

Доброкачественные новообразования большого дуоденального сосочка в общей структуре причин развития постхолецистэктомического синдрома. Диагностика и хирургическое лечение

Е.И. Брехов, В.В. Калинин, А.Г. Шулешова, М.В. Коробов, Н.С. Бордан, Р.Ч. Муршудли
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Цель работы: определение места доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка в структуре причин развития постхолецистэктомического синдрома, их диагностика и хирургическое лечение.

Представлены результаты лечения 20 пациентов, страдающих доброкачественными новообразованиями большого дуоденального сосочка.

Эндоскопические методы лечения позволили произвести удаление доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка с одновременным восстановлением проходимости общего желчного и главного панкреатического протоков на уровне ампулы сосочка у 90% больных.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования большого дуоденального сосочка, постхолецистэктомический синдром.

The aim of the present work was to determine the place of benign neoplasms in the large duodenal papilla in the structure of causes of postcholecystectomic syndrome, to study and develop better ways for diagnostics and surgical treatment.

The authors present 20 cases when patients had benign neoplasms in the large duodenal papilla.

Endoscopic curative techniques allow to remove benign neoplasms in the large duodenal papilla with a simultaneous passage restoration in the common bile duct and in main pancreatic ducts at the level of papilla ampoule in 90% of patients.

Key words: benign neoplasms in the large duodenal papilla, postcholecystectomic syndrome.

Хирургическое вмешательство при желчнокаменной болезни далеко не всегда приводит к полному выздоровлению. У 15–40% [8, 11, 12] пациентов сохраняются клинические симптомы, развиваются различного рода изменения органов пищеварения, объединяемые термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС).

Постхолецистэктомический синдром является собирательным понятием, подразумевающим заболевания, связанные прямо или косвенно с самой операцией, а также заболевания, прогрессирующие в результате операции [9]. Однако последствия холецистэктомии, обусловленные выпадением основной функции желчного пузыря, наблюдаются лишь у единичных больных. Патологические изменения при этом далеко не всегда ограничиваются билиарным трактом. Чаще причиной страдания в этих случаях являются заболевания гепатодуоденопанкреатической зоны. На сегодняшний день существует несколько классификаций ПХЭС. Одни авторы включают в классификацию все патологические изменения, возникающие после удаления желчного пузыря, хотя в отдельных случаях причинно-следственные связи труднопредсказуемы. Другие предлагают использовать термин «истинный постхолецистэктомический синдром», включая в это понятие только рецидивы печеночной колики, связанные с поражением желчных путей (резидуальные камни общего желчного протока, патологически измененная культя пузырного протока, стенозирующий папиллит, посттравматическая рубцовая стриктура общего желчного протока, оставленная часть желчного пузыря, камень пузырного протока, длинный пузырный проток, невринома в области рубца, гранулема инородного тела). Наконец, существует и третья точка зрения. Авторы этой концепции убеждены, что «истинного постхолецистэктомического синдрома» нет, а жалобы больных после операции связаны с заболеваниями, не распознанными до холецистэктомии, с неполноценным обследованием больного во время операции,

повторным камнеобразованием, которое может не иметь никакого отношения к оперативному вмешательству.

Важную роль в развитии синдрома играет поражение внепеченочных желчных путей. По мнению большинства исследователей [9], сама холецистэктомия не приводит к изменению ширины холедоха. Расширение протока наступает при возникновении органических поражений, особенно его терминальной части. Таким образом, у больных, перенесших холецистэктомию, клинические проявления болезни прежде всего могут быть обусловлены нарушением пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, в основе которого лежит патология сфинктера Одди, т.е. то или иное поражение большого дуоденального сосочка (БДС) [15]. Диагностика ПХЭС – это выявление изменений в органах гепатодуоденопанкреатической системы, являющихся причиной страдания больных, с применением всего комплекса современных лабораторно-инструментальных методов исследования. Лабораторные исследования включают определение в крови уровня билирубина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, липазы, амилазы, эластазы I. Для дисфункции сфинктера Одди характерно транзитное повышение в 2 раза и более уровней печеночных или панкреатических ферментов. Немаловажное значение имеют и лучевые методы диагностики – в первую очередь, конечно, трансабдоминальное ультразвуковое исследование, а также стремительно завоевывающие внимание клиницистов благодаря своей высокой информативности и точности эндоскопическое ультразвуковое исследование, а также магнитно-резонансная холангиография (доступная в настоящее время лишь ограниченному числу научно-исследовательских центров).

Среди инвазивных методов диагностики ПХЭС необходимо выделить считающуюся “золотым стандартом” диагностики эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) и манометрию сфинктера

Таблица 1

Визуальные изменения БДС у больных с доброкачественными новообразованиями при ЭГДС

Визуальные признаки	Количество больных	
	абс.	%
Папилломатоз устья	5	25±4,1
Одиночное опухолевидное образование	8	40±3,3
Множественные опухолевидные образования	4	20±4,2
Увеличение размеров сосочка	17	85±2,1

 $p < 0,05$.

Одди. Лечение больных с ПХЭС должно быть комплексным и направлено на устранение тех функциональных или структурных нарушений со стороны печени, желче-выводящих путей (протоки и сфинктеры), желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, которые лежат в основе страдания, явились поводом для обращения к врачу. Медикаментозная терапия обычно включает сочетание лекарственных средств разных классов, подбираемых чаще всего эмпирически.

Боль, беспокоящая пациентов после оперативного вмешательства, в большинстве случаев связана с повышением давления в билиарном тракте, а в основе последнего лежат нарушения функции сфинктера Одди. Показаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) являются также стеноз сфинктера Одди, рецидивирующие панкреатиты, при которых отмечается положительный эффект от введения стента. Со времени широкого использования дуоденоскопии, а также ЭРХПГ доброкачественные опухоли БДС стали выявляться чаще, чем прежде. Этиология неизвестна; полагают, что они часто развиваются на фоне дуоденального папиллита. Доброкачественные опухоли БДС представлены папилломами, аденомами (тубулярными и ворсинчатыми), липомами, фибромами, нейрофибромами, лейомиомами. Наиболее часто встречаются папилломы. Нередко они бывают множественными, размером 4—8 мм. В эндоскопических протоколах они фигурируют как папилломатозный папиллит. Папиллит, возникающий на фоне дисфункции сфинктеров дистальной части желчного “дерева”, приводит к нарушению пассажа желчи и панкреатического сока через устье БДС, желчной гипертензии, холангиту, дистрофии и склерозу тканей, причем наибольшая выраженность органических изменений наблюдаются при этом в БДС и терминальном отделе общего желчного протока [10, 13, 14, 16]. Накопленный за годы применения ЭПСТ опыт уверенно позволяет считать эту операцию альтернативой трансдуоденальных вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки, особенно у больных с ПХЭС [2, 5, 17], а также у пациентов пожилого и старческого возраста при отсутствии показаний к холецистэктомии или высоком операционном риске [6, 7]. Клинический опыт показал, что ЭПСТ позволяет значительно уменьшить количество повторных хирургических операций на желчных путях и значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность у больных с патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны [1, 3]. К настоящему времени убедительно доказано, что ЭПСТ технически выполнима у 83,9—97,6% больных, а ее эффективность у больных с патологией терминального отдела общего желчного протока и БДС находится в пределах от 82 до 98,1% [4].

Нами было пролечено 20 пациентов, страдающих доброкачественными новообразованиями БДС. ЭГДС как этап эндоскопической диагностики была использована у всех 20 больных с заболеваниями БДС. Диагностическими эндоскопическими критериями при осмотре БДС были: оценка его размеров и формы, рельефа его слизистой оболочки; наличие опухолевидных образований на поверхности ампулы или в области устья сосочка; форма устья БДС; оценка содержимого, поступающего из устья; взятие биопсийного материала для морфологической верификации его изменений, а также оценка состояния слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцати-

перстной кишки на предмет наличия сопутствующих заболеваний. Анализ результатов использования ЭГДС у больных с доброкачественными новообразованиями показал, что у большинства из них можно выявить характерные изменения БДС при его прицельном осмотре (табл. 1).

Характерные визуальные изменения БДС у больных с доброкачественными новообразованиями были выявлены у всех 20 больных. Как видно из табл. 1, наиболее часто у больных с доброкачественными опухолями БДС выявлялись одиночные опухолевидные образования диаметром от 2 до 4 мм, исходящие из слизистой оболочки переходной складки устья сосочка (45±3,3%). У 6 (30±3,8%) больных выявлены множественные опухолевидные образования диаметром 1—3 мм, располагавшиеся в области устья сосочка (у 3 больных в устье сосочка было 2 образования, у 6 больных — 3). У 5 больных (25±4,1%) встречались явления папилломатоза устья сосочка.

Основной ценностью ЭГДС является, помимо определения визуальных изменений БДС, возможность взятия материала для проведения морфологического исследования. Полученные визуальные данные были дополнены прицельной биопсией у всех 20 больных с доброкачественными новообразованиями БДС. Результаты морфологических исследований БДС у больных с доброкачественными заболеваниями представлены в табл. 2.

Из 5 больных с папилломатозом устья сосочка гистологическое подтверждение визуального диагноза было получено у всех. По результатам биопсии у 7 больных выявлены гиперпластические полипы, а у 8 больных — аденома БДС. Гистологическое исследование было выполнено также 11 больным с внутриампулярным расположением опухоли, взятие биопсийного материала у

Таблица 2

Результаты морфологических исследований БДС у больных с доброкачественными заболеваниями

Патология БДС	Количество больных	
	абс.	%
Папилломатоз	5	25±3,8
Гиперпластические полипы	7	35±3,1
Аденомы	8	40±2,8
Всего ...	20	100

 $p < 0,05$.

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от вида первичного контрастирования протоковых систем при выполнении ЭРХПГ у больных с доброкачественными образованиями БДС

Вид полученного контрастирования	Количество больных	
	абс.	%
Контрастирование холедоха и главного панкреатического протока	11	55±2,6
Изолированное контрастирование холедоха	5	25±3,2
Изолированное контрастирование главного панкреатического протока	3	15±3,4
Контрастирования не получено	1	5±3,8
Всего ...	20	

этих больных производилось после выполнения ЭПСТ. У всех больных микроскопически обнаружена картина доброкачественного полипа БДС. Таким образом, применение гастродуоденоскопии позволяет выявить прямые визуальные признаки заболевания у значительной части больных с доброкачественными заболеваниями БДС и подтвердить диагноз гистологически. У больных с внутриампулярным расположением доброкачественных новообразований БДС значение гастродуоденоскопии заключается в выявлении косвенных визуальных признаков заболевания и показаний к биопсии сосочка, ЭРХПГ или диагностической папиллосфинктеротомии. Учитывая, что у больных с доброкачественными новообразованиями часто имеются признаки желчной и внутрипанкреатической гипертензии, а также сопутствующий холедохолитиаз, всем 20 больным произведена ЭРХПГ. В табл. 3 представлены результаты ЭРХПГ у данной категории больных.

При выполнении ЭРХПГ у больных с доброкачественными новообразованиями БДС первичное контрастирование протоковых систем было получено у 19 (95%) больных: у 11 (55±2,6%) пациентов было получено одновременное контрастирование общего желчного протока и главного панкреатического протока, у 5 (25±3,2%) была получена изолированная холангиограмма, у 3 (15±3,4%) больных – изолированная панкреатограмма. Канюляция БДС была результативной и позволила получить рентгенологические данные у 95% больных, в том числе информацию о билиарной системе у 82,4% больных. Однако у 1 (5%) больного контрастирования протоковых систем печени и поджелудочной железы после выполнения канюляции устья сосочка не получено.

Результаты ЭРХПГ у больных с доброкачественными новообразованиями БДС наряду с данными прицельного осмотра сосочка и результатами гистологического исследования опухоли имеют решающее значение в постановке полного клинического диагноза, определении дальнейшей тактики лечения больных и выборе метода лечения. Эндоскопическая папиллотомия – залог успеха как диагностики, так и лечения заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. ЭПСТ в ряде случаев может стать единственным и окончательным методом лечения, что повышает ее ценность и значимость для практиче-

Таблица 4

Использованные виды эндоскопического лечения у больных с доброкачественными новообразованиями БДС

Вид эндоскопического лечения	Количество больных	
	абс.	%
Удаление опухоли	2	10
ЭПСТ, удаление опухоли	4	20
ЭПСТ, удаление опухоли, экстракция конкрементов	14	70
Итого ...	20	100

ской медицины. Как известно, выбор метода лечения заболеваний БДС делается на основании визуальных изменений сосочка, морфологической верификации, результатов ЭРХПГ. Основным эндоскопическим методом лечения заболеваний БДС различного генеза является ЭПСТ. Эндоскопические методы лечения были применены у 20 больных с доброкачественными новообразованиями БДС, у 14 (70%) из них имелся сопутствующий холедохолитиаз (табл. 4).

Как видно из табл. 4, у 14 (70%) больных с доброкачественными новообразованиями БДС были выполнены ЭПСТ, удаление опухоли и экстракция конкрементов с помощью корзинки Дормиа, 4 (20%) больным выполнены ЭПСТ и удаление опухоли, у 2 (10%) больных проведено эндоскопическое удаление полипа.

После выполнения операции ЭПСТ программа лечения определялась в соответствии с основной патологией. При доброкачественных опухолях на тактику лечения влияли характер опухолевого процесса, наличие обструкции протоковых систем. Выполняли механическую экстракцию камней, эндоскопическое удаление доброкачественных опухолей БДС. Эффективность эндоскопического лечения доброкачественных новообразований БДС оценивалась по возможности полноценного удаления опухоли, влиянию на течение осложнений заболевания, а также по его эффективности в ликвидации сопутствующего холедохолитиаза. Применение биопсийных щипцов или диатермической петли позволило произвести полноценное удаление опухоли у 8 больных с доброкачественными новообразованиями БДС, не имеющих нарушений проходимости терминального отдела общего желчного протока на уровне ампулы сосочка. У 14 больных наряду с удалением доброкачественной опухоли с помощью ЭПСТ предпринимали механическую экстракцию камней. Попытки стандартной механической экстракции камней с помощью корзинки Дормиа предприняты у 14 пациентов с холедохолитиазом. В 2 случаях попытки экстракции конкрементов были безуспешными. Осложнений, связанных с экстракцией конкрементов, в данной группе больных не было. Одновременно с этим высокую эффективность показала оценка результатов применения ЭПСТ и других видов чреспапиллярных операций у больных с доброкачественными новообразованиями БДС. ЭПСТ оказала положительное влияние на течение болезни у 18 (90%) больных с доброкачественными новообразованиями БДС. У 2 (10%) больных с доброкачественными новообразованиями

БДС эндоскопические методы лечения способствовали ликвидации осложнений опухоли (желтуха, холангит), но не устранили сопутствующий холедохолитиаз. У этой категории больных эндоскопическое лечение доброкачественных новообразований приобретает характер предоперационной подготовки и средства уменьшения объема хирургической операции за счет отказа от трансдуоденального вмешательства на БДС.

Нарушение проходимости общего желчного и главного панкреатического протоков на уровне ампулы БДС, обусловленное доброкачественными новообразованиями БДС, является главным патологическим звеном в развитии ПХЭС у данной категории больных. Таким образом, эндоскопические методы лечения доброкачественных новообразований БДС позволили произвести их эндоскопическое удаление с одновременным восстановлением проходимости общего желчного и главного панкреатического протоков на уровне ампулы сосочка у 90% больных, что является патогенетически обоснованным этапом лечения постхолестэктомиического синдрома.

Литература

1. Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д., Агафонов И.В. и др. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2004. — № 1. — С. 193.
2. Балалыкин В.Д., Балалыкин А.С. Современные принципы диагностики и лечения «постхолестэктомиического синдрома». Материалы IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. (Москва, 15–17 февраля 2006г.). Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 2 (том 12) — С. 14.
3. Балалыкин В.Д., Харбурзания А.К., Гвоздик В.В. и др. Большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БДС) в открытой и эндоскопической хирургии. Материалы юбилейной конференции «Обеспечение безопасности эндохирургических операций», посвященной 10-летию деятельности Общества эндоскопических хирургов России (10–11 ноября 2005г., Сочи). Эндоскопическая хирургия. 2006. — № 1. — С. 22–23.
4. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Гвоздик Вл.В. и др. Неудачи чреспапиллярных вмешательств. Материалы XI Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва, 18–20 апреля 2007 г. — С. 32–33.
5. Блувштейн Г.А., Николенко А.Ю., Ульянов К.В. и др. Чреспапиллярные эндоскопические вмешательства и причины послеоперационных осложнений. Материалы XI Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии: — Москва, 18–20 апреля 2007г. — С. 66–68.
6. Борисов А.Е., Пешехонов Д.Б., Чистяков Д.Б. Варианты «встречной техники» малоинвазивных вмешательств у больных с холедохолитиазом. Материалы X Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. — Москва, 20–22 февраля 2007г. — Эндоскопическая хирургия. 2007. — № 1 (том 13) — С. 19.
7. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — Видар-М, 2006. — 568 с.
8. Григорьев П.Я., Солуянова И.П., Яковенко А.В. Желчно-каменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика. Лечащий врач. — 2002. — Т. 6. — С. 26–32.
9. Иванченкова Р.А. Правомочен ли термин «постхолестэктомиический синдром». Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1998. — Т. 5. — С. 185–8.
10. Колесников Л.Л. Сфинктерный аппарат человека. — СПб.: Спец. Лит. — 2000. — 183 с.
11. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные). Тер. арх. — 2004. — Т. 2. — С. 83–7
12. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
13. Лоранская И.Д., Вишневская В.В. Изучение моторной функции желчевыводительной системы и гастродуоденальной зоны при патологии билиарного тракта. Русский международный журнал «Болезни органов пищеварения». Приложение. — 2005 — Т. 7, № 1. — С. 7.
14. Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей (Диагностика и лечение). Методическое пособие для врачей. М.: Медпрактика. — 2000.
15. Parch R., Gillion J.F., Melafosse M. Results de la choledocoduodenostomie pour lithiase de la voie biliaire principale. Gastroenterol.clin.Biol. — 1986. — Vol. 10. — N 4. — P. 297–301.
16. Walker E., Rose D.H. Removal of common bile duct stones after emergency drainage of the gall bladder. Ann.roy.Coll.Surg.Engl. — 1983. — Vol. 65, N 5. — P. 229–230.
17. Wehrmann T., Schmitt T.H., Arndt A., Lembcke B., Caspary W.F., Seifert H. Endoscopic injection of Botulinum toxin in patients with recurrent acute pancreatitis due to pancreatic sphincter of Oddi dysfunction // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2000. — Vol. 14. — P. 1469–1477.