

танных клинических алгоритмов профилактики основных осложнений ЭПСТ, применения дифференцированного подхода в лечении их разных вариантов удалось снизить частоту осложнений после ЭПСТ с 8,0 до 2,1%, а общую летальность с 2,0 до 0,4%.

Полученные результаты позволяют также сделать ряд излагаемых ниже практических рекомендаций.

Планирование типов вмешательств на БСДК должно осуществляться с учетом как его внешней формы, так и топографо-анатомических взаимоотношений в околососочковой зоне. Протяженность папиллотомии необходимо рассчитывать исходя из протяженности видимой и интрамуральной части сосочка. Соответственно длина ЭПСТ наименьшая при точечной форме БСДК, являющейся, как правило, следствием атрофических процессов, и наибольшая – при цилиндрической, чаще обусловленной гиперпластическими изменениями его структуры.

С целью профилактики кровотечений после ЭПСТ необходимо избегать больших разрезов при выраженной механической желтухе; декомпрессия билиарного дерева в этих случаях осуществляется путем назобилиарного дренирования. Особенности строения как артерий, так и вен БСДК обуславливают активную хирургическую тактику при кровотечениях после ЭПСТ в случае пересечения крупных сосудов.

Повторные вмешательства на БСДК в ранние сроки не опаснее первичных ЭПСТ по риску кровотечения. В более поздние сроки (3-4 месяца) необходимо учитывать изменения БСДК вследствие рубцевания и ограничивать длину папиллотомии для профилактики возможного кровотечения из крупных артерий, подтянутых к устью предыдущей ЭПСТ.

Профилактика рестенозов БСДК после ЭПСТ должна основываться на выполнении первичного вмешательства в полном объеме, с учетом возможности возникновения осложнений. Малые, этапные ЭПСТ, сопровождаясь более выраженными воспалительными явлениями, предопределяют большую степень последующего рубцевания.

При возникновении ретроуденальной перфорации после ЭПСТ необходимо определить по совокупности признаков ее вид – в зависимости от этого следует выбирать лечебную тактику.

С целью профилактики острого панкреатита после ЭПСТ необходимо учитывать взаимоотношения терминального отдела холедоха и вирсунгова протока при различных формах БСДК. Трудности канюляции, неоднократное попадание папиллотома в ГППЖ обуславливают необходимость выбора другого вида папиллотомии.

В условиях холангита причиной острого панкреатита может стать рефлюкс инфицированного содержимого в панкреатический проток при выполнении РХПГ вследствие повышения билиарного давления из-за отсутствия дренажа через БСДК. В данной ситуации при выполнении РХПГ следует вводить минимум контрастного вещества, необходимый для контроля правильного положения папиллотома с последующей декомпрессивной ЭПСТ. В случаях необходимости уточнения изменений желчных протоков последующая РХПГ должна выполняться при наличии свободного оттока содержимого через рассеченный БСДК.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ПЕРФОРАЦИЙ ПОСЛЕ ПАПИЛЛОТОМИИ

В.Д. Луценко, А.П. Седов, А.А. Должиков, И.П. Парфёнов, Т.Н. Татьянаенко

Ретроуденальные перфорации после эндоскопической папиллотомии (ЭПСТ) являются одним из грозных осложнений, относительно профилактики и лечения которого до сих пор нет согласия среди специалистов, осуществляющих эндоскопические вме-

шательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК).

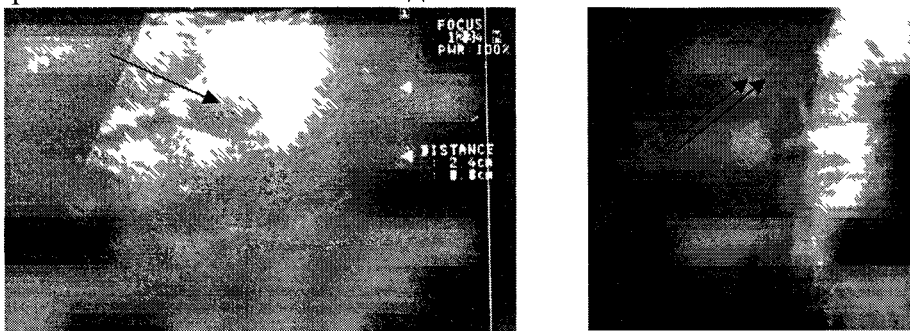
Нами при клиническом анализе 2-х случаев ретродуоденальных перфораций после ЭПСТ, встретившихся в общем числе 769 папиллотомий, выполненных нами за 10 лет. На материале 144 аутопсий проведено гистотопографическое исследование области вхождения общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку и прилежащей части головки поджелудочной железы, определение протяженности сфинктерных образований сосочка, из них в 43 наблюдениях моделирована ЭПСТ с целью определения протяженности возможного папиллотомического разреза и его зависимости от внешних характеристик сосочка.

Имея опыт 769 папиллотомий, мы столкнулись в 2-х случаях с ретродуоденальной перфорацией, как осложнением после ЭПСТ, что составило 0,26%. Приводим оба примера как иллюстрацию различных клинических вариантов данного осложнения.

Больная К., 69 лет поступила в гепатологический центр для лечения по поводу механической желтухи (общий билирубин 368 мкмоль/л). В анамнезе инфаркт миокарда (1,5 года назад); у больной ожирение III ст., ИПБ. Диагностирована дилатация холедоха с наличием в нем множества теней конкрементов. Через 2 часа после ЭПСТ у больной возникли резкие боли в правом подреберье, ухудшилось общее состояние, появились признаки перитонита. Больной в экстренном порядке выполнена лапаротомия. Обнаружено желчное пропитывание забрюшинной клетчатки справа от двенадцатиперстной кишки, там же очаги стеатонекроза. После мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру-Клермону обнаружено перфоративное отверстие на задней стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки размером 2х3 мм. Отверстие ушито, произведено дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки. Однако на 2-е сутки больная умерла от прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности.

Ретродуоденальные перфорации могут протекать и в другой клинической форме, требуя иного подхода к лечению.

Больная Б., 56 лет, поступила в гепатологический центр с резидуальным холедохолитиазом, механической желтухой (общий билирубин 68 мкмоль/л). 6 месяцев назад произведена лапароскопическая холецистэктомия. На холангиограммах обнаружены 2 конкремента холедоха диаметром до 0,8 см с дилатацией протока до 13 мм. Выполнена ЭПСТ без технических особенностей. Через сутки после папиллотомии у больной появились интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую поясничную область, повысилась температура, развился сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных нейтрофилов 12%). При УЗИ между двенадцатиперстной кишкой и почкой справа выявлено скопление жидкости.



Снимок 1 скопление жидкости забрюшинно (стрелка), газ забрюшинно (двойная стрелка).

В связи с отсутствием перитонеальных симптомов лапаротомия больной не показана, выполнены назобиллярное дренирование, постоянная декомпрессия желудка и двенадцатиперстной кишки, назначена противовоспалительная терапия. В результате проведенного лечения состояние больной улучшалось, нормализовалась температура, исчез болевой синдром. Отмечалось прогрессирующее уменьшение количества жидкости в забрюшинной клетчатке. Больная выписана, осмотрена через полгода, жалоб не предъявляет.

В первом случае мы столкнулись с классическим вариантом перфорации задней стенки двенадцатиперстной кишки, при котором расходятся стенки органов и агрессивное кишечное содержимое поступает в забрюшинную клетчатку. При этом происходит протеолитическое расплавление тканей и образование стеатонекрозов. Очевидно, что с самого начала процесс распространения агрессивного содержимого двенадцатиперстной кишки по забрюшинной клетчатке имеет необратимую форму, ткани быстро инфицируются. Поэтому консервативное лечение при данном варианте ретродуоденальной перфорации не имеет перспектив. Данный тип перфораций мы характеризуем как дистальный. Механизм его развития представлен на рисунке 1.

Место расхождения стенок ОЖП и 12-
типерстной кишки с попаданием желчи и

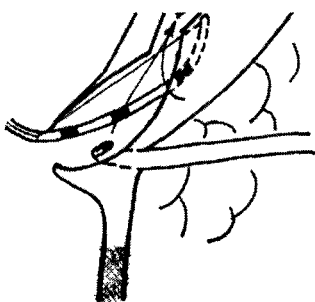


Рис. 1. Схема развития дистального типа перфорации ОЖП вследствие папиллотомии за пределы его интрамуральной части

Во втором случае возникла микроперфорация дистального отдела общего желчного протока, которую можно объяснить только коагулирующим действием дистальной части режущей струны, погруженной в желчь и касающейся стенки холедоха. При этом разрез БСДК оказывается дистальнее, микроперфорация проксимальнее. Поэтому болевой синдром возник только через сутки, поскольку желчь менее агрессивна по отношению к тканям, чем кишечное содержимое, и даже некротизированные ткани сдерживают некоторое время ее распространение. Перфорации такого типа мы обозначаем как проксимальные относительно устья главного панкреатического протока,

Зона некроза стенки ОЖП при «закипании» желчи в области дистальной части струны папиллотома

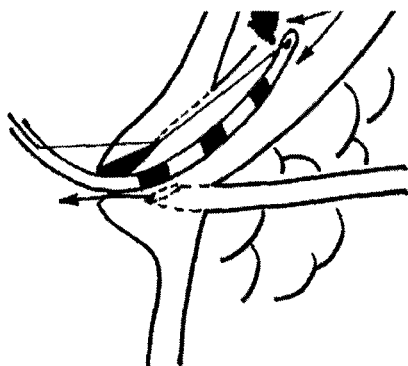


Рис. 2. Схема развития проксимального типа перфорации общего желчного протока

При гистотопографическом исследовании установлено, что в месте вхождения протоков в стенку двенадцатиперстной кишки основной объем составляет волокнистая со-

единительная ткань с включениями жировой, формирующая единый мягкий остов в месте прилегания головки поджелудочной железы к кишке и образования диастазов ее мышечной оболочки в местах входа протоков. Соединительнотканые элементы из области угла между стенкой общего желчного протока и двенадцатиперстной кишкой непрерывно продолжают как в соединительнотканый (фиброзно-мышечный) слой стенки канала сосочка, так и в междольковую строму головки поджелудочной железы по ходу главного протока. Проксимальнее общего желчного протока таким образом создается достаточно широкий соединительнотканый каркас, изолирующий передне-латеральную (обращенную к кишке) стенку протока от ткани поджелудочной железы. Дистальнее – в месте входа главного панкреатического протока, имеется более тесный контакт области вхождения протоков в кишку и ткани поджелудочной железы, которая вместе с продольными мышечными элементами мелкими дольками проникает в область угла между протоками.

Длина дуоденальной части сосочка достоверно отличалась в зависимости от формы. При этом наибольшей вариативностью характеризуется цилиндрическая форма.

При измерении расстояния от устья сосочка до общего желчного протока выявлена его наибольшая величина при цилиндрической форме сосочка, которая достоверно больше, чем при точечной форме БСДК. Корреляционная связь между формой сосочка, расстоянием от устья до общего желчного протока закономерно отрицательная сильная ($r = -0,81$).

Расстояние от устья сосочка до основания поперечной складки в зависимости от формы сосочка достоверно не отличалось, составляя в среднем 12,5 мм, 9,3 мм и 7,7 мм соответственно при цилиндрической, конической и точечной формах.

Однако корреляционная зависимость между длиной дуоденальной части БСДК и расстоянием до основания поперечной складки оказалась в зависимости от формы сосочка, уменьшаясь в ряду: цилиндрическая ($r = 0,796$), коническая (0,424), точечная (0,280). Данный факт указывает на то, что наименее постоянна и, видимо, наименее надежна как анатомический ориентир связь между этими характеристиками сосочка при его точечной форме.

При анализе связи длины дуоденального отдела и расстояния от устья сосочка до общего желчного протока корреляционной связи не выявлено. Однако при сопоставлении внешних анатомических параметров сосочка с суммарной длиной его интрамуральных частей (в толще подслизистой основы и мышечной оболочки) получены данные, свидетельствующие о зависимости расстояния от устья сосочка до раскрытия общего желчного протока от длины интрамуральных частей БСДК. Средняя длина интрамуральных частей при цилиндрической форме составила $8,62 \pm 0,60$ мм и оказалась достоверно большей в сравнении с конической формой ($6,50 \pm 0,57$ мм; $p < 0,05$) и точечной ($4,70 \pm 0,68$ мм; $p < 0,001$). Суммарно, без подразделения на формы, между протяженностью разреза до общего желчного протока и длиной интрамуральных частей сосочка выявлена сильная прямая корреляционная связь ($r = 0,773$). При подразделении на формы оказалось, что наибольшая зависимость данных параметров имеется при конической ($r = 0,879$) и точечной ($r = 0,894$) формах БСДК. Полученные данные свидетельствуют о том, что определяющей в возможной папиллотомической протяженности разреза является длина интрамуральных частей сосочка, а внешний вид дуоденальной части БСДК отражает его особенности закономерно и является наименее надежным при точечной форме.

Выводы. Таким образом, установлена связь внешней формы БСДК с протяженностью его интрамуральных отделов, что определяет необходимость дифференцированного подхода при выборе длины папиллотомического разреза для профилактики развития ретродуоденальных перфораций. Риск последних наибольший при точечной форме БСДК. Ретродуоденальные перфорации целесообразно подразделять на 2 охарактеризованных нами типа с учетом разной лечебной тактики при их возникновении. При

дистальных перфорациях показано экстренное оперативное вмешательство; при проксимальных – возможно консервативное лечение, включающее назобилиарное дренирование.

Литература.

1. Брискин Б.С., Эктов П.В., Карцев А.Г. // Эндоскопическая хирургия. 2003, №1, С. 30.
2. Зубарев Л. А., Кузовлев Н. Ф., Гальперин Э.И. // Материалы Российского симпозиума «Осложнения эндоскопической хирургии». Москва. – 1996. – С. 192.
3. Польшко С.И., Москалев А.П. // IV конференция хирургов – гепатологов «Современные проблемы хирургической геронтологии»: Тез. Докл. – Тула, 1996.- Т.1. – С. 105.
4. Соколов Л.К., Агейчева М.В., Малкерова Н.Н. и др. // Хирургия. – 1995.- №5. – С. 22.
5. Шаполянц С.Г. // Материалы Российского симпозиума «Осложнения эндоскопической хирургии». – Москва. – 19996. – С. 228.
6. Cotton P.V., Lehman G., Vennes J. et al. // Gastrointestinal Endoscopy – 1991 – Vol. 37, № 3. – P. 383.
7. Leese T., Neoptolemos J. P., Carr – Locke D.L. // Brit. J. Surg. – 1985.- Vol. 72. – P. 215.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАПИЛЛОТОМИЙ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВОВАШИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Н А БОЛЬШОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ (морфологическое обоснование)

В.Д. Луценко, А.П. Седов, А.А. Должиков, И.П. Парфёнов, Т.Н. Татьянаенко

Актуальность. Одним из наименее изученных вопросов в хирургии желчных путей являются морфологические изменения большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) после эндоскопических вмешательств на нем – эндоскопической папиллотомии (ЭПСТ), что отчасти связано с объективными сложностями набора первичного материала исследования.

Материалы и методы. С учетом явной роли изменений БСДК после предшествовавших вмешательств на нем в развитии осложнений при выполнении повторных операций, мы провели морфологическое исследование особенностей заживления папиллотомических разрезов в различные сроки. Использован материал 13 аутопсий (4 мужчины, 9 женщин в возрасте от 62 до 82 лет). В 1 случае непосредственной причиной смерти было кровотечение после папиллотомии, в 1 – холангиогенные абсцессы печени, в остальных смерть наступила от причин, непосредственно не связанных с вмешательствами на БСДК (инфаркты миокарда, тромбоэмболии легочных артерий, суицид). По срокам наблюдений материал представлен 7 случаями на 3-и сутки после первичной папиллотомии, 2 случаями на 7-е сутки, 1 случаем на 9-е сутки после первичной и 2-е после повторной папиллотомии, 1 – на 17-е сутки после первичной и 3-и после повторной папиллотомии, , 1 –через 30 суток, 1 – через 9 месяцев после ЭПСТ.

Результаты исследования и обсуждение. Патоморфологическая картина изменений БСДК в ранние сроки (3, 7, 9 суток) свидетельствует об относительной пролонгированности экссудативной фазы воспаления и более позднем формировании элементов грануляционной ткани, прежде всего, кровеносных сосудов в сравнении с типичной динамикой воспалительного процесса. Одним из основных факторов этого вероятнее является среда дуоденального содержимого, содержащего агрессивные компоненты. Распространенный тромбоз артериальных сосудов, обусловленный коагулирующим действием папиллотомии, наряду с относительно слабым развитием сосудов грануляционной ткани к исходу первой недели после папиллотомии создают благоприятные условия для повторной операции в течение данного срока с небольшим риском возникновения клинически значимых кровотечений.