

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

*Проф. В. А. Кузнецов, доктор мед. наук С. Я. Кнубовец,
проф. А. А. Агафонов, Р. З. Нариманов*

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. А. Кузнецов), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. — проф. А. А. Агафонов)
Казанского ордена Трудового Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Реферат. Представлены обоснования для выбора наиболее целесообразного способа завершения холедохотомии. Рекомендуется производить тотальную папиллосфинктеротомию с выходом разреза на широкую часть желчного протока. Рассечение большого дуоденального соска от 15 до 25 мм позволяет создать соустье с оптимальным диаметром, которое обеспечивает нормальный отток желчи и панкреатического сока.

Ключевые слова: папиллосфинктеротомия, длина рассечения большого дуоденального соска.

Несмотря на значительный рост частоты холецистита, осложненного поражением дистального отдела желчного протока, удельный вес операций внутреннего дренирования все еще остается низким. Папиллосфинктеротомия (ПСТ), в частности, отводится роль операции вынужденной, применяющейся только при вколоченных камнях большого дуоденального соска (БДС) и изолированных его стенозах. В качестве условий, при которых проходимость рассеченного соска считается восстановленной, авторы берут разные, подчас несопоставимые критерии. Практические рекомендации для рассечения БДС по длине до настоящего времени не обоснованы.

В данном сообщении мы подвергли анализу опыт лечения больных холециститом, осложненным поражением дистального отдела желчного протока. В целях выработки рекомендаций по рассечению БДС, гарантирующих обеспечение адекватной коррекции оттока желчи и панкреатического сока, были исследованы топографоанатомические особенности холедохосфинктерального комплекса.

С 1962 по 1976 г. в клинике оперировано по поводу холецистита и его осложнений 1284 больных, из них у 513 (39,9%) произведена холедохотомия. ПСТ осуществлена у 160 больных, что составляет 12,5% от общего числа больных и 31,2% от числа лиц, подвергшихся холедохотомии.

Среди больных, у которых холедохотомия завершена ПСТ, было 13 мужчин и 147 женщин (возраст: от 20 до 29 лет — 9 чел., от 30 до 39 лет — 23, от 40 до 49 лет — 55, от 50 до 59 лет — 59, 60 лет и старше — 14). Длительность заболевания у 41 больного была до 1 года, у 36 — от 1 года до 5 лет, у 83 — свыше 5 лет. Стеноз БДС I степени констатирован у 3, II степени — у 62 и III степени — у 83; у 141 пациента был холедохолитиаз, у 69 — холангит, у 60 — панкреатит, у 110 — желтуха.

Ведущее место в комплексном интраоперационном исследовании принадлежит наиболее достоверным и информативным методам: определению диаметра желчного протока специальным инструментом; манодобитметрии; холангиографии; экстрахоледохеальной трансиллюминации; зондированию через культю пузырного протока резиновыми катетерами; холедохоскопии; биопсии стенки желчного протока и БДС.

Для установления диагноза как абсолютного, так и относительного стеноза БДС необходимо точно знать внутренние диаметры желчного протока в широкой (супрадуоденальной) и узкой (дуоденальной) части. Их можно определить по операционной холангиограмме, если БДС контрастирован в фазе открытия, или же зондированием катетерами. Методика диагностического зондирования заключается в последовательном проведении через БДС катетеров наибольшего диаметра — 8—6 мм, а затем — меньшего. Это предотвращает переход зондирования БДС в бужирование и получение неправильных, часто завышенных данных о его диаметре.

Функциональное состояние желчных путей зависит от ширины и морфологического состояния стенки протоков. Представление об изменениях диаметра необходимо для установления диагноза, выбора способа завершения холедохотомии, оценки непосредственных и отдаленных результатов оперативного вмешательства. Факторами, влияющими на диаметр желчного протока, являются возраст больного, длительность заболевания и новые условия функционирования после операции. Измерения диаметра желчного протока по операционным холангиограммам и специальным инструментом показали, что у 15 больных диаметр не превышал 10 мм, у 87 он был в пределах 11—15 мм, у 45 — 16—20 мм, у 11 — 21—30 мм и у 2 — в пределах 31—40 мм.

Мы ограничиваем применение ПСТ при диаметре желчного протока более 20 мм. Оптимальный диаметр, по нашему мнению, — до 15 мм при явлениях холедохита и от 16 до 20 мм при отсутствии грубых склеротических изменений в стенке протока. При указанной ширине и изменениях стенок декомпрессионное действие ПСТ может способствовать обратному развитию воспалительного процесса и восстановлению (до определенной степени) функционального состояния желчных протоков. При протоках с узким просветом и выраженном холедохите ПСТ является оптимальным способом внутреннего дренирования. Декомпрессионный дренаж, дополняющий холедоходуоденостомию в подобной ситуации, не оказывает должного эффекта. Выраженность холангита и холедохита существенно влияет на толщину стенки и диаметр желчного протока. Так, нормальная стенка — толщиной в 1 мм — была только у 22 из 92 больных холангитом, у 55 больных катаральным холангитом она составляла 2 мм, у 15 больных гнойным холангитом — 3 мм; средняя величина наружного и внутреннего диаметра желчного протока была равна соответственно 12,6 и 10,6 мм; 16,3 и 12,3 мм; 18,3 и 12,3 мм. Таким образом, при выраженном увеличении наружного диаметра внутренний изменяется незначительно, что объясняется утолщением стенки протока при прогрессировании воспалительного процесса. Утолщение стенки распространяется на БДС, и это приводит к непроходимости желчного протока и обтурационной желтухе.

С целью интраоперационной оценки функционального состояния стенки желчного протока предпринята вне- и внутриполостная трансиллюминация у 87 больных и у 54 произведена биопсия участков желчного протока и БДС. При гистологическом исследовании мы попытались выяснить зависимость между степенью воспалительных изменений и диаметром протока, толщиной его стенки, длительностью заболевания, установить зависимость морфологических изменений протока и БДС, сопоставить гистологические картины с данными осмотра и трансиллюминации. Для биопсии брали кусочки стенки из края вскрытого протока, при ПСТ производили клиновидное иссечение стенки БДС. Биопсийный материал фиксировали в 12% растворе нейтрального формалина. Окраску производили гематоксилин-эозином.

Мы выделили две стадии в развитии воспалительного процесса в стенке протока. У больных в 1-й стадии срок заболевания не превышает 5 лет. Воспалительный процесс у них распространяется не на все слои стенки. Диаметр протока обычно не превышает 15 мм, а стенка незначительно утолщена. При трансиллюминации наблюдаются затемненные участки очагового и диффузного характера. У этих больных после операции диаметр протока, как правило, восстанавливается до нормальных размеров. 2-я стадия наблюдается при длительности заболевания более 5 лет. Воспалительный процесс распространяется на все слои стенки. Трансиллюминационная картина характеризуется отсутствием четкой ангиоархитектоники вследствие диффузных затемнений. Диаметр протока обычно превышал 16—20 мм, стенка утолщена и уплотнена. Несмотря на адекватную операцию, восстановления диаметра протока до нормальных размеров не происходило.

Итак, оценка стадии воспалительного процесса в стенке желчного протока с учетом возможностей его обратного развития позволяет более обоснованно выбрать способ завершения холедохотомии, в частности ПСТ. Мы считаем, что ПСТ и желчеотводящие анастомозы не могут конкурировать между собой. Показания к ПСТ следующие: ущемленные камни БДС; травматическое удаление отбавляемого камня из БДС; мелкие множественные камни и замазкообразная масса в протоках; стенозы БДС II—III степени; хронический ретенционный панкреатит вследствие ущемленного камня или стеноза БДС с распространением процесса на устье вирсунгова протока; острый панкреатит, обусловленный ущемленным камнем БДС и блокадой устья вирсунгова протока.

У 26 больных ПСТ выполнена повторно. Меньшая частота повторной ПСТ по сравнению с желчеотводящими анастомозами связана с тем, что индуративный панкреатит с явлениями сдавления панкреатической части желчного протока служил противопоказанием для ПСТ. Она противопоказана при сужении дистальной части желчного протока более 25 мм; при деструктивном и индуративном панкреатите; при выраженном перидуодените и дуоденальном стазе.

Учитывая особенности хирургической анатомии желчного протока, мы выделяем два варианта рассечения БДС. 1. Парциальная ПСТ — рассечение БДС длиной до 14 мм; разрез проводится до появления устья вирсунгова протока, который индивидуально варьирует. 2. Тотальная ПСТ — рассечение БДС на всю длину с выходом на широкую часть желчного протока; длина разреза — в пределах от 15 до 25 мм, в зависимости от индивидуальной протяженности БДС. Выбирая длину разреза при ПСТ, мы исходим из анатомической протяженности БДС: в 60% исследований его длина составляет 10—15 мм, в 30% — 16—20 мм, в 10% — 21—26 мм.

Эффективность операции определяется величиной рассечения БДС. При тотальной ПСТ среднее значение коэффициента (отношение диаметра протока к диаметру соустья) приближается к 2, что совпадает с анатомическими данными о нормальных взаимоотношениях диаметра протока и просвета БДС. При тотальной ПСТ у большинства больных коэффициент приближается к 1,0—2,9, а при парциальной ПСТ он возрастает до 3,0—5,9.

Эксперименты по рассечению БДС на трупах позволили сделать заключение, что максимальный диаметр образующегося соустья получается при разрезе не менее 15 мм. Разрезами в 20—25 мм обеспечивается выход разреза на широкую часть желчного протока. При этом диаметр вновь образованного соустья равняется диаметру просвета желчного протока. При парциальной ПСТ не достигается выход на широкую часть протока; ввиду цилиндрической формы просвета БДС, несмотря на возрастание длины разреза, диаметр вновь образованного соустья мало отличается от дооперационного, улучшения оттока желчи не наступает.

Величина ретенноза после ПСТ в среднем составляет 30% первоначального диаметра соустья, измеренного после рассечения БДС. Поэтому парциальная ПСТ может быть оправдана при удалении крупного камня, ущемленного в широком просвете БДС. При узком просвете парциальная ПСТ не обеспечивает улучшения желчеоттока. Если же при парциальной ПСТ рубец ниже устья вирсунгова протока, то может развиваться в последующем ретенционный панкреатит.

Осложнения после ПСТ наблюдались у 24 (15,0%) больных, у 9 (5,6%) из них — с летальным исходом. Причиной летального исхода у 6 больных был панкреонекроз.

ВЫВОДЫ

1. Точное измерение диаметра и оценка стадии воспалительного процесса в стенке желчного протока позволяют обоснованно выбрать способ завершения холедохотомии. Применение ПСТ ограничивается при диаметре желчного протока более 20 мм. Оптимальным следует считать диаметр до 15 мм при холедохите и 16—20 мм — если в стенке протока нет грубых склеротических изменений.

2. Максимальный диаметр образующегося после ПСТ соустья получается при разрезе от 15 до 25 мм, когда обеспечивается выход разреза на широкую часть протока. При ПСТ необходимо учитывать индивидуальные колебания длины БДС: БДС длиной 10—15 мм встречается в 60%, 16—20 мм — в 30% и 21—26 мм — в 10% наблюдений.

3. Величина ретенноза после ПСТ составляет 30% от первоначального диаметра соустья, измеренного непосредственно после рассечения БДС.

Поступила 24 апреля 1979 г.

УДК 616.36+616.995.121

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

В. Я. Глумов

*Кафедра патологической анатомии (зав. — проф. А. В. Пермяков) Ижевского
медицинского института*

Реферат. Изучены особенности структурных нарушений печени при эхинококкозе и некоторые клинические проявления этой болезни. Предложена клинко-анатомическая классификация эхинококкоза печени. Описана морфофункциональная патология органа, обусловленная паразитированием эхинококка. Даны некоторые разъяснения по формам конструкции диагнозов на современном этапе.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, классификация, диагностика.

Библиография: 6 названий.

Какой-либо единой классификации эхинококкоза печени в литературе до сих пор не утвердилось. В существующих классификациях не находят отражения различные формы (варианты) структурной патологии печени, связанные с паразитированием эхинококка. Следует отметить также путаницу в используемых исследователями терминологических понятиях и неадекватную их трактовку. Так, под множественным эхинококкозом одни авторы [2, 5] понимают поражение одного органа несколькими ларвоцистами, другие [4] — поражение паразитарными кистами различных органов.

Комплексное изучение операционного, секционного, клинического и экспериментального материала с привлечением современных морфологических, биохимических, иммунологических, рентгено-радиологических и других методов исследования позво-