



В. П. Слободяник, В. А. Зосим, Д. А. Рагушин,
Ю. Ю. Воєвода, А. П. Куриленко, К. Д. Ткач

Національний військово-медичний клінічний центр
«Головний військовий клінічний госпіталь», Київ

ЕНДОСКОПІЧНА ПАПІЛЕКТОМІЯ ТА ЕНДОСКОПІЧНА ПАПІЛОСФІНКТЕРОТОМІЯ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Мета роботи — оцінити можливість клінічного застосування операції з видалення великого дуоденального сосочка (ВДС) за допомогою ендоскопічних методик при різних захворюваннях.

Матеріали і методи. У 2014—2017 рр. було проліковано 32 особи з приводу доброякісних стенозів і доброякісних пухлин НДС, з них 10 (31,25 %) жінок і 22 (68,75 %) чоловіка віком від 36 до 64 років, середній вік — 52 роки. Залежно від характеру ураження НДС та виду ендоскопічного лікування хворих розподілили на дві групи: перша — 21 (65,6 %) пацієнт з доброякісним стенозом НДС, друга — 11 (34,3 %) хворих з доброякісними утвореннями НДС. Петельну електроексцизію виконано 9 пацієнтам, петельну електроексцизію в поєднанні з ендоскопічною папілосфінктеротомією — 13, ендоскопічну папілектомію в поєднанні з аргонеплазмозною деструкцією — 6, ендоскопічну папілектомію в поєднанні з електричною деструкцією — 5, ендопротезування загальної жовчної протоки — 9, ендопротезування панкреатичної протоки — 4, ендопротезування обох проток — 19.

Результати та обговорення. Ускладнення виникли у 9 (28,1 %) хворих. У віддалений період усі пацієнти живі, функціональних порушень органів не виявлено.

Висновки. Ендоскопічне дослідження дає змогу визначити візуальні ознаки ураження НДС (зміну тканин сосочка). Діагностична ефективність ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії становила 81,5 %. Клінічний досвід показав, що ендоскопічна папілосфінктеротомія дає змогу значно зменшити кількість повторних хірургічних операцій на жовчних шляхах, післяопераційних ускладнень і летальність у хворих з патологією органів гепатопанкреатодуоденальної зони.

■

Ключові слова: великий дуоденальний сосочок, доброякісні пухлини, доброякісний стеноз, ендоскопічна папілектомія.

Кількість запальних і пухлинних захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної зони, які спричиняють непрохідність жовчовивідних шляхів, зростає. Серед цих захворювань важливе місце посідають патологічні зміни в ділянці великого дуоденального сосочка (ВДС) [1, 2, 16, 18, 20].

Існує широкий спектр патологічних змін НДС. Це запальні захворювання: гострі та хронічні папіліти з/без гіперпластичних процесів, доброякісні та злоякісні пухлини [3, 4, 11, 17].

За даними літератури, на частку раку НДС припадає 11,7—24,5 % від усіх злоякісних пухлин, які спричиняють механічну жовтяницю. Аденому НДС виявляють у 0,15 % ендоскопічних досліджень з приводу механічної жовтяниці, а серед

хворих з постхолецистектомічним синдромом (ПХЕС) — у 1,8—9,6 % випадків [1, 3, 8, 16].

До стенозу сосочка призводять п'ять чинників: 1) гіпертрофія або гіперплазія м'язових сфінктерів сосочка, 2) запальна інфільтрація м'язів, 3) гіперплазія залоз стінки сосочка, 4) набряк стінки і м'язових сфінктерів, 5) ураження НДС, пов'язані із захворюваннями дванадцятипалої кишки (ДПК) (виразкова хвороба, навколососочкові дивертикули) [5, 7, 9, 15].

Доброякісний стеноз НДС виявляють у 4—40 % хворих при первинних і у 11—84 % — при повторних операціях на жовчовивідних шляхах та підшлунковій залозі [11, 13, 20].

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), крім малої травматичності, дає

змогу виявити зміни термінального відділу загальної жовчної протоки і ВДС у 78,0—94,3 % хворих, тому цей метод у діагностиці патології гепатопанкреатодуоденальної зони визнано пріоритетним [6, 8, 10, 12, 14].

Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) дала змогу лікувати великий контингент хворих похилого та старечого віку з тяжкими супутніми захворюваннями. Частота ускладнень і летальність після ЕПСТ у кілька разів нижчі, ніж при порожнинних операціях. ЕПСТ є не лише операцією вибору в хворих з ПХЕС та ускладненими формами жовчнокам'яної хвороби, які мають високий ступінь операційного ризику, а й важливим етапом лікування хворих із холестазом, спричиненим захворюваннями ВДС [2, 5, 7, 9, 12, 19].

Повторні механічні та хімічні подразнення слизової оболонки ампули ВДС призводять до порушення координації роботи сфінктерів термінального відділу загальної жовчної та головної панкреатичної протоки і ВДС, як результат виникає папіліт [9, 13].

Папіліт, який виникає на тлі дисфункції сфінктерів дистальної частини жовчного «дерева», призводить до порушення пасажу жовчі та панкреатичного соку крізь устя ВДС, жовчної гіпертензії, холангіту, дистрофії та склерозу тканин, причому найбільшу вираженість органічних змін спостерігають у ВДС і термінальному відділі загальної жовчної протоки. В основі вторинного стенозу ВДС лежать запальні та рубцево-склеротичні зміни сосочка, які спричиняють порушення прохідності жовчних і панкреатичних проток з розвитком патологічних змін у жовчних шляхах, печінці, підшлунковій залозі [7, 8, 19].

Виділяють три форми хронічних запальних змін сосочка (папіліту): аденоматозний, аденоїоматозний і атрофічно-склеротичний. Для кожної форми характерна зміна частини основних структурних компонентів: збільшення об'єму залоз при аденоматозному папіліті, збільшення залоз і м'язів — при аденоїоматозному та збільшення сполучної тканини — при атрофічно-склеротичному [2, 7, 11].

Останніми роками у зв'язку з удосконаленням ендоскопічної апаратури доброякісні пухлини ВДС під час езофагогастродуоденоскопії з біопсією виявляють в 6,1—12,2 % випадків. Доброякісні пухлини ВДС трапляються однаково часто в осіб обох статей, переважно в середній віковій групі. До доброякісних епітеліальних пухлин ВДС відносять папіломи і аденоми, а до неепітеліальних — ліпоми, фіброми, нейрофіброми, лейоміоми та інші гіперпластичні процеси. Найчастіше трапляються множинні папіломи ВДС.

Мета роботи — оцінити можливість клінічного застосування операції з видалення великого дуоденального сосочка за допомогою ендоскопічних методик при різних захворюваннях.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У 2014—2017 рр. було проліковано 32 особи з приводу доброякісних стенозів і доброякісних пухлин ВДС.

Жінок було 10 (31,25 %), чоловіків — 22 (68,75 %). Вік пацієнтів — від 36 до 64 років, у середньому — 52 роки. Лише 12 (37,5 %) хворих були молодше 50 років. Старші пацієнти мали супутні захворювання серцево-судинної і дихальної систем, а отже, підвищений операційний ризик.

Більшість хворих скаржилися на болі у верхній половині живота, правому підбер'ї, зміну забарвлення шкіри та сечі.

Тривалість жовтяниці варіювала від кількох днів до 2 міс і більше, у більшості хворих — від 1 тиж до 1,5 міс. Ступінь порушення прохідності загальної жовчної протоки в термінальній її частині та на рівні ампули і, як наслідок, рівень гіпербілірубінемії, у хворих був різним.

Усім пацієнтам виконували електрокардіографію, рентгенологічне дослідження органів грудної клітини та черевної порожнини.

Формування груп хворих проводили залежно від патології ВДС. Не враховували інших критеріїв відбору (наявність вираженої супутньої патології, навколососочкових дивертикулів, операції на ВДС, резекції шлунка за Більрот-2 або білодигестивних анастомозів в анамнезі тощо).

Хворих розподілили на дві групи: перша — 21 (65,6 %) пацієнт з доброякісним стенозом ВДС, друга — 11 (34,3 %) хворих з доброякісними утвореннями ВДС.

Використовували таку рентген-ендоскопічну апаратуру: рентгеноскопичний апарат GE OEC Flurostar C-arm 7900, відеодуоденоскопи Olympus Evis Exera TJF-160VR та Evis Exera TJF-150, а також електрохірургічний блок Olympus, аргоноплазмовий коагулятор Еконт 0701, ендоскопічні петлі, торцеві та бічні папілосфінктеротомі, БП-папілотомі, гнучкі провідники, пластикові та полімерні стенти Boston Scientific, Olympus і Cook.

Петельну електроексцизію виконано 9 пацієнтам, петельну електроексцизію в поєднанні з ЕПСТ — 13, ендоскопічну папілектомію у поєднанні з аргоноплазмовою деструкцією — 6, ендоскопічну папілектомію у поєднанні з електричною деструкцією — 5, ендопротезування загальної жовчної протоки — 9, ендопротезування панкреатичної протоки — 4, ендопротезування обох проток — 19.

Таким чином, у всіх пацієнтів застосовано комплекс ендохірургічних втручань за алгоритмом: ЕРХПГ, ЕПСТ, ендопротезування, одномоментна і багатоетапна електроексцизія ВДС, електро-аргоноплазмова деструкція залишків новоутворень, особливо в ділянці устя проток. Контрольні дослідження проводили з інтервалом 3—6 міс.

Техніка проведення ЕРХПГ була стандартною: гастродуоденоскопія за допомогою дуоденоскопа; детальний огляд ВДС і навколососочкової ділянки

з верифікацією малого дуоденального сосочка; катетеризація ВДС канюлею; рентгенологічне дослідження гепатопанкреатодуоденальних проток після ретроградного введення в них контрастної речовини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Доведено, що ЕПСТ технічно можлива у 83,9—97,6 % хворих, а її ефективність у хворих з патологією термінального відділу загальної жовчної протоки і ВДС становить від 8,0 до 98,1 %.

Ендохірургія новоутворень ВДС передбачає дотримання таких принципів: 1) діагностика поширення процесу, 2) комплексне застосування ендоскопічних операцій, 3) для радикальності операцій та профілактики ускладнень необхідне проведення ендопротезування жовчного і панкреатичного протоків, 4) багатоетапність операції, 5) контрольні дуоденоскопії в найближчий післяопераційний період і виконання за потреби додаткових оперативних прийомів.

Найвідповідальнішим етапом операції з видалення ВДС є петельна електроексцизія. Успіх і безпечність операції визначаються правильним накиданням петлі на ВДС та раціональним поєднанням режимів ріжучого і коагуляційного режимів. У частини пацієнтів ВДС з доброякісними пухлинами видаляли по частинах у 2—3 етапи з інтервалом 3—5 днів із застосуванням контрольних ЕРПХГ, ультразвукового дослідження і біопсії. Жодного летального наслідку не було, функціональних порушень органів не виявлено.

Виразність стенозу визначали за такими стадіями: А — формування стенозу (найскладніша для визначення стадія. Про неї можна говорити у випадках, коли ендоскопічно визначаються незначні ознаки хронічного запалення ВДС, а при контрастуванні жовчних проток спостерігаються ознаки початкової гіпертензії в них, про що свідчить незначне розширення просвіту (0,05—0,1 см понад норму); В — просвіт фатерова каналу і термінального відділу холедоха звужені до 0,5 см по всій довжині. Ширина позапечіночних жовчних проток не перевищує 1,5—1,8 см. Внутрішньопечіночні протоки не розширені; С — просвіт зони термінальних замикальних сфінктерів звужений до 0,3 см. Позапечіночні протоки розширені до 1,9 см. Внутрішньопечіночні протоки не змінені; D — максимальне звуження фатерова каналу і термінального відділу холедоха. Розширені поза- і внутрішньопечіночні жовчні протоки.

Із 10 хворих з доброякісним стенозом у 9 (42,8 %) застосовано ЕПСТ без додаткових лікувальних маніпуляцій. У 12 (57,1 %) хворих ЕПСТ було доповнено ендоскопічними маніпуляціями, спрямованими на ліквідацію супутнього холедохолітіазу: у 10 (47,6 %) — механічною літоекстракцією із загальної жовчної протоки, у 6 (28,57 %) — літоекстракцією з попередньою внутрішньопротоковою механічною літотрипсією.

У 5 (45,4 %) хворих з доброякісними новоутвореннями ВДС наявність пухлини сосочка поєднувалася з холедохолітіазом. Ендоскопічне лікування проведено всім хворим.

Найчастіше папіломатоз ВДС виникає на тлі тривалого дистального або тотального дуоденіту, папіліту, хронічного холециститу, жовчнокам'яної хвороби, паразитарної патології ДПК і жовчовідного тракту.

Макроскопічно при папіломатозі ВДС виявляють сосочкові розростання у вусті проток сосочка. Розростання дрібні, яскраво-рожевого або сіро-червоного кольору, заповнюють отвір проток, виступаючи в просвіт кишки. Папіломи мають тонкі ніжки, пов'язані зі слизовою оболонкою ВДС.

Аденома ВДС — доброякісна епітеліальна пухлина, однак поширеність її дещо менше за таку папіломатозу. Макроскопічно аденома ВДС являє собою поодинокий вузол або поліпopodobне утворення, заповнює печіноково-підшлункову ампулу і виступає в просвіт ДПК (пролабіювання аденоми). Розмір пухлини — кілька сантиметрів (найчастіше — 1—2 см).

Іноді в просвіті печіноково-підшлункової ампули або ділянці дистальних відділів загальної жовчної протоки або протоки підшлункової залози виникають гіперпластичні інтрапапілярні поліпи. Макроскопічно і мікроскопічно ці поліпи ідентичні таким при папіломатозі вустя проток, відмінність полягає лише в розташуванні.

Залозисто-кістозна гіперплазія перехідної складки — досить часта патологія з утворенням гронаподібних скупчень у зоні ВДС, які іноді повністю прикривають вустя сосочка, створюючи загрозу розвитку механічної жовтяниці та панкреатиту. У більшості випадків ця патологія перебігає безсимптомно. Її виявляють випадково при ЕГДС. Мікроскопічно утворення представлене гіперплазованими і кістозно розширеними залозами слизової оболонки перехідної складки ДПК.

Макроскопічно ВДС при аденоміозі має кулясту форму, досягаючи в діаметрі 1,5 см. Консистенція сосочка щільна, вустя визначити неможливо. Мікроскопічно виділяють три форми (фази розвитку) аденоміозу ВДС, які послідовно змінюють одна одну при прогресуванні процесу: вузлова → вузлувато-дифузна → дифузна.

Основні принципами проведення операції ЕПСТ: 1) адекватна медикаментозна седация хворого і релаксація перистальтики ДПК, 2) правильне позиціонування ВДС, 3) чітке дотримання анатомічних орієнтирів і знання топографічної анатомії ВДС та проток, 4) постійний контроль за натягом струни і довжиною розрізу при виконанні типової ЕПСТ, обов'язковий контроль за глибиною розтину при виконанні нетипової ЕПСТ.

ЕРХПГ передбачає такі етапи: 1) огляд шлунка і ДПК, 2) доступ до ВДС і огляд, 3) виведення ВДС у зручну позицію для канюляції, 4) канюляція

ВДС та пробне контрастування, 5) контрастування, рентгеноскопія і рентгенографія протокової системи, 6) за потреби — контроль швидкості та характеру евакуації контрастної речовини.

При огляді навколососочкової ділянки і ВДС визначали стан слизової оболонки сосочка (набряк, гіперемія, наявність новоутворень устя сосочка), розміри і протяжність поздовжньої складки, наявність дивертикулів навколососочкової ділянки, вмісту устя.

Незмінним вважали сосочок горбкуватої або плоскогорбкуватої форми, рівномірного забарвлення (рожевого), з устям, яке чітко візуалізується, невираженою поздовжньою складкою, котра виступає в просвіт ДПК. За наявності макроскопічних змін (явна гіпертрофія і пролабіювання ворсинок з устя сосочка) або після діагностичної ЕПСТ ВДС виконували прицільну дуоденобіопсію.

До найчастіших ускладнень, за даними великих статистичних досліджень, належать: гострий панкреатит, кровотеча, ретроперитонеальна (ретродуоденальна) перфорація, холангіт. Ускладнення можуть виникнути під час оперативного втручання, в найближчий і віддалений післяопераційний період. До основних чинників, які спричиняють їх розвиток, належать: труднощі канюляції звуженого сосочка, що змушує вдаватися до атипових способів втручання, велика стенозована ділянка сфінктера Одді, молодий вік пацієнта, невиражене розширення жовчної і/або панкреатичної протоки, супутній хронічний панкреатит, травматичні інструментальні маніпуляції на ВДС і панкреатичній протоці.

Усім хворим після ЕРХПГ проводили консервативну профілактичну терапію у зв'язку з ризиком розвитку гострого панкреатиту. Призначали голод, холод на епігастральну ділянку, внутрішньом'язове введення холінолітиків, внутрішньовенну інфузію кристалоїдних розчинів з препаратами, що поліпшують мікроциркуляцію, інгібітори протеаз. Лабораторний контроль рівня діастазу в сечі (амілази в крові) проводили через 6, 12 і 24 год після дослідження.

Ускладнення виникли у 9 (28,1 %) хворих, з них у 4 — кровотеча в ранній післяопераційний період. Пацієнтам було виконано ендоскопічний гемостаз. У 5 випадках розвинувся гострий панкреатит,

який було усунуто консервативно. Всі пацієнти живі. Функціональних порушень органів не виявлено.

ВИСНОВКИ

Серед пацієнтів із доброякісними захворюваннями великого дуоденального сосочка перше місце посідали хворі з папілітом (66,6 %), друге — хворі з доброякісними новоутвореннями великого дуоденального сосочка (33,4 %).

Ендоскопічне дослідження дає змогу визначити візуальні ознаки ураження великого дуоденального сосочка (зміни тканини сосочка): папіломатоз устя сосочка, поодинокі або множинні пухлиноподібні утворення, дифузне збільшення сосочка з горбкуватою поверхнею і внутрішньослизивими крововиливами, велика виразка сосочка, збільшення або зменшення розмірів сосочка, його деформація.

Згідно з морфологічною верифікацією у 53,9 % хворих мали місце папіліти різної форми (атрофічно-склеротичні, аденоматозні, аденоміоматозні), у 34,3 % — новоутворення доброякісного характеру (папіломатоз, гіперпластичні поліпи, аденоми з різним ступенем дисплазії).

Діагностична ефективність ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії становила 81,5 %. Рівень її ефективності підвищувався при використанні діагностичної папілотомії, інструментальної ревізії жовчовивідних шляхів з біопсією, селективної холеграфії та досягав 99,1 %.

Аналіз віддалених результатів ендоскопічних втручань у хворих із захворюваннями великого дуоденального сосочка виявив високу ефективність лікування (98,7 %), що дає підставу вважати ендоскопічні методи лікування захворювань великого дуоденального сосочка методом вибору.

Клінічний досвід показав, що ендоскопічна папілосфінктеротомія дає змогу значно зменшити кількість повторних хірургічних операцій на жовчних шляхах, післяопераційних ускладнень і летальність у хворих з патологією органів гепатопанкреатодуоденальної зони.

Ендоскопічну папілосфінктеротомію можна застосовувати в клінічній практиці за умов обґрунтування, дотримання технічних принципів лікування та проведення контрольних досліджень.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, збір матеріалу — В. С., В. З., Д. Р.;

опрацювання матеріалу — В. С., В. З., Д. Р., Ю. В., А. К.;

написання тексту — В. С., В. З., К. Т.;

редагування — Ю. В., А. К., К. Т.

Література

- Бомбизо В. А., Толстоколов И. Г., Синявин А. В. Эндоскопические подходы к лечению острого билиарного панкреатита // Матер. XI Моск. Междунар. конгресса по эндоскопической хирургии (Москва, 18—20 апреля 2007 г.). — М., 2007. — С. 70—71.
- Грачева Н. А. Клинико-морфологические аспекты стеноза большого сосочка двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 2006. — 24 с.
- Егив В. И., Рудакова М. Н. Панкреатодуоденальная резекция при периапулярном раке // Анналы хирургической гепатологии. — 1997. — № 2. — С. 82.
- Королюк И. П., Пименов С. Н. Рентген-эндоскопическая диагностика дуоденальных папиллитов // Вестн. рентгенол. и радиол. — 1987. — № 1. — С. 77—83.
- Краковский А. Н. Выбор декомпрессионных операций при нарушениях билиарной проходимости доброкачественной этиологии // Хирургия. — 1982. — № 1. — С. 4—9.
- Макаров Ю. А. Трансхоледоховая, эндоскопическая и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия в лечении холедохолитиаза и папиллостеноза: Дис. ...канд. мед. наук. — М., 2004. — 127 с.
- Малярчук В. И., Пауткин Ю. Ф., Плавунцов Н. Ф. Заболевания большого дуоденального сосочка. — М.: Камерон, 2004. — 168 с.
- Назаренко П. М. Хирургические и эндоскопические методы лечения заболеваний большого сосочка двенадцатиперстной кишки и их клинико-анатомическое обоснование. — М.: Медицина, 2005. — 130 с.
- Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. и др. Диагностическая и лечебная эндоскопия при механической желтухе // Хирургия. — 1981. — № 1. — С. 3—8.
- Сазонов А. М., Портной Л. М., Эндер Л. А. и др. Рентгеноэндоскопические исследования в диагностике причин механической желтухи // Хирургия. — 1982. — № 6. — С. 66—69.
- Орлов С. Ю. Значение эндоскопической папиллосфинктеротомии в диагностике изолированного папиллостеноза и оптимизации техники эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке: Дис. ...канд. мед. наук. — М., 2001. — 159 с.
- Федоров А. Г. Тактико-технические аспекты эндоскопического лечения холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 2003. — 23 с.
- Янгibaев З. Диагностика и хирургическое лечение доброкачественного стеноза большого дуоденального сосочка: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1987. — 308 с.
- Aiura K., Imaeda H. and Kumai K. Strategy for clinical management of benign biliary strictures // Digestive Endoscopy. — 2004. — Vol. 16. — P. 48—51.
- Bardales R. H., Stanley M. W., Simpson D. D. et al. Diagnostic value of brush cytology in the diagnosis of duodenal, biliary, and ampullary neoplasms // Am. J. Clin. Pathol. — 1998. — Vol. 109, N 5. — P. 540—548.
- Bikerstaff K., Berry A., Chopman R. W., Britton J. Early postoperative endoscopic sphincterotomy for retained biliary stones // Ann. Roy. Coll. Surg. Engl. — 1988. — Vol. 70, N 6. — P. 350—351.
- Catalano M., Fazel A., Quardi A. et al. Needle knife sphincterotomy in inaccessible obstructed bile ducts: a 15-year review // Gastrointest. Endosc. — 2002. — Vol. 55. — P. 165.
- Harewood G., Baron T. An assessment of the learning curve for precut biliary sphincterotomy // Gastrointest. Endosc. — 2002. — Vol. 55. — P. 148.
- Paulucci V., Hottenrott Ch., Schlehuber D. Complicazioni della papil-Iotomia endoscopica: Trattamento chirurgico // Minerva Dietol. Gastroenterol. — 1985. — Vol. 31, N 3. — P. 487—489.
- Usmiani J., Ulatowski L., Hoffman E. Papillektomie oder Duoden-sephalektomie. Rapeutisches Konzept beim adenoma der Papilla Vateri // Chir.Prax. — 1984. — Bd. 32, N. 3. — S. 437—442.

**В. П. Слободяник, В. А. Зосим, Д. А. Рагушин,
Ю. Ю. Воевода, А. П. Куриленко, К. Д. Ткач**

Национальный военно-медицинский клинический центр
«Главный военный клинический госпиталь», Киев

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЭКТОМИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Цель работы — оценить возможность клинического применения операции по удалению большого дуоденального сосочка (БДС) с помощью эндоскопических методик при разных заболеваниях.

Материалы и методы. В 2014—2017 гг. было пролечено 32 пациента по поводу доброкачественных стенозов и доброкачественных опухолей БДС, из них 10 (31,25 %) женщин и 22 (68,75 %) мужчины в возрасте от 36 до 64 лет, средний возраст — 52 года. В зависимости от характера поражения БДС и вида эндоскопического лечения больных распределили на две группы: первая — 21 (65,6 %) пациент с доброкачественным стенозом БДС, вторая — 11 (34,3 %) больных с доброкачественными образованиями БДС. Петельная электроэксцизия выполнена 9 пациентам, петельная электроэксцизия в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией — 13, эндоскопическая папиллэктомия в сочетании с аргонеплазменной деструкцией — 6, эндоскопическая папиллэктомия в сочетании с электрической деструкцией — 5, эндопротезирование общего желчного протока — 9, эндопротезирование панкреатического протока — 4, эндопротезирование обоих протоков — 19.

Результаты и обсуждение. Осложнения возникли у 9 (28,1 %) больных. В отдаленный период все пациенты живы, функциональных нарушений органов не выявлено.

Выводы. Эндоскопическое исследование позволяет определить визуальные признаки поражения БДС (изменения ткани сосочка). Диагностическая эффективность эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии составила 81,5 %. Клинический опыт показал, что эндоскопическая папиллосфинктеротомия позволяет значительно уменьшить количество повторных хирургических операций на желчных путях, послеоперационных осложнений и летальность у больных с патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Ключевые слова: большой дуоденальный сосочек, доброкачественные опухоли, доброкачественный стеноз, эндоскопическая папиллэктомия.

V. P. Slobodiannyk, V. A. Zosym, D. A. Ragushyn, Yu. Yu. Voievoda, A. P. Kurilenko, K. D. Tkach
National Military Medical Clinical Centre «The Main Military Clinical Hospital», Kyiv

ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY AND ENDOSCOPIC PAPILOSPHINCTEROTOMY FOR BENIGN DISEASES OF THE MAJOR DUODENAL PAPILLA

The aim – to evaluate the possibility of clinical application of the major duodenal papilla resection by endoscopic techniques for various diseases.

Materials and methods. 32 patients with benign stenosis and benign tumours of major duodenal papilla were treated in 2014–2017. Of these, 10 (31.25%) women and 22 (68.75%) men were between the ages of 36 and 64, the average age were 52 years. Depending on the nature of major duodenal papilla (MDP) lesions and their endoscopic treatment types, patients with MDP disease were divided into two groups: first group – 21 patients (65.6%) with benign stenosis of the MDP and the second group with 11 patients (34.3%) with benign tumours of MDP. Loop electro excision was performed in 9 patients, a combination of loop electroexcitation with sphincterotomy (EST) was performed in 13 patients, a combination of endoscopic papillectomy (EP) with argon-plasma destruction in 6 patients, a combination of EP and electrical destruction in 5 patients. Endoprosthesis of the common bile duct was performed in 9 patients, 4 patients underwent endoprosthesis of the pancreatic duct, and endoprosthesis of both ducts were performed in 19 patients.

Results and discussion. Complications were noted in 9 (28.1%) patients. In the long-term period, all patients are alive, functional disorders of the organs were not revealed.

Conclusions. Endoscopic examination allows to determine the visual signs of MDP lesions (the papilla tissue changes). The diagnostic efficiency of ERCPG was 81.5%. Clinical experience has shown that EPST can significantly reduce the number of repeated surgical operations on the biliary tract and significantly reduce the incidence of postoperative complications and mortality rate in patients with hepatopancreatoduodenal area pathology.

Key words: major duodenal papilla, benign tumours, benign stenosis, endoscopic papillectomy.