

УДК 616-006.52-007.272

© М.Ю. НИЧИТАЙЛО, П.В. ОГОРОДНИК, І.В. ГОМОЛЯКО, А.Г. ДЕЙНИЧЕНКО, В.В. БІЛЯЄВ, С.І. ЩЕРБІНА, І.П. ГАЛОЧКА

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова

Стенозуючий папіліт як хірургічна проблема

M.YU. NECHYTAYLO, P.V. OHORODNYK, I.V. HOMOLAKO, A.H. DEYNYCHENKO, V.V. BILAYEV, S.I. SHCHERBINA, I.P. HALOCHKA

National Institute of Surgery and Transplantology by O.O. Shalimov

STENOSED PAPILLITIS AS A SURGICAL PROBLEM

Проаналізовано результати 712 ендоскопічних папілосфінктеротомій, виконаних пацієнтам із стенозуючим папілітом у відділенні лапароскопічної хірургії та холелітіазу в період з 2000 до 2010 року. Типову канюляційну папілосфінктеротомію виконували у 284 (39,9 %) хворих, атипову – у 428 (60,1 %) пацієнтів. Ускладнення після типових папілосфінктеротомій виникли у 15 (5,3 %) хворих, після атипових – у 16 (3,7 %) пацієнтів. Летальних випадків не було.

There were studied results of 712 endoscopic sphincterotomies, that were performed in patients with stenosed papillitis in laparoscopic surgery and cholelithiasis department during 2000-2010. Standard sphincterotomy was performed in 284 (39,9 %) cases, atypical – in 428 (60,1 %). Complications after standard sphincterotomy occurred in 15 (5,3 %) patients, after atypical sphincterotomy occurred in 16 (3,7 %) cases. There was no mortality.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Для визначення доброякісних змін великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК), що призводять до стенозу термінальної частини загальної жовчної протоки (ЗЖП), у літературі використовується безліч термінів: “дисфункція сфінктера Одді”, “стенозуючий папіліт”, “сфінктерит”, “папілостеноз”, “одит”, “термінальний холедохіт”, “постхолецистектомічний синдром” і т. ін. [1 – 4].

Дискінезія сфінктера Одді – це функціональні зміни сфінктерного апарату, які виникають внаслідок спазму, гіпертрофії чи денервації м’язових волокон [6]. Стеноз сфінктера Одді – це органічні зміни, що призводять до звуження частини або всього сфінктера за рахунок хронічного запалення або фіброзу. Причинами структурних змін сфінктера є: міграція конкрементів, мікрохоледохолітіаз, біліарний сладж, аденоматоз ВСДК та травмування сосочка під час інтраопераційних маніпуляцій [5 – 7].

Термін “дисфункція сфінктера Одді” об’єднує поняття дискінезії та стенозу сфінктера, оскільки їх клінічне значення практично однакове.

Відповідно до літературних даних, дисфункція сфінктера Одді є причиною болю в правому підребер’ї у 13–15 % хворих із постхолецистектомічним синдромом [6, 8, 9].

У світовій літературі останніх років існує багато протиріч щодо діагностики та ендоскопічного лікування хворих зі стенозуючим папілітом, у вітчизняній літературі подібні публікації зустрічаються вкрай рідко. Канюляція ВСДК у пацієнтів із цією нозологією найбільш тривала і травматична та часто призводить до виникнення гострого панкреатиту.

Матеріали і методи. Нами досліджено результати 712 ендоскопічних папілосфінктеротомій (ЕПСТ), що виконані хворим зі стенозуючим папілітом у відділенні лапароскопічної хірургії та холелітіазу в період з 2000 до 2010 року. Вік хворих – від 19 до 88 років. Пацієнтів жіночої статі було 510 (71,6 %), чоловіків – 202 (28,4 %).

Ендоскопічні транспапілярні втручання виконували в рентгеноопераційній, використовуючи дуоденофіброскопи з боковою оптикою – JF-1T10, JF-1T40 та TJF фірми “Olympus”, торцеві та струнні папілотомі фірм “Olympus” (Японія), “Willson-Cook” (США), “Medi-globe” (США), а також папілотомі власної конструкції. Як джерело високочастотного струму застосовували електрохірургічний блок “PSD” (“Olympus”, Японія).

Результати досліджень та їх обговорення. Досліджувану групу становили 712 хворих із пост-

холецистектомічним синдромом, яким діагностували стеноз сфінктера Одді за умов відсутності холедохолітіазу та органічних змін загальної жовчної протоки. Для діагностики стенозуючого папіліту користувались розробленими нами критеріями:

- рецидивуючий переймоподібний біль у правому підребер'ї після перенесеної холецистектомії;
- епізоди гіпербілірубінемії до 40 мкмоль/л;
- підвищення рівня АЛТ, АСТ та лужної фосфатази;

- дилатація ЗЖП за даними УЗД та ЕРПХГ > 10 мм;

- уповільнення виведення контрасту після ретроградної холангіографії > 20 хв;

- функціонуюча зовнішня жовчна нориця при відсутності органічного стенозу жовчних проток та холедохолітіазу;

- ендоскопічні ознаки органічних змін сосочка (збільшення його в розмірах, гіперемія вічка, ектопія слизової ампули більше 1/3 поверхні сосочка, аденоматозні розростання в ділянці вічка ВСДК).

Залежно від виявлених нами ендоскопічних ознак ми виділяємо 3 найбільш характерні форми стенозуючого папіліту:

1. Аденоматозний папіліт, для якого характерні аденоматозні, паліпоподібні розростання ампули, що пролабують із вічка ВСДК. Канюлювати такий сосочок дуже важко, оскільки катетер, в більшості випадків, не вдається провести крізь розростання в термінальний відділ ЗЖП. Повторні спроби канюляції призводять до травматизації ВСДК, кровотечі та підслизового введення контрастної речовини, що ускладнює подальші транспапілярні втручання.

2. Псевдотуморозний папіліт, який ендоскопічно нагадує інтраампулярний тип раку ВСДК. Сосочок значно збільшений у розмірах, щільної консистенції, із підслизовими крововиливами. Лише виконання торцевої АЕПТ із подальшою біопсією дозволяє диференціювати пухлинний процес від органічних змін ВСДК, зумовлених хронічним запаленням та міграцією мікробів.

3. Дегенеративний папіліт, сосочок зменшений в розмірах, щільний на дотик, ригідний, з точковим вічком або з вічком, що не диференціюється. Довготривала канюляція та спроби контрастувати протокові системи через вічко сосочка викликають больовий синдром та часто призводять до виникнення гострого панкреатиту.

Аденоматозний папіліт мав місце у 448 (62,9 %) пацієнтів, при цьому справжню аденому виявили у 37 хворих. Псевдотуморозний папіліт виявлено у 210 (29,5 %) пацієнтів. Дегенеративна форма захворювання спостерігалась у 54 (7,6 %) випадках.

Ендоскопічним формам стенозуючого папіліту відповідали різного роду морфологічні зміни (рис. 1–4).

Так, при псевдотуморозному папіліті мали місце 4 патогістологічні варіанти:

1. Гіперпластичний.
2. Плоска аденома.
3. Запальна інфільтрація, набряк.
4. Гіпертрофічний рубець.

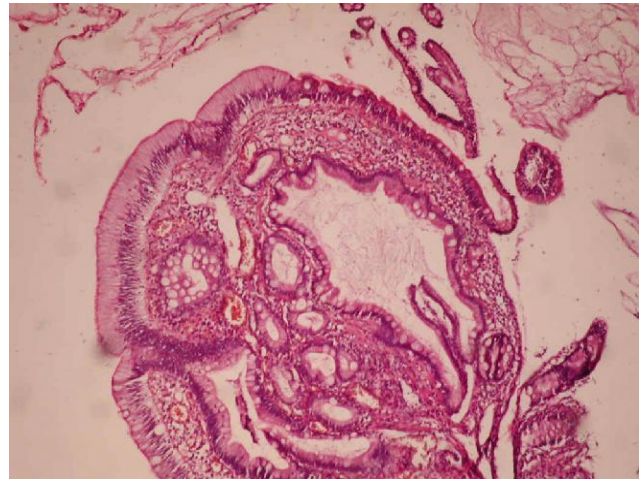


Рис. 1. Гіперпластичний тип псевдотуморозного папіліту. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x10.

Запальну інфільтрацію та набряк виявляли при гістологічному дослідженні біоптату сосочка у пацієнтів із псевдотуморозним стенозуючим папілітом (рис. 2).

При патогістологічному дослідженні біоптатів, взятих у хворих з аденоматозним стенозуючим папілітом, спостерігали 2 гістоваріанти:

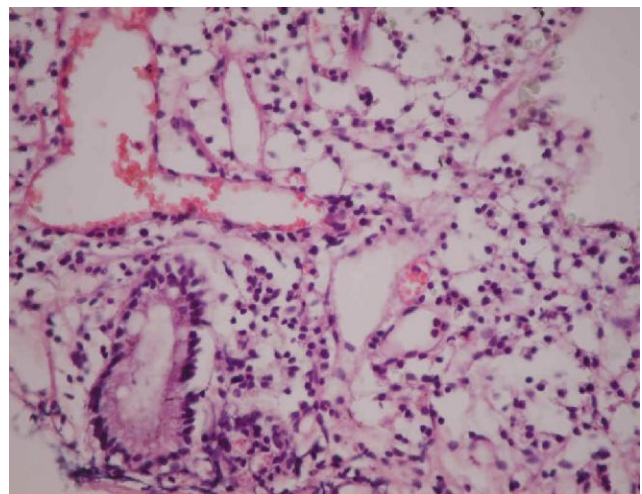


Рис. 2. Запалення та набряк при псевдотуморозному папіліті. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x40.

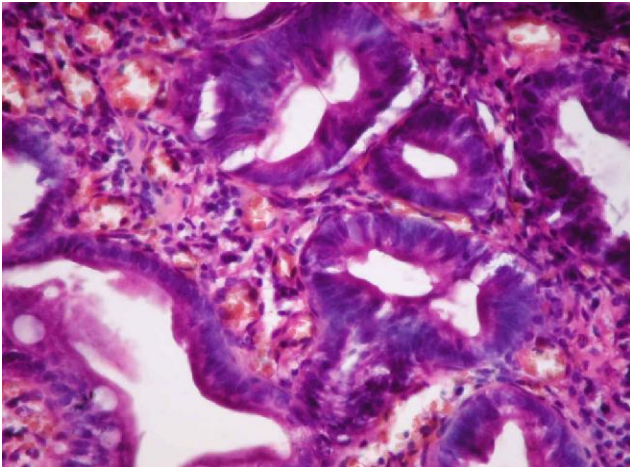


Рис. 3. Аденоматозний тип аденоматозного папіліту. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x40.

1. Гіперпластичний.
2. Аденома.

При патоморфологічному дослідженні препаратів, узятих у хворих із дегенеративним стенозуючим папілітом, знаходили: атрофію залоз, помірну базальноклітинну гіперплазію епітелію залоз, грубі фіброзні зміни. Грубі фіброзні зміни у пацієнтів із дегенеративною формою стенозуючого папіліту зображено на рисунку 4.

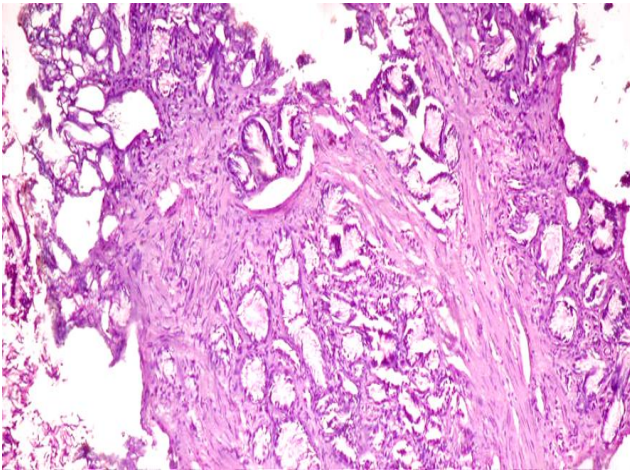


Рис. 4. Грубі фіброзні зміни слизової оболонки ампули ВСДК у пацієнтів із дегенеративною формою стенозуючого папіліту. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення x10.

Типову канюляційну ЕПСТ виконували у 284 (39,9 %) хворих (рис. 5).

При складній чи довготривалій канюляції ВСДК у 428 (60,1 %) пацієнтів застосовували ранню атипovu ендоскопічну папілотомію (АЕПТ), використовуючи торцеві та струнні папілотомі власної конструкції (рис. 6).

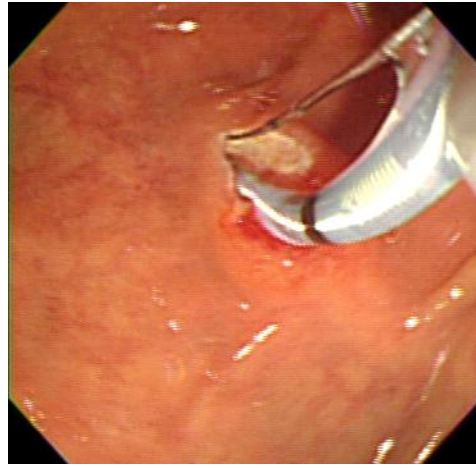


Рис. 5. Типова канюляційна ЕПСТ.

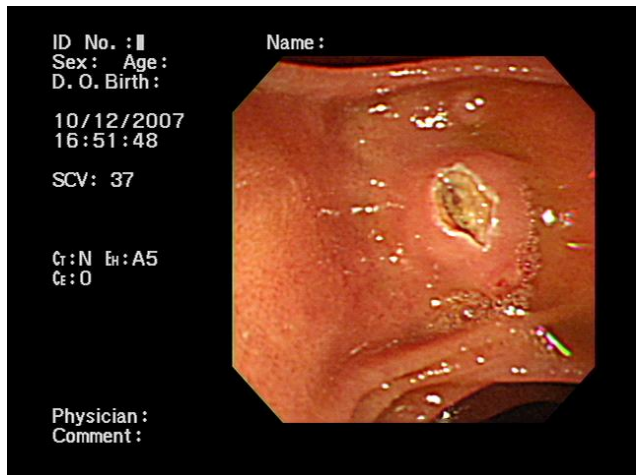


Рис. 6. Атипова папілотомія.

Нами розроблено алгоритм ендоскопічного лікування хворих зі стенозуючим папілітом, який базується на тривалості канюляції, формі стенозуючого папіліту та кількості повторних канюляцій головної панкреатичної протоки (ГПП).

Відповідно до алгоритму (рис. 7), при виявленні дегенеративного папіліту ми одразу ж виконуємо ранню АЕПТ без спроб канюляції сосочка. При інших формах папіліту беремо до уваги тривалість канюляції та кількість повторних канюляцій ГПП. При тривалості канюляції ЗЖП менше 5 хв виконуємо ЕРПХГ та типову канюляційну папілосфінктеротомію. При тривалості канюляції ЗЖП більше 5 хв чи при триразовій канюляції ГПП виконуємо ранню АЕПТ. Втручання у всіх випадках завершували ревізією та санацією жовчних проток з обов'язковою біопсією тканини сосочка.

Атипovu папілотомії включали:

1. Різновиди торцевої папілотомії.
2. Передрозсічення (precut).
3. Фістулотомію.
4. Транспанкреатичну септотомію.

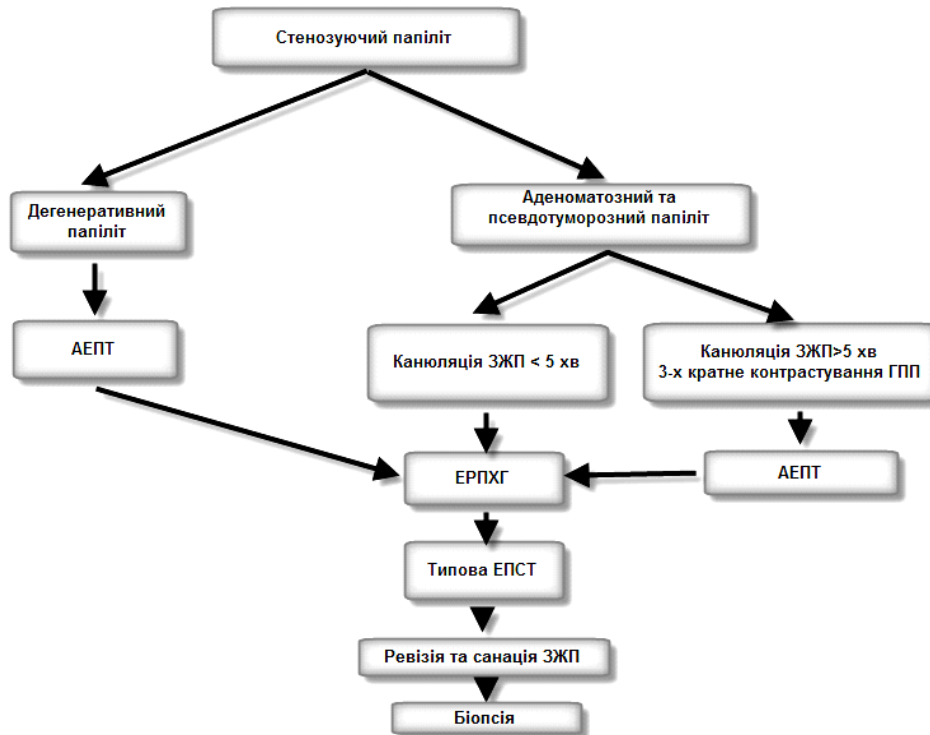


Рис. 7. Алгоритм ендоскопічного лікування хворих зі стенозуючим папілітом.

Торцеву АЕПТ виконували у 294 (68,7 %) хворих, використовуючи торцевий папілотом власної конструкції. У 74 з них застосовували торцеву дозовану АЕПТ, яка передбачала повторні спроби канюляції, та при необхідності подальшого ендоскопічного препарування сфінктера Одді і ЗЖП – через 2-3 доби, після відторгнення коагульованих тканин ампули сосочка.

У 38 (8,9 %) пацієнтів зі стенозуючим папілітом виконували передрозсічення (precut), яке передбачає часткове розсічення сосочка модифікованим папілотомом із коротким “носиком”, який вводять в ампулу ВСДК. Головною умовою виконання передрозсічення вважаємо можливість ввести папілотом через вічко сосочка в ампулу хоча б на 3–5 мм.

Ендоскопічна фістулотомія виконувалась у 55 (12,8 %) хворих. Суть методики полягає в пункції чи розсіченні верхньої третини даху ампули сосочка та тканини сфінктера ЗЖП торцевим папілотомом, канюляції ЗЖП та подальшому виконанні ендоскопічних транспапільярних втручань (рис. 2).

У 41 (9,6 %) хворого у випадках безуспішної канюляції термінального відділу ЗЖП та при “легкій” селективній канюляції головної панкреатичної протоки застосовували транспанкреатичну септотомію. Методику виконували шляхом введення струнного папілотома в ГПП та розсічення ампули ВСДК через “septum” в напрямку 11 год умовного циферблату, далі канюлювали вічко ЗЖП, виконували холангіографію та необхідні транспапільярні втручання.

У 355 (82,9 %) випадках виконання АЕПТ її доповнювали типовим методом на 0,5-1,5 см залежно від розмірів сосочка. У 68 пацієнтів молодого віку з метою збереження сфінктерного апарату ЗЖП після виконання АЕПТ застосовували балонну дилатацію сфінктера жовчної протоки (рис. 8).

У всіх випадках стенозуючого папіліту після ЕПСТ виконували ревізію жовчних проток корзиною Дормія та балонним катетером із подальшою санацією проток розчином діоксиду. Втручання завершували біопсією сосочка.

Розсічення ВСДК та інтрамурального відділу ЗЖП при типовій ЕПСТ виконували дистальною

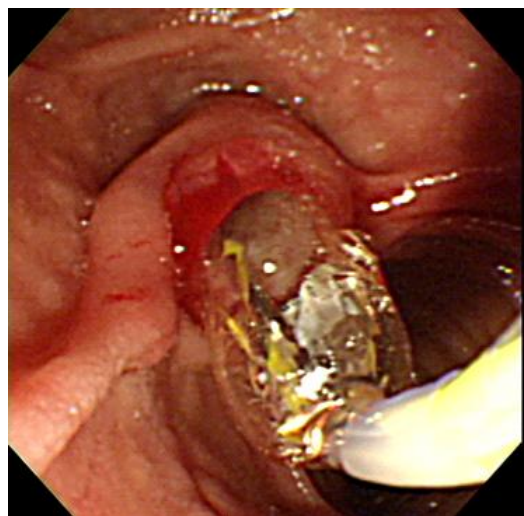


Рис. 8. Балонна дилатація сфінктера жовчної протоки.

третиною ріжучої частини папілостома Демлінга дозовано та порційно, короткими імпульсами струму, уникаючи блискавичних та неконтрольованих розрізів (zipper – cut). Як правило, при виконанні папілостоми застосовували режим “різання” електрохірургічного блока, щоб попередити “заварювання” тканин та травму підшлункової залози. При підвищеній кровоточивості з тканин ВСДК у 95 пацієнтів застосовували змішаний режим електрохірургічного блока.

Велике значення в досягненні успіху ендоскопічного лікування хворих має оцінка адекватності сформованого папілостомного отвору.

Критеріями адекватності виконання ЕПСТ вважаємо: візуалізацію слизової оболонки ЗЖП у верхньому куті папілостомного розрізу, вільний жовчовідтік, вільне проходження частково зігнутого струнного папілостома через сформований розріз. Ми вважаємо, що необхідно комплексно оцінювати вищеперераховані ознаки для визначення адекватності та максимальної довжини папілостомного розрізу.

Проведено суб'єктивну оцінку якості життя пацієнтів (опитувальник SF-36), яка включала такі параметри:

1. Медична реабілітація хворого (наявність скарг на біль, дискомфорт у ділянці операційної рани, диспептичні явища, слабкість, нездужання, необхідність дотримання суворої дієти, проведення стаціонарного або амбулаторного лікування тощо).
2. Тривалість непрацездатності після операції (оцінювали строки повернення до повноцінного життя та завершення активного спостереження за пацієнтом дільничного хірурга).
3. Оцінка результату лікування за такими параметрами:

а) відмінний – скарг немає, необхідності в дотриманні суворої дієти немає, пацієнт практично здоровий, працездатність відновлена повністю. За даними об'єктивного та інструментальних досліджень патологічних змін не виявлено;

б) добрий – скарги на короткочасні періодичні диспептичні явища, біль у животі, в основному в надчеревній ділянці, дієти не дотримується, працездатність повністю збережена. За даними об'єктивного та інструментальних досліджень виявлено 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 амбулаторно, періодично у стаціонарі. Помірно виражений астеничний синдром, працездатність знижена;

г) незадовільний – пацієнт продовжує хворіти, змушений дотримувати суворої дієти, часте стаціонарне лікування, виражене зниження працездатності, втрата життєвих сил.

Стан як відмінний та хороший оцінили у 584 (82 %) пацієнтів, ще у 75 (10,5 %) хворих стан оцінено як задовільний. У 53 пацієнтів відзначено незадовільний результат, про що свідчили тривалий період реабілітації, втрата працездатності, виражений астеничний та больовий синдром, поява пізніх ускладнень. Це були хворі з пухлинними рестенозами та пацієнти з постхолецистектомічним синдромом, у яких ЕПСТ виконували за відсутності дилатації жовчних проток (діаметр ЗЖП менше 8 мм).

Ускладнення після типових ЕПСТ виникли у 15 (5,3 %) хворих, після атипичних – у 16 (3,7 %) пацієнтів.

Кровотечу з папілостомної рани після канюляційних ЕПСТ спостерігали у 8 (2,8 %) випадках, після застосування АЕПТ – у 10 (2,3 %) хворих. Ендоскопічний гемостаз методом електрокоагуляції проводили у 6 пацієнтів, методом аргоно-плазмової коагуляції – у 7 хворих. Ще у 2 хворих зону папілостомної рани обколювали розчином адреналіну в розведенні 1:10 000.

Гострий панкреатит після типових ЕПСТ мав місце у 7 (2,5 %) хворих, після АЕПТ – у 6 (1,4 %) пацієнтів, у всіх випадках ліквідований консервативно.

Контрольні огляди зони ЕПСТ із метою виключення злоякісного процесу, навіть при від'ємних результатах первинної біопсії, проводили через 3, 6, 12 та 24 місяці після виконання ЕПСТ.

Рестенози пухлинного генезу мали місце у 31 (4,4 %) хворого в терміни від 6 до 24 місяців після виконання ЕПСТ (рис. 9). Пухлинний процес виявляли при контрольних оглядах зони ЕПСТ та у випадках самостійного звернення пацієнтів у зв'язку з виникненням obturaційної жовтяниці. У 17 хворих із пухлинами ВСДК у подальшому виконали радикальне оперативне втручання (панкреатодуоденальна резекція), у 7 – біліодигестивні анастомози та у 7 пацієнтів у зв'язку з дисемінацією пухлинного процесу – ендобіліарне стентування (рис. 10).

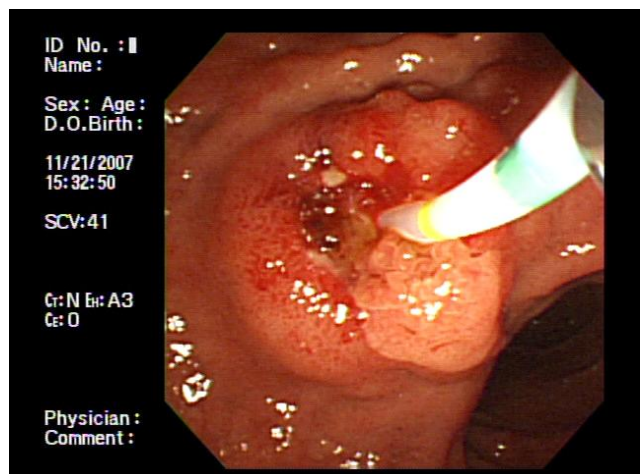


Рис. 9. Рестеноз пухлинного генезу.



Рис. 10. Ендобіліарне стентування.

Летальних випадків після ендоскопічного лікування хворих зі стенозуючим папілітом не було.

Висновки. 1. Ендоскопічна папілосфінктеротомія з біопсією великого сосочка дванадцятипалої

кишки є методом вибору в діагностиці та лікуванні стенозуючого папіліту та дискінезії сфінктера Одді.

2. Впровадження ранньої атипичної папілотомії при стенозуючому папіліті підвищує успішність канюляції загальної жовчної протоки, дозволяє в більшості випадків завершити ендоскопічну операцію в один етап при мінімальній кількості ускладнень.

3. Запропонований алгоритм ендоскопічного лікування стенозуючого папіліту вдвічі зменшує тривалість виконання папілосфінктеротомії, тим самим значно знижуючи ступінь променевого навантаження на хворого та медичний персонал.

4. Пацієнтам молодого віку з метою збереження сфінктерного апарату загальної жовчної протоки після виконання атипичної папілотомії слід застосовувати балонну дилатацію сфінктера ЗЖП.

5. Обов'язковим елементом ендоскопічного втручання у хворих зі стенозуючим папілітом є прицільна біопсія найбільш змінених ділянок слизової ампули ВСДК та контрольні ЕРПХГ із біопсією через 3, 6, 12, та 24 місяці після виконання папілотомії з метою своєчасного виявлення пухлин періампулярної зони.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф., Плавунин Н.Ф. Заболевания большого дуоденального сосочка. – М.: Издательский дом “Камрон”, 2004. – 168 с.
2. Ничитайло М.Ю., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. и др. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.
3. Огородник П.В. Ендоскопічні методи лікування обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки // Клін. хірургія. – 1999. – № 11. – С. 13-16.
4. Allescher H.D. Clinical significance of sphincter of Oddi dyskinesia // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2003. – Vol. 5. – P. 164-170.
5. Ewald Nils, Marzeion Axel Michael, Bretzel Reinhard Georg. Endoscopic sphincterotomy in patients with stenosis of ampulla of Vater: Three-year follow-up of exocrine pancreatic function and clinical symptoms // World J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 13 (6). – P. 901-905.
6. Sgouros S.N., Pereira S.P. Systematic review: sphincter of Oddi dysfunction – non-invasive diagnostic methods and long-term outcome after endoscopic sphincterotomy // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2006. – 24. – P. 237-246.
7. Siegel J.H. Endoscopic retrograde Cholangiopancreatography: technique, diagnosis, and therapy. – New York, 1992. – 426 p.
8. Sugawa Choichi, Higuchi Daisuke, An Teisa et al. Sphincter of Oddi dysfunction: role of sphincterotomy // Digestive Endoscopy. – 2001. – Vol. 13. – P. 182-186.
9. Zhou P.H., Liu F.L., Yao L.O. et al. Endoscopic diagnosis and treatment of post-cholecystectomy syndrome // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. – 2003. – Vol. 2. – P. 117-120.

Отримано 9.09.10