

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. Шапольяц 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.

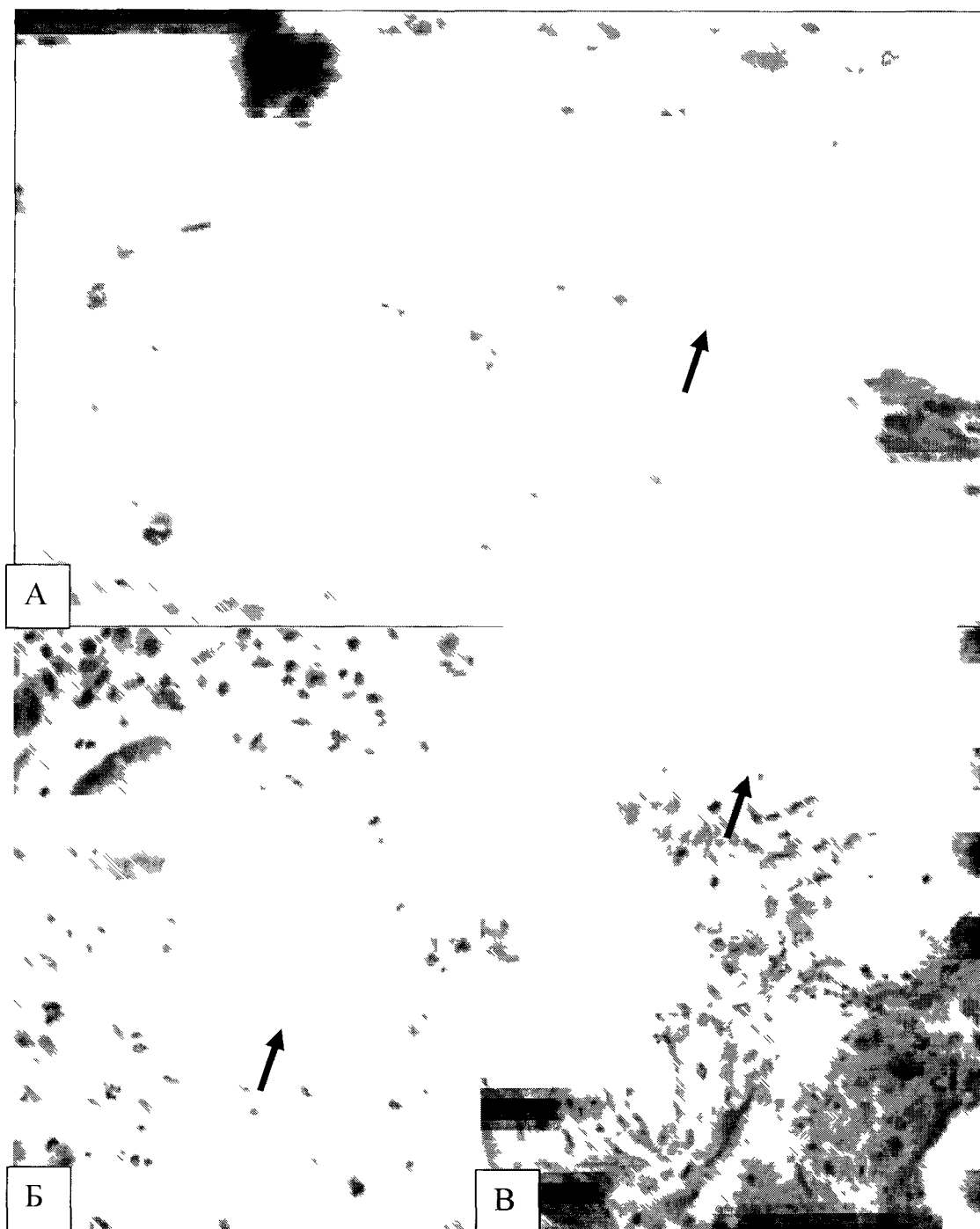
## ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАПИЛЛОТОМИЙ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВОВАШИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ Н А БОЛЬШОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ (морфологическое обоснование)

*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.



**Микрофото 1.** Патоморфология сосудов БСДК на 7-е сутки после папиллотомии обтурирующий фибриновый тромб (стрелка) в артерии, резкая дилатация и полнокровие вен (А), смешанный тромб (стрелка) в мелкой вене между железами (Б), фибриноидный некроз периваскулярных участков (стрелка), полнокровие и эритроцитозы в венах (В) Окраска гематоксилином и эозином Ув X 600

Источником последних в большей степени могут быть кавернозно измененные вены. Преувеличенной, по нашему мнению, является опасность кровотечений из новообразованных сосудов грануляционной ткани.

На изученном материале нами также установлено, что отсутствует значимое дистантное действие диатермического тока на вирсунгов проток, так как не выявлены воспалительные изменения и повреждения структур его стенки, а также межпротоковой перегородки.



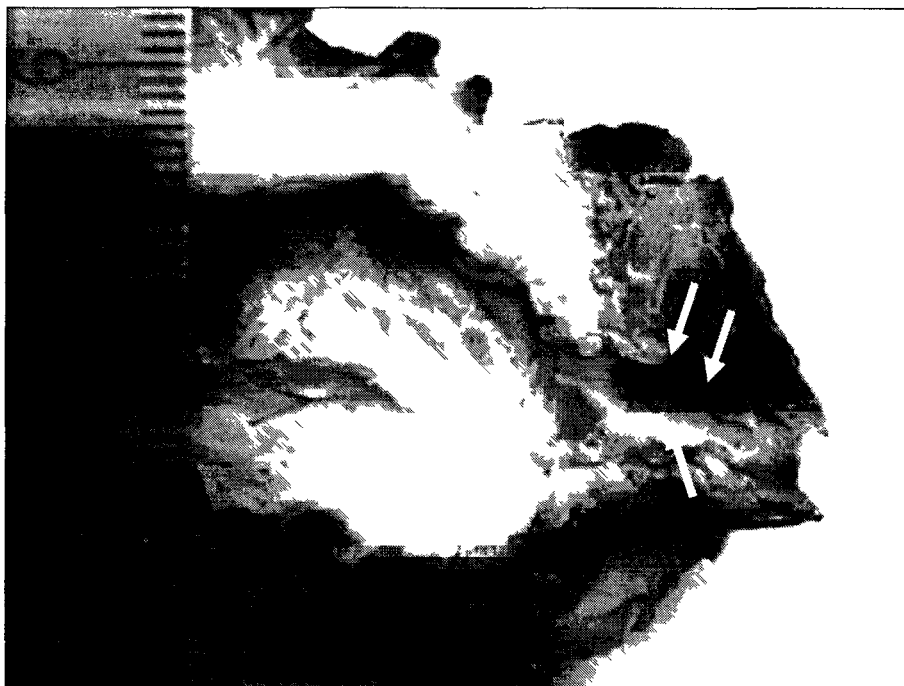
**Микрофото 2.** Структура межпротоковой перегородки и ее поверхностей со стороны общего желчного протока (стрелка) и главного панкреатического протока (двойная стрелка) на 7-сутки после папиллотомии. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. X 600

На ранних сроках после повторной папиллотомии в условиях, связанных с первичным вмешательством на БСДК, наблюдаются более выраженные воспалительные изменения.

Данное обстоятельство имеет клиническое значение с точки зрения вероятности развития постпапиллотомических стенозов, так как выраженность поствоспалительного фиброза прямо коррелирует с выраженностью воспалительной реакции. В связи с этим представляется оправданным выполнение максимально возможных по протяженности папиллотомий при первичных вмешательствах, рассчитанных на полную санацию билиарного дерева и ликвидацию билиарной гипертензии. Этапные папиллотомии следует, видимо, считать оправданными у пациентов с выраженной степенью механической желтухи, холангитом, поскольку они отличаются высоким риском ахолических кровотечений, что вынуждает нас применять назобилиарное дренирование после «ограниченной» ЭПСТ. В связи с особенностями интрамурального кровеносного русла БСДК риск клинически значимых кровотечений при небольшой длине папиллотомического разреза (3-4 мм), достаточного для проведения назобилиарного зонда, практически сводится к нулю.

На сроке 30 дней после ЭПСТ изучен 1 случай больного 69 лет, умершего от панкреатогенного сепсиса, связанного с ранее (до ЭПСТ) развившимся билиарным панкреонекрозом хвоста железы с формированием абсцессов левого поддиафрагмального пространства. При этом был достигнут клинический эффект папиллотомии – разгрузка желчных путей с ликвидацией механической желтухи.

Макроскопическая картина БСДК представлена на макрофото 3.



Макрофото 3 Внешний вид папиллотомического канала (двойная стрелка) и общего желчного протока через 30 дней после ЭПСТ сосок рассечен на протяжении 1,2 см до поперечной складки, устье вирсунгова протока расположено в области 19 часов циферблата (стрелка) Просвет холедоха широкий, свободно проходим

Патогистологически выявлено практически полное разрушение складок-клапанов, с сохранением трабекулярного рельефа канала сосочка и фрагментов слизистой оболочки лишь на его отдельных участках. Железы сосочка атрофированы. На всем протяжении папиллотомического канала определяется тонковолокнистая, с умеренной плотностью клеточного состава соединительная ткань

На сроке 9 месяцев после ЭПСТ патогистологически выявлены полное разрушение складок-клапанов слизистой оболочки, значительная атрофия желез и сфинктерных элементов стенки сосочка, преобладание фиброзирования и слабо выраженная мелкоочаговая лимфоидная инфильтрация. Деэпителизированные поверхности папиллотомического канала, особенно в мелких отлогах участках поверхностей, покрыты зернистыми, хлопьевидными и замазкообразными частицами компонентов желчи. Данная особенность структуры папиллотомического канала представляется клинически значимой с точки зрения возможностей рецидивного холелитиаза после папиллотомий, поскольку откладывающиеся преципитаты из компонентов желчи, не стабилизированные вырабатываемой в норме эпителием и железами желчных путей слизью, могут служить «центрами нуклеации» рецидивных камней.

**Заключение.** Наши клинические наблюдения показывают, что в результате фиброзных изменений отмечается «подтягивание» орального угла папиллотомического разреза вверх, с приближением его к поперечной складке, иногда с уходом под нее. С учетом расположения в проекции поперечной складки крупных интрамуральных артерий постпапиллотомический фиброз и связанные с ним изменения топографии структур в области впадения протоков в двенадцатиперстную кишку значительно повышают риск кровотечений после повторных папиллотомий в позднем периоде в сравнении с первичной ЭПСТ.

Предложенный алгоритм действий по профилактике постпапиллотомических кровотечений и изменение лечебной тактики при них позволили в совокупности снизить летальность от них до 0,2%.