитиазом.

Свободное желчеистечение после ЭПСТ у больных ранее перенесших холецистэктомию создает условия для рефлюкса желчи из двенадцатиперстной кишки в просвет желудка. В конечном итоге это способствует возникновению хронического атрофического гастрита, о чем сообщают и другие авторы (2).

На наш взгляд, а также по мнению других авторов (7, 14) достоверным методом диагностики холангита является холангиоскопия. Однако, если раньше считали, что холангит возникает в основном при рестенозе папиллотомного отверстия, то по нашим данным, он чаще связан с недостаточностью отверстия БДС. В связи с этим дискуссионным является вопрос о величине папиллотомного разреза. С одной стороны, его недостаточные размеры могут способствовать развитию рестеноза и холангита, по вместе с тем, чрезмерно широкое рассечение БДС вызывает недостаточность сфинктера Одди, и как результат - холангит. На основании анализа отдаленных ЭПСТ мы рекомендуем выполнять папиллотомный разрез с оставлением небольшого "мостика" между стенкой двенадцатиперстной кишки и ее продольной складкой.

В целом, все больные после эндоскопических вмешательств на БДС нуждаются в постоянном динамическом профилактическом осмотре, причем особое внимание следует обращать на проведение обследования в сроки 3-4.5 года после операции. Именно в этот период времени чаще всего развивается холангит.

Так как панкреатикоскопия была выполнена у небольшого числа больных, это не позволяет нам сделать обобщающие выводы. Несомненно то, что эндоскопическая вирсунготомия, улучшая дренажную функцию панкреатических протоков и ликвидируя в них гипертензию, не устраняет хронический панкреатит.

**Список литературы**

1. *Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В., Кочиашвили В.И.* Операции на большом дуоденальном соске и поджелудочной железе. Ташкент, 1978. 287 с.
2. *Аруин Л.И., Григорьев П.Я.* Хронический гастрит. Амстердам, 1993. 362 с.
3. *Балалыкин А.С.* Диагностическая и лечебная эндоскопия в неотложной абдоминальной хирургии. Автореф. дис. ... д. м. н. М., 1980. 28 с.
4. *Галлингер Ю.И., Ноздрачев В.И., Будзинский А.Л.* Результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии, выполняемой в качестве повторной операции на желчевыводящих протоках. Хирургия, 1983. № 10. С. 42-45.
5. *Гальперин Э.И., Волкова Н.В.* Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М.: Медицина, 1988. 268 с.
6. *Глабий В.П.* Роль фибродуоденоскопии и ретроградной панкреатохолангиографии в хирургии желчных путей и поджелудочной железы. Автореф. дис. ... к. м. н. М., 1976. 23 с.
7. *Горев М.П.* Холангиопанкреатикоскопия в диагностике и лечении хирургических заболеваний желчевыводящих путей. Автореф. дис. ... к. м. н. М., 1993. 23 с.
8. *Данилов М.В., Федоров В.Д.* Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995. 509 с.
9. *Котовский А.Е.* Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при хирургических заболеваниях поджелудочной железы. Автореф. дис. ... д. м. н. М., 1990. 45 с.
10. *Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И.* Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. М.: Медицина, 1994. 191 с.
11. *Савельев В.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С.* Эндоскопия органов брюшной полости. М.: Медицина, 1977. 245 с.
12. *Янгибаев З.* Диагностика и хирургическое лечение доброкачественного стеноза большого дуоденального соска. Автореф. дис. ... д. м. н. М., 1987. 36 с.
13. *Kotovskiy A., Pozdeev I. et. al.* Peroral endoscopic retrograde cholangioscopy. New technology in surgery. Surgical endoscopy. 1995. V. 9. P. 640.
14. *Sivak M.* Gastroenterologic endoscopy. Philadelphia. 1987. 1168 p.