



УДК 616.342 — 002.44 — 053.8 — 036.8.003.1

Т.М. Тяптиргянова, З.А. Яковлева, И.П. Сивцева, Б.Е. Винокуров

РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Медицинский институт Якутского государственного университета
им. М.К. Аммосова, г. Якутск

Цель нашего исследования состояла в изучении изменений большого дуоденального сосочка (БДС) при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы

Основу исследования составили наблюдения 502 больных с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, находившихся на стационарном лечении в Республиканской больнице г. Якутска. Возраст больных варьировал от 15 до 76 лет, наибольшее количество пациентов было в возрасте от 30 до 60 лет (66,1%). Соотношение женщин и мужчин среди больных было 1,2 : 1. Пациентов коренной национальности было 329 чел., некоренных национальностей — 173 чел.

Группы обследованных по нозологиям формировали на основании данных опроса и проведенной в дальнейшем ФЭГДС, во время которой вы-

Т.М. Tyaptirgjanova, Z.A. Yakovleva,
I.P. Siptseva, E.E. Vinokurov

THE ROLE OF CHANGES IN THE MAJOR DUODENAL PAPILLA FOR DISEASES OF HEPATOPANCREATOBILIAR ZONE

Medical Institute of Yakutsk State University, Yakutsk

S u m m a r y

The experience of examination of 502 patients with hepatopancreatobiliary zone diseases is represented. In 82,3% observations as the result of the complex tests pathological changes were detected, treated as the most important etiologic factors of the disease. The meaningful significance of these changes is marked with the patients with postoperative cholelithiasis syndrome. The modern methods of correction of the major duodenal papilla pathology were represented, among which endoscopic interferences take the main place.

Резюме

Приведен анализ 502 случаев заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. В 82,3% наблюдений в результате комплексного обследования обнаружены различные патологические изменения, расцененные как важнейшие этиологические факторы развития заболеваний. Отмечено важнейшее значение этих изменений у больных с постхолецистэктомическим синдромом. Представлены современные методы коррекции патологии большого дуоденального сосочка, среди которых главное место занимают эндоскопические вмешательства.

ясняли также наличие или отсутствие желчи в просвете 12-перстной кишки (ДПК), форму и состояние БДС, выраженность продольной складки, дуоденогастральный рефлюкс желчи, возможность катетеризации устья БДС, состояние слизистой ДПК. Проводили биопсию различных участков большого дуоденального сосочка, 12-перстной кишки, краев язв. Диагноз устанавливался на основании клинико-инструментальных данных ФГДС, ЭРХПГ, ЭПСТ.

Результаты и обсуждение

Еще в недалеком прошлом область БДС была малоизученной и труднодоступной для клиницистов. Последние десятилетия характеризуются стремительным накоплением данных о патологических состояниях большого дуоденального сосочка, основанных на результатах применения современных рентгено-эндоскопических методов обследования, которые меняют представление о механизмах развития и путях лечения поражений органов гепатопанкреатобилиарной зоны. К такого рода исследованиям побуждают увеличивающееся число подобных больных, неудовлетворительные результаты таких распространенных операций, как холецистэктомия и вмешательства на желчевыводящих путях и поджелудочной железе, а также наличие возможности эндоскопической коррекции изменений БДС.

Структура заболеваний органов ГПДЗ и методы лечения

Заболевания ГПДЗ	Метод лечения				Итого	
	лечебная эндоскопия	лечебная эндоскопия + хирургия	хирургическое лечение	консервативная терапия	абс.	%
ЖБК	2	2	10	54	68	13,5
Острый панкреатит	3	2	6	25	36	7,17
Хронический панкреатит	6	2	3	157	168	33,5
Холедохолитиаз	18	2	8	2	30	5,97
ПХЭС	63	15	12	48	138	27,5
Стеноз БДС	17	2	8	5	32	6,37
Стеноз + холедохолитиаз	13	2	-	-	15	2,98
Синдром "слепого мешка" ХДА	2	-	1	1	4	0,79
Рак БДС и головки поджелудочной железы	-	-	4	7	11	2,19
Итого	124	27	52	299	502	100

Диагноз, установленный по ФГДС с ЭРПХГ, был правильным у 459 больных (91,5%), ошибочный диагноз поставлен 3 больным (0,6%). После проведения рентгено-эндоскопии диагноз остался неясным у 10 больных (1,9%).

Фиброгастроуденоскопия проведена у всех больных с заболеваниями ГПДЗ. При этом у 131 больного (26,1%) были выявлены поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в основном в виде поверхностного гастрита, дуоденита. По мнению многих авторов, желудок и 12-перстная кишка у больных с заболеваниями ГПДЗ вовлекаются в патологический процесс в силу тесных анатомо-функциональных связей желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и желчевыводящей системы.

При отсутствии желчной гипертензии длина продольной складки составляет 5-15 мм, высота — 5-10 мм, ширина — 5-10 мм. Увеличение высоты продольной складки 12-перстной кишки более 10 мм является признаком дилатации холедоха, и при затруднениях катетеризации БДС может служить показанием к выполнению диагностической папиллотомии и диатермической ЭРПХГ для выяснения причин гипертензии [4].

В наших исследованиях расширение продольной складки отмечено у 113 больных (22,5%).

Заболевания органов ГПДЗ, выявленные в процессе диагностики, и использованные способы лечения представлены в табл. 1.

Учитывая исключительную роль БДС в сложной гидродинамической системе желчных, панкреатических протоков и 12-перстной кишки, мы уделяли особое внимание ее состоянию при этих заболеваниях. Оценивая поражения БДС, прежде всего следует остановиться на его воспалительных изменениях.

К настоящему времени в разных клиниках накоплен огромный опыт, подтверждающий наличие острого и хронического папиллита почти в 100% случаев желчекаменной болезни и панкреатита [1, 3].

Влияние на БДС механических, химических и бактериальных раздражителей приводит к развитию папиллита различной степени выраженности. Среди обследованных больных (табл. 2) острый и хронический папиллит отмечен у 188 чел. (37,4%), папиллит и полип БДС — у 9 (1,8%), папиллит, полип и околососочковый дивертикул — у 1 (0,2%). Изменений в области БДС не обнаружено только у 17,7% больных.

Комплексное обследование больных с заболеваниями органов ГПДЗ дает возможность выбрать оптимальную лечебную тактику (табл. 1). У 52 больных в связи с бесперспективностью эндоскопических вмешательств (рубцовые стриктуры желчевыводящих протоков, конкременты холедоха Д, превышающие 2 см, злокачественные новообразования ГПДЗ) на основании УЗИ и ФГДС с ЭРПХГ были установлены показания к хирургическому лечению. Консервативно лечились 299 пациентов (хронический панкреатит, гастрит, холестатический гепатит).

Лечебная эндоскопия выполнена у 151 больного. Показаниями к ней были холедохолитиаз (у 20 больных; 13,2%), стеноз БДС (у 19 больных; 12,6%), сочетание холедохолитиаза со стенозом (у 15 больных; 9,9%), синдром "слепого мешка" после холедоходуоденоанастомоза (у 2 боль-

Таблица 2

Изменения БДС и периапулярной области при заболеваниях ГПДЗ

Характер изменений	Частота	
	абс.	%
Острый папиллит	188	37,4
Ущемленный конкремент БДС	13	2,6
Расширение продольной складки 12-перстной кишки	113	22,5
Околососочковые дивертикулы 12-перстной кишки	2	0,4
Полипы БДС	11	2,2
Рак БДС и головки поджелудочной железы	11	2,2
Внелуковичная язва 12-перстной кишки	13	2,6
Лимфангиоэктазии слизистой 12-перстной кишки	62	12,4
Патологии не выявлено	89	17,7

ных; 1,3%). У 30 больных с механической желтухой и 12 больных с гнойным холангитом после эндоскопической папиллосфинктеротомии выполняли лечебное промывание желчевыводящей системы растворами антисептиков.

Результаты нашей работы свидетельствуют о необходимости ревизии области БДС, рентгеноэндоскопического исследования органов при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны, что, несомненно, уменьшит неудовлетворительные результаты традиционных хирургических вмешательств. Современные эндоскопические методы позволяют не только радикально излечить больного при первичном или резидуальном холедохолитиазе, но и решить проблему санации желчного дерева при стриктуре общего желчного протока, холангите или раке внепеченочных желчных путей. Для этого в клиническую практику внедрены эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование, трансэндоскопическое эндопротезирование и дилатация структур желчных и панкреатических протоков.

Выводы

1. В обследование лиц с заболеваниями ГПДЗ необходимо включать фиброгастродуоденоскопию с ревизией области большого дуоденального сосочка.

2. Использование эндоскопической папиллосфинктеротомии, холедохолитоэкстракции и санации желчевыводящих протоков позволяет значитель-

но улучшить результаты хирургического лечения, снизить послеоперационную летальность и сократить время пребывания больного в стационаре.

Л и т е р а т у р а

1. Артемьева Н.Н., Пузань М.В. // Вестн. хирургии. 1996. №6. С.72-75.
2. Балалыкин А.С., Климов П.В. // Хирургия. 1990. №1. С. 56-61.
3. Гостишев В.К., Мисник В.И., Канорский С.Д. и др. // Хирургия. 1991. №2. С.2-3.
4. Никитенко Е.Г., Канцовой С.В. // Острый холецистит. Пути совершенствования диагностики и хирургического лечения / Под ред. Б.А. Королева, Д.Л. Пиковского. Горький, 1988. С.104-108.
5. Соколов Л.К., Минушкин О.Н., Саврасов В.М., Терновой С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов ГПДЗ. М.: Медицина, 1987.
6. Тяптиргянова Т.М., Игнатьев В.Г. // Матлы науч.-практ. конф. "Актуальные проблемы экстренной медицины". Якутск, 2000. С.49-51.
7. Chirurgische Operation slehre. New York: Horg Thieme Verlag Stuttgart, 1990.
8. Chandhary F. Aranja R.S. // Ann. Roy. Coll. surg. Engl. 1996.
9. Freeman M.L., Nelson D.D., Sherman S. et all. // New Engl. J. Med. 1997. No.4. P.288-297.
10. Prat F., Malak N.A., Pelletier J. et all. // Gastroenterology. 1996. No.9. P.9.

