

УДК:616-006.52-089.85-06:616.342

**РЕТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ПЕРФОРАЦИИ ПОСЛЕ ПАПИЛЛОТОМИЙ –  
– МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ**

Луценко В.Д., Куликовский В.Ф.,  
Павлова Т.В., Татьянаенко Т.Н., Должиков А.А.  
*Белгородский государственный университет,  
Курский государственный медицинский университет*

**Описаны 2 варианта ретродуоденальных перфораций после эндоскопической папиллотомии, которые отличаются механизмом возникновения и клинического течения. При морфологическом исследовании (144 аутопсии) показана связь между внешней формой и длиной интрамуральной части БСДК, что важно для планирования длины ЭПСТ.**

Одним из грозных осложнений эндоскопических папиллотомий (ЭПСТ) являются ретродуоденальные перфорации, которые встречаются в 0,2-0,5% наблюдений [3 – 7]. Однако до настоящего времени нет оптимальной тактики лечения больных с данным осложнением. Одни авторы считают ретродуоденальную перфорацию абсолютным показанием к экстренной операции, другие указывают, что для лечения достаточно хорошо дренировать желчные протоки и двенадцатиперстную кишку [1, 2].

В связи с неизученными аспектами данной проблемы нами проведен клинический анализ случаев ретродуоденальных перфораций после ЭПСТ и морфологическое изучение их предпосылок.

**Материал и методы исследования.** Проведен клинический анализ 2-х случаев ретродуоденальных перфораций после ЭПСТ. 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. Измерялись (в мм) длина дуоденального отдела сосочка, расстояние от его устья до основания поперечной складки слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки над сосочком, число складок по длине склона сосочка, расстояние от устья до полного раскрытия просвета общего желчного протока. Данные подвергнуты стандартной статистической обработке и корреляционному анализу с использованием средств электронных таблиц MS Excel-XP.

**Результаты исследования и обсуждение.** 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 под-

реберье 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. В связи с отсутствием перитонеальных симптомов лапаротомия больной не показана, выполнены назобилиарное 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. 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,

При гистотопографическом исследовании установлено, что в месте вхождения протоков в стенку двенадцатиперстной кишки основной объем составляет волокнистая соединительная 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. Соединительнотканьные 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 (таблица 1). При этом наибольшей вариативностью характеризуется цилиндрическая форма.

**Таблица 1.** Статистические показатели длины (мм) дуоденальной части сосочка

Показатель	Форма сосочка		
	<i>Цилиндрическая</i> n=79	<i>Коническая</i> n=28	<i>Точечная</i> n=33
$M \pm m^*$	8,15±0,35	4,07±0,20	2,64±0,13
$\Sigma$	3,10	1,05	0,74
Довер. интервал	0,68	0,39	0,25
Me	8,0	4,0	3,0
Mo	10,0	3,0	2,0
Min	2,0	2,0	1,0
Max	16,0	6,0	4,0
V	37,99	25,83	28,16

\* $p < 0,05$  между всеми типами.

При измерении расстояния от устья сосочка до общего желчного протока выявлена его наибольшая величина при цилиндрической форме сосочка (таблица 2), которая достоверно больше,

чем при точечной форме БСДК. Корреляционная связь между формой сосочка расстоянием от устья до общего желчного протока закономерно отрицательная сильная ( $r = -0,81$ ).

**Таблица 2.** Статистические показатели расстояния (мм) от устья БСДК до дистальной части общего желчного протока

Показатель	Форма сосочка		
	<i>Цилиндрическая</i> n=21	<i>Коническая</i> n=12	<i>Точечная</i> n=10
M+m	14,96±0,62	10,00±0,44	7,40±0,48*
Σ	2,85	1,54	1,51
Довер. интервал	1,22	0,87	0,93
Me	16,0	10,0	7,0
Mo	17,0	9,0	7,0
Min	9,0	8,0	6,0
Max	18,0	13,0	10,0
V	19,19	15,37	20,34

\* $p < 0,05$  в сравнении с цилиндрической формой.

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±0,60 мм и оказалась достоверно большей в сравнении с конической формой (6,50±0,57 мм;  $p < 0,05$ ) и точечной (4,70±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 не закономерно и является наименее надежным при точечной форме.

**Заключение.** 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.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брискин Б.С., Эктов П.В., Карцев А.Г. и др. // Эндоскопическая хирургия. 2003, №1, С. 30.
2. Зубарева 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 гепатологии»: 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. Шаповальянц С.Г. // Материалы Российского симпозиума "Осложнения эндоскопиче-

ской хирургии” . - Москва . - 1996 . - С. 228.

6. Cotton P.B., 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.

**RETRODUODENALNYE RETRODUODENALES OF PERFORATION AFTER PAPILOTOMIY  
- MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF MEDICAL TACTICS**

Lutsenko V.D., Kulikovskii V.F., Pavlova T.V., Tatyanyenko T.N., Dolzhikov A.A.

The are 2 variants of retroduodenal perforations after endoscopic papillotomy, depending on mechanisms and clinical course. Morphologically (144 autopsy cases) it was demonstrated, that there is an interrelation between the macroscopic shape of the major duodenal papilla and the lenth of intramural segment, which is important in endoscopic papillotomy.