

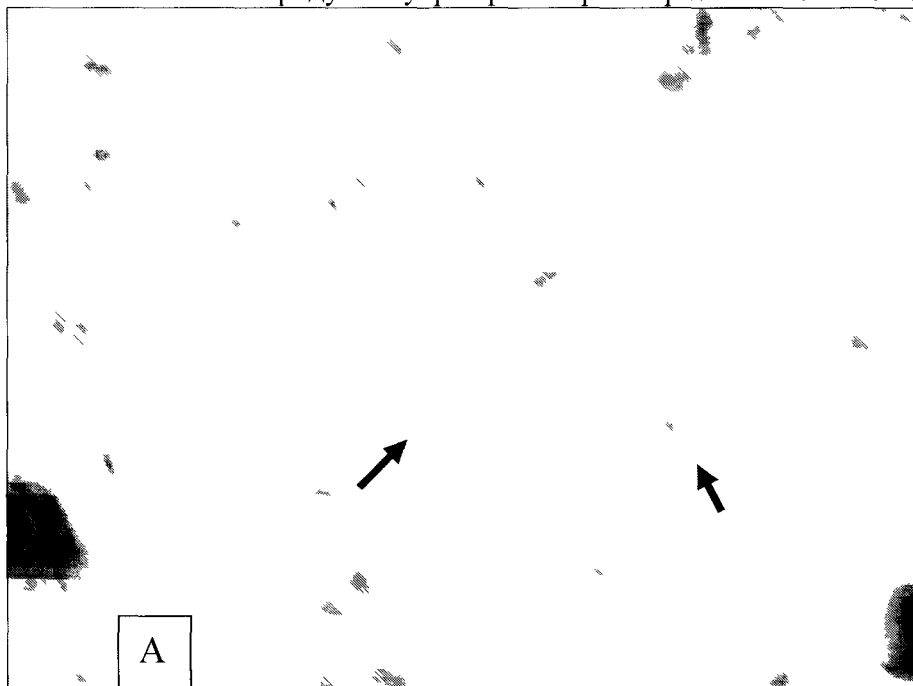
К ВОПРОСУ О РИСКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ПАПИЛЛОТОМИЯХ.

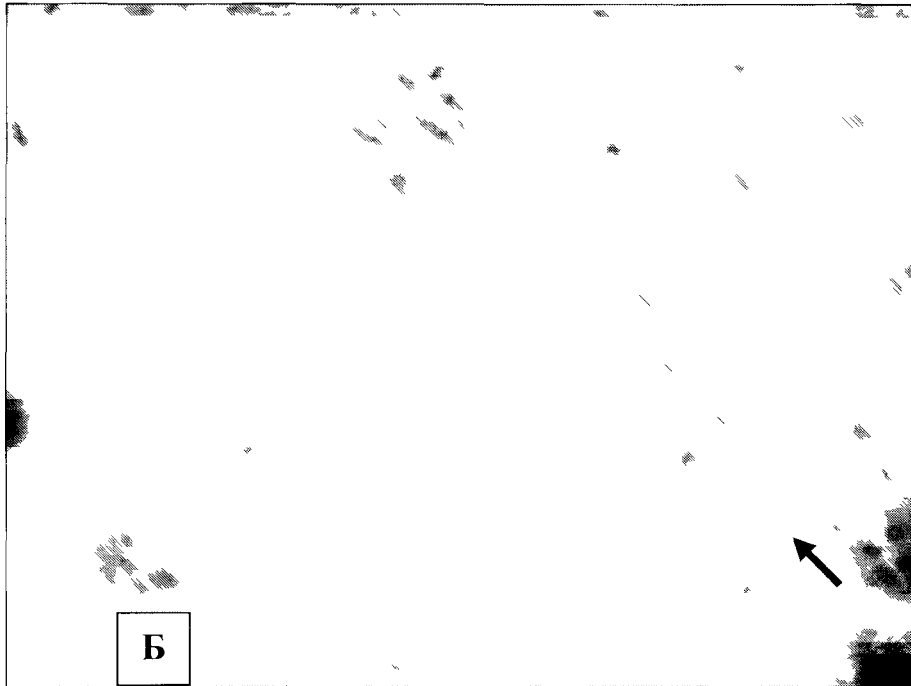
В.Д. Луценко, А.П. Седов, А.А. Должиков, И.П. Парфёнов, Т.Н. Татьянаенко

Актуальность. Несмотря на то, что изучены практически все причины возникновения кровотечений после ЭПСТ, роль структурных особенностей интрамуральных сосудов БСДК на наш взгляд, изучена недостаточно. Кровотечения являются одним из основных серьезных осложнений эндоскопических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК). Данное осложнение встречается у 2-11% больных (1-5)

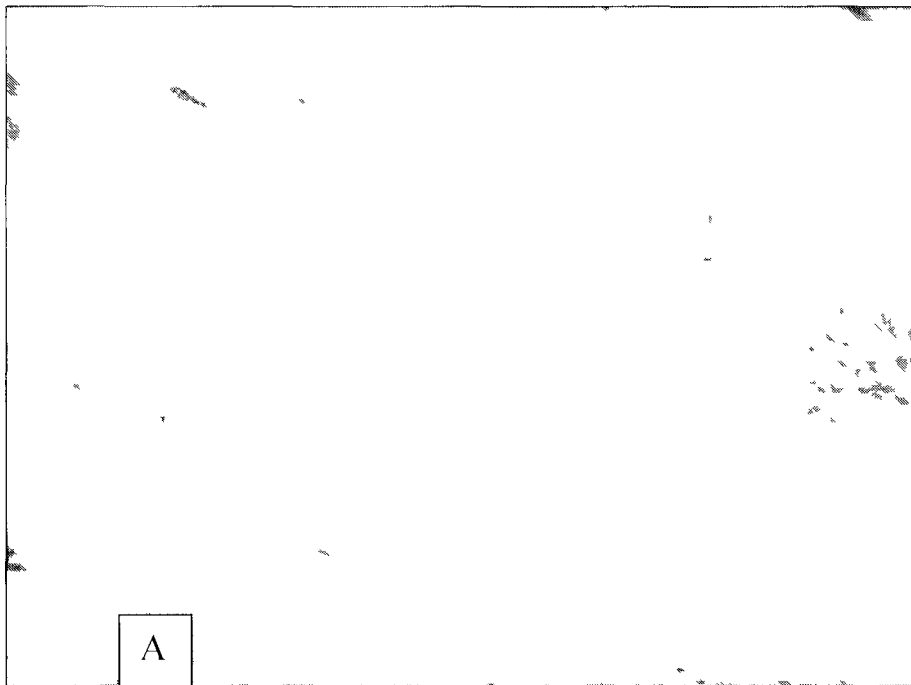
Материалы и методы. В нашей практике 769 эндоскопических папиллотомий (ЭПСТ) данное осложнение встретилось в целом в 8 случаях (1,1%). Соответственно изменениям лечебной тактики, основанным на выполняемых исследованиях структурных и клинических предпосылок данного осложнения, мы проанализировали результаты ЭПСТ за 2 периода. До разработки новых морфологически и клинически обоснованных тактических подходов и технических приемов кровотечения после ЭПСТ встретились в 5 случаях из 300 (1,6%), 2 из которых закончились летально. Материалом для морфологического исследования послужили 144 аутопсийных наблюдения как с желчекаменной болезнью, так и без неё

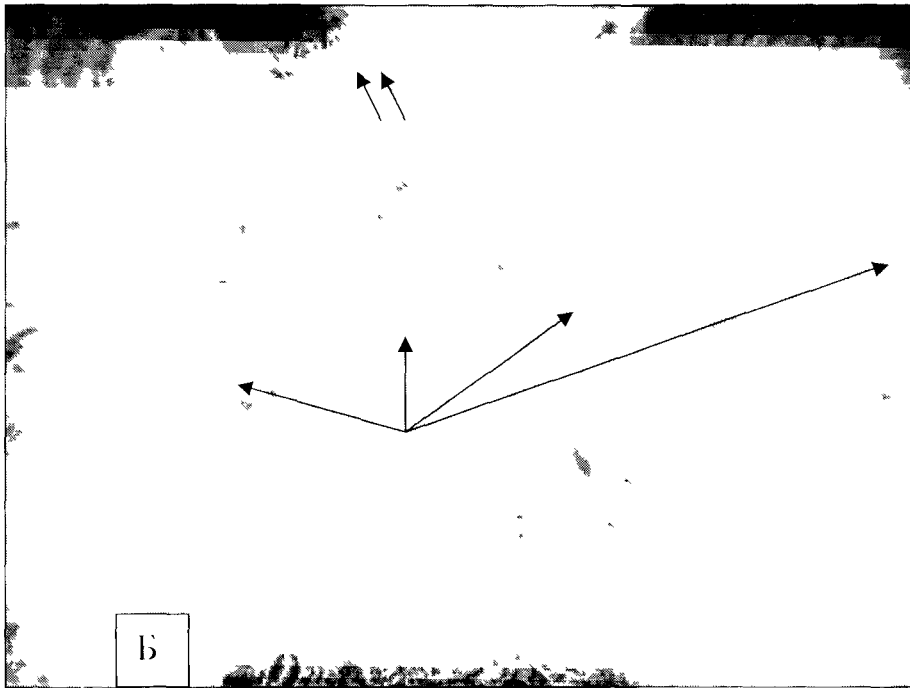
Результаты исследования и обсуждение. В результате клинического анализа и проведенных морфологических исследований БСДК установлено, что структурными предпосылками возникновения кровотечений после ЭПСТ являются особенности строения интрамуральных кровеносных сосудов БСДК, расположенных в толще подслизистой основы двенадцатиперстной кишки (наружном соединительнотканном слое сосочка) и мышечно-железистого слоя стенки сосочка: 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 внутрисфинктерным расположением последних





Микрофото 1. Структура артерий в области дуоденального отдела БСДК в 1-3 мм от устья (А) и в проекции основания поперечной складки (Б).
Окраска гематоксилином и эозином. Ув. X 600





Микрофото 2. Топография основных артерий стенки БСДК на уровне поперечной складки (А) и венозная сеть на протяжении склона сосочка кнаружи от сфинктера (двойная стрелка). Окраска гематоксилином и эозином. Ув. X 135

В венах БСДК адвентициальные структуры не выражены и стенки являются непосредственно связанными с окружающими соединительнотканными и мышечными элементами. При этом артериальные и венозные сосуды топографически расположены обособленно. Принципиальная схема кровеносных сосудов БСДК представлена на рисунке 3.

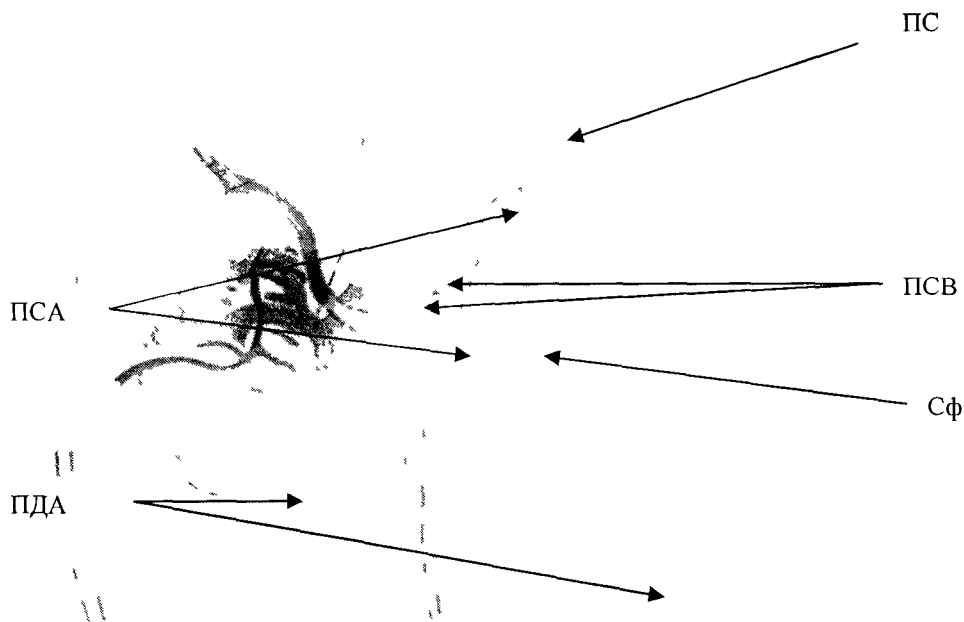


Рис. 3. Схема расположения основных интрамуральных сосудов БСДК. ПСА – подслизистые артерии, ПСВ – подслизистые вены, Сф – сфинктеры БСДК, ПДА – панкреатодуоденальные артерии, ПС – поперечная складка слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки

Слабая выраженность эласто-мышечных структур стенки артерий сосочка и значительная в сопоставлении с толщиной стенки ширина просветов являются, вероятно, основой их слабых резистивных и контрактильных свойств, что предрасполагает к возникновению значимых кровотечений, особенно из более крупных проксимальных сосудов. Этим же может быть объяснена резистентность возникающих из них после ЭПСТ кровотечений к консервативной гемостатической терапии. Изменения структуры тканей стенки сосочка, динамика течения воспаления вследствие термической и механической травмы при ЭПСТ и поствоспалительного склероза могут менять условия функционирования сосудистого русла, в частности, его гемостатические возможности. Утрата части сфинктеров в результате папиллотомии является фактором, предрасполагающим к снижению вазоконстрикции, зиянию просветов артериальных и венозных сосудов и, соответственно, к увеличению вероятности и интенсивности постпапиллотомических кровотечений при повторных ЭПСТ. Данные предположения подтверждены нами при последующем изучении динамики репаративных процессов в стенке БСДК в различные сроки после первичных и повторных вмешательств.

Кровотечение осложнило ЭПСТ в 5 (1,6%) случаях у больных первой группы, причем на фоне механической желтухи, особенно холангита. С учетом данного обстоятельства у больных с выраженной желтухой (более 200 мкмоль/л) мы применяли гемостатическую терапию в до- и постоперационном периоде.

Другой причиной кровотечения может стать слишком большой по протяженности разрез при выполнении ЭПСТ. С этим мы столкнулись в 2-х случаях у больных первой группы.

Клинический анализ позволил прийти к заключению, что кровотечения после ЭПСТ возникают в следующих ситуациях.

1. Недостаточность факторов свертывания крови при печеночной недостаточности на фоне длительно существующей механической желтухи.
2. Травматизация краев папиллотомии при затрудненном отхождении конкрементов вследствие несоответствия размеров последнего размерам созданного соустья.
3. Избыточная длина разреза БСДК при попытке извлечения крупных конкрементов.

С учетом причин развития кровотечений после ЭПСТ у больных первой группы нами был разработан и внедрен алгоритм действий у больных с механической желтухой, холангитом, направленный на снижение количества кровотечений и летальности от них, который позволил трехкратно снизить как частоту данного осложнения, так и летальность при нем – во второй период исследования кровотечения осложнили ЭПСТ только в 0,6% случаев (3 из 469), из которых только 1 закончился летально.

Заключение. Охарактеризованные особенности расположения, строения и взаимоотношений интрамуральных сосудов БСДК с его стромой и сфинктерными образованиями, по нашему мнению, имеют значение для вероятности развития кровотечений при первичных вмешательствах на сосочке. Кроме этого, изменения структуры тканей стенки сосочка, динамика течения воспаления вследствие термической и механической травмы при ЭПСТ и поствоспалительного склероза могут менять условия функционирования сосудистого русла, в частности, его гемостатические возможности. Утрата части сфинктеров в результате папиллотомии является фактором, предрасполагающим к снижению вазоконстрикции, зиянию просветов артериальных и венозных сосудов и, соответственно, к увеличению вероятности и интенсивности постпапиллотомических кровотечений при повторных ЭПСТ.

Литература.

1. Зубарев Л.А., Кузовлев Н.Ф., Гальперин Э.И. // Материалы Российского симпозиума «Осложнения эндоскопической хирургии». – 1996. – С. 192.
2. Шаповальянц С.Г. // Материалы Российского симпозиума «Осложнения эндоскопической хирургии». – Москва. – 1996. – С. 228.
3. Biazotto W. // Anat. Anz. – 1990/ – V. 171(2). P/ 105-108/
4. Cotton P.B., Lehman G., Vennes J. et al. // Gastrointestinal Endoscopy – 1991 – Vol/ 37, № 3.-P. 383.
5. Leese T., Neoptolemos J. P., Carr-Locke D.L. // Brit. J. Surg. – 1985. – Vol. 72. –P. 215.