

Диагностика и эндоскопические методы лечения заболеваний большого дуоденального сосочка

А.Г. Шулешова, Е.И. Брехов, В.В. Калинин, А.В. Старостенко, Н.С. Бордан, О.Н. Минушкин
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

Представлен анализ применения эндоскопических методов диагностики и лечения заболеваний большого дуоденального сосочка (БДС) у 347 больных: 187 больных с доброкачественным стенозом, 119 с доброкачественными новообразованиями, 41 больной раком БДС. С диагностической целью им были выполнены: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), биопсия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРПХГ). Обнаружено, что ЭГДС позволяет выявить прямые визуальные признаки новообразований БДС и подтвердить диагноз гистологически. Отмечена целесообразность и эффективность ЭРПХГ в виде выявления рентгенологических признаков желчной и внутривнутрипанкреатической гипертензии, сопутствующего холедохолитиаза.

У 14 (4%) больных с доброкачественными новообразованиями БДС лечение заключалось в эндоскопическом удалении опухоли. У 18 (5,2%) эндоскопическое удаление опухоли было дополнено эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), у 83 (23,9%) удаление опухоли сочеталось с ЭПСТ и литоэкстракцией из холедоха, у 49 (14,1%) применена ЭПСТ без дополнительных лечебных манипуляций, у 122 (35,2%) – ЭПСТ только с литоэкстракцией из холедоха, у 18 (7,8%) – проведение ЭПСТ сочеталось с другими эндоскопическими вмешательствами. Лечебный эффект достигнут у 293 (93,6%) больных.

Ключевые слова: эзофагогастродуоденоскопия, биопсия большого дуоденального сосочка, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

The authors present their analysis on using endoscopic techniques for diagnostics and treatment of 347 patients with pathologies in the large duodenal papilla (LDP): 187 patients had benign stenosis, 119 – benign neoplasms, 41 – LDP cancer. To examine these patients esophagogastroduodenoscopy (EPGDS), biopsy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCPG) were made. It has been found out that EPGDS allows to reveal direct visual signs of neoplasms in LDP and to confirm this diagnosis histologically. Effectiveness and reasonability of ERCPG diagnostics for revealing X-ray signs of bile and intrapancreatic hypertension as well as accompanying choledocholithiasis has been underlined too.

14 (4%) patients with benign neoplasms in LDP had endoscopic tumour removal. In 18 (5.2%) patients endoscopic tumour removal was added with endoscopic papilloschincterotomy (EPST); in 83 (23.9%) patients tumour removal was combined with EPST and lithoextraction from the choledoch. In 49 (14.1%) patients EPST was made without any additional curative manipulations; in 122 (35.2%) – EPST only with lithoextraction from the choledoch; 18 (7.8%) patients had EPST combined with other endoscopic interventions. Curative effects have been achieved in 293 (93.6%) patients.

Key words: esophagogastroduodenoscopy, biopsy of large duodenal papilla, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

В настоящее время число воспалительных и опухолевых заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны, вызывающих непроходимость внепеченочных желчных протоков, продолжает увеличиваться. Среди этих заболеваний важное место занимают патологические изменения области большого дуоденального сосочка [2, 4, 9, 14, 15, 17].

Это острые и хронические папиллиты, доброкачественные и злокачественные опухоли [1, 10].

Достаточно часто заболевания БДС сочетаются с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), холедохолитиазом. ЖКБ встречается в среднем у каждого десятого жителя планеты, а холедохолитиаз как ее осложнение имеется у 5–20%. Частота резидуального холедохолитиаза остается высокой и составляет около 10% [5, 6, 11].

Резидуальные и рецидивные камни желчных протоков являются наиболее частой причиной повторных операций на желчных протоках. Другой, не менее частой причиной повторных операций являются наличие лигатур стенки внепеченочных желчных протоков, длительно стоящие наружные дренажи, стенты, посттравматические стриктуры [4, 6].

Дифференциальная диагностика причин дистальной обструкции билиарного тракта трудна из-за сходства их клинических проявлений и однотипности лабораторных изменений.

В 70-е годы прошлого столетия были разработаны и внедрены в клиническую практику эндоскопические чре-

спапиллярные исследования и операции, которые сформировали эндохирургическое направление [3, 7, 12].

ЭПСТ обеспечила возможность лечения больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. ЭПСТ стала не только операцией выбора у больных с ПХЭС и осложненными формами ЖКБ, но и важным этапом в лечении больных с холестазом, вызванным заболеваниями БДС. Однако, по данным разных авторов, частота «трудных» канюляций составляет от 4 до 28 % случаев. Причины «трудных» канюляций и осложнений до конца не выяснены, а предрасполагающие факторы разноречивы [3, 8, 13, 18].

Лечение холедохолитиаза на настоящем этапе развития хирургии многовариантно. У каждого способа устранения холедохолитиаза имеются как достоинства, так и недостатки, поэтому требуются рациональные тактические подходы и технические приемы как оперативного, так и неоперативного удаления конкрементов желчевыводящих путей. В связи с этим возникает и важнейшая задача – выбор показаний к необходимому способу лечения, рекомендации применения хирургической или неоперативной методики [4, 6, 14, 20].

Ошибки и неточности, а главное, несвоевременность диагностики заболеваний БДС до настоящего времени обуславливают большое количество неудовлетворительных результатов лечения патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Исходя из этого, мы проанализировали результаты собственных исследований (диагностических и оперативных), чтобы понять и обсудить сложные и не решенные на сегодняшний день проблемы рассматриваемой патологии.

Материал и методы

В исследование были включены 347 больных с заболеваниями БДС, проходивших обследование и лечение на кафедрах эндоскопии, хирургии и гастроэнтерологии «Учебно-научного медицинского центра» Управления делами Президента РФ за период с 1983 по 2003 г., которым были выполнены эндоскопические вмешательства: 187 (53,9%) больных с доброкачественным стенозом (воспалительного характера) БДС, 119 (34,3%) больных с доброкачественными новообразованиями БДС, 41 (11,8%) больной раком БДС.

Возраст больных от 22 до 90 лет, женщины составили 67,7%, мужчины – 32,3%. Большинство больных – 224 (64,5%) были старше 60 лет. Все больные этого возраста имели сопутствующую патологию, что не могло не отразиться на выборе как диагностического, так и оперативного пособия. 18% больных (63 человека) ранее были оперированы на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны. Характер перенесенных вмешательств представлен в табл. 1.

Таблица 1
Распределение больных с заболеваниями БДС в зависимости от перенесенных операций

Операции	Количество больных	
	абс.	%
Холецистэктомия	45	13,0
Холецистэктомия + холедохолитотомия	12	3,4
Холецистэктомия + трансдуоденальная папиллосфинктеротомия	2	0,6
Холецистэктомия + супрадуоденальная холедоходуоденостомия	4	1,0
Всего...	63	100

Как видно из табл. 1, 45 пациентов перенесли холецистэктомию, что составило 13% от общего количества случаев. Холецистэктомия, дополненная холедохолитотомией, выполнена у 12 пациентов. У 2 произведена холецистэктомия и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, а у 4 – холецистэктомия и супрадуоденальная холедоходуоденостомия.

Всем больным (347) для верификации диагноза был проведен стандартный комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Прицельно изучались данные анамнеза (наличие эпизодов желтухи, желчных коликов, панкреатита), клинические проявления заболевания, изменения в клиническом анализе крови, мочи, биохимических показателях плазмы крови.

Кроме общеклинических методов исследования, выполнены УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с осмотром состояния слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки одновременно с выполнением ретроградного контрастирования билиарных протоков. Основной за-

дачей выполнения гастродуоденоскопии у этих больных была визуальная оценка состояния БДС (его размеров, формы, рельефа слизистой оболочки, наличия опухолевидных образований на поверхности ампулы и в области устья сосочка), морфологическая верификация обнаруженных изменений, а также выявление сопутствующих заболеваний слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. Изменения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, выявленные при проведении ЭГДС, были обнаружены у 110 (31,7%) больных (у 10,9% больных с заболеваниями БДС сопутствующие заболевания слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта характеризовались эрозивно-язвенными ее поражениями), что при определенных условиях может в значительной мере отягощать течение основного заболевания и вносить изменения в тактику лечения больных.

ЭРХПГ и прицельную биопсию производили по общепринятой методике. Как способ лечения и предоперационной подготовки больным выполнялся комплекс эндоскопических операций, включающий, в соответствии с показаниями, эндоскопическую папиллосфинктеротомию в различных ее видах, эндоскопическое удаление новообразований, механическую экстракцию камней, механическую билиарную литотрипсию, эндопротезирование общего желчного протока, назобилиарное дренирование.

ЭПСТ выполняли канюляционным и смешанным способами стандартными ножами для папиллосфинктеротомии. В основном старались выполнить ЭПСТ канюляционным (типичным) способом. В тех случаях, когда ЭПСТ была невыполнима из-за невозможности канюляции ампулы БДС, использовали неканюляционный и смешанный способы.

Для удаления полиповидных образований БДС размером 0,5 см и более применялась петлевая эксцизия. При малых размерах новообразования иссекались окаймляющими разрезами игольчатым папиллотомом. При размерах доброкачественных новообразований до 2–3 мм и локализации только в устье БДС без распространения на устье вирсунгова протока ограничивались взятием множественной «горячей» биопсии, при условии выполнения ЭПСТ и свободной селективной канюляции протоковых систем.

Эндоскопическую внутривнутрипротоковую литотрипсию у больных с первично неудаляемыми конкрементами общего желчного протока выполняли механическими литотрипторами фирмы «Olympus».

Для решения поставленных задач работа была построена на анализе результатов эндоскопической диагностики и лечения заболеваний БДС, являющихся причиной внепеченочного холестаза.

Результаты и обсуждение

Диагностика

Жалобы и физикальные данные

Анализируя характер жалоб, мы установили, что большинство больных предъявляли жалобы на боли в верхней половине живота, правом подреберье, изменение окраски цвета кожи, мочи. Слабость отмечали 80 (23%) больных. Диспепсические расстройства, проявляющиеся анорексией, имелись у 54 (15,5%) больных, тошнота, рвота – у 37 (10,6%), нарушения стула – у 27

Выраженность визуальных изменений сосочка у больных раком БДС

Визуальные изменения сосочка	Количество больных	
	абс.	%
Инфильтрация слизистой, внутрислизистые кровоизлияния	2	4,9
Диффузное увеличение сосочка	5	12,2
Бугристость поверхности, внутрислизистые кровоизлияния, диффузное увеличение сосочка	19	46,3
Обширное изъязвление области сосочка	15	36,6
Всего ...	41	100

(7,7%). У 68 (19,6%) больных имел место клинический симптомокомплекс холангита (боли, за которыми следовал озноб, повышение температуры тела, потемнение мочи, пожелтение склер и кожи).

При всех нозологических формах наиболее часто встречалась механическая желтуха, которая фиксировалась у 298 (85,9%) больных, у 202 (58,2%) больных она проявлялась иктеричностью склер, прокрашиванием кожных покровов. При этом отмечалось изменение окраски кала и мочи.

У 16 (4,6%) пациентов при наличии желтухи диагностирован острый холецистит, у 12 (3,5%) пациентов – острый панкреатит. Боль при ЖКБ носила как приступообразный, так и постоянный характер, с локализацией в правом подреберье или эпигастральной области, иррадировала в правое плечо, правую лопатку; при остром панкреатите боль локализовалась в верхних отделах живота, с иррадиацией в поясничную область, принимала опоясывающий характер.

При «желчной» колике боль носила приступообразный характер. Продолжительность и интенсивность зависели от степени желчной гипертензии.

Длительность желтухи варьировала от нескольких дней до 2 мес и более.

Уровень билирубинемии у больных с заболеваниями БДС был разным: при доброкачественных стенозах составлял от 75 до 200 мкмоль/л, а нормальные показатели были у 35 (10,1%) больных.

Такая же закономерность отмечена у остальных больных с доброкачественными новообразованиями и раком БДС. Уровень билирубина >200 мкмоль/л имелся только у 5,8% от всех больных.

Приведенные данные, лабораторные и клинические, являющиеся проявлениями заболеваний БДС, убедительно свидетельствуют, что для этой патологии наиболее характерно нарушение проходимости общего желчного протока на уровне его терминального отдела и ампулярной части с развитием механической желтухи и вторичных осложнений в виде холангита, холецистита, панкреатита.

Данные эндоскопического и морфологического исследований

Анализ результатов гастроуденоскопии у больных с доброкачественными новообразованиями показал, что у большинства из них можно выявить характерные изменения БДС уже при его прицельном осмотре (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика эндоскопических изменений БДС у больных с доброкачественными новообразованиями

Визуальные признаки	Количество больных	
	абс.	%
I. Характерные		
Папилломатоз устья	8	6,7
Одиночные опухолевидные образования	81	68,1
Множественные опухолевидные образования	19	16,0
II. Нехарактерные		
Увеличение размеров сосочка	11	9,2
Всего ...	119	100

Характерные визуальные изменения БДС у больных с доброкачественными новообразованиями были выявлены у 108 больных (90,8%). Наиболее часто выявлялись одиночные опухолевидные образования диаметром от 2 до 4 мм, исходящие из слизистой оболочки переходной складки устья сосочка – у 81 (68,1%) пациента. У 19 (16%) больных выявлены множественные опухолевидные образования диаметром 2–3 мм, располагавшиеся в области устья сосочка (у 17 больных в устье сосочка было 2 образования, у 2 больных – 3). Реже (6,7%) встречались явления папилломатоза устья сосочка, внешне проявлявшегося наличием множественных гипертрофированных ворсин в устье БДС (у 8 больных).

У 11 (9,2%) больных признаков опухоли БДС при его прицельном осмотре не выявлено. У этих больных изменения заключались лишь в диффузном увеличении БДС и его легкой деформации. Указанные изменения были обусловлены наличием внутриампулярно расположенного доброкачественного новообразования, которое было обнаружено у этих больных только после вскрытия ампулы сосочка при выполнении ЭПСТ.

Выраженность визуальных симптомов рака сосочка непосредственно зависит от формы роста опухоли (табл. 3).

При гастроуденоскопии было выявлено, что чаще всего, а именно у 19 (46,3%) больных раком БДС встречался экзофитный рост, который сопровождался его диффузным увеличением, бугристостью, наличием инфильтрации слизистой с внутрислизистыми кровоизлияниями и контактной кровоточивостью. Ткани опухоли при пальпации катетером или биопсийными щипцами были плотные, устье сосочка и продольная складка в ряде случаев визуально не дифференцировались. У больных с язвенной формой рака БДС выявленные изменения также были весьма характерны: у всех 15 (36,6%) больных наблюдались обширные изъязвления слизистой оболочки сосочка на фоне ее ригидности и диффузной инфильтрации.

У 7 (17,1%) больных рак БДС имел инфильтративный рост: у 2 (4,9%) больных визуальные изменения сосочка заключались в диффузной инфильтрации его слизистой с множественными внутрислизистыми кровоизлияниями, у 5 (12,2%) больных они ограничивались только диффузным неравномерным увеличением БДС.

Таблица 4

Характеристика изменений БДС у больных с доброкачественным стенозом

Визуальные изменения сосочка	Количество больных	
	абс.	%
Увеличение размеров	12	6,4
Уменьшение размеров	25	13,3
Деформация сосочка	16	8,6
Отсутствие изменений	134	71,7
Всего ...	187	100

Гастродуоденоскопия была выполнена 187 больным с доброкачественным стенозом БДС (табл. 4).

Как видно из представленной таблицы, примерно у 2/3 обследованных больных (71,7%) визуальных изменений сосочка не установлено.

Уменьшение размеров сосочка отмечалось у 25 больных (13,3%), увеличение - у 12 (6,4%) больных со стенозом БДС, у 16 (8,6%) больных была изменена его форма.

Прицельная биопсия была выполнена 347 больным с заболеваниями БДС, морфологические изменения его ткани при первичной биопсии были выявлены у 326 (93,9%) больных, а у остальных пациентов подтверждение патологии было получено после выполнения 2–3 биопсий из измененного БДС.

У 119 больных с доброкачественными новообразованиями БДС были произведены биопсии с морфологическим изучением полученного материала. Результаты этих исследований представлены в табл. 5.

Как видно из таблицы, у всех 8 (6,7%) больных с папилломатозом устья сосочка было получено гистологическое подтверждение визуального диагноза.

Из 100 больных с одиночными и множественными опухолевидными образованиями результаты гистологического исследования были получены в 93 случаях: у 21 были выявлены аденомы с различной степенью дисплазии, у 72 – полипы БДС, у 7 пациентов взятого материала оказалось недостаточно для гистологического исследования. При повторном гистологическом исследовании у 2 пациентов выявлены аденомы, у 5 – полипы.

Гистологическое исследование было выполнено также 11 больным с внутриампулярным расположением опухоли, биопсийный материал у этих больных брали после выполнения ЭПСТ. У всех больных ми-

Таблица 5

Результаты морфологических исследований биоптата больных с доброкачественными новообразованиями БДС

Патология БДС	Количество больных	
	абс.	%
Папилломатоз	8	6,7
Гиперпластические полипы	88	74
Аденомы	23	19,3
Всего ...	119	100

Таблица 6

Морфологическая характеристика рака БДС (первичное гистологическое исследование)

Эпителиальные опухоли	Количество больных	
	абс.	%
Скирр	7	17,1
Аденокарциномы	13	31,7
Ложноотрицательный результат	21	51,2
Всего ...	41	100

кроскопически обнаружена картина доброкачественного полипа БДС.

Гистологическое исследование БДС было предпринято у 41 больного с предполагаемым раком этой локализации, результаты морфологического исследования представлены в табл. 6.

Положительные первичные результаты исследования биопсийного материала в этой группе больных были получены только у 20 (48,8%) пациентов: у 13 (65%) из них гистологически была обнаружена аденокарцинома различной степени дифференциации, у 7 (35%) – скирр.

Ложноотрицательный результат первичного гистологического исследования был получен у 21 (51,2%) больного раком БДС, что потребовало дополнительного взятия биопсийного материала.

Из 21 больного раком БДС с первичным ложноотрицательным результатом у 2/3 из них морфологический диагноз рака был верифицирован в результате повторных биопсий опухоли, а у остальных больных (в большинстве случаев с наличием обширного изъязвления) гистологическое подтверждение рака БДС получено после выполнения 3 биопсий из измененного БДС. Гистологически у всех пациентов диагностирована аденокарцинома.

Таким образом, гистологическое исследование позволило выявить у 82,9% (34) больных аденокарциному и скирр у 17,1% (7) пациентов.

В группе больных с доброкачественным стенозом БДС гистологическое изучение его стенки было проведено у всех больных. Его морфологические данные представлены в табл. 7.

Как видно из представленной таблицы, наиболее часто фиксировалась атрофически-склеротическая форма (50,3%) хронического папиллита. При описании гистологической картины атрофически-склеротической

Таблица 7

Результаты морфологического изучения материала биопсий у больных со стенозом БДС

Морфологические формы папиллита	Количество больных	
	абс.	%
Атрофически-склеротическая форма	94	50,3
Аденоматозная форма	52	27,8
Аденомиоматозная форма	41	21,9
Всего ...	187	100

формы хронического папиллита имела выраженная атрофия железистых и мышечных структур сосочка с развитием обширных полей склероза его стенки. Вторая по частоте — аденоматозная форма хронического папиллита (27,8%) характеризуется увеличением объема желез. Аденомиоматозная форма хронического папиллита с преобладанием объема желез и мышечных элементов составила 21,9%.

Таким образом, применение гастродуоденоскопии позволяет выявить прямые визуальные признаки заболевания у значительной части больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями БДС, взять материал для биопсии и подтвердить диагноз гистологически. Надежным способом морфологической верификации визуального диагноза у больных раком БДС с первичными ложноотрицательными результатами гистологического исследования является направленная множественная биопсия из опухоли.

У больных с внутриампулярным расположением доброкачественных новообразований или инфильтративной формой рака БДС значение гастродуоденоскопии заключается в выявлении косвенных визуальных признаков заболевания и показаний к биопсии сосочка, ЭРХПГ или диагностической папиллосфинктеротомии.

Диагностика ампулярных образований, как и достоверная гистологическая верификация, крайне затруднительна, что подтверждают наши данные.

Основным в диагностике заболеваний БДС, осложненных желтухой, панкреатитом и/или билиарной гипертензией, считаем контрастирование желчевыводящей системы.

Результаты рентгеноэндоскопического исследования

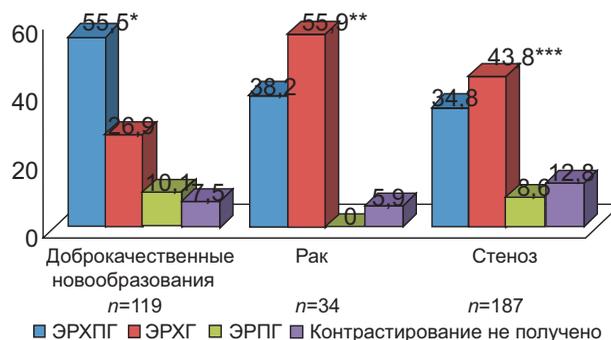
Основной целью рентгеноэндоскопического исследования являлось контрастирование желчевыводящих путей. ЭРХПГ была выполнена 340 больным с заболеваниями БДС. Однако у 63 (18,5%) больных рентгенологических сведений о состоянии желчных протоков не получено.

Для повышения диагностической эффективности ЭРХПГ применяли ЭПСТ с диагностической целью, инструментальную ревизию желчных протоков и селективную холеграфию.

Как видно на рисунке, из 119 больных с доброкачественными образованиями БДС у 66 (55,5%) пациентов было получено одновременное контрастирование общего желчного и панкреатического протоков, у 32 (26,9%) — изолированная холангиограмма, у 12 (10,1%) больных — изолированная панкреатограмма. У 9 (7,5%) больных не удалось осуществить контрастирование протоковых систем.

ЭРХПГ была применена у 34 больных раком БДС, при этом у 13 (38,2%) больных было получено одновременное контрастирование желчного и панкреатического протоков, у 19 (55,9%) — только желчных протоков. У 2 (5,9%) больных первичного контрастирования обеих протоковых систем не получено.

В результате выполнения ЭРХПГ характерные рентгенологические признаки рака БДС были выявлены у 33 больных. У 21 (63,6%) больного раком БДС в результате ЭРХПГ было выявлено диффузное расширение внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоков, а также изъеденная или зазубренная ампутация просвета общего



* $p < 0,01$ ** $p > 0,05$ *** $p < 0,05$

Рис. Результаты обследования больных (в %) в зависимости от вида первичного контрастирования протоковых систем при выполнении ЭРХПГ.

желчного протока на уровне его ампулярной части. У 12 (36,4%) больных, кроме диффузного расширения желчных протоков, было установлено сужение терминального отдела общего желчного протока в виде «клюва» и «конуса».

Из 187 больных с доброкачественным стенозом контрастирование желчного и панкреатического протоков осуществлено у 65 (34,8%) пациентов, у 82 (43,8%) получены холангиограммы, у 16 (8,6%) — только панкреатограммы. У 24 (12,8%) больных первичного контрастирования протоковых систем получено не было. В итоге получили информацию о билиарной системе у 81,5% больных, что и составило диагностическую эффективность ЭРХПГ. У 18,5% больных ЭРХПГ оказалась неэффективной. В это число вошли больные, у которых первичное контрастирование протоковых систем не удалось, и те больные, у которых рентгенологические данные были ограничены панкреатограммой. Этим больным выполнена диагностическая ЭПСТ, инструментальная ревизия желчных протоков и селективная холеграфия.

В результате чего данные о состоянии желчных путей были получены еще у 60 (17,6%) больных, и только у 3 (0,9%) больных не удалось произвести диагностическую ЭПСТ в связи с анатомическими изменениями сосочка, обусловленными опухолевым разрастанием и изъязвлением слизистой.

Таким образом, эффективность ЭРХПГ при проведении ЭПСТ увеличивается на 17,6%, тем самым повышается общее число успешных ЭРХПГ до 99,1%.

По данным рентгенограмм признаки желчной гипертензии были выявлены у 325 (96,4%) из 337 больных.

Для получения недостающих сведений использовали ревизию желчных путей с применением корзины Дормиа и сопровождали ее селективным контрастированием тех участков билиарной системы, которые либо не были контрастированы во время предыдущего исследования, либо полученная информация была недостаточно убедительной.

Реализация нашего алгоритма существенно повышает диагностическую эффективность рентгеноэндоскопического исследования ($p < 0,01$) у больных с доброкачественными образованиями БДС. Диагностическая эффективность у больных раком БДС статистически не доказана ($p > 0,05$), возможно, из-за небольшого числа наблюдений. У больных с доброкачественным стенозом применение предложенного алгоритма суще-

ственно увеличивает диагностическую ценность ($p < 0,05$) рентгеноэндоскопического исследования.

В результате исследования выявлен холедохолитиаз у 87 (73,1%) больных с доброкачественными новообразованиями БДС и у 127 (67,9%) больных со стенозом БДС. Размер камней в холедохе составлял от 2 до 23 мм. Время эвакуации контрастного вещества из общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку составило от 10 до 70 мин, из главного панкреатического протока – от 5 до 20 мин.

Таким образом, дуоденоскопия и ЭРХПГ являются высокоэффективными методами диагностики заболеваний БДС. Они позволяют выявить характерные визуальные и рентгенологические признаки заболевания у большинства больных, подтвердить диагноз морфологически, а также выявить сопутствующие заболевания внепеченочных билиарных протоков. Применение этих методов диагностики у больных с заболеваниями БДС позволяет установить полный клинический диагноз и определить оптимальную тактику лечения с учетом характера основного заболевания, наличия сопутствующего холедохолитиаза и степени нарушения пассажа содержимого протоков через ампулу БДС.

Эндоскопическое лечение больных с заболеваниями БДС

В зависимости от характера поражения БДС и видов их эндоскопического лечения больные были распределены на три группы: 1-ю группу составили 119 (34,3%) больных с доброкачественными образованиями БДС, 2-ю группу – 41 (11,8%) больной раком БДС, 3-ю группу – 187 (53,9%) больных с доброкачественным стенозом БДС (табл. 8).

Из представленной таблицы видно, что из 187 больных у 31 (16,6%) применена ЭПСТ без дополнительных лечебных манипуляций, у 127 (67,9%) больных ЭПСТ

была дополнена эндоскопическими манипуляциями, направленными на ликвидацию сопутствующего холедохолитиаза: у 122 (65,2%) больных – механической литоэкстракцией из общего желчного протока, у 5 (2,7%) больных – литоэкстракцией с предварительной внутрипротоковой механической литотрипсией; еще у 2 (1,1%) больных с доброкачественным стенозом БДС, осложненным гнойным холангитом, ЭПСТ сочеталась с назобилиарным дренированием.

Механическая экстракция конкрементов проводилась как одномоментно, так и в несколько этапов.

Больным с конкрементами желчного пузыря была выполнена холецистэктомия лапароскопическим или традиционным доступом.

У 87 (73,1%) больных с доброкачественными новообразованиями БДС наличие опухоли сосочка сочеталось с холедохолитиазом, у 32 (26,9%) больных имелась доброкачественная опухоль БДС. Эндоскопическое лечение проведено всем больным.

У 14 (11,8%) произведено эндоскопическое удаление полипа. ЭПСТ этим больным не была произведена в связи с отсутствием клинических и рентгенологических признаков непроходимости общего желчного и главного панкреатического протоков на уровне ампулы сосочка, а также сопутствующего холедохолитиаза.

У 105 (88,2%) больных в связи с осложненным течением заболевания (наличие механической желтухи и холангита), а также ввиду наличия сопутствующего холедохолитиаза эндоскопическое удаление опухоли было дополнено ЭПСТ; у 83 (69,7%) из них в связи с сопутствующим холедохолитиазом наряду с удалением опухоли производили ЭПСТ и литоэкстракцию из общего желчного протока; у 4 (3,4%) больных с крупными, первично неудаляемыми конкрементами общего желчного протока ЭПСТ была дополнена механической внутрипротоковой

Таблица 8

Результаты и характер эндоскопического пособия у больных с заболеваниями БДС

Виды эндоскопического лечения	Всего больных		Характер поражения БДС					
			доброкачественные поражения		рак		стеноз	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Удаление опухоли, без ЭПСТ	14	4	14	4	–	–	–	–
ЭПСТ	49	14,1	–	–	18	5,2	31	8,9
ЭПСТ, удаление опухоли	18	5,2	18	5,2	–	–	–	–
ЭПСТ, удаление опухоли, литоэкстракция из холедоха	83	23,9	83	23,9	–	–	–	–
ЭПСТ, литоэкстракция из холедоха	122	35,2	–	–	–	–	122	35,2
ЭПСТ, удаление опухоли, внутрипротоковая литотрипсия, литоэкстракция из холедоха, назобилиарное дренирование	4	1,2	4	1,2	–	–	–	–
ЭПСТ, внутрипротоковая механическая литотрипсия, назобилиарное дренирование	5	1,4	–	–	–	–	5	1,4
ЭПСТ, назобилиарное дренирование	9	2,6	–	–	7	2	2	0,6
ЭПСТ, эндопротезирование общего желчного протока	9	2,6	–	–	9	2,6	–	–
ЭПСТ не проводилась	34	9,8	–	–	7	2	27	7,8
Итого ...	347	100	119	34,3	41	11,8	187	53,9

литотрипсией с последующей экстракцией фрагментов конкрементов в просвет двенадцатиперстной кишки и назобилиарным дренированием.

Рак БДС в результате обследования был выявлен у 41 (11,8%) пациента. Во всех клинических наблюдениях рак этой локализации носил характер основного заболевания. У 18 (43,9%) больных раком БДС выполнена только ЭПСТ, у 7 (17,1%) – ЭПСТ с назобилиарным дренированием, а у 9 (21,9%) больных – ЭПСТ с эндопротезированием общего желчного протока.

Неудачи эндоскопического лечения стенозов БДС связаны с проведением операции ЭПСТ и извлечением конкрементов из желчных протоков. Осложнения, по нашим данным, составили 9,8% (неэффективная или технически сложная ЭПСТ, невозможность захвата камней, крупные камни, трудность заведения корзинки за камень). Для их предупреждения необходимы: выбор адекватного способа ЭПСТ, «отложенное» или этапное удаление конкрементов.

В целом применение эндоскопических методов лечения оказало положительное влияние на течение заболевания и его осложнений у 293 (93,6%) больных с заболеваниями БДС. Одновременно с этим у 202 (94,4%) больных эндоскопические методы лечения позволили успешно разрешить и сопутствующий холедохолитиаз.

Таким образом, представленный достаточно большой (347 больных) материал показывает, что на сегодняшний день основным методом диагностики патологии БДС является эндоскопический или сочетанный – эндоскопический + рентгенологический – метод, которые обеспечивают точную диагностику у 99,1% больных. В предлагаемой работе показано также, что эндоскопическое хирургическое пособие возможно у абсолютного количества больных, а это является требованием сегодняшнего дня – «хирургическое пособие не должно быть тяжелее по своим последствиям самого заболевания».

ВЫВОДЫ

1. Эндоскопическое исследование позволяет определить визуальные признаки поражения БДС, проявляющиеся в изменении ткани сосочка: папилломатоз устья сосочка, одиночные или множественные опухолевидные образования, диффузное увеличение сосочка с бугристой поверхностью и внутрислизистыми кровоизлияниями, обширное изъязвление сосочка, увеличение или уменьшение размеров сосочка, деформация сосочка.

2. Морфологическая верификация установила, что у половины больных (53,9%) имеются папиллиты различной формы (атрофически-склеротическая, аденоматозная, аденомиоматозная); у 1/3 (34,3%) больных с заболеваниями БДС имеются новообразования доброкачественного характера (папилломатоз, гиперпластические полипы, аденомы с различной степенью дисплазии); у 11,8% – рак БДС (скирр, аденокарциномы различной степени дифференциации).

3. Диагностическая эффективность ЭРХПГ составила 81,5%. Уровень эффективности повышается при использовании диагностической папиллотомии, инструментальной ревизии желчевыводящих путей, селективной холеграфии и достигает 99,1%.

4. В случаях операбельности рака БДС эндоскопическое лечение является эффективным средством предоперационной подготовки больных, при неоперабельности

– окончательным методом декомпрессии. Результативность эндопротезирования при раке БДС определяется степенью распространенности бластоматозного поражения периапулярной зоны. Эндопротезирование при раке БДС оказалось возможным у 77,7% больных.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А., // *Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника*. – М.: Триада – Х. – 1998. – С. 306–307.
2. Базилевич Ф.В., Мальячук В.И., Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е., Иванов В.А. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина»*. – 2000. Т. 1. – С. 36–40.
3. Будзинский А.А., Кучин Г.А., Страхова Т.Н., Иванцова М.А., // *Материалы Российского симпозиума внутрисветной эндоскопической хирургии*. Москва, 1998. – С. 30–31.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. *Руководство по хирургии желчных путей*. – М.: Издательский дом Видар-М – 2006. – 568 с.
5. Давыдов М.И., Аксель Е.М. *Злокачественные новообразования в России и СНГ*. Москва. – 2002. – С. 281.
6. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. *Холедохолитиаз*. – СПб.: ЭЛБИ-СПб. – 2000. – 288 с.
7. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. и др. // *Хирургия*. – 2004. – № 5. – С. 10.
8. Ревякин В.И., Прокушев И.Э., Попова И.Э. // *Эндоскопическая хирургия*. – 2004. – № 6. – С. 32–38.
9. Соколов А.А., Перминова Г.И., Кингсепп Н.А., Рыжкова Л.В., Курдюков С.А. *Альманах эндоскопии*, Москва. – 2002. – Т. 1. – С. 109–117.
10. Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Ратникова Н.П., Хрусталева М.В. // *Хирургия*. – 2004. – № 8. – С. 27–31.
11. Шулешова А.Г., Брехов Е.И., Никифоров П.А., Минушкин О.Н. // *Хирургия*. – 2007. – № 12. – С. 15–17.
12. Шулешова А.Г. // *Кремлевская медицина*. – 2007. – № 2. – С. 38–40.
13. Шулешова А.Г., Минушкин О.Н., Никифоров П.А., Брехов Е.И. // *Кремлевская медицина*. – 2006. – № 1. – С. 53–56.
14. Beger H.G., Treitschke F., Gansange F. et al. // *Arch. Surg.* – 1999. – Vol. 134. – P. 526.
15. Chareton B., Coiffic J., Landen S. et al. // *Wld J Surg.* – 1996. – Vol. 20. – P. 707–712.
16. Costamagna G. // *Endoscopy*. – 2000. – Vol. 32. – P. 209–216.
17. Farrell R.J., Noonan N., Khan I.M., Goggins M., Kelleher D.P., Keeling P.W. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* – 1996. – Feb, 8: 2. – P. 139–44.
18. Hatzitheoklitos E., Вьчлер М.В., Friess H., Poch B., Ebert M., Mohr W., Imaizumi T., Beger H.G. *Clinical characteristics and morphologic features. Cancer.* – 1994. – Mar, 73: 6. – P. 1580–8.
19. Huijbregtse K., Tytgat G.N. *Endoscopy*. – 1988. – Aug, 20. *Suppl 1.* – P. 223–6.
20. Kazuo J., Mitsuhiro K., Naotaka F. et al. // *Digestive Endoscopy*. – 2004. – Vol. 16. – P. 118–133.
21. Kim SM; Kim SH; Choi SY; Kim YC. *J Korean Med Sci.* – 1992. – Dec, 7: 4. – P. 297–303.
22. Talamini M.A., Moesinger R.C., Pitt H.A., Sohn T.A., Hruban R.H., Lillemo K.D., Yeo C.J., Cameron J.L. *Ann Surg.* – 1997. – May, 225: 5, 590-9; discussion 599-600.