

## **БИЛИОДЕКОМПРЕССИВНЫЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ**

*М.Е.Ничитайло, П.В.Огородник, А.Н.Литвиненко,  
А.Г.Дейниченко, В.И.Коломийцев, О.Г.Бойко*

**Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины  
им. А.А.Шалимова НАМН Украины  
Киев, Украина**

---

Изучены результаты 379 эндоскопических транспапиллярных вмешательств выполненных по поводу периампулярных опухолей в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза с 2005 по 2011 г. Осложнения развились у 55 (14,5%) пациентов. Летальных исходов не было.

*Ключевые слова: большой сосочек двенадцатиперстной кишки — общий желчный проток — эндоскопическая папилэктомия, стентирование.*

---

### **Введение**

Злокачественная обструкция терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) представлена периампулярными опухолями, к которым относят: рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), опухоли головки поджелудочной железы, новообразования дистального отдела ОЖП и слизистой оболочки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.[1]. Эти опухоли объединены в единую группу в связи с одинаковыми клиническими проявлениями, принципами диагностики и лечения. Если в публикациях 50-60-х годов указывалось, что удельный вес периампулярных опухолей составляет 4-6,9%, то данные литературы последних лет свидетельствуют о том, что билиопанкреатодуоденальный рак стал составлять 12% всех злокачественных новообразований.[1-3].

Разработка современного эндоскопического инструментария и появление операционных видеоскопов значительно повыси-

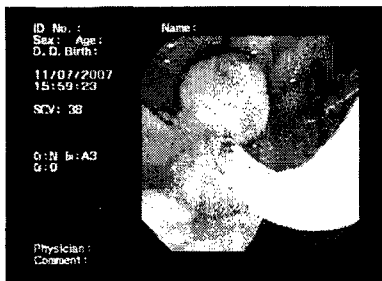
ли эффективность и безопасность эндоскопических транспапиллярных вмешательств, что в свою очередь расширило показания к выполнению эндоскопической папилэктомии и эндобилиарного стентирования у больных с периапулярными опухолями. [4].

### **Материалы и методы исследования**

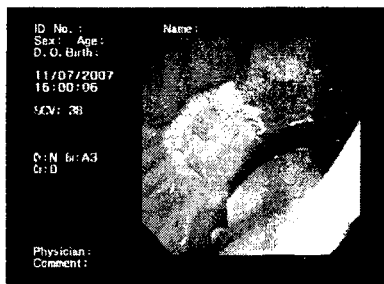
Нами изучены результаты эндоскопического лечения 379 больных с опухолями периапулярной зоны за период с 2005 по 2011 год. Эндоскопические операции выполнялись при помощи дуоденоскопов JF-1T 40, TJF-160 VR Olympus, рентгенустановок Televis (Венгрия) и Arpelem (Франция), электрохирургического блока Olympus PSD, аргоноплазменного коагулятора «ЭКОНТ 0701», торцевых папиллотомов, эндоскопических петель, гидрофильных проводников, пластиковых и нитиноловых стентов фирм Boston Scientific и Olympus.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки выявлены у 152 (40,1%) больных, рак головки поджелудочной железы — у 156 (41,2%) и новообразования дистального отдела ОЖП — у 71 (18,7%) пациента. Спектр эндоскопических вмешательств при опухолях БСДК включал: супрапапиллярную холедоходуоденостомию (СПХДС) — у 105 (69,1%) больных, СПХДС с эндобилиарным стентированием (ЭБС) — у 26 (17,1%) и эндоскопическую папилэктомию — у 21 (13,8%) пациента. Эндоскопическую папилэктомию выполняли при аденомах сосочка, резецируя опухоль при помощи эндоскопических петель диаметром 11 и 20 мм. Во всех случаях аденому удаляли вместе с тканью БСДК. У 10 пациентов с размерами аденомы меньше 2 см папилэктомию эндоскопической петлей удалось выполнить одномоментно. [Рис 1,2].

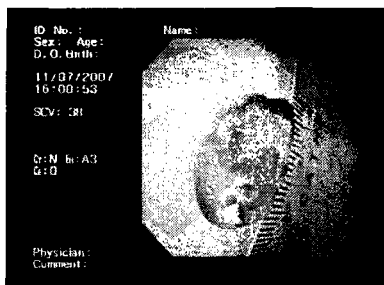


*Рис. 1. Эндоскопическая папилэктомия. Этап захвата аденомы БСДК диатермической петлей.*



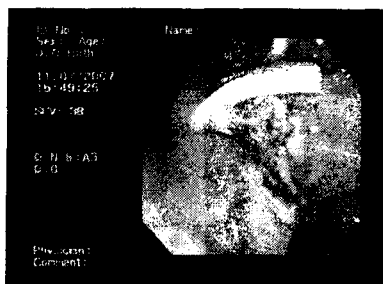
*Рис.2. Эндоскопическая папилэктомия. Этап отсечения БСДК несущего опухолевую ткань.*

Опухоли размерами более 2 см у 11 больных резецировали фрагментами. Иссеченную ткань опухоли захватывали петлей либо биопсийными щипцами и извлекали для дальнейшего стандартного патогистологического исследования [Рис 3].



*Рис.3. Эндоскопическая папилэктомия. Удаленный макропрепарат.*

Фрагменты новообразования которые не удалось иссечь при помощи петли фульгурировали аргано — плазменным коагулятором. Критерием радикальной резекции считали отсутствие видимой резидуальной ткани опухоли в зоне папилэктомии и отрицательный результат биопсии. После эндоскопической папилэктомии с целью оценки степени внутрипротокового распространения опухоли выполняли ретроградную холангиопанкреатикографию. Временное эндопанкреатическое стентирование пластиковыми эндопротезами 4-5 F произведено у 7 пациентов. У 2 больных, при распространении опухоли на дистальный отдел общего желчного протока выполняли дуальное стентирование протоковых систем. [Рис 4].



*Рис. 4. Состояние после папиллэктомии. Дуальное стентирование протоковых систем.*

Показаниями для выполнения эндоскопической папиллэктомии при аденомах ВСДК считали:

1. Размеры опухоли < 3 см;
2. Отсутствие эндоскопических признаков злокачественного роста (эрозия опухоли, кровоточивость опухоли при инструментальной пальпации, плотная консистенция новообразования);
3. Отсутствие внутрипротокового распространения опухоли по данным холангиопанкреатографии;
4. Доброкачественный характер опухоли по данным биопсии.

При опухолях головки поджелудочной железы и дистального отдела общего желчного протока у 139 (61,2%) больных устанавливали пластиковые стенты диаметром 8-10 F, а у 88 (38,8%) — полимерные нитиноловые эндопротезы. [Рис. 5].



*Рис. 5. Нитиноловое эндобилиарное стентирование при раке головки поджелудочной железы.*

Кровотечение имело место у 20 больных, острый панкреатит — у 5, ретродуоденальная перфорация — у 2, ранние обтурации стентов — у 11, проксимальные и дистальные миграции эндопротезов — у 17 пациентов. Кровотечения в 18 случаях успешно останавливали

эндоскопически — методом фульгурации используя аппарат аргоноплазменной коагуляции «ЭКОНТ 0701» — у 16, и путем эндоклиппирования кровотокающего сосуда — у 2 пациентов. У 2 больных с развившимся массивным кровотечением возникшим на вторые сутки после операции потребовалось выполнение рентгенэндоваскулярной окклюзии панкреатодуоденальных артерий. Острый панкреатит, имевший место у 5 больных купирован консервативными мероприятиями. Для лечения ретродуоденальной перфорации был установлен зонд за связку Трейца с целью энтерального питания, проводилась массивная антибактериальная терапия, пункция и дренирование брюшинного пространства под контролем УЗИ.

Отдаленные результаты нитинолового стентирования прослежены у 54 больных: у 11 — летальный исход от прогрессирования основного заболевания наступил в сроки 3-7 месяцев от момента установки стента, у 19 — рецидив желтухи и холангита вызванный окклюзией стента наблюдали через 5-8 месяцев что потребовало выполнение рестентирования, и у 24 больных — (сроки 3-12 месяцев) стенты функционируют без признаков окклюзии. После выполнения эндоскопической папилэктомии рецидив заболевания при доброкачественном характере новообразования наблюдали у 5 пациентов в сроки от 6 — 24 месяцев после операции, что потребовало повторное эндоскопическое вмешательство. Рецидивные разрастания ткани опухоли иссекали эндоскопической петлей и фульгурировали аргоноплазменным коагулятором. Дальнейших рецидивов заболевания при повторных осмотрах на протяжении 3-х и 6-х лет у этих больных не выявили.

## **Выводы**

1. Эндоскопическая декомпрессия желчных путей как первый этап оперативного лечения больных с опухолями периапулярной зоны улучшает результаты радикальных оперативных вмешательств, а в неоперабельных случаях является эффективным окончательным методом восстановления желчеоттока.

2. При доброкачественных опухолях БСДК эндоскопическая папилэктомия является эффективной и безопасной альтернативой традиционному хирургическому вмешательству.

3. Обязательным элементом ведения больных после выполнения эндоскопической папилэктомии считаем контрольные осмотры зоны операции с последующей биопсией через 3, 6, 12 месяцев после операции и далее ежегодно с целью ранней диагностики рецидива заболевания и его своевременного лечения.

## **Литература**

1. Малярчук В.,И., Пауткин Ю.,Ф., Плавунов Н.,Ф. Заболевания большого дуоденального сосочка. — М.: Издательский дом 'Камерон', 2004. — 168 с.
2. Огородник П., В. Ендоскопічні методи лікування обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки. Клін. Хірургія. — 1999. — №11. — С 13-16.
3. Catalan M, Linder J, Chak A, et al. Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* .2004; 59(2):225–232.
4. Lew RJ, Kochman ML. Endoscopic management of biliary disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2000;16(5):454–60

***М.Є.Ничитайло, П.В.Огородник, О.М.Литвиненко, А.Г.Дейниченко, В.І.Коломийцев, О.Г.Бойко. Біліодекомпресивні транспапілярні втручання при пухлинах периапулярної зони. Харків, Україна.***

***Ключові слова: великий сосочок дванадцятипалої кишки, загальна жовчна протока, ендоскопічна папіллектомія, стентування.***

Досліджені результати 379 ендоскопічних транспапілярних втручань виконаних хворим з периапулярними пухлинами за період з 2005 по 2011 р. Ускладнення виникли у 55 (14,5%) пацієнтів. Летальних випадків не було.

***M. Ye. Nichitaylo, P. V. Ogorodnik, A. M. Litvinenko, A. G. Deynichenko, V. I. Kolomytsev, A. G. Boyko. Biliar decompressive transcappillar invasions at periaampular zone neoplasms. Kharkiv, Ukraine.***

***Key words: major duodenal papilla, common bile duct, endoscopic papillectomy, stenting.***

Results of 379 endoscopic transpapillary procedures performed over a 6 year period have been studied. Complications occurred in 55 (14,5%) patients of which haemorrhage accounted for nearly half. There was no mortality.