

УДК 616. 342-007.271-072.1-089

© П.Г. КОНДРАТЕНКО, О.А. СТУКАЛО

Донецький національний медичний університет

## Діагностика і лікування стенозуючих захворювань великого сосочка дванадцятипалої кишки

P.H. KONDRATENKO, O.A. STUKALO

Donetsk National Medical University

### DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF STENOSIS DISEASES OF VATER'S PAPILLA

Представлено досвід ендоскопічних транспапільярних втручань у 2343 хворих. Різні форми папілостенозу діагностовано у 636 (27,2 %) пацієнтів. Ефективність ендоскопічного лікування доброякісних форм папілостенозу – 88,3 %, злоякісних – 52,2 %. Розглянуто сонографічну, рентгенівську та ендоскопічну діагностику, техніку втручання, ускладнення, протипоказання.

The experience of the endoscopic transpapilla interventions in 2343 patients is represented. The effectiveness of the endoscopic elimination of benign papillostenosis was 88,3 % of malignant papillostenosis was 52,2 %. Sonographic, radiology and endoscopy diagnostics criteria were examined. Technique of interventions, complications, investigations were presented.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Перше повідомлення про рубцевий стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК), викликаний каменем, який вклинився, належить Langebuch C. [1884]. У 1926 році D. Del Vale і R. Donovan вперше описали клінічні симптоми та патоморфологічні зміни при первинному доброякісному стенозі ВСДПК (“хронічний склеротрактильний холедохоодит”, або хвороба Дель Валле–Донована) і згодом рекомендували усувати стеноз методом папілосфінктеротомії [3].

Порушення прохідності ВСДПК викликають різні за морфологією процеси: запальні, гіперпластичні, склерозуючі, пухлинні.

Різна локалізація і протяжність звуженої ділянки. Остіум-стеноз – звуження довжиною не більше 4 мм, що починається від устя ВСДПК. Локальний стеноз інтрамурального відділу холедоха – звуження довжиною не більше 6 мм, що відповідає інтрамуральному відділу холедоха і починається супрапапілярно. Поширений стеноз інтрамурального відділу холедоха – звуження інтрамурального відділу холедоха довжиною більше 6 мм. Стеноз термінального відділу холедоха – звуження довжиною понад 6 мм, що починається від устя сосочка і виходить за межі інтрамурального відділу холедоха [3, 6, 10, 11].

Враховуючи різноманіття морфологічних форм органічного стенозу, однотипність клінічної картини, на наш погляд, правомірне і зручне використання тер-

міну “папілостеноз” (ПС), при необхідності доповненого розшифруванням причини стенозування.

Клінічна картина ПС проявляється біліарною, панкреатичною та змішаною формами перебігу [1–12]. До діагностичних ознак відносять: 1) типовий біль біліарного і/або панкреатичного характеру; 2) підвищення рівня печінкових і/або панкреатичних ферментів в 1,5–2 рази; 3) дилатація холедоха  $\geq 12$  мм і/або головної панкреатичної протоки (ГПП) в головці  $\geq 6$  мм, у тілі  $\geq 5$  мм; 4) уповільнення евакуації з жовчної протоки  $\geq 45'$ , з ГПП  $\geq 9'$  [7, 10, 11].

У даний час основним методом лікування ПС є ендоскопічні транспапільярні втручання (ЕХТВ). Однак виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) із приводу стенозуючих захворювань ВСДПК багато авторів відносить до числа операцій, які супроводжуються підвищеним числом невдач і ризиком виникнення гострого панкреатиту, кровотечі і ретроуденальної перфорації [1–12]. Ускладнення в подібних ситуаціях виникають у 6–46 % пацієнтів [2–5, 7, 8, 10–12].

У зв'язку з цим розробка стандартів діагностики, визначення показань, вибору оптимальної техніки та обсягу ЕХТВ у хворих із ПС є дуже актуальними.

**Матеріали і методи.** У клініці хірургії Донецького національного медичного університету з 1999 до 2009 року ЕХТВ виконані 2343 пацієнтам із різною патологією позапечінкових жовчних проток. Вік хво-

рих перебував у межах від 6 до 96 років. Жінок було 1478 (63,1 %), чоловіків – 865 (36,9 %). Попереднє комплексне обстеження хворих включало клініко-лабораторні дані, ультразвукове дослідження, дуоденоскопію, ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ). Основним методом ліквідації порушень відтоку жовчі були ЕХТВ.

Використовували дуоденоскопи JF-1 T-30 і TJF-20 фірми “Olympus” (Японія), “дочірній” холодохоскоп SNF-VP-30, “Olympus” та інструментарій фірм “Olympus” і “Wilson-Cook”.

### Результати досліджень та їх обговорення.

Стенозуючі захворювання термінального відділу протокової системи і ВСДПК виявлені у 636 (27,5 %) пацієнтів. Злоякісні пухлини панкреатобіліарної зони (ПБЗ), які порушують відтік з papilla Vater (pV), діагностовано у 295 (12,6 %) хворих. Доброякісні стенозуючі процеси ВСДПК виявлено у 341 пацієнта (14,6 %). Поєднання холодохолітіазу та доброякісного характеру ПС відмічено у 124 хворих (36,4 %). Гіпербілірубінемія спостерігалася у 392 (61,6 %) пацієнтів: при пухлинах ПБЗ у 268 (90,8 %) хворих і у 124 (36,4 %) хворих із доброякісними причинами папілостенозу.

Визначальними показаннями до дуоденоскопії і транспапілярного втручання, поряд з клінічними даними і підвищенням рівня печінкових і/або панкреатичних ферментів, були сонографічні ознаки дилатації холодоху більше 8 мм і/або ГПП понад 2 мм, явища обтураційної жовтяниці.

При дуоденоскопії оцінювалася, перш за все, можливість канюляції устя сосочка і селективної канюляції холодоху, оскільки це зумовлює успішність виконання типової ЕПСТ. Первинна селективна канюляція жовчної протоки при наявності стенозуючих pV захворювань, як правило, ускладнена і вдається частіше у пацієнтів із гіперпластичними процесами в усті сосочка. У хворих із локалізацією стенозу проксимальніше устя селективну канюляцію здійснювали по провіднику. Контрастування виконували виключно після аспірації жовчі.

Рентгенологічними ознаками стенозу термінального відділу жовчної протоки, за нашими даними, є його розширення  $\geq 9$  мм та уповільнення часу евакуації контрасту в кишку більше 30 хв.

Пацієнтам, у яких канюляція виявлялася успішною, за даними ретроградної холангіографії, виконувалася типова (канюляційна) ЕПСТ, причому папілотом проводили виключно по провіднику. Довжину розрізу намагалися не продовжувати більше 8 мм. Таким чином усували локальний стеноз інтрамурального відділу холодоху. Ендоскопічними ознаками ефективної ліквідації ПС служать перші бульбашки повітря, що надходять із жовчю з розсіченого устя, і можливість вільної ревізії холодоху кошиком Дорміа. Рентгенологічним критерієм ефективності, за даними контрольної ЕРХПГ, служить час евакуації контрастного препарату з жовчних шляхів – менше 30 хв.

У пацієнтів зі стенозованим устям ВСДПК і неможливістю канюляції використовували атипівні способи папілосфінктеротомії. Кращим, на нашу думку, є спосіб попереднього розсічення устя (pre-cut) канюляційним папілотомом із ріжучою струною, що виходить біля кінчика інструмента. Подаючи струм короткими імпульсами, поетапно препаруємо тканини устя сосочка у напрямку поздовжньої складки. Результатом є розтин ампули ВСДПК і ліквідація остіум-стенозу. Далі, як правило, виявляли устя холодоху і виробляли типову (канюляційну) ЕПСТ. При розрізі довжиною 8 мм і неможливості канюляції жовчної протоки подальші ендоскопічні заходи визнавалися недоцільними.

Ендоскопічну супрапапілярну холодоходуоденостомію проводили хворим із пролабуною над стенозованим устям поздовжньою складкою. Для цього голчастим папілотомом виконували точковий пункційний розріз найбільш виступаючої частини поздовжньої складки глибиною 2–3 мм. Таким чином розтинали холодох вище стенозованого устя сосочка. Потім розмір супрапапілярного холодоходуоденального співустя розширювали за допомогою канюляційного папілостома. При цьому варіанті відновлення відтоку жовчі теоретично залишалися сумніви в адекватності евакуації панкреатичного секрету. Побоюючи розвитку гострого панкреатиту, ми утримувалися в цих пацієнтів від пошуків устя вірсунгової протоки і завершували операцію. Як показав досвід, при адекватно виконаній ендоскопічній супрапапілярній холодоходуоденостомії у хворих з остіум-стенозом повторні втручання на усті ГПП не були потрібні. При відсутності надходження жовчі після пункційного розрізу і неможливості канюляції холодоху подальші маніпуляції визнавалися недоцільними.

У хворих із зовнішньою холодохостомією і технічними труднощами канюляції устя антеградно в холодох проводили нітиноловий провідник під рентгенологічним та ендоскопічним контролем. По провіднику анте- або ретроградно проводили папілотом і виконували ЕПСТ.

Після ревізії кошиком Дорміа 56 пацієнтам проведено “дочірню” холодохоскопію з метою вивчення повноти ліквідації стенозу та діагностики нерозпізнаної конкуруючої патології.

Завершували ендоскопічне втручання з приводу ПС назобіліарним дренажуванням (НБД). Дренаж використовували для санації біліарного тракту, етапної холангіографії, а також як тимчасовий стент.

Хворим зі злоякісним стенозом після купірування явищ холангіту і зниження гіпербілірубінемії виконували ендопротезування тefлоновими стентами.

Пацієнтам з діагностованим або передбачуваним поширеним стенозом інтрамурального відділу холодоху і стенозом термінального відділу холодоху ендоскопічні способи ліквідації стенозу, на наш погляд, протипоказані у зв'язку з надзвичайно високим ризиком ускладнень.

За результатами ендобіопсій, виконаних зі змінених і розсічених тканин устя рV у 375 хворих, аденоми, тубулярні аденоми, залозисті поліпи виявлені у 21,5 % пацієнтів, фіброаденоми – у 15,4 %, хронічне проліферативне запалення з фіброзом – у 22,3 %, хронічне запалення із загостренням і лейкоцитарною інфільтрацією або гостре ексудативне запалення виявлено у 13,8 % хворих. У 2,4 % пацієнтів патоморфологічно виявлено доброякісні пухлини: гемангіоми (3), лейоміоми (2), невриноми (2), ліпомі (2). У 24,6 % пацієнтів гістологічні дані однозначно трактувалися як злоякісне ураження.

Ефективність ендоскопічних способів ліквідації доброякісних форм ПС складала 88,3 % (301 пацієнт). Разом з тим ефективність ендоскопічного розрішення жовтяниці у 124 із цих хворих складала 94,4 % (117 хворих).

Ефективність ендоскопічного розрішення жовтяниці у 268 пацієнтів зі стенозуючими ВСДПК злоякісними пухлинами складала 52,2 % (140 хворих).

Ефективність ендохірургічного транспапілярного розрішення стенозуючих захворювань ВСДПК в цілому складала 69,3 %.

Ускладнення виникли у 46 хворих (7,2 %). У 31 (4,9 %) пацієнта діагностовано гострий постендоскопічний панкреатит, причому в 19 хворих розвинувся панкреонекроз, сім пацієнтів загинули. Кровотеча з папілотомної рани в післяопераційному періоді виникла у 8 (1,3 %) пацієнтів, причому в двох хворих із гістологічно встановленою гемангіомою ВСДПК. Ретродуоденальна перфорація стала ускладненням операції у 7 (1,1 %) хворих, четверо з яких згодом загинули.

Летальність внаслідок ускладнень ЕХТВ у хворих зі стенозуючими захворюваннями ВСДПК складала 1,7 % (11 хворих).

При аналізі результатів дослідження відзначено, що у пацієнтів із злоякісними стенозами дилатація холедоха становила в середньому (13±2) мм, а у хворих із доброякісними формами ПС, відповідно, (9±2) мм. Кількість ускладнень у хворих із злоякісними стенозами була удвічі менша. У хворих із доброякісним ПС у структурі ускладнень переважали гострий панкреатит і ретродуоденальна перфорація, а у пацієнтів із злоякісними пухлинами частіше виникали кровотечі.

**Висновки.** 1. Стенозуючі захворювання великого сосочка дванадцятипалої кишки різні за морфологією і тривалістю. Приблизно половина стенозів зумовлена злоякісною трансформацією. Обтураційна жовтяниця частіше ускладнює злоякісні стенози (більше 90 % за нашими даними). При доброякісних формах папілостенозу жовтяниця відзначена нами у 36,4 % хворих, причому в основному при поєднанні стенозу з холедохолітазом.

2. Діагностичними ознаками папілостенозу, за даними сонографії, є дилатація холедоха більше 8 мм і головної панкреатичної протоки понад 2 мм. За даними рентгенівських досліджень, до ознак папілостенозу належить уповільнення евакуації з холедоха понад 30 хв та/або з вірсунгової протоки більше 10 хв.

3. Ендохірургічні транспапілярні втручання показані у пацієнтів зі стенозом устя сосочка та інтрамурального відділу холедоха, ЕХТВ ефективні у 88,3 % пацієнтів із доброякісними причинами папілостенозу і у 52,2 % хворих із злоякісними причинами стенозу ВСДПК. Транспапілярні втручання у хворих із папілостенозом технічно складні, часто атипіві, супроводжуються більш високим відсотком ускладнень і повинні виконуватися досвідченим фахівцем.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Причины рецидива болей у больных после холецистэктомии и их лечение / О.С. Кочнев, В.Н. Биряльцев, Х.М. Халилов [и др.] // Хирургия. – 1989. – № 7. – С. 46–51.
2. Коррекция неопухоловой патологии дистального отдела общего желчного протока после холецистэктомии / М.Е. Ничитайло, М.С. Гойда, А.А. Пидмуряк [и др.] : збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Вип. 9, кн. 4. – К., 2000. – С. 379–383.
3. Орлов С.Ю. Значение эндоскопической папиллосфинктероманометрии в диагностике изолированного папиллостеноза и оптимизации техники эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
4. Клинико-лабораторная диагностика папиллостеноза / Ю.М. Панцырев, В.И. Рябов, В.И. Ноздрачев, Н.В. Литвиненко : сб. науч. трудов ; под ред. Ю.А. Нестеренко, Э.П. Думпе. – М. : 2-ой МОЛГМИ, 1982. – С. 18–22.
5. Выбор метода оперативного лечения папиллостеноза / Ю.М. Панцырев, В.И. Рябов, В.И. Ноздрачев, Н.В. Литвиненко : сб. науч. трудов ; под ред. Ю.А. Нестеренко, Э.П. Думпе. – М. : 2-ой МОЛГМИ, 1982. – С. 12–15.

6. Sphincter of Oddi manometry: usefulness for diagnosis and therapeutic approach / R.Cestari, G. Missale, M. Braga, P. Ravelli // 26 World Congress of the International Colledge of Surgeons. Lecture book. – Millan, 1988. – P. 623–630.
7. Guelrud M. Papillary stenosis / Guelrud M. // Endoscopy. – 1988. – Vol. 20. – P. 193–202.
8. Sphincter of Oddi dysfunction: hydrostatic balloon dilation or endoscopic sphincterotomy / Guelrud M., Mendoza S., Medez R. [et al.] // Gastroenterology. – 1985. – Vol. 88. – P. 1407.
9. Grace P.A. Biliary motility / Grace P.A., Poston G.J., Williamson // Gut. – 1990. – Vol. 31. – P. 571–582.
10. Geenen J.E. The value of the sphincter of Oddi manometry / Geenen J.E., Hogan W.J. // Endosc. Rev. – 1987. – № 4. – P. 40–45.
11. Frequency of abnormal sphincter of Oddi manometry compared with the clinical suspicion of sphincter of Oddi dysfunction / Sherman S., Troiano F.P., Hawes R.H. [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 1991. – Vol. 86. – P. 586–590.
12. Differing effects of pethidine and morphine of human sphincter of Oddi motility / Thune A., Baker A.R., Saccone G.T.P. [et al.] // Br. J. Surg. – 1990. – Vol. 77. – P. 992–995.

Отримано 28.09.10