

УДК 616.367–007.271–089.819

**СТЕНОЗУЮЧИЙ ПАПІЛІТ — ПРОБЛЕМА МІНІІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ**

П. В. Огородник, О. М. Литвиненко, І. В. Гомоляко, А. Г. Дейниченко, А. С. Калюжка

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

**STENOSING PAPILLITIS — A PROBLEM OF MINIINVASIVE SURGERY**

P. V. Ogorodnik, O. M. Lytvynenko, I. V. Gomolyako, A. G. Deynychenko, A. S. Kalyuzhka

**Д**искінезія сфінктера Одді є проявом функціональних змін у великому сосочку дванадцятипалої кишки (ВСДК), що виникають внаслідок спазму, гіпертрофії чи денервації м'язових волокон [1, 2]. Стеноз сфінктера Одді — це органічні зміни, що спричиняють звуження частини або всього сфінктера внаслідок хронічного запалення чи фіброзу [3, 4].

Причинами цих змін можуть бути: міграція конкрементів, мікрохоледохолітіаз, біліарний сладж, аденоматоз ВСДК, його травмування під час інтраопераційних маніпуляцій [5, 6].

Термін "дисфункція сфінктера Одді" об'єднує поняття "дискінезії" та "стенозу" сфінктера, оскільки їх клінічне значення практично однаково.

За даними вітчизняної та зарубіжної літератури, дисфункція сфінктера Одді є причиною виникнення больового синдрому у 12 — 17% хворих при постхолецистектомічному синдромі [6].

Аналіз публікацій свідчить, що ЕТПВ найбільш тривалі й травматичні, часто супроводжуються специфічними післяопераційними ускладненнями, переважно кровотечею та гострим панкреатитом [3, 5].

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Нами проаналізовані результати виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) у 976 хворих з приводу СП у відділенні лапароскопічної хірургії та холелітіазу в період з 2000 по 2014 р. Вік хворих від 19 до 89 років. Жінок було 736 (75,4%), чоловіків — 240 (24,6%).

Для діагностики СП використовували розроблені нами критерії:

**Реферат**

Узагальнені результати виконання ендоскопічних транспапілярних втручань (ЕТПВ) у 976 пацієнтів з приводу стенозуючого папіліту (СП) в період з 2000 по 2014 р. Ускладнення виникли у 48 (4,9%) хворих, усі пацієнти живі.

**Ключові слова:** великий сосочок дванадцятипалої кишки; стенозуючий папіліт; ендоскопічна папілосфінктеротомія.

**Abstract**

The results of conduction of endoscopic transpapillary interventions in 976 patients, suffering stenosing papillitis in 2000 — 2014 yrs, were summarized. In 48 (4.9%) patients complications have had occur, all the patients are alive.

**Key words:** duodenal papilla magna; stenosing papillitis; endoscopic papillosphincterotomy.

— рецидивуючий переймоподібний біль у правій підребровій ділянці після виконання холецистектомії;

— епізоди гіпербілірубінемії;

— підвищення активності АЛТ, АСТ, лужної фосфатази;

— дилатація спільної жовчної протоки (СЖП) понад 10 мм за даними ультразвукового дослідження (УЗД) та ендоскопічної ретроградної панкреатикохолангіографії (ЕРПХГ);

— функціонуюча зовнішня жовчна нориця за відсутності органічного стенозу жовчних проток та холедохолітіазу;

— ендоскопічні ознаки органічних змін ВСДК (збільшення, гіперемія вічка, ектопія ампули понад 1/3 поверхні ВСДК, аденоматозні розростання в ділянці вічка).

Залежно від виявлених ендоскопічних ознак виділяємо 3 характерні форми СП.

1. Аденоматозний папіліт, для якого характерні аденоматозні, поліпоподібні розростання ампули, що пролабують з вічка ВСДК. Канюлювати такий сосочок дуже складно, оскільки катетер, як правило, не вдається провести крізь розростання у термінальний відділ СЖП. Повторні спроби канюляції зумовлю-

ють травматизацію ВСДК, кровотечу, підслизове введення контрастної речовини, що ускладнює подальші ЕТПВ.

2. Псевдотуморозний папіліт, який за даними ендоскопічного дослідження нагадує інтраампулярний тип раку ВСДК. Сосочок значно збільшений, щільної консистенції. Виконання торцевої атипової ЕПСТ (АЕПСТ) з подальшою біопсією дозволяє диференціювати пухлинний процес від органічних змін ВСДК, зумовлених хронічним запаленням та міграцією мікролітів.

3. Дегенеративний папіліт, ВСДК зменшений, щільний, ригідний, з точковим вічком, або вічко не диференціюється. Довготривала канюляція та спроби контрастувати жовчні протоки через вічко ВСДК спричиняють больовий синдром та часто — виникнення гострого панкреатиту.

**РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Аденоматозний папіліт діагностований у 620 (63,5%) пацієнтів, при цьому справжня аденома виявлена у 38 хворих; псевдотуморозний — у 290 (29,7%); дегенеративний — у 66 (6,8%).

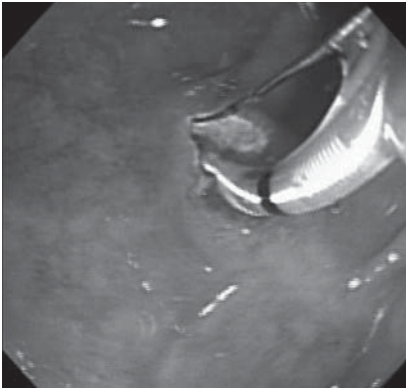


Рис. 1. Типова субтотальна ЕПСТ.

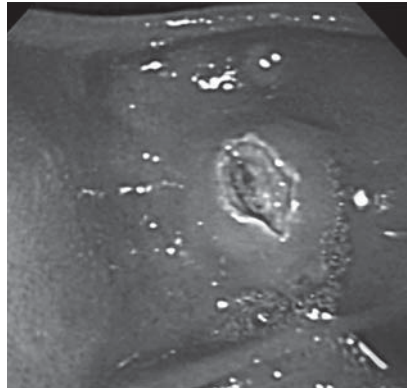


Рис. 2. АЕПСТ.

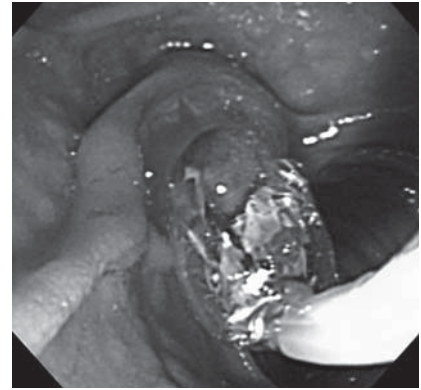


Рис. 3. Балонна дилатація ВСДК.

Типова канюляційна ЕПСТ виконана у 440 (45,1%) хворих (рис. 1).

За умови складної чи довготривалої канюляції ВСДК у 536 (54,9%) пацієнтів застосовано АЕПСТ (рис. 2).

Нами розроблений алгоритм ендоскопічного лікування хворих з приводу СП (схема), в якому взяті до уваги тривалість канюляції ВСДК, форма СП, кількість процедур повторної канюляції протоки підшлункової залози (ППЗ).

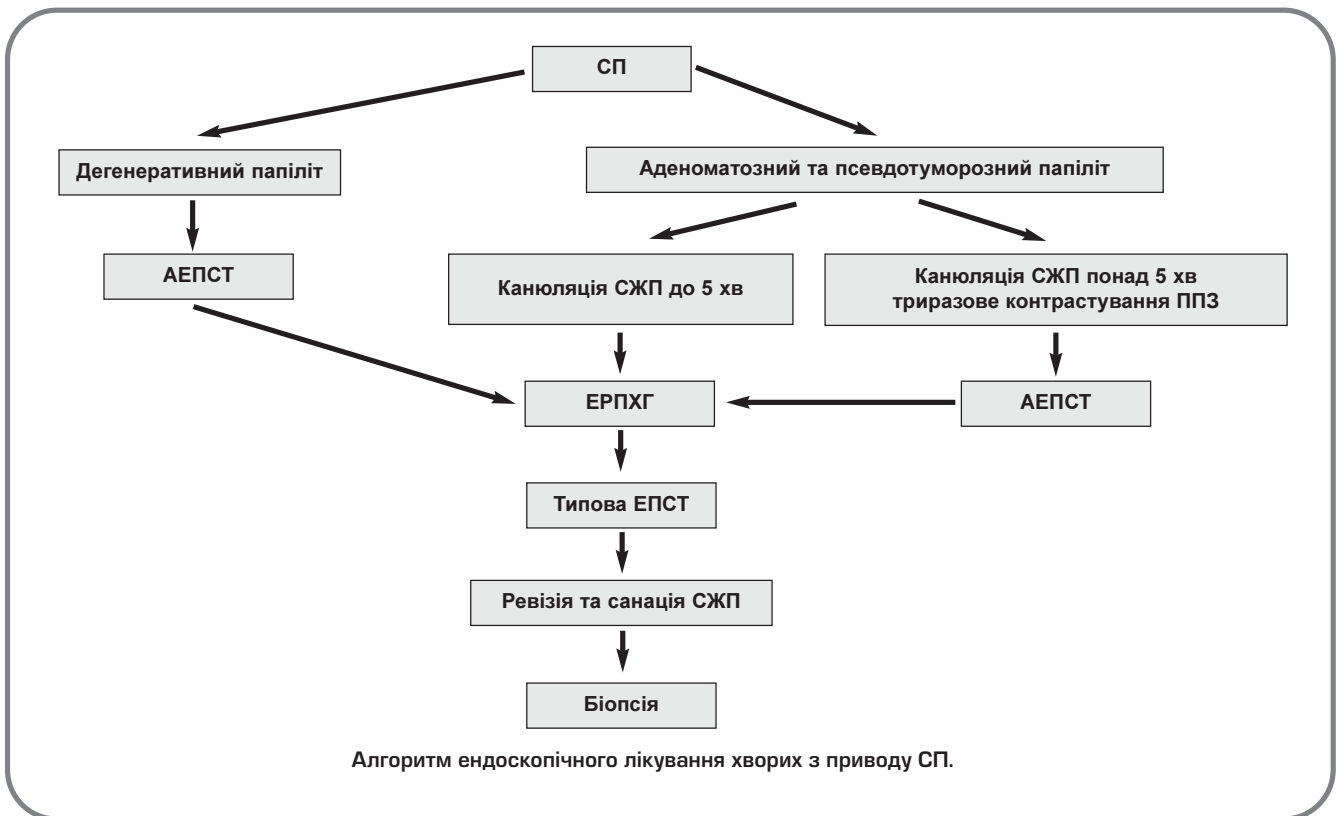
Відповідно до алгоритму, при виявленні дегенеративного папіліту одразу виконуємо ранню АЕПСТ без спроб канюляції ВСДК. За інших форм папіліту беремо до уваги тривалість канюляції та кількість повторних канюляцій ППЗ. За тривалості канюляції СЖП менше 5 хв виконуємо ЕРПХГ та типову канюляційну ЕПСТ, понад 5 хв чи за триразової канюляції ППЗ — застосовуємо ранню АЕПСТ. Втручання в усіх хворих завершували ревізією та

санациєю жовчних проток з обов'язковою біопсією тканини ВСДК.

АЕПСТ включала:

- різновиди торцевої папілотомії;
- передрозсічення (precut);
- фістулотомію;
- транспанкреатичну септотомію.

Торцева АЕПСТ здійснена у 358 (36,7%) хворих з використанням торцевого папілотома власної конструкції. У 84 з них виконана торце-



ва дозована АЕПСТ, що передбачала повторні спроби канюляції, та, при необхідності, подальше ендоскопічне препарування сфінктера Одді і СЖП через 2—3 доби, після відторгнення коагульованих тканин ампули ВСДК.

У 55 (5,6%) пацієнтів з приводу СП виконували передрозсічення (*precut*), що передбачало часткове розсічення ВСДК модифікованим папілотомом з коротким "носком", який вводили в ампулу ВСДК. Основною умовою виконання передрозсічення вважаємо можливість введення папілостома через вічко ВСДК в ампулу хоча б на 3 — 5 мм.

Ендоскопічна фістулотомія виконана у 72 (7,4%) хворих. Здійснювали пункцію чи розсічення верхньої третини даху ампули ВСДК та тканини сфінктера СЖП торцевим папілотомом, канюляцію СЖП з подальшим виконанням ЕТПВ.

У 51 (5,2%) хворого за безуспішної канюляції термінального відділу СЖП та "легкої" селективної канюляції ППЗ застосовували транспанкреатичну септотомію. Вводили струнний папілотом у ППЗ, розсікали ампулу ВСДК через "septum" в напрямку 11 годин за умовним циферблатом, далі канюлювали вічко СЖП, проводили холангіографію та необхідні ЕТПВ.

У більшості пацієнтів при виконанні АЕПСТ її доповнювали типовим методом розсічення на 0,5 — 1,5 см, залежно від розмірів ВСДК. У 78 пацієнтів молодого віку та за вираженої коагулопатії після виконання АЕПСТ застосовували балонну дилатацію ВСДК (*рис. 3*).

В усіх хворих після ЕПСТ здійснювали ревізію жовчних проток за допомогою корзинки Dormia та балонного катетера з подальшою санацією проток розчином діоксидину. Втручання завершували біопсією ВСДК.

Під час типової ЕПСТ ВСДК та інтрамуральний відділ СЖП розсікали дистальною третьою ріжучою частиною папілостома Демлінга дозовано й порційно, короткими імпульсами струму, уникаючи блискавичних та неконтрольованих розрізів (*zipper — cut*). Як правило, під час

виконання папілотомії застосовували режим "різання" електрохірургічного блоку, щоб уникнути "заварювання" тканин і травми ПЗ.

Важливе значення в досягненні успіху ендоскопічного лікування холедохолітіазу має оцінка адекватності сформованого папілотомного отвору.

Критеріями адекватності виконання ЕПСТ вважаємо: візуалізацію слизової оболонки СЖП у верхньому куті папілотомного отвору, вільний жовчовідток, вільне проходження частково зігнутого струнного папілостома через сформований розріз. Вважаємо за необхідне комплексно оцінювати ці ознаки для визначення адекватності та максимальної довжини папілотомного отвору.

Нами проведено суб'єктивну оцінку якості життя пацієнтів (за опитувальником SF—36), яка включала такі параметри.

1. Медична реабілітація хворого (наявність скарг на біль, дискомфорт в ділянці операційної рани, диспептичні явища, слабкість, нездужання, необхідність дотримання суворої дієти, проведення стаціонарного або амбулаторного лікування тощо).

2. Тривалість періоду непрацездатності після операції (строки відновлення повноцінного життя та завершення активного спостереження за пацієнтом дільничного хірурга).

3. Оцінка результату лікування:

а) відмінний — скарг немає, необхідності в дотриманні суворої дієти немає, пацієнт практично здоровий, працездатність відновлена повністю. За даними об'єктивного та інструментальних досліджень патологічні зміни не виявлені;

б) хороший — скарги на короткочасні періодичні диспептичні явища, біль в животі, в основному в надчеревній ділянці, пацієнт дієти не дотримується, працездатність повністю збережена. За даними об'єктивного та інструментальних досліджень виявлені ознаки помірно вираженого дуоденіту, панкреатиту, практично здоровий;

в) задовільний — скарги на виражений періодичний біль, диспептичні явища, що потребують дотримання відповідної дієти та проведення медикаментозної терапії. Хворого лікують в амбулаторних умовах, періодично — у стаціонарі. Помірно виражений астеничний синдром. Часті інфекційні та застудні захворювання, ангіна, працездатність знижена;

г) незадовільний — пацієнт змушений дотримувати суворої дієти. Виражене зниження працездатності, втрата життєвих сил. Часті інфекційні та застудні захворювання, ангіна, рецидивуючий фурункульоз. Працездатність значно знижена, встановлюють інвалідність.

Стан як відмінний та хороший оцінили 792 (81%) пацієнта, ще 89



**Рис. 4.**  
Аргон-плазмозна коагуляція зони ЕПСТ.



**Рис. 5.**  
Ендокліпівання судин при кровотечі з ВСДК.

(9,1%) — як задовільний. У 95 пацієнтів відзначений незадовільний результат, про що свідчили тривалий період реабілітації, втрата працездатності, виражені астеничний та больовий синдроми, поява пізніх ускладнень. У цих хворих відзначені пухлинний рестеноз та постхолецистектомічний синдром, у них ЕПСТ виконували за відсутності дилатації жовчних проток (діаметр СЖП менше 8 мм).

Специфічні ускладнення після ЕТПВ виникли у 48 (4,9%) хворих.

Кровотеча з папілотомної рани виявлена у 26 (2,6%) хворих. Ендоскопічний гемостаз методом електрокоагуляції застосований у 8 пацієнтів, методом аргону—плазмової коагуляції — у 10, шляхом ендокліпсування судини — у 5 (рис. 4, 5).

Ще у 3 хворих зону папілотомної рани обколювали розчином адреналіну в розведенні 1 : 10 000.

Гострий панкреатит після ЕТПВ виник у 22 (2,3%) хворих. При засто-

суванні розробленої нами діагностичної програми "Prognozpankreatit" індекс пошкодження системи нейтрофільних гранулоцитів відповідав I ступеню (у 74,6% хворих) та II ступеню (у 25,4%).

З огляду на його значення, в усіх пацієнтів проведено успішне консервативне лікування.

Контрольний огляд зони ЕПСТ з метою виключення злоякісної пухлини, навіть за негативних результатів первинної біопсії, проводили через 3, 6, 12 і 24 міс після виконання папілосфінктеротомії.

Рестеноз пухлинного генезу виявлений у 43 (4,4%) хворих у строки від 6 до 24 міс після виконання ЕПСТ. Пухлинний процес виявлений під час контрольного огляду зони ЕПСТ та за самостійного звернення пацієнтів з приводу виникнення обтураційної жовтяниці. У 22 хворих з приводу пухлини ВСДК в подальшому виконане радикальне оперативне втручання, у 7 — накладені біліо-

дигестивні анастомози, у 14 — у зв'язку з дисемінацією пухлинного процесу — здійснене ендобілярне стентування з використанням нітиолових стентів.

Після ендоскопічного лікування з приводу СП всі пацієнти живі.

## ВИСНОВКИ

1. ЕПСТ є "золотим стандартом" в лікуванні СП та дискінезії сфінктера Одді.

2. Впровадження ранньої АЕПСТ з приводу СП сприяє підвищенню успішності канюляції СЖП, дозволяє у більшості хворих завершити ЕТПВ в один етап за мінімальної частоти ускладнень.

3. Обов'язковим елементом ЕТПВ у хворих при СП є прицільна біопсія найбільш змінених ділянок ампули ВСДК та контрольна ЕРПХГ з біопсією через 3, 6, 12 і 24 міс після ЕПСТ з метою своєчасного виявлення пухлин органів періампулярної зони.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Малярчук В. И. Заболевания большого дуоденального сосочка / В. И. Малярчук, Ю. Ф. Пауткин, Н. Ф. Плавунов. — М.: Изд. дом "Камерон", 2004. — 168 с.
2. The role of endoscopic biliary sphincterotomy for the treatment of type 1 biliary dysfunction (papillary stenosis) with or without biliary stones / C. Sugawa, K. L. Brown, T. Matsubara [et al.] // Am. J. Surg. — 2014. — Vol. 207, N 1. — P. 65 — 69.
3. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Ю. Ничитайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук [и др.]. — К.: Здоровья, 2005. — 424 с.
4. Огородник П. В. Эндоскопичные методы лечения обтурации большого сосочка двенадцатипалой кишки / П. В. Огородник // Клін. хірургія. — 1999. — № 11. — С. 13 — 16.
5. Nakeeb A. Sphincter of Oddi dysfunction: how is it diagnosed? How is it classified? How do we treat it medically, endoscopically, and surgically? / A. Nakeeb // J. Gastrointest. Surg. — 2013. — Vol. 17, N 9. — P. 1557 — 1558.
6. Rehman A. Sphincter of Oddi dysfunction: an evidence-based review / A. Rehman, J. Affronti, S Rao // Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2013. — Vol. 7, N 8. — P. 713 — 722.

