

ПРОБЛЕМЫ ЗАГАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ



УДК 616.342–006.03–072.1–089.87

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко, И. О. Чмелюк
Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

ENDOSCOPIC RESECTIONS FOR BENIGN TUMORS OF DUODENAL PAPILLA MAGNA

M. E. Nichitaylo, P. V. Ogorodnik, A. G. Deynichenko, O. G. Boyko, I. O. Chmelyuk

Доброкачественные опухоли БСДК составляют 1,5 – 3% общего числа новообразований пищеварительного канала. До развития и широкого внедрения эндоскопической диагностики их обнаруживали крайне редко [1, 2].

К доброкачественным эпителиальным опухолям БСДК относят тубулярные и ворсинчатые аденомы, к неэпителиальным — липомы, фибромы, нейрофибромы, лейомиомы и другие гиперпластические процессы.

По данным литературы, тубулярные и ворсинчатые аденомы являются наиболее частыми доброкачественными новообразованиями БСДК, которые большинство исследователей считают предраковым состоянием. Аденоматозно измененные участки ткани выявляют в 35 – 91% наблюдений при гистологическом исследовании аденокарцином [3, 4].

Нейроэндокринные опухоли БСДК крайне редки, поэтому единого мнения относительно сущности заболевания нет, прогноз, как правило, благоприятный.

Радикальные операции, в частности, панкреатодуоденальную резекцию, достаточно часто применяют при доброкачественных и злокачественных новообразованиях БСДК. Однако из-за тяжести течения послеоперационного периода,

Реферат

Изучены результаты эндоскопических резекционных вмешательств, выполненных у 63 больных по поводу доброкачественных опухолей большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза в период с 2005 по 2014 г. Тотальная одномоментная папиллэктомия произведена на 15 больным, фрагментарная тотальная папиллэктомия — 12, локальная резекция БСДК — 11, аденомэктомия — 25. Осложнения возникли у 8 (12,7%) больных. Все пациенты живы.

Ключевые слова: общий желчный проток; большой сосочек двенадцатиперстной кишки; доброкачественные опухоли; эндоскопическая папиллэктомия.

Abstract

The results of endoscopic interventions, performed in 63 patients, suffering benign tumors of duodenal papilla magna (DPM) in Department of Laparoscopic Surgery and Cholelithiasis in 2005–2014 yrs, were studied. Total one-staged papillectomy was performed in 15 patients, fragmentary total papillectomy — 12, local resection of DPM — 11, adenomectomy — 25. Complicated have had occur in 8 (12.7%) patients. All the patients are alive.

Key words: common biliary duct; duodenal papilla magna; benign tumors; endoscopic papillectomy.

высокой травматичности и летальности применение агрессивной хирургической тактики при доброкачественных новообразованиях или предраковом поражении на ранних стадиях нецелесообразно. Преимущества эндоскопического доступа сместили парадигму лечения от хирургических вмешательств к эндоскопическим, учитывая их эффективность, минимальную инвазивность, низкую летальность.

Разработка современного эндоскопического оборудования и появление операционных видеодуоденоскопов существенно повысили эффективность и безопасность эндоскопических транспапиллярных вмешательств, что, в свою очередь,

позволило расширить показания к выполнению эндоскопической папиллэктомии по поводу новообразований БСДК [4, 5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены результаты эндоскопического лечения 63 больных по поводу доброкачественных опухолей БСДК в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза в период с 2005 по 2014 г. Женщин было 38, мужчин — 25. Возраст пациентов в среднем (58 ± 14) лет.

Эндоскопические вмешательства выполняли в рентгенооперационной с использованием дуоденоскопов JF–1T 40, TJF — 160 VR Olympus,

электрохирургического блока Olympus, аргоно—плазменного коагулятора "ЭКОНТ 0701", торцевых папиллосфинктеротомов, эндоскопических петель, гибких проводников, пластиковых и полимерных стентов Boston Scientific, Olympus и Microvase Endoscopy.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основными клиническими проявлениями доброкачественных опухолей БСДК были: желтушность и зуд кожи, похудение, редко — боль в животе, сопровождающаяся признаками холестаза, чаще новообразование БСДК было диагностической находкой во время стандартного эндоскопического обследования.

В целях определения размеров опухоли, внутрипротокового распространения и резектабельности всем пациентам проводили комплексное обследование, включавшее: трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную (КТ) и магниторезонансную (МРТ) томографию, эзофагогастродуоденофиброскопию (ЭГДФС), эндосонографию, магниторезонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ).

Окончательным этапом диагностики опухолей были эндоскопическая прицельная биопсия измененных тканей и гистологическое исследование.

Данные литературы свидетельствуют о необходимости осторожного подхода к диагностике аденомы БСДК. Билиарная гипертензия, обусловленная холедохолитиазом, миграцией конкрементов, стенозирующим папиллитом, часто сопровождается гиперпластическими изменениями элементов слизистой оболочки БСДК: клапанов, переходной складки, желез. Эти изменения часто представлены гиперпластическими полипами устья и интраампулярной части БСДК, а также аденомиозом. Аденомиоз относят к группе гетеротопических процессов, возникает вследствие перемещения гиперплазированных желез в мышечную оболочку БСДК. В зависимости от особенностей строения различают три

последовательно возникающие гистологические формы аденомиоза: узловую — в ранней фазе, узлово—диффузную и диффузную. По данным гистологических исследований о наличии аденомиоза свидетельствуют очаги гиперплазированных желез и мышечных элементов в виде узлов с нетипичной, вихреобразной ориентацией пучков гладких мышц. Несмотря на внешнее сходство аденом БСДК и полипов, их гистологическое строение существенно различается. В отличие от гиперпластических полипов с базально расположенными ядрами в эпителиальных клетках, в аденомах выявлены признаки атипичии. Ядра клеток большие, гиперхромные, а главное, они утрачивают строгое полярное расположение, появляются митозы. Строма папиллярных аденом менее развита, чем полипов, инфильтрат представлен преимущественно лимфоцитами и фибробластами.

Представляем усовершенствованную нами классификацию аденом БСДК.

Макроскопический тип

- интраампулярный
- одиночный узел
- аденоматоз
- экстраампулярный

Гистологическая форма

- тубулярная
- ворсинчатая
- смешанная

Степень дисплазии

- легкая
- умеренная
- тяжелая

Размеры, см

- до 1
- 1—3
- больше 3

Эндоскопические признаки аденомы зависят от ее локализации. При интраампулярном росте обнаруживают увеличение БСДК, нарушение пассажа желчи. На поверхности БСДК и вокруг него изменений нет.

Диагноз устанавливали после выполнения торцевой диагностической папиллотомии с прицельной биопсией измененных тканей или иссечением аденоматозного узла на

ножке с последующим гистологическим исследованием макропрепарата. При экстраампулярной локализации аденомы отмечали разрастание ткани опухоли розово—красной окраски в просвет нисходящей части двенадцатиперстной кишки (ДПК).

По результатам гистологических исследований диагностированы такие виды доброкачественных опухолей: тубулярная аденома — у 25 пациентов, ворсинчатая — у 17, смешанная — у 16, нейроэндокринные опухоли БСДК — у 5; интраампулярная локализация опухолей отмечена у 21 пациента, экстраампулярная — у 42; одиночные интраампулярные аденоматозные узлы устья и ампулы БСДК — у 12, множественные аденомы (аденоматоз) — у 9.

Выполнение эндоскопической папиллэктомии рекомендовано в таких ситуациях:

— диаметр опухоли менее 3 см;

— отсутствие эндоскопических признаков злокачественного роста (эрозия, кровоточивость при инструментальной пальпации, плотная консистенция, инфильтрация стенки ДПК);

— отсутствие внутрипротокового распространения опухоли по данным холангиографии и эндосонографии;

— доброкачественный характер опухоли по данным биопсии.

Нами предложена классификация эндоскопических резекционных вмешательств по поводу доброкачественных опухолей БСДК.

1. Одномоментная тотальная папиллэктомия.

2. Фрагментарная тотальная папиллэктомия.

3. Локальная резекция БСДК.

4. Аденомэктомия.

Каждое вмешательство, в свою очередь, подразделено на:

а) эндоскопическую резекцию БСДК без стентирования протоковых систем;

б) эндоскопическую резекцию БСДК со стентированием протока поджелудочной железы (ПЖ);

с) эндоскопическую резекцию БСДК со стентированием общего желчного протока;

д) эндоскопическую резекцию БСДК со стентированием обеих протоковых систем.

В соответствии с предложенной классификацией, тотальная одномоментная папиллэктомия выполнена у 15 больных, фрагментарная тотальная папиллэктомия — у 12, локальная резекция БСДК — у 11, аденомэктомия — у 25. Резекцию опухолей выполняли с применением эндоскопических петель диаметром 11 и 20 мм, а также торцевых папиллотомов (Boston Scientific; Microvasive Endoscopy). Перед выполнением резекционных вмешательств в целях обеспечения гемостаза подслизистую основу периапулярной зоны инфильтрировали 96% раствором этилового спирта. Тотальную одномоментную папиллэктомию выполняли по поводу новообразований диаметром менее 2 см, путем обхвата и отсечения БСДК с опухолью диатермической петлей (рис. 1).

В некоторых ситуациях циркулярно рассекали ткань опухоли у ее основания с помощью торцевого папиллотома, что облегчало ее захват. Аденомы диаметром более 2 см резецировали фрагментами. Вначале удаляли дистальную часть новообразования, затем проксимальную (рис. 2).

Диаметр удаленных фрагментов не превышал 1 см, что давало возможность извлечь их через инструментальный канал операционного дуоденоскопа для последующего гистологического исследования. Резекцию новообразования выполняли с применением электрохирургического блока в смешанном режиме, либо электрохирургического комплекса ERBOTOM (ERBE, США). Локальную резекцию БСДК выполняли при наличии опухолей диаметром менее 1 см путем иссечения участка сосочка с опухолью петлей или торцевым папиллотомом. Эндоскопическую аденомэктомию применяли при наличии солитарных, как правило, на ножке, небольших (диаметром 3 — 5 мм) аденом устья или ампулы БСДК путем их удаления торцевым папиллотомом. Место резекции тщательно изучали для выявле-

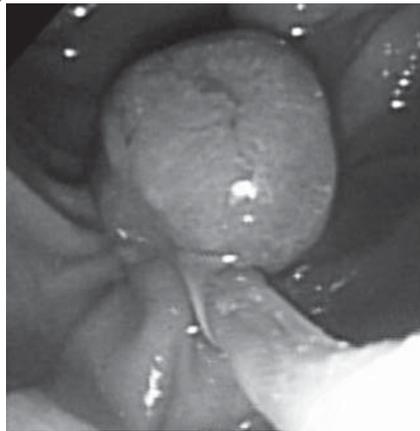


Рис. 1.
Этапы эндоскопической папиллэктомии.

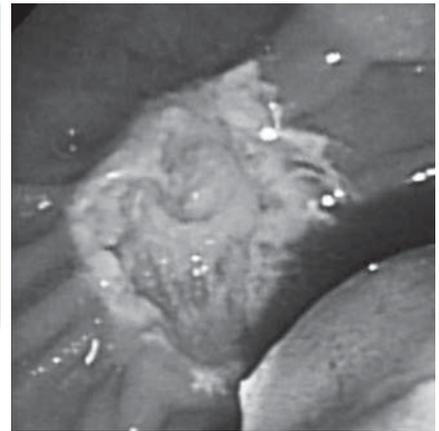


Рис. 2.
Фрагментарная папиллэктомия.

ния остатков ткани новообразования, проводили тщательный гемостаз. При невозможности удаления оставшихся фрагментов опухоли петлей применяли методы термальной абляции (моно— и биполярная электрокоагуляция, аргоно—плазменная фульгурация). Критериями радикальности резекции считали отсутствие видимой оставшейся ткани опухоли в зоне резекции, внутрипротокового распространения новообразования по данным холангиографии, отрицательный результат морфологического исследования.

Единого мнения относительно необходимости эндопанкреатического и эндобилиарного стентирова-

ния протоков после папиллэктомии в целях предотвращения послеоперационных осложнений нет. В наших наблюдениях, основанных на опыте выполнения эндоскопических резекционных вмешательств у 63 больных, временное эндопанкреатическое стентирование осуществлено у 9.

С этой целью использовали панкреатические эндопротезы диаметром 3 — 5F длиной 3 — 5 см.

Показания к применению эндопанкреатического стентирования:

- диаметр протока ПЖ менее 5 мм
- нестабильный гемостаз
- термальная абляция зоны устья протока ПЖ.

Послеоперационные осложнения и методы их коррекции.

Осложнение	Число больных	Методы устранения
Острый панкреатит	3	Консервативное лечение
Кровотечение		
интраоперационное	2	Гемостаз с использованием аргоно—плазменного коагулятора, инъекционный гемостаз
после операции	2	Эндоскопический гемостаз. Рентгеноваскулярная эмболизация панкреатодуоденальных артерий
Холангит	1	Эндобилиарное стентирование
Ретродуоденальная перфорация	-	Назогастральная интубация для дренирования желудка, эндоскопическое установление энтерального зонда для питания, антибактериальная терапия, пункция и дренирование брюшинного пространства

Эндобилиарное стентирование использовали у 2 больных после локальной резекции БСДК при условии неадекватного желчеоттока и возникновении кровотечения после операции.

Послеоперационные осложнения эндоскопических резекционных вмешательств представлены в *таблице*.

Псевдонегативные результаты биопсии БСДК после резекционных вмешательств отмечены у 5 пациентов: у 3 — по данным гистологического исследования удаленного препарата обнаружена высокодифференцированная аденокарцинома, у 2 — низкодифференцированная аденокарцинома. У 2 пациентов впоследствии выполнены радикальные хирургические вмешательства, у 3 — осуществлено эндобилиарное

стентирование с использованием нитиноловых имплантатов. У остальных пациентов проводили контрольный осмотр зоны резекции через каждые 3 мес на протяжении первого года, далее — ежегодно. Рецидив заболевания в различные сроки после резекционных вмешательств возник у 4 пациентов. Рецидивные разрастания ткани опухоли иссекали эндоскопической петлей или применяли методы термальной абляции.

ВЫВОДЫ

1. Эндоскопическая папиллэктомия является эффективным методом лечения доброкачественных опухолей БСДК и должна быть приоритетной при таких заболеваниях.
2. Показаниями к выполнению эндоскопических резекционных

вмешательств являются: диаметр опухоли не более 3 см, гистологически верифицированный доброкачественный характер, отсутствие внутрипротокового распространения новообразования.

3. Полноценное предоперационное обследование пациентов позволяет ограничить показания к выполнению панкреатодуоденальной резекции, уменьшить частоту инвалидизации пациентов, продолжительность их лечения в стационаре, частоту осложнений и летальность.

4. Несмотря на относительную безопасность эндоскопических операций, они относятся к вмешательствам с высоким риском возникновения осложнений, их должны выполнять опытные специалисты в специализированных хирургических центрах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малярчук В. И. Заболевания большого дуоденального сосочка / В. И. Малярчук, Ю. Ф. Пауткин, Н. Ф. Плавунюв. — М.: Изд. дом "Камерон", 2004. — 168 с.
2. De Palma G. D. Endoscopic papillectomy: indications, techniques, and results / G. D. de Palma // World J. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 20, N 6. — P. 1537 — 1543.
3. Билиодекомпрессивные транспапиллярные вмешательства при опухолях периапулярной зоны / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Н. Литвиненко [и др.] // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць Укр. Військ.—мед. акад. — 2012. — Т. 1, вип. 34. — С. 145 — 150.
4. Jimin Han. Recent advances in endoscopic papillectomy for ampulla of vater tumors: endoscopic ultrasonography, intraductal ultrasonography, and pancreatic stent placement / Jimin Han, Dong Wook Lee, Ho Gak Kim // Clin. Endosc. — 2015. — Vol. 48, N 1. — P. 24 — 30.
5. Moon J. H. Current status of endoscopic papillectomy for ampullary tumors / J. H. Moon, H. J. Choi, Y. N. Lee // Gut Liver. — 2014. — Vol. 8, N 6. — P. 598 — 604.

