

вредений эпителиальных структур (покровного эпителия и желез) как факторов рецидивного холедохолитиаза в связи с утратой стабилизирующего действия секреторных компонентов структур сосочка на компоненты желчи, а также наличием провоцирующих микролитиаз дезэпителизированных поверхностей. При этом наш клинический опыт свидетельствует, что образующиеся в папиллотомическом канале рецидивные камни отличаются мягкой консистенцией, рыхлой структурой и несложно удалимы инструментальным разрушением.

#### Литература

1 Гостишев В.К., Мисник В.И., Меграбян Р.А. // *Анналы хирургической гепатологии*. Москва. – 1998. – Т. 3. – С. 48-49.

2. Нечай А.И. // *Хирургия*. – 1998. – № 9. – С. 37-41.

## СТРУКТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАПИЛЛОТОМИЙ

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

Вопросы профилактики и лечения осложнений эндоскопической папиллотомии (ЭПСТ) при желчнокаменной болезни, особенно ее осложненных форм, являются одними из важнейших и до настоящего времени непросто решаемых в хирургии желчных путей. Наш опыт клинико-морфологических исследований (более 500 аутопсий) и эндоскопических вмешательств (769) на большом дуоденальном сосочке (БСДК) позволил сформулировать ряд позиций, которые в настоящее время являются определяющими для тактики вмешательств на сосочке при осложненных формах желчнокаменной болезни, предупреждении и лечении осложнений ЭПСТ.

Структурными предпосылками возникновения кровотечений после ЭПСТ являются особенности строения интрамуральных кровеносных сосудов БСДК: относительно слабое развитие мышечно-эластических структур стенки артерий, их тонкостенность и относительно широкие просветы (индекс Керногана 0,12-0,15), слабая выраженность мышечных элементов в стенках вен наряду с их внутрисфинктерным расположением. Кровотечения при ЭПСТ целесообразно дифференцировать на связанные с острой печеночной недостаточностью (холемические) и обусловленные пересечением крупных сосудов в толще стенки БСДК, что требует различной лечебной тактики: экстренное оперативное вмешательство при пересечении крупных сосудов и интенсивная гемостатическая терапия при холемических кровотечениях. Заживление папиллотомических ран отличается отсроченностью фазы организации раневого процесса, что обуславливает невысокий риск возникновения кровотечений при повторных ЭПСТ в связи со слабым развитием кровеносных сосудов грануляционной ткани. Риск возникновения кровотечений при повторной ЭПСТ в позднем периоде возрастает вследствие вовлечения сосудов БСДК в соединительнотканый рубец, деформации и изменения топографии компонентов стенки рассеченного сосочка.

Разделение ретродуоденальных перфораций на проксимальные и дистальные необходимо для осуществления рациональной лечебной тактики в случае их возникновения: при проксимальных предпочтительным является консервативное лечение, при дистальных – экстренная операция.

Возникновение острого панкреатита как осложнения папиллотомии не связано с дистантным термическим воздействием папиллотомата. Острый панкреатит развивается как следствие прямого повреждения панкреатического протока папиллотомом, коагуляцией или введением в проток контрастного вещества с развитием внутрипротоковой гипертензии. В данных ситуациях показана папиллотомия с декомпрессивной целью.

В итоге проведенных исследований и внедрения их результатов, учета динамики изменений БСДК при различных клинических вариантах осложненной желчнокаменной болезни и после предшествующих вмешательств на нем, использования разрабо-

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 околосоочковой 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, определяют 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-