

УДК 616-007-271-006.52-07-089

*П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало***КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОСТЕНОЗА***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Представлен опыт эндохирургических транспапиллярных вмешательств у 2607 больных. Различные формы папиллостеноза диагностированы у 715 (27,4%) пациентов. Эффективность эндоскопического разрешения доброкачественных форм папиллостеноза – 88,4%, злокачественных – 52,2%. Основными причинами стеноза являются злокачественные и доброкачественные опухоли, рубцовый и воспалительный процесс, развивающийся преимущественно на фоне холедохолитиаза. Систематизированы клинические, биохимические, сонографические, эндоскопические и рентгеновские критерии диагностики папиллостеноза. Предложены оптимальные технические приемы транспапиллярных вмешательств.

Ключевые слова: папиллостеноз, опухоли БСДПК, обтурационная желтуха, ЭРХПГ, ЭПСТ, атипичная папиллотомия.

Стенозирующие заболевания большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) и терминального отдела холедоха выявляют у 4-40% пациентов, впервые оперированных на желчных путях и поджелудочной железе, и у 11-84% больных, оперированных повторно [1-5, 9].

По локализации и протяженности суженного участка выделяют остиум-стеноз – сужение длиной не более 4 мм, начинающееся от устья БСДПК. Локальный стеноз интрамурального отдела холедоха – сужение длиной не более 6 мм, соответствующее интрамуральному отделу холедоха и начинающееся супрапапиллярно. Распространенный стеноз интрамурального отдела холедоха – сужение интрамурального отдела холедоха длиной более 6мм. Стеноз терминального отдела холедоха – сужение длиной более 6 мм, начинающееся от устья сосочка и выходящее за пределы интрамурального отдела холедоха [3, 6, 7, 10].

Частота острого билиарного панкреатита, развившегося на фоне микрохоледохолитиаза, папиллита, вклиненного в ампулу БСДПК камня, составляет от 40 до 60% пациентов, поступающих в стационары с клиникой острого панкреатита за рубежом. [5, 8, 7, 11]. Применение эндоскопических транспапиллярных вмешательств, позволяет уменьшить частоту развития деструктивных форм, осложнений и летальности у пациентов с острым билиарным панкреатитом в 4-5 раз [7-10].

С распространенностью дуоденоскопических исследований чаще стали диагностиро-

ваться опухолевые образования БСДПК. Гиперпластические полипы диагностируют у 37-87% пациентов с доброкачественными новообразованиями сосочка, тубулярные и ворсинчатые аденомы, склонные к малигнизации, встречаются у 7,3-54,3% больных [6]. Злокачественные новообразования органов ДПБЗ, составляют около 15% всех злокачественных опухолей пищеварительного тракта. Дистальная протоковая обструкция (головка поджелудочной железы, БСДПК, терминальный отдел холедоха) встречается у 85-90% больных. Операбельность опухолей данной локализации не превышает 15-17% [5, 6].

Распространение эндоскопических хирургических транспапиллярных вмешательств (ЭХТВ) во многом решило проблему восстановления физиологического оттока желчи, устранения причины нарушений. Однако у пациентов со стенозирующими заболеваниями БСДПК транспапиллярные вмешательства сопровождаются повышенным числом неудач и возникновением осложнений у 6-46% пациентов [1, 2-8]. Во многом это обусловлено отсутствием диагностических критериев, стандартизации тактики лечения, выбора способа и объема вмешательства.

Учитывая разнообразие терминов (стенозирующий папиллит, склерозирующий одит, терминальный холедохит, папиллярный стеноз, папиллостеноз, дисфункция сфинктера Одди и т.д.), характеризующих различные морфологические формы органического стеноза БСДПК, однотипность клинической кар-

тины, обусловленной, прежде всего, протоковой гипертензией, целесообразно, на наш взгляд, сформулировать дефиницию понятия «папиллостеноз» (ПС). С нашей точки зрения рациональным можно считать следующее определение. *Папиллостеноз – это органическое сужение просвета большого сосочка двенадцатиперстной кишки и/или терминальных отделов общего желчного и главного панкреатического протоков, обусловленное инородным телом, воспалительным, рубцовым, доброкачественным или злокачественным опухолевым процессом.* ПС всегда сопровождается стойкой билиарной и/или панкреатической гипертензией. Функциональное сужение просвета БСДПК, не сопровождающееся стойкой протоковой гипертензией, предлагаем определять прижившимся в западной литературе термином *дисфункция сфинктера Одди*. Такое разграничение понятий, по нашему мнению, определяет лечебную тактику. Больным с ПС показано выполнение декомпрессионного вмешательства тем или иным способом, пациентам с дисфункцией сфинктера Одди показано проведение консервативного лечения.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с папиллостенозом путем разработки диагностических критериев и стандартизации тактики лечения, выбора способа и объема вмешательства.

Материал и методы

В клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета с 1999 по 2010 годы ЭХТВ произведены 2607 пациентам с различной патологией внепеченочных желчных протоков. Возраст больных от 6 до 96 лет. Женщин – 1632 (62,6%), мужчин – 975 (37,4%).

Различные стенозирующие заболевания терминального отдела протоковых систем и БСДПК были выявлены у 715 (27,4%) пациентов.

Комплексное обследование больных включало клинично-лабораторные данные, ультразвуковое исследование, дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), при необходимости использовали компьютерную томографию. Преимущественным методом ликвидации нарушений оттока желчи были ЭХТВ.

Использовали дуоденоскопы JF-1T-30 и

TJF-20 фирмы “Olympus” (Япония), «дочерний» холедохоскоп CHF-ВР-30, “Olympus” и инструментарий фирм “Olympus”, “Wilson-Cook”, “Boston scientific”, “Endo-technic”.

Результаты и обсуждение

Изучены результаты лечения 715 больных ПС, распределенных нами на три группы в зависимости от морфологического характера стеноза. Первая группа – 335 (46,9%) пациентов со злокачественными опухолями ДПБЗ, нарушающими отток из papilla Vateri (pV). Вторая группа – 251 больной (35,1%) с воспалительным и рубцовым характером стеноза pV. Третья группа – 129 больных (18%) с доброкачественными опухолями БСДПК.

В каждой группе нами выделена подгруппа пациентов с сопутствующим холедохолитиазом. В первой группе со злокачественными опухолями ДПБЗ холедохолитиаз выявлен у 87 (26%) больных. Во второй группе с воспалительным и рубцовым характером стеноза холедохолитиаз диагностирован у 243 (96,8%) пациентов. В третьей группе с доброкачественными опухолями БСДПК конкременты желчного протока имели место у 96 (74,4%) больных.

Гипербилирубинемия наблюдалась у 534 (74,7%) пациентов. В первой группе желтуха выявлена у 262 (78,2%) больных, во второй группе – у 179 (71,3%) пациентов, в третьей группе – желтуха имела место у 93 (72,1%) больных.

С целью разрешения билиарной или панкреатической гипертензии всем больным выполнялась дуоденоскопия для визуальной оценки папиллярной области и возможности проведения ЭХТВ.

Пациентам, у которых канюляция устья БСДПК оказывалась успешной, при локализации стеноза в интрамуральном отделе холедоха селективную канюляцию желчного протока осуществляли по проводнику. Контрастирование выполняли исключительно после аспирации желчи. По данным ЭРХПГ производилась типичная канюляционная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Таким образом устраняли *локальный стеноз* интрамурального отдела холедоха. Эндоскопическими критериями эффективности ликвидации стеноза являются свободный отток желчи и возможность свободной ретро-

градной ревизии холедоха корзинкой Дормиа. Рентгеновскими критериями эффективности, по данным контрольной ЭРХПГ, служат сокращение диаметра холедоха до ≤ 9 мм и время эвакуации контрастного препарата из желчных путей < 30 минут.

У пациентов со стенозированным устьем БСДПК и невозможностью канюляции использовали атипичные способы папиллосфинктеротомии. Предпочтительным, по нашему мнению, является способ поэтапного предварительного рассечения устья (pre-cut) канюляционным папиллотомом с режущей струной, выходящей у кончика инструмента. Подавая ток короткими импульсами, послойно препаратуем ткани устья сосочка в направлении продольной складки. Результатом является вскрытие ампулы БСДПК и ликвидация *остium-стеноза*. Далее, как правило, выявляли устье холедоха и производили канюляционную ЭПСТ. При невозможности канюляции желчного протока в течение 40 минут и разрезе длиной 8 мм, вмешательство прекращаем, проводим противовоспалительную терапию, медикаментозную профилактику развития панкреатита. На третьи – четвертые сутки выполняем этапное вмешательство, при котором у абсолютного большинства пациентов удается канюлировать холедох и произвести типичную ЭПСТ.

Эндоскопическую супрапапиллярную холедоходуоденостомию производили больным с пролябирующей над стенозированным устьем рV продольной складке. Для этого игольчатым папиллотомом выполняли точечный, пункционный разрез наиболее выступающей части продольной складки, глубиной 2-3 мм. Таким образом вскрывался холедох выше стенозированного устья сосочка. Затем размер супрапапиллярного холедоходуоденального соустья расширялся с помощью канюляционного папиллотома. При этом варианте восстановления оттока желчи теоретически оставались сомнения в адекватности оттока панкреатического секрета. Опасаясь развития острого панкреатита, мы воздерживались у этих пациентов от поисков устья вирсунгова протока и завершали операцию. Как показал опыт, при адекватно произведенной эндоскопической супрапапиллярной холедоходуоденостомии у больных с *остium-стенозом* острый постэндоскопический панкреатит мы

не наблюдали и повторные вмешательства на устье ГПП не требовались. При отсутствии поступления желчи после пункционного разреза и невозможности канюляции холедоха последующие манипуляции признавались нецелесообразными. Как правило, у пациентов со стенозированным устьем рV, пролябирующей продольной складкой и отсутствием эффекта после супрапапиллярного пункционного разреза при последующей лапаротомии выявляли злокачественную опухоль, прорастающую терминальный отдел холедоха.

После ликвидации стеноза и санации холедоха производим назобилиарное дренирование. Дренаж используем для санации билиарного тракта, этапной холангиографии, а также как временный стент (каркас).

Больным со злокачественным стенозом после купирования явлений холангита и снижения гипербилирубинемии выполняли эндопротезирование тефлоновыми стентами.

Пациентам с диагностированным или предполагаемым *распространенным стенозом* интрамурального отдела холедоха и *стенозом терминального отдела холедоха*, эндоскопические способы ликвидации стеноза, по нашему убеждению, противопоказаны в связи с чрезвычайно высоким риском осложнений.

По результатам эндобиопсий, из измененных и рассеченных тканей устья рV у пациентов первой группы в основном встречалась аденокарцинома, во второй группе – хроническое пролиферативное воспаление с фиброзом, обострением и лейкоцитарной инфильтрацией или острое экссудативное воспаление. В третьей группе – аденомы, тубулярные аденомы, железистые полипы, фибroadеномы. У 3 пациентов патоморфологически выявлены гемангиомы, у 2 больных лейомиомы, у 2 – невриномы, у 2 – липомы.

После ревизии корзинкой Дормиа 56 пациентам произведена «дочерняя» холедохоскопия с целью изучения полноты ликвидации стеноза и диагностики нераспознанной концентрирующей патологии.

Эффективность эндоскопических способов ликвидации доброкачественных форм стеноза БСДПК составила 88,4%.

Эффективность эндоскопического разрешения желтухи при раке ДПБЗ составила 52,2%.

Осложнения возникли у 61 больных (8,5%).

У 41 (5,7%) пациента диагностирован острый постэндоскопический панкреатит, причем у 19 больных развился панкреонекроз, семь пациентов погибли. Кровотечение из папиллотомной раны в послеоперационном периоде возникло у 13 (1,8%) пациентов, причем у двоих больных с гистологически установленной гемангиомой БСДПК. Ретродуоденальная перфорация явилась осложнением операции – у 7 (1%) больных, четверо из которых, впоследствии погибли.

Летальность в результате осложнений ЭХТВ у больных со стенозирующими заболеваниями БСДПК составила 1,5% (11 больных).

При анализе результатов исследования отмечено, что у пациентов со злокачественным стенозом дилатация холедоха составляла в среднем 13 ± 2 мм, а у больных с доброкачественным стенозом соответственно 9 ± 2 мм. Гипербилирубинемия >200 мкмоль/л по результатам нашего исследования, характерна для больных раковым поражением БСДПК и терминального отдела холедоха. Отмечен вдвое меньший процент осложнений ЭХТВ у больных со злокачественным стенозом. В структуре осложнений у больных с доброкачественным стенозом преобладали острый панкреатит и ретродуоденальная перфорация, а у пациентов со злокачественными опухолями чаще возникали кровотечения.

Систематизированы клинические, биохимические, сонографические, эндоскопические и рентгенологические признаки ПС.

Клиническая картина ПС проявляется билиарной, панкреатической и смешанной формами течения – типичные боли билиарного и/или панкреатического характера.

Биохимическими признаками ПС являются стойкое повышение уровня печеночных и/или панкреатических ферментов в 1,5-2 раза, гипербилирубинемия от 24 до 400 мкмоль/л.

Сонографические признаки ПС, по нашим данным, – дилатация холедоха ≥ 8 мм, и/или ГПП ≥ 2 мм, при отсутствии ультразвуковой картины конкрементов протока или опухоли ДПБЗ.

К эндоскопическим признакам ПС нами отнесены: 1) отсутствие видимого устья, 2) втянутость папиллярной зоны и устья, 3) сосочковые разрастания в устье, 4) выступающее из устья одиночное полиповидное обра-

зование, как правило, более интенсивной, чем окружающие ткани окраски, 5) разрастания типа цветной капусты или тутовой ягоды закрывающие устье, 6) бугристая, плотная при инструментальной пальпации продольная складка, 7) осязаемое препятствие прохождению инструмента или проводника в 2-6 мм проксимальнее канюлированного устья рV.

Рентгенологическими признаками стеноза терминального отдела желчного протока, по нашим данным, являются его расширение ≥ 9 мм и замедление времени эвакуации контраста в кишку >30 минут.

Выводы

Папиллостеноз обусловлен органическим сужением просвета БСДПК и сопровождается билиарной и/или панкреатической гипертензией.

Для диагностики папиллостеноза используются клинические, биохимические, сонографические, эндоскопические и рентгенологические критерии.

Преимущественным методом лечения папиллостеноза являются эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Эффективность эндоскопической операции повышается при использовании атипичной техники выполнения, применении этапных вмешательств, использовании комплексного медикаментозного лечения.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИБІР СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ПАПІЛОСТЕНОЗУ

П.Г. Кондратенко, О.А. Стукало

Подано досвід ендоскопічних транспапілярних втручань у 2607 хворих. Різноманітні форми папілостенозу діагностовано у 715 (27,4%) пацієнтів. Ефективність ендоскопічного лікування доброякісних форм папілостенозу – 88,4%, злоякісних – 52,2%. Головними чинниками стенозу є злоякісні та доброякісні новоутворення, рубцовий стеноз та запальний процес, який розвинувся заголовним чином на фоні холедохолітазу. Систематизовані клінічні, біохімічні, сонографічні, ендоскопічні та рентгенівські критерії діагностики папілостенозу. Запропонована оптимальна техніка транспапілярного втручання, ускладнення, протипокази.

Ключові слова: стеноз ВСДПК, обтураційна жовтяниця, ЕРХПГ, ЕПСТ, атипова папілотомія.

CRITERIA OF DIAGNOSTOICS AND CHOOSING METHOD OF TREATMENT OF PAPPILLOSTENOSIS

P.G. Kondratenko, A.A. Stukalo

The experience of the endoscopic transpapilla interven-

tions to 2607 patients is represented. The effectiveness of the endoscopic elimination of benign papillary stenosis was 88,4 percent, of malignant papillary stenosis was 52,2 percent. Main cause of stenosis are benign and malignant, scar stenosis, inflammatory process which progressive by the common bile duct stones. Clinical, biochemistry, sonar, endoscopic and radiological criteria of diagnostic papilla stenosis were systematized. Technique of interventions, complications, investigations were presented.

Key words: papillary stenosis, obstruction jaundice, ERCP, endoscopic sphincterotomy, precut papillotomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г. Гастроинтестинальная эндоскопия / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало, Е.Е. Раденко // Практическое руководство. – 2007. – С. 323-364.
2. Коррекция неопухоловой патологии дистального отдела общего желчного протока после холецистэктомии / М.Е. Ничитайло, М.С. Гойда, А.А. Пидмурняк [и др.] // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2000. – Вип. 9, кн. 4. – С. 379-383.
3. Орлов С.Ю. Значение эндоскопической папиллосфинктероманометрии в диагностике изолированного папиллостеноза и оптимизации техники эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке: дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Орлов Станислав Юрьевич. – М., 2001. – 159 с.
4. Стукало А.А. Профилактика осложнений эндохирургических транспапиллярных вмешательств у больных с патологией большого дуоденального сосочка и гепатикохоледоха: дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Стукало Александр Анатольевич. – Донецк. 2004. – 207 с.
5. Федоров А.Г. Оперативная дуоденоскопия: транспапиллярные вмешательства: дисс. ... д. мед. наук: 14.01.17 / Федоров Александр Георгиевич. – Москва. 2010. – 290 с.
6. Шулепова А.Г. Заболевания большого дуоденального сосочка в общей структуре патологии органов гепатопанкреатобилиарной зоны – диагностика, эндоскопические методы лечения и их результаты: дисс. ... д. мед. наук: 14.00.05, 14.00.27 / Шулепова Алла Григорьевна. – Москва, 2008. – 280 с.
7. Guelrud M. Papillary stenosis / M Guelrud // Endoscopy. – 1988. – Vol.20. – P. 193-202.
8. Sphincter of Oddi dysfunction: hydrostatic balloon dilation or endoscopic sphincterotomy / M. Guelrud, S. Mendoza, R. Medez [et al.] // Gastroenterology. – 1985. – Vol. 88. – P. 1407.
9. Grace P.A. Biliary motility. / P.A. Grace, G.J. Poston, Williamson // Gut. – 1990. – Vol.31. – P.571-582.
10. Frequency of abnormal sphincter of Oddi manometry compared with the clinical suspicion of sphincter of Oddi dysfunction / S. Sherman, F.P. Troiano, R.H. Hawes [et al.] // Am.J.Gastroenterol. – 1991. – Vol.86. – P.586-590.
11. Differing effects of pethidine and morphine of human sphincter of Oddi motility / A. Thune, A.R. Baker, G.T.P. Saccone [et al.] // Br. J. Surg. – 1990. – Vol. 77. – P. 992-995.

Стаття надійшла 16.02.2011