

УДК 616.612-007.271

*І.Л. Насташенко¹, О.В. Довбенко²***СТРАТЕГІЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ СТЕНОЗУЮЧОМУ ПАПІЛІТІ**¹*Київський національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ*²*Клініка торакоабдомінальної хірургії Військово-медичного клінічного центру Південного регіону, Одеса*

Ендоскопічні транспапілярні втручання на Фатеровом сосочку з урахуванням визначення його анатомічних зон, варіантів з'єднання жовчної та панкреатичної проток, не класифікують різноманіття функціональних захворювань. Вирішення проблеми папіліту не розглядається ізольовано від основної патології. Мета роботи визначення тактичних підходів ендоскопічних транспапілярних втручання при різних формах папіліту а також розроблення алгоритму дій після втручання в умовах визначених морфологічних змін. За 1998-2010 рр. в відділенні ендоскопічної хірургії Військово-медичного клінічного центру у 1921 хворого виконано 2145 ендоскопічних транспапілярних втручання. З 125 випадків виразково-некротичної форми папіліту у 80,8% обумовлене вклиненням конкременту, в 8% – утворення пролежню від дренажу холедоха, у 11,2% – внаслідок інтраопераційного бужування. З 106 атиполої папілотомії в 68,9% супроводжувався розтином власного сфінктеру загальної жовчної протоки. На тлі гнійного холангіту у 12 пацієнтів виконано назобіліарне дренирування, а при наявності зовнішньої жовчної нориці в 31 випадку застосовувалась зовнішньо-внутрішня система (патент № 54595). При 120 випадках склеротичної форми папіліту, проводили розтин власного сфінктеру загальної жовчної протоки та наступне моностенування – 34,2%, бістенування – 13,3%, поєднання ендостенту та назобіліарного дренирування у 4 пацієнтів. У 76 випадках аденоматозної форми папіліту атиполої папілотомія в умовах механічної жовтяниці поєдналася з моностенуванням в 27,6%. При 68 випадках аденоматозної форми папіліту – 2,9% повторна папілосфінктеротомія, в 5,9% резекція аденом. В 25% балонна дилатація поєднувалася з моностенуванням жовчних проток. З 1469 випадків ендоскопічного діагнозу – «папіліт» морфологічно підтвержене у 389 (26,5%) пацієнтів. Стентування з назобіліарним дренируванням в 8,9% дозволило досягти закриття зовнішньої жовчної нориці. В 37 (9,5%) випадках спостерігали ускладнення стентування: інкрустація жовчними солями – 7,6%, дислокації – 4,8%, післяопераційний панкреатит – 3,8%. З 389 хворих стенозуючим папілітом, в 3 (0,8%) випадках виявлена холангіокарцинома. Застосування ендобіліарного стентування та назобіліарного дренирування в поєднанні з ендоскопічної папілосфінктеротомії або балонною дилатацією підвищує ефективність ендоскопічних транспапілярних операцій у хворих відповідно до встановленого морфологічного типу папіліту.

Ключові слова: стенозуючий папіліт, балонна дилатація, ендостентування, назобіліарне дренирування.

Посилення експансії малоінвазивних технологій в хірургії панкреатобіліарної області визначило ретельність підходу як при обранні операційного доступу так і в оптимізації тактики ведення всіх складових клінічного випадку. Ендоскопічні транспапілярні втручання на сьогоднішній день займають визначене місце в хірургічному лікуванні захворювань печінки та підшлункової залози [1, 2, 7, 8]. У цілому розроблені показання, відпрацьовані методики, узагальнено досвід виконання ендоскопічних діагностичних і лікувальних операцій на великому сосочку дванадцятипалої кишки (ВСДК) [1, 7].

З огляду на функціональну значимість ВСДК стає зрозумілим, що навіть незначні зміни його фізіології можуть викликати серйозні розлади в системі травлення. Ще більшого, і, навіть, клінічного, значення набувають морфологічні зміни Фатерового сосочка [10]. Серед захворювань органів панкреатобіліарної

зони група захворювань ВСДК, об'єднаних загальною назвою – папіліт у якості самостійного, супутнього захворювання або ускладнення інших патологічних станів зустрічається в 77% випадках [5]. Проведені дискусії щодо хірургічних втручання на ВСДК з урахуванням визначення його анатомічних зон, варіантів з'єднання жовчної та панкреатичної проток, не класифікують різноманіття функціональних захворювань Фатерового сосочка та не завжди дозволяють провести чітку грань між ними та органічними процесами: атрофічними, гіпертрофічними папілітами, некротичними процесами, аденомами, прикордонними пухлинами тощо [1, 2, 4]. Якщо перші питання на макроскопічному рівні вирішують ендоскопічні хірурги, то морфологічний аспект обговорюється на підставі даних аутопсій [1, 3, 7, 8].

Ендоскопічна картина ВСДК дозволяє орієнтовно встановити інтенсивність і характер його ураження. Вид гирла сосочка виключає

або підтверджує наявність протокової гіпертензії, попереднього відходження через нього конкрементів. Збільшення розміру ворсинок внутрішньо ампулярної слизової оболонки може спостерігатися при хронічному холангіті, хронічному гіпертрофічному папіліті або маскувати пухлину ВСДК, жовчних проток [5].

Якщо раніше атипична ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) застосовувалася в якості діагностичного етапу при неможливості селективної канюляції необхідної системи проток, то останнім часом вона частіше розглядається як етап розтину сосочка, застосовується для відокремлення уражених тканин від незмінених [1, 6]. Пошарова ЕПСТ дає можливість з'ясувати структурні зміни ВСДК, в той час як зміни проток виявлені при ендоскопічній ретроградній холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) можуть вказувати на тривалість та характер перебігу захворювання [7].

Якщо при некротичному папіліті, виникаючому внаслідок тривалого вклинення конкрементів, розтин тканин сосочка є єдиним варіантом ендоскопічного втручання, то при стенозуючому папіліті, тубулярному стенозі термінального відділу холедоха питання вибору лікувальної тактики залишаються дискусійними. Деякі автори замість терміну «стеноз» використовують термін «вузькість термінального відділу холедоха», що, відповідно, міняє підхід до лікування таких станів. Успішність ендоскопічного лікування стенозуючого папіліту складає 68,7-75,2%. Рестенозування Фатерова сосочка, що розвивається після ЕПСТ в різних клініках в 8,9-33,3%, вказує на невирішеність проблеми при первинному втручанні [6, 9].

Недосконалість існуючих методик розтину тканин ВСДК окремими авторами вирішується використанням балонної дилатації сфінктера Одді (СО). У цьому напрямку так само не визначені показання та оціночні критерії ефективності проведення втручання при встановленні діагнозу папіліту, особливо зважаючи на різноманітність патологічних станів, об'єднаних цим терміном.

Показання до балонної дилатації СО при стриктурах ВСДК викликають розбіжність поглядів більшості фахівців [1, 9]. При цьому не враховується характер змін складових структур м'язового апарату ВСДК, який складається з м'яза – стискувач основи сосочка; м'яза – дилататор сосочка; м'яза – стискувач сосочка,

або сфінктера Вестфалія, власного сфінктеру загальної жовчної протоки, власного сфінктеру протоки підшлункової залози.

При лікуванні холедохолітіазу довжина папілотомного розрізу дискутується тільки у зв'язку з можливістю видалення конкрементів та подальшим розвитком рефлекс-холангіту. Можливість наявності власне папіліту при цьому не розглядається [3, 9]. Вирішення проблеми папіліту практично не розглядається ізольовано від основної патології (холедохолітіазу, зовнішніх жовчних норниць, тощо) і при застосуванні в її лікуванні стентів та ендобіліарних дренажів [1, 6, 8].

Метою дослідження є визначення тактичних підходів проведення ендоскопічних транспапільярних втручання при різних формах папіліту та подальше обґрунтування необхідних кроків у лікуванні не тільки основної патології жовчних проток, але й запалення власне ВСДК, а також розроблення алгоритму дій після втручання на протоках печінки та підшлункової залози в умовах визначених морфологічних змін ВСДК.

Матеріал та методи

За 1998-2010 рр. на базі відділення ендоскопічної хірургії Військово-медичного клінічного центру Південного регіону у 1921 хворого виконано 2145 ендоскопічних транспапільярних втручання.

Згідно морфологічної класифікації стенозуючого папіліту, розробленої В.П. Сильченко, А.С. Костроміна (Київ, 1997), встановлені варіанти змін архітектоники Фатерова сосочка:

- виразково-некротична форма;
- склеротична форма;
- аденоматозна форма;
- аденоматозна форма.

З 125 випадків виразково-некротичної форми папіліту у 101 (80,8%) пацієнта вона була обумовлена вклиненням конкременту в ВСДК, в 10 (8%) випадках – неправильним розташуванням зовнішнього дренажу та утворенням пролежню в термінальній частині холедоха, у 14 (11,2%) хворих – внаслідок інтраопераційного бужування ВСДК на тлі гнійного холангіту.

В 106 випадках проводився атипичний розтин слизової ДПК – «даху» ВСДК з розтином м'язів ВСДК, з них 73 (68,9%) випадках розтин супроводжувався розтином власного сфінктеру загальної жовчної протоки. На тлі гнійно-

го холангіту у 12 пацієнтів виконано назобілярне дренивання, а при наявності зовнішньої жовчної нориці в 31 випадку застосовувалась зовнішньо-внутрішня система (НБД з ендостентом) дренивання жовчних проток (патент № 54595).

У 120 випадках при ідентифікації склеротичної форми папіліту, що характеризувалась атрофією залоз, розростанням грубоволоконної сполучної тканини з вираженою колагенізацією и гіалінозом, проліферацією, накопиченням нейтральних мукополісахаридів, проводили ЕПСТ на 4/4 с розтином власного сфінктеру загальної жовчної протоки. Наступне моностентування пластиком стентом проведено 41 (34,2%) хворому, бістентування – 16 (13,3%), його необхідність була зумовлена наявністю тубулярного стенозу термінальної частини холедоха, первинного склерозуючого холангіту. Поєднання ендостенту та НБД застосовували у 4 (3,3%) пацієнтів.

У 76 випадках аденоматозної форми папіліту запального компонента не спостерігалось, проте спостерігалось проникнення залозистих комплексів у міжм'язовий простір, при цьому м'язові волокна гіпертрофуються, строма грубішає, зростає рівень накопичення нейтральних мукополісахаридів. Структури ВСДК були грубо деформовані, що пояснює вимушену необхідність застосування атипичної «хрестоподібної» ЕПСТ в умовах механічної жовтяниці для доступу до проток та наступним моностентуванням в 21 (27,6%) спостереженнях.

При 68 випадках аденоматозної форми папіліту спостерігалось розростання залозистих структур у вигляді поліпів з утворенням дрібних кіст та гіперсекрецією слизу – 2 (2,9%) хворим проведена повторна ЕПСТ, в 4 (5,9%) проведена резекція аденом. В 17 (25%) випадках балонна дилатація СО поєднувалась з моностентуванням жовчних проток. Ендостентування жовчних проток виконано 11 (16,2%) хворим одним стентом 7,5 Fr. В 5 (7,4%) випадках воно ускладнилося обтурацією просвіту стенту слизом. Бістентування виконувалось 2 (2,9%) хворим.

Результати та обговорення

З 1469 випадків ендоскопічно встановленого діагнозу – «папіліт» морфологічно діагноз був підтверджений у 389 (26,5%) пацієнтів. Їм

виконано: моностентування – 73 (18,8%), бістентування – 20 (5,1%), ендостентування в поєднанні з НБД – 12 (3,1%).

Застосування стентування з НБД в 35 (8,9%) пацієнтів дозволило досягти санації гнійного холангіту та закриття зовнішньої жовчної нориці.

Всього НБД виконано у 12 (8,5%) хворих, в тому числі у 3 (2,1%) – за розробленою нами методикою (патент №54595). Із застосуванням наведених методик проліковано 44 (31,2%) хворих з гнійним холангітом. 7 (4,9%) хворим НБД з ендостентуванням застосовувалось у зв'язку з інтраопераційним пошкодженням позапечінкових жовчних шляхів.

В 37 (9,5%) випадках спостерігали ускладнення ендобіліарного стентування у вигляді обтурації стенту, інкрустації його жовчними солями – 8 (7,6%), дислокації – 5 (4,8%). Гострий післяопераційний панкреатит спостерігали в 4 (3,8%) випадках моностентування при аденоматозній формі папіліту.

З 389 хворих, яким було ендоскопічно вставлено та морфологічно підтверджено діагноз однієї з форм стенозуючого папіліту, в 3 (0,8%) випадках виявлена холангіокарцинома.

Висновки

1. Визначальним фактором підвищення ефективності ендоскопічних транспапілярних операцій у хворих з патологією ВСДК є оптимізація обсягу втручань відповідно до встановленого морфологічного типу папіліту.

2. Застосування ендобіліарного стентування та НБД в поєднанні з ЕПСТ або балонною дилатацією СО дозволяє проводити лікувальні санації жовчних проток при структурах ВСДК.

СТРАТЕГИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНС-ПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ПАПИЛЛИТЕ

И.Л. Насташенко, О.В. Довбенко

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства на Фатеровом сосочке учитывают его анатомические зоны, варианты соединения желчного и панкреатического ов, не классифицированы многообразием функциональных нарушений. Решение проблемы папиллита не рассматривается изолировано от основного заболевания. Цель работы определения тактических подходов эндоскопических транспапиллярных вмешательств при формах папиллита а также разработка алгоритма действий после вмешательств в измененных морфологических условиях. За 1998-2010 гг. в отделении эндоскопической хирургии Военно-медицинского

клинического центра у 1921 больного выполнено 2145 эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Из 125 случаев язвенно-некротической формы папиллита в 80,8% обусловлено вклиниванием конкремента, в 8% образования пролежня дренажом холедоха, в 11,2% в результате интраоперационного бужирования. Из 106 атипичной папиллотомии в 68,9% выполнено рассечение собственного сфинктера общего желчного а. На фоне гнойного холангита у 12 пациентов выполнено, а при наличии наружного желчного свища в 31 случае применялась внешне-внутренняя система (патент № 54595). При 120 случаях склеротической формы папиллита, проводили рассечение собственного сфинктера общего желчного и последующее моностентирование – 34,2%, бистентирование – 13,3%, сочетание эндостента и назобилиарного дренирования у 4 пациентов. В 76 случаях аденоматозной формы папиллита атипичная папиллотомия в условиях механической желтухи сочеталась моностентированием в – 27,6%. При 68 случаях аденоматозной формы папиллита – 2,9% проводилась повторная папиллосфинктеротомия, в – 5,9% резекция аденомы. В 25% баллонная дилатация моностентированием желчных. Из 1469 случаев эндоскопического диагностирования - «папиллит» морфологически подтвержден у 389 (26,5%) пациентов. Стентирование с назобилиарным дренированием в 8,9% позволило достичь закрытия наружного желчного свища. В 37 (9,5%) случаях осложнений стентирования наблюдали: инкрустацию – 7,6%, дислокация – 4,8%, послеоперационный панкреатит – 3,8%. У 389 больных стенозирующим папиллитом, в 3 (0,8%) случаях холангиокарцинома. Применение эндобилиарного стентирования и назобилиарного дренирования в сочетании эндоскопической папиллосфинктеротомией или баллонной дилатацией повышает эффективность эндоскопических транспапиллярных операций у больных при морфологически установленной форме папиллита.

Ключевые слова: стенозирующий папиллит, баллонная дилатация, эндостентирование, дренирование.

STRATEGY ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS AT THE STENOSING PAPILLITIS

I.L. Nastashenko, O.V. Dovbenko.

Endoscopic transpapillary interventions on papilla Vateri consider its anatomic zones, variants of bond bile ducts and pancreatic ducts, are not classified by variety of functional disturbances. The papillitis solution of a problem is not surveyed isolated from a basic disease. The purpose of work of definition of tactical approaches endoscopic transpapillary interventions at various forms of a papillitis and also working out of algorithm of actions after interventions in the changed morphological conditions. For 1998-2010 in unit of endoscopic surgery of the Military-medical clinical centre at 1921 patients it is executed 2145 endoscopic transpapillary interventions. From 125 cases ulcer – necrotic papillitis forms in 80,8% it is caused the wedged stone, in 8 % of formation of a decubitus by a drainage bile ducts, in 11,2% as a result intraoperational trauma. From 106 and typical papillotomy in 68,9% the section of own sphincter of the general bile duct is executed. Against a purulent cholangitis at 12 patients it is executed transnasal biliary drainage, and in the presence of an external bile fistula in 31 case it was applied outwardly – internal sys-

tem (the patent № 54595). At 120 cases of the sclerotic form of a papillitis, spent a section of own sphincter of the general bile duct and the subsequent monostent – 34,2 %, bistent – 13,3 %, a combination endostent and transnasal biliary drainage at 4 patients. In 76 cases adenomyomatose papillitis forms atypical papillotomy in the conditions of a mechanical icterus it was combined with monostent in – 27,6 %. At 68 cases of the adenomate form of a papillitis – 2,9 % it was spent re papillo sphincterotomy, in – 5,9 % an adenoma resection. In 25% the balloon dilatation was combined with monostent bile ducts. From 1469 cases of endoscopic diagnosing – “papillitis” morphologic is confirmed at 389 (26,5%) patients. Stents with transnasal biliary drainage in 8,9% has allowed to reach closings of an external bile fistula. In 37 (9,5%) cases of complications stents observed: incrustation – 7,6%, a dislocation – 4,8%, a postoperative pancreatitis – 3,8%. At 389 sick the stenosing papillitis, in 3 (0,8%) cases taps a cholangiocarcinoma. Application endobiliary stents and transnasal biliary drainages in a combination with endoscopic papillo sphincterotomy or a balloon dilatation increases efficiency endoscopic transpapillary operations at patients at morphologic to the installed form of a papillitis.

Keywords: a stenosing papillitis, a balloon dilatation, Endobiliary stents, transnasal biliary drainage.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дискуссионные вопросы хирургических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. / А.С. Балалыкин, В.Д. Балалыкин, В.В. Гвоздик [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2007. – Т. 12, № 4. – С. 45-53.
2. Губергриц Н.Б., Христин Т.Н. Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христин. – Донецк: ООО «Лебедь», 2000. – 416 с.
3. Дожилов А.А. Морфология эктопии поджелудочной железы в большом сосочке двенадцатиперстной кишки / А.А. Дожилов, А.В. Тверской // *Человек и его здоровье.* – 2006. – № 1. – С. 11-20.
4. Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита / С.М. Дыньков, Я.А. Насонов, А.А. Кузнецов [и др.] // *Анналы хирургии.* – 2000. – № 2. – С. 30-35.
5. Нечипай А.М. Эндоскопическая характеристика большого сосочка двенадцатиперстной кишки и папиллярной области. / А.М. Нечипай, А.А. Будзинский, Т.В. Коваленко, А.И. Кузьмин // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2002. – Т. 12. – № 4. – С. 80-86.
6. Потапов А.О. Рестенозы большого сосочка двенадцатиперстной кишки после эндоскопической папиллосфинктеротомии / А.О. Потапов // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2010. – № 10. – С. 46-48.
7. Хронический панкреатит: Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалимов, В.В. Грубник, Дж. Боровиц [и др.] – К.: Здоров'я, 2000. – 255 с.
8. Шалимов С.А. Диагностика и лечение заболеваний большого дуоденального соска / С.А. Шалимов. – К.: Здоров'я, 1985. – 149 с.
9. Transduodenal sphincteroplasty with transampullary septectomy for stenosing papillitis. / F.G. Moody, R.V. Calabuig, N. Runkel [et al.] // *The American Journal of Surgery.* – 1991. – Vol. 161. – P. 213-218.
10. Hess W. Surgery of the Biliary Passages and the Pancreas. / W. Hess // New York, D. Van Nostrand Co., 1965. – 672 p.

Стаття надійшла 02.03.2011