

вазивних оперативних втручань, та двоетапної тактики ліквідації біліарної обструкції доброякісної етіології супроводжується вірогідним зменшенням кількості гнійно-септичних абдомінальних ускладнень та повторних оперативних втручань на 10,6%, кількості плевропульмональних та раньових ускладнень на 6,6% та 8,0% порівняно з хворими при застосуванні методів зовнішньої та внутрішньої декомпресії, що й було підтверджено позитивною динамікою нормалізації маркерів синдрому системної запальної відповіді.

Перспективи подальших досліджень. На основі досліджень планується проведення оцінки

факторів ризику ускладненого перебігу післяопераційного періоду у хворих з ОЖ для визначення об'єктивних критеріїв його прогнозування та розробка відповідних алгоритмів програми комплексної консервативної терапії в період передопераційної підготовки та післяопераційної курації хворих з ОЖ в залежності від етіопатогенетичних механізмів мікробної транслокації з урахуванням виникаючих змін системи імунного статусу, синдрому ендогенної токсемії, антиоксидантного дисбалансу та системного запалення в залежності від ступеня важкості стану, тривалості холестази та способу біліарної декомпресії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дудченко М.А. Влияние гипоксии на проницаемость мембран гепатоцитов // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2005. – Т. 5, випуск 1 (9). – С. 151–153.
2. Костецький М.С., Костецький Р.М. Клініко-лабораторні паралелі механічної жовтяниці // Матеріали 21 з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 1. – С. 194 – 195.
3. Шевчук М.Г., Ткачук О.Л., Месоедова В.А. Порівняльна оцінка паліативних жовчовідвідних втручань у хворих на механічні жовтяниці пухлинного генезу // Матеріали 21 з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 1. – С. 299 – 301.
4. Экстренная хирургия желчных путей / Руководство для врачей / Под ред. профессора П.Г. Кондратенко. – Донецк: ООО «Лебедь», 2005. – 434 с.
5. Bianchi R.A., Silva N.A., Natal M.L., Romero M.C. Utility of base deficit, lactic acid, microalbuminuria, and C-reactive protein in the early detection of complications in the immediate postoperative evolution // Clin. Biochem. – 2004. – Vol. 37, № 5. – P. 404 – 407.
6. Guzik T.J., Korbut R., Adamek-Guzik T. Nitric oxide and superoxide in inflammation and immune regulation // J. Physiol. Pharmacol. – 2003. – Vol. 54, № 4. – P. 469 – 487.
7. Watts J.A., Kline J.A., Thornton L.R., Grattan R.M., Brar S.S. Metabolic dysfunction and depletion of mitochondria in hearts of septic rats // J. Mol. Cell. Cardiol. – 2004. – Vol. 36, № 1. – P. 141-150.

SUMMARY

INFLUENCE THE METHODS OF BILIARY DECOMPRESSION ON POSTOPERATIVE PERIOD WAY AND PREVENTION OF COMPLICATION IN PATIENTS WITH NONCANCER OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Savoljuk S.I.

The study of concentration of markers of system inflammatory response syndrome (interleukin-1, interleukin-6, tumor necrosis factor, C-reactive protein) carried out at the 247 patients with obstructive jaundice in postoperative periods of dependence of methods biliary decompression.

Key words: obstructive jaundice – methods of biliary decompression – systemic inflammatory response syndrome – purulent and septic postoperative complications

УДК 616-066.52 – 089.11

ХІРУРГІЧНА АНАТОМІЯ СОСОЧКОВОГО СЕГМЕНТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Слободян О.М., Ахтемійчук Ю.Т., Манчуленко Д.Г., Слободян І.В.

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

РЕЗЮМЕ: літературне дослідження хірургічної анатомії папілярної ділянки засвідчує варіабельність топографії великого і малого сосочків дванадцятипалої кишки, що є наслідком складних просторово-часових перетворень на етапах онтогенезу. Дискусійні та суперечливі дані щодо морфоструктурного формування великого сосочка дванадцятипалої кишки. Не вивчені скелетотопія і мікромакроанатомія складових папілярної ділянки у перинатальному періоді онтогенезу.

Ключові слова: папілярна ділянка, великий сосочок дванадцятипалої кишки, анатомія, людина

В останні десятиріччя внаслідок збільшення кількості ускладнень після холецистектомії та холедоходуоденостомії, впровадження ендовідеоскопічних методів дослідження та хірургічних втручань особ-

ливої уваги надають вивченню ділянки великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК) [21, 30]. Привертає увагу той факт, що при виконанні спеціфічних для даної ділянки операцій існує підвище-

ний ризик виникнення ускладнень – гострого панкреатиту, заочеревинної флегмони, неспроможності швів дуоденальної стінки, кровотечі зі сфінктеротомічної рани. Низький відсоток радикальних операцій (8-46%), високий рівень післяопераційних ускладнень (24-48%) і летальності (10-40%) спонукають практичних лікарів відмовлятися від виконання оперативних втручань на ВСДПК [7, 17, 35].

Методом доопераційного виявлення раку ВСДПК є фіброезофагогастродуоденоскопія, діагностична ефективність якої становить 81,1% [16]. Пухлини ВСДПК піддаються радикальному видаленню тільки у 5% випадків [32]. П'ятирічне виживання після оперативних втручань на ВСДПК коливається від 23% до 57% [13, 16, 25].

Провідне місце в лікуванні захворювань панкреатобілярної ділянки, в тому числі й при холедохолітазі належить ендоскопічній папілосфінктеротомії. Ранні ускладнення після цієї операції становлять близько 10%, летальність – 1,5%, віддаленні ускладнення – від 5,2 до 24% [3, 15].

Розвиток білярної хірургії базується на всебічних відомостях про будову і функцію жовчних шляхів, здобутих у фундаментальних дослідженнях наших попередників.

ВСДПК вперше описаний Абрагамом Фатером (Vater) 1720 року. У літературі трапляються такі визначення даної структури: “*sacuncula major*”, “*papilla Vateri*”, “*ampula Vateri*”, “*diverticulum Vateri*”. Перший термін належить F.Glisson (1681), решту широко застосовували в першій половині ХХ століття. Нині правильним вважається термін “великий сосочок дванадцятипалої кишки”, визначений “Міжнародною анатомічною номенклатурою”.

М'язовий апарат ВСДПК описав Гендріксон (1908). Проте й досі тривають дискусії: чи сфінктер ВСДПК є самостійним утворенням, чи це скупчення різноспрямованих м'язових волокон стінки дванадцятипалої кишки (ДПК) [5, 10, 14, 34].

На нашу думку, суперечність зумовлена тим, що літературно-описова картина ділянки ВСДПК не узгоджена зі статистичною неоднорідністю даних експериментально-клінічних досліджень [8, 29]. Водночас детальне вивчення анатомії папілярної ділянки є запорукою успіху оперативних втручань та ендоскопічних маніпуляцій [24].

ВСДПК об'єднує дві анатомічні системи – білярну і панкреатичну. Тому розлади його функції часто є основною причиною порушення функції печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози. Як наголошував W.Hess (1961), в організмі людини немає жодної подібної ділянки, навіть незначні зміни якої викликають тяжкі розлади в організмі. ВСДПК походить з ембріонального печінкового дивертикула. Внаслідок природженого периферичного (аномального) розташування ВСДПК в 67,7% випадків виникає дилатація жовчних проток [34].

Пронизуючи медіальну стінку низхідної частини ДПК між двома панкреатичними протоками, спільна жовчна протока (СЖП) формує на слизовій оболонці поздовжню складку. Деякі автори стверджують, що ця складка анатомічно пов'язана з циркулярними складками Керкринга. Складка закінчується напівсферою, яка власне і є ВСДПК, на якому відкривається СЖП [5, 18].

Інтрамуральна частина СЖП найвузжча (3-5 мм), має потовщену стінку, завдовжки 3-30 мм, розміщується по медіальному краю низхідної частини ДПК. У межах стінки ДПК вона звужується, в підслизовому утворює ампулярне розширення. Чим вище місце впадання протоки, тим вона пряміше пронизує кишкову стінку, в зв'язку з чим створюються передумови розвитку дуоденально-папілярного рефлюксу [А.А.Шалімов і ін., 1975].

Ампулярне розширення СЖП завдовжки 2-39 мм і завширшки 2-6 мм являє собою “конічну порожнину, яка розміщена в *submucos duodeni* і біля основи має устя обох проток, а на верхівці маленький отвір (*rogus papillaris*), який відкривається в *sacuncula major*” [А.Ф.Башкиров, ...]. У просвіті ампули визначаються поперечні складки, які розміщені варіабельно і виконують функцію клапана. Поздовжні складки ДПК спрямовують тік жовчі, поперечні складки виконують функцію клапанів, чим пояснюють деякі труднощі канюляції ВСДПК під час ретроградної холангіопакреатографії [5].

Виділяють два типи ВСДПК: а) ліycopодібний – характеризується звуженням СЖП при переході в інтрамуральну частину, але зі збереженням достатнього просвіту; б) стрілоподібний – вирізняється поступовим звуженням СЖП у інтрамуральній частині і є продовженням звуження вищерозміщених частин. Часто ВСДПК міститься на рівні II поперекового хребця, на 40,0 мм справа від середньої лінії [І.М.Чудаков, 1981].

Орієнтиром місця впадання СЖП у ДПК слугує прикріплення кореня брижі поперечної ободової кишки до низхідної частини ДПК [І.Ф.Магюшин, 1975].

У стінці ДПК, вище і нижче рівня впадання СЖП, є пучки сполучнотканинних волокон, які виконують функцію фіксатора [5].

Розташування ВСДПК різноманітне. За даними одних дослідників [Н.В.Ташкинов, 1991; 23, 28], він частіше знаходиться в нижній третині низхідної частини ДПК, інші автори [І.П.Протасевич и др., 1989; 6] називають середню третину. Деякі автори [R.R.Ivatury et al., 1996; 14] топічно визначають його на межі верхньої і середньої третини низхідної частини ДПК. За даними А.А.Сотникова та ін. [1984], А.А.Шалімова та ін. [22], ВСДПК розміщений на відстані 4,5-14,0 см від воротаря шлунка (в середньому – 7-8 см). Проте окремі автори [31, 33] таке тлумачення його положення вважають нераціональним, оскільки подібна точність умовна, що зумовлено еластичністю та нерівністю поверхні ДПК.

ВСДПК розміщений на дистальному кінці поздовжньої складки на відстані 7-12 см від воротаря шлунка. У 90% випадків від ВСДПК каудальніше простягається додаткова складка слизової оболонки, тому сосочок визначається як серединне потовщення довгої поздовжньої складки [5].

Форма сосочка, в основному, напівсферична, рідко – шпичаста, що залежить від наявності і вираженості поздовжньої складки ДПК. Устя СЖП розміщене на верхівці ВСДПК, рідко – на бічній поверхні. Ендоскопічно та анатомічно виділяють два види устя: лійкоподібне і глибоке крипоподібне. Інші форми (овальне, щілиноподібне, точкове, зірчасте) є різновидом двох основних форм і залежить від функціональної лабільності ВСДПК [19].

В літературі вживаються такі терміни щодо його форми: напівсферична, циліндрична, конусоподібна, папілярна, плоска, щілиноподібно-плоска, напівкуляста, конусоподібна і плоска [N.Doctor et al., 1995; 22, 26]. Розміри висоти ВСДПК приблизно становлять: 1,5 мм – при плоскій формі, 10 мм – при конусоподібній [N.Doctor et al., 1995].

При наявності печінково-підшлункової ампули ВСДПК частіше має вигляд потовщення дистального кінця поздовжньої складки ДПК. При короткому спільному каналі, утвореному з'єднанням СЖП та головної протоки підшлункової залози (ГППЗ), частіше трапляється напівсферична або циліндрична форми ВСДПК [20].

Ендоскопічно ВСДПК горбкуватої форми, діаметром від 4 до 8 мм, рідко – плоско-горбкуватої та плоскої (або щілинно-плоскої) форми. Горбкуватою вважають таку форму, коли висота ВСДПК дорівнює її діаметру, при плоско-горбкуватій формі – висота менша від діаметра. Отвір ВСДПК ендоскопічно у формі щілини, крапки, у вигляді заглибини або лійки, округлої, неправильно округлої форми. Виділяють три типи поздовжньої складки – проекції інтрамурального відділу СЖП: звивистий, зірчастий та приплюснутий [14].

Багато авторів [А.А.Агафонов та ін., 1981; М.В.Данилов та ін., 1995; Д.Хурдайбердиев, 1981] надає особливого значення варіантам сполучення СЖП і ГППЗ, оскільки воно не постійне за місцем та величиною кута. У літературі [27, 31] наведені різноманітні класифікації щодо анатомії холедоховірсунгального сполучення. У контексті сучасної ендоскопії найбільш вдалою вважають класифікацію Milbourn [N.Doctor, 1995]:

1. Спільна жовчна протока (СЖП) сполучається з ГППЗ на верхівці ВСДПК з утворенням ампули, в яку впадають обидві протоки, або ампулу утворює СЖП, а ГППЗ впадає в неї (86%).

2. Сполучення проток відсутнє, але вони впадають в ампулу спільним отвором (6%).

3. Обидві протоки впадають у ДПК самостійно на відстані 1-2 см одна від другої (8%).

За даними літератури [Н.В.Ташкинов, 1991; 21, 34], у місці впадання ГППЗ у ВСДПК або у СЖП виявляється значне зуження (1,5-1,8 мм).

За даними А.А.Сотникова, А.И.Осипова [1984], СЖП і ГППЗ впадають окремо, на відстані 5 мм одна від другої, навколо них в інтрамуральному відділі є гладенькі м'язові волокна у вигляді вісімки. Тільки у 7,7% випадків між протоками відсутні м'язові зв'язки.

Поширений варіант сполучення СЖП і ГППЗ – так названий “спільний канал”, коли дані структури з'єднуються у стінці ДПК, трапляється у 96% випадків, v-подібний варіант – 6-40%, окреме впадання проток (у вигляді двостволки) – 2-65% [4].

По відношенню до СЖП, ГППЗ розміщується паралельно і нижче, з'єднується з нею під гострим кутом у секторі від 5 до 8 год. Не спостерігається впадання СЖП у ГППЗ [5].

Практичне значення має величина кута між сполученням СЖП та ГППЗ [И.Л.Серапинас, 1981; А.А.Сотникова та ін., 1984]. Цей кут коливається від 5 до 60° (в середньому – 26-30°).

Суперечливі дані літератури стосовно сфінктерних структур ВСДПК, зокрема про належність м'язів до стінки ДПК та кількості м'язів, які відносяться до сфінктерного апарату.

Доведено про складність будови і повну автономію м'язів ДПК. Згідно з Римським консенсусом (1999) рекомендовано виділяти дисфункцію сфінктера Одді [8]. Сфінктерний апарат ГППЗ виражений значно менше, ніж у СПЖ. Внаслідок цього низка авторів [А.А.Агафонов та ін., 1981; И.П.Протасевич та ін., 1989] пропонує виділяти циліндричну та кільцеподібну форми сфінктера ГППЗ. Для циліндричної форми характерна наявність сильно розвинутого замикача і веретеноподібного розширення надсфінктерної частини протоки завдовжки 20-30 мм (66%). Кільцеподібна форма сфінктера ППЗ вирізняється слабо розвинутим м'язовим замикачем і відсутністю розширення надсфінктерної частини (34%).

ВСДПК – найміцніша частина системи сфінктерів термінального відділу СЖП [R.R.Ivatury et al., 1996]. Крім цього сосочка, у м'язовому апараті розрізняють “середній” (інтрамуральний) сфінктер, завдовжки 5-27 мм, і внутрішній власний сфінктер СЖП, завдовжки 3-4 мм [14, 20].

Сфінктер термінального відділу СЖП і ГППЗ формується за рахунок поздовжнього шару м'язової оболонки ДПК завдяки переходу м'язових пучків на печінково-підшлункову ампулу з великою концентрацією їх на задньоверхній стінці. Циркулярний шар м'язової оболонки ДПК утворює потовщення в місці проходження проток і частково бере участь в утворенні холедохопанкреатичного сфінктера, віддаючи м'язові пучки на стінку проток, але меншою мірою, ніж поздовжній м'язовий шар ДПК [11].

В інтрамуральному відділі СЖП сфінктерний комплекс формується м'язовими пучками поздовжнього та циркулярного шарів м'язової оболонки ДПК. При цьому поздовжній шар повністю пере-

ходить на кінцеві відділи СЖП, а циркулярний утворює потовщення на рівні стінки ДПК [12].

Окремі дослідники висловлюють сумніви щодо існування сфінктерних структур ВСДПК [9, 14, 34]. При дослідженні зрізів папілярної ділянки і ВСДПК 156 трупів дорослих людей у жодному випадку не виявлено сфінктерів ВСДПК, СЖП і ГППЗ [5].

Ю.М.Шутов [1996] розробив методику топографоанатомічного обґрунтування хірургічного лікування стенозу ВСДПК або термінального відділу СЖП. При доліхоморфному типі будови тіла топографоанатомічні дані такі: підшлункова залоза на рівні III-IV поперекових хребців, СЖП значної довжини (10-12 см), має вертикальне спрямування, довжина ретродуоденальної частини – 5-6 см. У такому разі показано подвійне дренирування СЖП. При брахіоморфному типі підшлункова залоза визначається на рівні I поперекового хребця, СЖП має горизонтальне положення. Довжина СЖП 7-8 см, її ретродуоденальної частини – 2-3 см. У таких випадках показано холедоходуоденоанастомоз. При перехідному типі будови тіла підшлункова залоза знаходиться на рівні II-III поперекових хребців, СЖП розміщена під кутом 45°, довжина – 8-10 см, ретродуоденальної частини – 3-4 см. При такому варіанті достатньо виконати папілосфінктеротомію.

Гістологічна будова стінки обох проток схожа і представлена щільними сполучнотканинними структурами. Слизова оболонка проток представлена однашорим епітелієм. Волокна м'язового шару стінки ДПК, переплітаючись зі сполучнотканинними волокнами стінки СЖП, створюють надійне сполучення обох структур. Ззовні від м'язового шару ДПК стінка СЖП потовщується, утворюючи валик, за рахунок якого зменшується просвіт протоки. Валик являє собою аденофіброміозне потовщення стінки СЖП. До сполучення з м'язовим шаром ДПК СЖП оточена тканиною підшлункової залози, яка щільно примикає до м'язових структур. Межею між панкреатичною і інтрамуральною частинами СЖП є м'язовий шар ДПК. Інтрамуральна частина протоки і ВСДПК – одне й те саме утворення. ВСДПК являє собою аденофіброміозне потовщення стінки СЖП, яке покрите з обох боків слизовими оболонками протоки та ДПК і м'язовим шаром стінки кишки. Місце переходу слизової оболонки СЖП і ДПК знаходиться з боку просвіту кишки. Слизова оболонка кишки, яка покриває ВСДПК, поступово втрачає

складчастість, стоншується, підслизова основа значно зменшується і переходить у слизову оболонку СЖП. Така будова є місцем для утворенням злякисних пухлин. Сполучнотканинний компонент ВСДПК являє собою хаотично орієнтовані фіброзні волокна стінки СЖП, розділені залозистою тканиною та м'язовими волокнами. М'язовий компонент ВСДПК представлений неправильно орієнтованими волокнами, які простягаються медіальніше м'язової лійки і розміщені біля залоз ВСДПК. М'язові волокна розміщені в товщі валика сосочка окремо від м'язової лійки, але завжди біля залози [5].

Малий сосочок (МСДПК) трапляється від 30 до 92% випадків. Додаткова протока підшлункової залози (ДППЗ) є додатковим пристосувальним клапанним механізмом для евакуації панкреатичного секрету в ДПК. Відсутність ДППЗ є підвищеним ризиком розвитку панкреатиту. МСДПК зазвичай плоскої або плоско-горбкуватої форми діаметром 3-4 мм. Його устя визнається у вигляді крапки [14].

ДППЗ спостерігається у 23% випадків. У 85% спостережень ДППЗ відкривається краніальніше ВСДПК на 1,0-2,5 см, у 15% – каудальніше [А.А.Сотников та ін., 1984].

Наявність ДППЗ у передплідів і плодів, що самотійно впадає у ДПК, вважають варіантом розвитку [1, 31].

Незаперечним є твердження про те, що ДППЗ з'єднується з ГППЗ численими анастомозами [І.П.Протасевич та ін., 1984]. Відстань від МСДПК до воротаря шлунка становить 4-6 см. Пошук МСДПК проводять з метою виявлення *pancreas divisum* [2, 36]. Гістологічна будова МСДПК і ВСДПК схожа [5].

Висновки. Літературне дослідження хірургічної анатомії папілярної ділянки засвідчує варіабельність топографії великого і малого сосочків дванадцятипалої кишки, що є наслідком складних просторово-часових перетворень на етапах онтогенезу. Дискусійні та суперечливі дані щодо морфоструктурного формування великого сосочка дванадцятипалої кишки. Не вивчені скелетотопія і мікроанатомія складових папілярної ділянки у перинатальному періоді онтогенезу. Дослідження анатомічних особливостей папілярної ділянки в онтогенезі сприятимуть правильному тлумаченню новітніх методів дослідження і зменшенню післяопераційних ускладнень та летальності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахтемійчук Ю.Т. Топографічна анатомія підшлункової залози плода // Укр. мед. альманах. – 1999. – Т. 2, № 1. – С. 5-7.
2. Бельмер С.В., Коваленко А.А., Гасилина Т.В. Врожденные причины экзокринной недостаточности поджелудочной железы // Рус. мед. ж. – 2004. – Т. 12, № 16. – С. 43-44.
3. Болдіджар О.О. Ендоскопічна папілосфінктеротомія в лікуванні холедохолітіазу // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту, сер. «Медицина». – 2003. – Вип. 19. – С. 6-8.
4. Бородач А.В. Морфофункциональные особенности большого дуоденального сосочка и сфинктера Одди // Анналы хирург. гепатолог. – 2001. – Т. 6, № 1 – С. 146-151.

5. Брыскін Б.С., Титова Г.П., Этков В.П. и др. Новый взгляд на структуру запирательного механизма терминального отдела общего желчного протока // *Анналы хирург. гепатолог.* – 2003. – Т. 8, №1. – С. 63-71.
6. Должиков А.А. Структура большого сосочка двенадцатиперстной кишки (сравнительное морфологическое и экспериментальное исследование): Дис.... д-ра мед. наук. – Курск, 1997. – 291 с.
7. Иванова В.А., Мясничук В.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны. – М.: Камерон, 2004. – 136 с.
8. Калинин А.В. Дисфункции сфинктера Одди и их лечение // *Рус. мед. ж.* – 2003. – Т. 27, № 11. – С.11-13.
9. Колесников Л.Л. Некоторые особенности морфологии сфинктеров пищеварительного тракта: Матер. V Конгр. междунар. ассоциации морфол. // *Морфология.* – 2000. – Т. 117, № 3. – С. 60.
10. Колесников Л.Л. Сфинктерный аппарат человека. – СПб.: СпецЛит, 2000. – 183 с.
11. Лященко С.Н. Микрохирургическая анатомия большого дуоденального сосочка и сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы // *Морфология.* – 1999. – Т. 116, № 5. – С. 50-53.
12. Лященко С.Н., Коновалов Д.Ю. Макромикроскопическая топография внепеченочных желчных протоков в печеночно-двенадцатиперстной связке и стенке двенадцатиперстной кишки: Тез. докл. VI конгр. междунар. ассоц. морфологов // *Морфология.* – 2002. – Т. 121, № 2-3. – С. 95.
13. Мирошников Б.И., Белый Г.А. Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки // *Вестн. хир.* – 2002. – Т. 161, № 3. – С. 34-39.
14. Нечипай А.М., Будзинський А.А., Коваленко Т.В. и др. Эндоскопическая характеристика большого сосочка двенадцатиперстной кишки и папиллярной области // *Рос. ж. гастроэнтерол., гепатолог., копроктолог.* – 2002. – Т. 12, № 4. – С. 80-86.
15. Панцырев Ю.М., Шаповальянц С.Г., Федоров Е.Д. и др. Эндоскопическая баллонная дилатация сфинктера Одди при холедохолитиазе // *Анналы хирург. гепатолог.* – 2001. – Т. 6, № 2. – С. 64-71.
16. Поліщук В.Т., Борщівський В.М., Кудін І.П. Хірургічне лікування хворих на рак великого сосочка дванадцятипалої кишки // Матер. XXI з'їзда хірургів України. – Т. 1. – Запоріжжя, 2005. – С. 354-356.
17. Ручко А.Ф., Борская Л.Я. К вопросу о панкреатопатиях у детей // *Врачебная практика.* – 2003. – № 3. – С. 10-18.
18. Рябий С.І., Луканьова С.М. Формування великого сосочка дванадцятипалої кишки людини в ембріогенезі // Матер. II міжнар. наук.-практ. конф. "Динаміка наукових досліджень 2003". – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2003. – С. 53-54.
19. Суско А.П., Широченко Н.Д. Макромикроскопические и эндоскопические параллели в строении и положении большого дуоденального сосочка / Тез. докл. V конгр. МАМ // *Морфология.* – 2000. – Т. 117, № 3. – С. 118.
20. Сусл А.П., Широченко Н.Д. Корреляционные закономерности строения большого дуоденального сосочка / Матер. докл. VIII конгр. Междунар. ассоц. морфологов // *Морфология.* – 2006. – Т. 129, № 4. – С. 120-121.
21. Харнас С.С., Кулезнева Ю.В., Лачман Д. Дооперационная и интраоперационная диагностика хирургических заболеваний поджелудочной железы // *Хирургия.* – 2003. – №8. – С. 63-64.
22. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло С.А. и др. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь: Гаврилла, 1997. – 560 с.
23. Щербаков П.Л., Квирквелия М.А., Харитоновна Л.А. и др. Роль ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. // Сб. работ конф. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – М., 1998. – С. 36-41.
24. Akhan O., Ozmen M.N., Akinci D. Percutaneous treatment of Wirsung's duct stenosis secondary to chronic pancreatitis: balloon dilatation and insertion of a plastic stent // *Diagn. Interv. Radiol.* – 2006. – Vol. 12, № 1. – P. 47-49.
25. Al-Refaie W.B., Choi E.A., Tseng J.F. et al. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas // *Med. Princ. Pract.* – 2006. – Vol. 15, № 4. – P. 245-252.
26. Angelis P., Benjaminelli C. Duodenal ami pancreatic injuries // *Minerva Chir.* – 2000. – Vol. 55, № 4. – P. 238-245.
27. Beger, H.G., Schlosser W., Siech, M. et al. The surgical management of chronic pancreatitis: duodenum-preserving pancreaticectomy // *Advances in Surgery.* – 1999. – Vol. 32. – P. 87-104.
28. Bottger C.T., Engelmann R., Junginger T. Factors influencing morbidity and mortality after pancreaticoduodenectomy // A critical analysis of 264 resections. 38th World Congress of Surgery. – Vienna, 1999. – P. 49.
29. Chou S.J., Chou Y.W., Jan H.C. et al. Ectopic pancreas in the ampulla of Vater with obstructive jaundice. A case report and review of literature. // *Dig. Surg.* – 2006. – Vol. 23, № 4. – P. 26.
30. Clinical Pancreatology for practicing gastroenterologist and surgeons / Ed J.E. Domingues-Munos. – A Blackwell Publishing Company, 2005. – 535 p.
31. Corazziari E. Shatter E.A., Hogan W.J. et al. Functional Disorders of the Biliary Tract and the Pancreas // *The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment, Second Edition.* – Rome, 1999. – P. 433-481.
32. Harewood G.C., Pochron N.L., Gostout C.J. Prospective, randomized, controlled trial of prophylactic pancreatic stent placement for endoscopic snare excision of the duodenal ampulla // *Gastrointest. Endosc.* – 2005. – Vol. 62, № 3. – P. 367-370.
33. Jone I., Tsao M., Nimura Y. et al. Management of Hilar Holangiocarcinoma Comparison of an American and Japanese Experience // *Ann. Of Surg.* – 2000. – Vol. 232, № 2. – P. 166-174.
34. Li L., Yamataka A., Wang Y. et al. Anomalous pancreatic duct anatomy, ectopic distal location of the papilla of Vater and congenital biliary dilatation: a new developmental triad? // *Pediatr. Surg. Int.* – 2003. – Vol. 19, № 3. – P. 180.
35. Modlin I.M., Kid M. The paradox of the Pancreas: from Wirsung to Whipple. – Hanover: Politzki Print Productions, 2004. – 430 p.
36. Muraoka I., Ohno Y., Kobayashi K. et al. Preduodenal position of the common bile duct associated with annular pancreas: case report and literature review // *Pancreas.* – 2005. – Vol. 31, № 3. – P. 283-285.

SUMMARY

SURGICAL ANATOMY OF THE PAPILLARY REGION

Slobodian O.M., Akhtemiichuk Yu.T., Manchulenko D.H., Slobodian I.V.

A bibliographical study of the surgical anatomy of the papillary region is indicative of variable topography of the major and minor papillae of the duodenum, the latter being a consequence of spatial-temporal transformations at the stages of ontogenesis. The findings pertaining to the morphostructural formation of the major duodenal papilla are debatable and controversial. The skeletopia and micromacroanatomy of the constituents of the papillary region haven't been studied during the prenatal period of ontogenesis.

Key words: papillary region, duodenal major papilla, anatomy, human

УДК 616-005.1:616.33/.342-0025]-036.1.88

АНАЛІЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТІ ВІД ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Фомін П.Д., Запорожан С.Й.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м.Київ; Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль

РЕЗЮМЕ: в статті автор аналізує результати лікування у 5138 хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами та причини летальності в осіб похилого і старечого віку.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча, фіброгастродуоденоскопія

Вступ. Незважаючи на досягнення сучасної гастроентерології, пов'язані з використанням антиульцерозної фармакотерапії, кількість хворих із гастродуоденальними кровотечами фактично залишається незмінною [1, 7, 9]. Тому діагностика і лікування гострих, виразкових гастродуоденальних кровотеч на сьогоднішній день залишається актуальним питанням невідкладної хірургії.

За останні десятиріччя спостерігається незначний ріст захворюваності виразкової хвороби шлунка і ДПК серед країн Європи і США. Ріст захворювання пов'язують з урбанізацією, забрудненням довколишнього середовища [1].

За останніми даними виразковою хворобою шлунка і ДПК хворіє майже 10% населення планети [6]. Так, в Україні станом на 2005 рік зареєстровано 473 602 хворих на виразкову хворобу шлунка і ДПК, що складає 156,3 випадку на 10 000 населення [8]. Виразкова хвороба шлунка і ДПК характеризується великою частотою загострень та ускладнень в тому числі і кровотеч [1, 6, 7].

Гострі шлунково-кишкові кровотечі виразкового генезу залишаються складною і досі не вирішеною медичною проблемою [4]. Щороку в Україні фіксується 25 тис. госпіталізацій з приводу шлунково-кишкових кровотеч [7]. Більш як 4,5 тис пацієнтів щорічно переносять оперативні втручання з приводу гастродуоденальних кровотеч виразкової етіології. Поряд з цим стабільним залишається рівень летальності при виразковій кровотечі, який сягає від 3,5 до 15% [5, 7, 8, 9]. За останній період часу у більшості країн світу спостерігається постаріння вікових груп з виразковою хворобою шлунка і ДПК [1].

Слід відзначити, що у людей похилого і старечого віку розвиток виразкової хвороби, як правило, відбувається за двома варіантами.

В першому варіанті пацієнти хворіли виразковою хворобою в молодому і зрілому віці, отримали консервативну терапію в амбулаторних та стаціонарних умовах. В цьому випадку не виникає труднощів у діагностиці клінічних проявів виразкової хвороби.

В другому варіанті, коли захворювання виникає у похилому і старечому віці, крім основної патогенетичної ланки, незалежно від збудника *helicobacter pylori* важливе значення відіграють фактори зниження захисних властивостей слизової оболонки шлунка і в першу чергу атеросклеротичні зміни стінки судин, які в свою чергу зменшують трофіку слизової оболонки. Малосимптомність і стертість клінічної картини виразкової хвороби в похилому і старечому віці є важкою за перебігом, ніж у хворих в молодому та зрілому віці, особливо, коли йде мова про кровотечу.

Матеріали та методи. Дослідження проводили за результатами лікування хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами, які лікувались в Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч ЦРКЛ №12 м.Київ з 1998 по 2006 рр. За цей час проліковано 5138 хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами. 4666 пацієнтів (90,8%) проліковано консервативними методами, включаючи ендоскопічні методи гемостазу та лікування, а 472 хворим (9,2%) проведено оперативне лікування. Метою нашого дослідження було вивчення причин, помилок та ускладнень, які виникали при діагностиці виразкових гастродуоденальних кровотеч осіб похилого і