

Доброкачественные новообразования большого сосочка двенадцатиперстной кишки как причина постхолецистэктомического синдрома и их клинико-морфологическая характеристика

С.Г.Шаповальянц¹, Л.М.Михалёва², С.Ю.Орлов³, Н.А.Грачёва²,
А.Г.Паньков⁴, С.А.Будзинский⁴, Е.Н.Орлова¹, Т.Б.Ардасенов¹

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, НОЦ абдоминальной хирургии и эндоскопии, Москва (руководитель центра – проф. С.Г.Шаповальянц);

²НИИ морфологии человека РАМН, лаборатория клинической морфологии человека, Москва (зав. лабораторией – проф. Л.М.Михалёва);

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра общей хирургии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой – проф. А.В.Сажин);

⁴Городская клиническая больница №31, Москва (главный врач – чл.-кор. РАМН, проф. Г.Н.Голухов)

Статья посвящена актуальной проблеме диагностики и лечения постхолецистэктомического синдрома, обусловленного доброкачественными новообразованиями большого сосочка двенадцатиперстной кишки. В исследование были включены 76 больных, из них у 53 изолированные доброкачественные новообразования сосочка стали причиной постхолецистэктомического синдрома, у 19 они сочетались с холедохолитиазом и у 4 – с перипапиллярными дивертикулами. В статье представлен лечебно-диагностический алгоритм, использованный авторами при обследовании больных с постхолецистэктомическим синдромом. Было определено, что доброкачественные новообразования большого сосочка двенадцатиперстной кишки занимают существенное место в структуре постхолецистэктомического синдрома и составляют 13,5% причин его возникновения. При этом наиболее распространенным морфологическим субстратом этих новообразований является гиперпластический полип. В отдаленные сроки после эндоскопических вмешательств морфологическая картина представлена хроническим воспалением с очагами гиперплазии слизистой оболочки большого сосочка двенадцатиперстной кишки. **Ключевые слова:** большой сосочек двенадцатиперстной кишки, постхолецистэктомический синдром, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, отдаленные результаты

Benign neoformations of major duodenal papilla causing postcholecystectomy syndrome and their clinical and morphological characteristics

S.G.Shapovalyants¹, L.M.Mikhaleva², S.Yu.Orlov³, N.A.Gracheva²,
A.G.Pankov⁴, S.A.Budzinsky⁴, E.N.Orlova¹, T.B.Ardasenov¹

¹N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Research and Educational Center of Abdominal Surgery and Endoscopy, Moscow (Head of the Center – Prof. S.G.Shapovalyants);

²Research Institute of Human Morphology of RAMS, Laboratory of Clinical Morphology, Moscow (Head of the Laboratory – Prof. L.M.Mikhaleva);

³N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Department of General Surgery of Pediatric Faculty, Moscow (Head of the Department – Prof. A.V.Sazhin);

⁴Municipal Clinical Hospital №31, Moscow (Chief Doctor – Corr. Member of RAMS, Prof. G.N.Golukhov)

The article deals with an actual problem of diagnostics and treatment of postcholecystectomy syndrome caused by benign neoformations of the major duodenal papilla. 76 patients were examined, 53 of them had isolated benign neoformations of the major duodenal papilla causing the postcholecystectomy syndrome, in 19 patients they were combined with choledocholithiasis and in 4 – with duodenal diverticula. The medical-diagnostic algorithm applied by authors for the examination of patients with postcholecystectomy syndrome is presented in the article. It has been defined, that benign neoformations of the major duodenal papilla take an essential place in the structure of postcholecystectomy syndrome and make 13,5% of the reasons for its occurrence. Thus, the most widespread morphological substratum of these benign neoformations is the hyperplastic polyp. The follow up morphological picture after endoscopic operations is presented by chronic inflammation with the focuses of mucosal hyperplasia of the major duodenal papilla. **Key words:** major duodenal papilla, postcholecystectomy syndrome, endoscopic papillosphincterotomy, follow-up results

Термин «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) был введен в клиническую практику в 1930-х гг. американским хирургом В.О.Прибрам и обозначал симптомокомплекс после холецистэктомии исключительно функционального характера [1]. Под этим состоянием чаще всего понимают любые плохие и неудовлетворительные результаты операций на желчных путях, вызванные резидуальным и рецидивным холедохолитиазом, папиллостенозом и дисфункцией сфинктера Одди, послеоперационными рубцовыми стриктурами желчных протоков, хроническим панкреатитом, а также доброкачественными новообразованиями и злокачественными поражениями панкреатобилиарной зоны.

За последние 20 лет отечественными и зарубежными авторами был опубликован ряд работ, указывающих на достаточно широкое распространение доброкачественных новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки (ДНО БСДК) и рост их выявляемости. Так, по данным современных литературных источников, распространенность ДНО БСДК составляет 0,04–0,12% [2–5]. Встречаемость этих новообразований среди всех опухолей пищеварительного тракта и панкреатобилиарной зоны достигает 1% [3, 6]. Данные о частоте доброкачественных новообразований сосочка среди неопухолевых заболеваний панкреатобилиарной области варьируют от 4,0 до 45,5% [7–10]. Сведения о характере, частоте и гистологической структуре ДНО БСДК, являющихся причиной ПХЭС, ограничены, что послужило основанием для настоящего исследования. Его цель – дать клинико-морфологическую характеристику доброкачественных новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки, послуживших причиной возникновения постхолецистэктомического синдрома.

Пациенты и методы

В клинике госпитальной хирургии №2 РНИМУ за период с 2004 по ноябрь 2010 г. находились на лечении 844 пациента с ПХЭС, из них 576 пациентов были оперированы. Эндоскопические операции выполнены у 564 пациентов, из которых ДНО БСДК были гистологически верифицированы у 76 (13,5%) больных (16 мужчин и 60 женщин в возрасте от 24 до 89 лет; средний возраст – 65 ± 11 лет). Всем этим пациентам была выполнена холецистэктомия в различных стационарах и в разные сроки.

В плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита и холестероза желчного пузыря были оперированы 52 пациента, из них традиционным способом – 18, холецистэктомия из мини-доступа была выполнена у 2 пациентов, лапароскопическая холецистэктомия – у 32.

В срочном и отсроченном порядке по поводу острого калькулезного холецистита были оперированы 24 пациента, из них традиционным способом – 14. Еще у 6 холецистэк-

томия была закончена дренированием холедоха по Пиковскому, у 1 пациента выполнили холецистэктомию с холедохолитотомией, у 3 – лапароскопическую холецистэктомию.

Сроки развития ПХЭС у исследованных больных варьировали: у 6 (7,9%) пациентов, перенесших холецистэктомию в плановом порядке, клинические признаки заболевания появились в срок от 2 мес до 1 года, у 46 (60,5%) пациентов – через 1 год после операции. Среди больных, которым вмешательство выполняли в срочном и отсроченном порядке, проявление ПХЭС в сроки от 2 мес до 1 года было отмечено у 12 (15,8%) пациентов, более 1 года – еще у 12 (15,8%).

Из 76 пациентов клиническая симптоматика была выявлена у 72. Из них у 54 больных заболевание протекало с картиной желчной гипертензии различной степени выраженности, у 9 – с картиной хронического панкреатита с развитием панкреатической гипертензии, у 9 – со смешанной панкреатобилиарной симптоматикой. У оставшихся 4 больных клинических проявлений отмечено не было (заболевание протекало латентно).

Диагностический алгоритм у больных с ПХЭС и подозрением на ДНО БСДК включал клинико-лабораторные исследования, УЗИ брюшной полости, а также дуоденоскопию и/или эндосонографию по показаниям с последующей эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией (ЭРХПГ) и эндоскопическим вмешательством на БСДК с обязательной биопсией патологически измененных тканей сосочка. В клинике госпитальной хирургии №2 РНИМУ в качестве рабочей принята патоморфологическая классификация опухолей и опухолеподобных состояний БСДК, соответствующая Международной патологоанатомической классификации опухолей человека (1993).

Патологическим субстратом клинических проявлений у 53 больных стало изолированное ДНО, у 19 пациентов ДНО БСДК сочеталось с холедохолитиазом и у 4 – с перипапиллярным дивертикулом.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех больных были выполнены ЭРХПГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с биопсией тканей ДНО БСДК, у 19 пациентов с холедохолитиазом после ЭПСТ проводили литоэкстракцию. В 19 случаях у больных с сопутствовавшей панкреатической гипертензией эндоскопическое вмешательство было дополнено вирсунготомией, у 5 больных – стентированием главного панкреатического протока (ГПП).

Патологические изменения БСДК гистологически характеризовались как гиперпластический полип в 47 случаях, аденома – в 10, аденофиброма – в 13, аденомиоматозная гиперплазия – в 1, железисто-кистозная гиперплазия переходной складки – в 2, железисто-фиброзный полип – в 3 случаях (рисунок). Эндоскопические операции, направленные на удаление ДНО, были выполнены у 10 пациентов с аденомой, характеризовавшейся дисплазией I–II степени. Из них у 9 проведено удаление аденомы по принятой в клинике методике и у 1 – аргонно-плазменная коагуляция ДНО после эндоскопического профилактического стентирования ГПП. После эндоскопических вмешательств в 5 (6,5%) случаях развился острый панкреатит, разрешившийся у 3 боль-

Для корреспонденции:

Шаповальянц Сергей Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель НОЦ абдоминальной хирургии и эндоскопии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42, корп. 1

Телефон: (495) 431-6675

E-mail: sgs31@mail.ru

Статья поступила 29.03.2011 г., принята к печати 14.09.2011 г.

ных с гиперпластическими полипами после стандартной консервативной терапии и в 2 случаях потребовавший дополнительного протезирования ГПП. Морфологическим субстратом изменений БСДК в этих случаях были аденофиброма и аденомиоматозная гиперплазия. В одном из этих наблюдений (1,3%) было выявлено прогрессирующее течение панкреонекроза и наступил летальный исход.

Динамическое наблюдение за больными после выполненных вмешательств осуществляли в соответствии с разработанным алгоритмом действий в зависимости от морфологической структуры ДНО БСДК. Больным с гиперпластическими полипами, аденомиоматозной гиперплазией, аденофибромой и железисто-кистозной гиперплазией переходной складки БСДК было рекомендовано контрольное обследование через 12 мес. Оно включало биохимическое исследование маркеров холестаза и панкреатических ферментов, УЗИ брюшной полости и дуоденоскопию с биопсией тканей области эндоскопического вмешательства. Больным после удаления аденом БСДК с дисплазией I–II степени было рекомендовано контрольное обследование через каждые 6 мес.

В отдаленные сроки после эндоскопических вмешательств (наблюдение от 1 года до 5 лет у 66 пациентов в период с 2004 по 2009 г.) по целому ряду объективных причин были обследованы лишь 12 пациентов. Причинами выхода больных из динамического наблюдения послужили: смерть пациентов по иным причинам – в 10 случаях; смена места жительства – у 9 пациентов; отказ от контрольного обследования в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями – у 5; отказ от повторных эндоскопических ис-

следований или невозможность их выполнения – у 4 больных. Остальные 26 пациентов находятся в процессе динамического наблюдения. Из них у 12 человек при контрольном обследовании в 2 случаях выявлены признаки сохраняющейся билиарной гипертензии. В последующем эти больные были оперированы. Пациентам с билиарной гипертензией выполнена ЭРХПГ. В 1 случае потребовалась дополнительная эндоскопическая сфинктеротомия, 1 пациентке с рецидивным холедохолитиазом в связи с ранее выполненной резекцией желудка по Ру произведены лапаротомия и холедохолитотомия. В остальных случаях проявления ПХЭС, выявляемые с помощью инструментальных методов, отсутствовали.

В результате проведенного исследования было установлено, что значительную часть (75%) ДНО БСДК при ПХЭС составляют воспалительные изменения с хроническим течением. Часто хронические папиллиты сопровождались гиперпластическими изменениями различных структур слизистой оболочки: клапанов, переходной складки, папиллярных желез. В большинстве случаев динамика хронического папиллита складывалась из повторявшихся приступов воспаления с последующим склерозом и гиперплазией желез БСДК, что в конечном итоге и создало предпосылки для развития полиповидных образований. Гиперпластические полипы в проведенном исследовании характеризовались гиперсекрецией желез и покровного эпителия складок слизистой оболочки, воспалительными изменениями, чаще диффузного характера; в клеточном составе инфильтрата присутствовали лимфо-

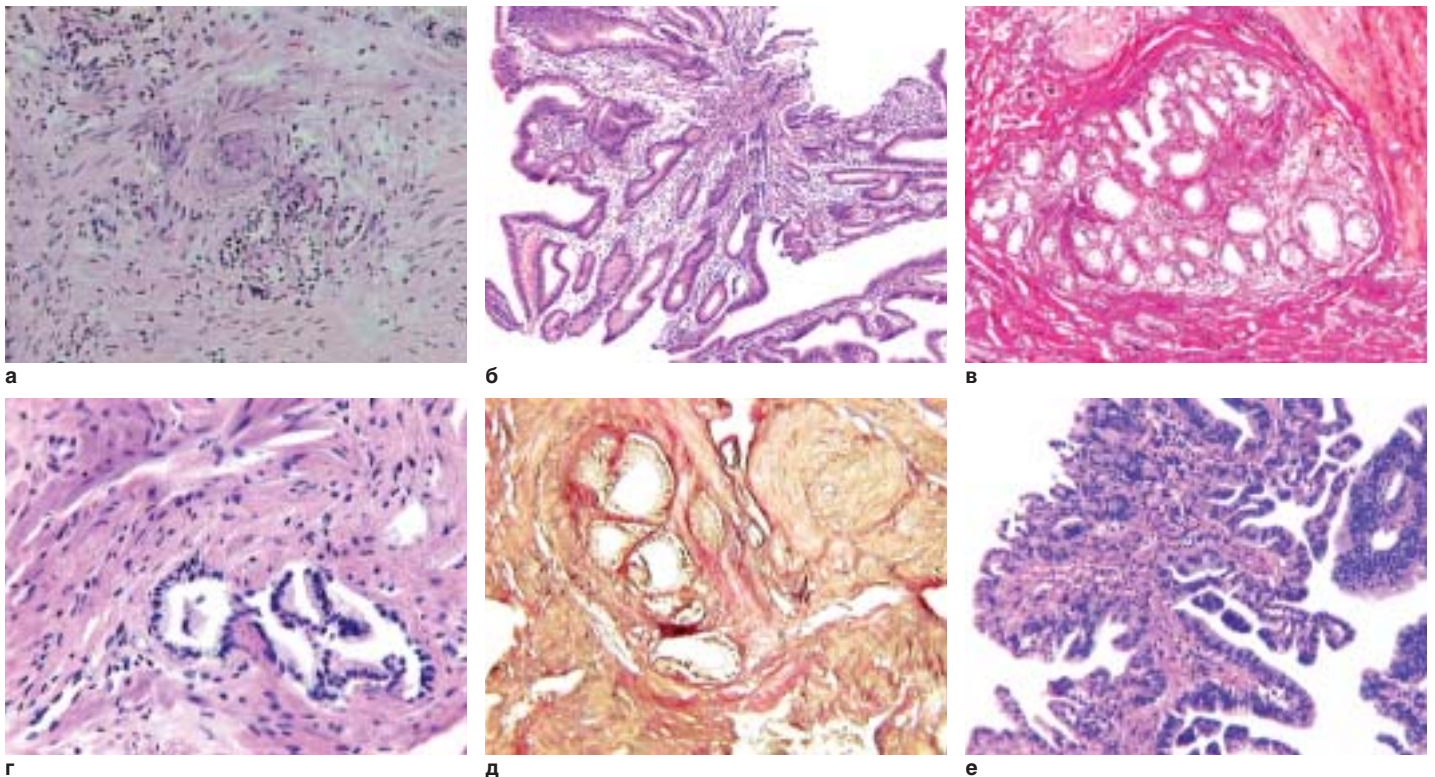


Рисунок. Доброкачественные новообразования большого сосочка двенадцатиперстной кишки. а – хронический папиллит, атрофическо-склеротическая форма (окр. гематоксилином и эозином, ув. 240); б – гиперпластический полип БСДК (окр. гематоксилином и эозином, ув. 180); в – окрашивание соединительной ткани в аденофибром БСДК (комбинированная окраска по Ван Гизон, ув. 280); г – аденомиоматозная гиперплазия БСДК (окр. гематоксилином и эозином, ув. 240); д – аденомиоматозная гиперплазия БСДК (комбинированная окраска по Ван Гизон, ув. 280), е – тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией II степени (окр. гематоксилином и эозином, ув. 180).

циты, макрофаги и плазматические клетки. В нашем исследовании у 9 из 12 пациентов при морфологическом исследовании были выявлены гиперпластические полипы слизистой оболочки БСДК. В 2 случаях рецидива аденомы после их эндоскопического удаления выявлено не было, еще в 1 случае при аденофибром БСДК в ходе контрольного исследования в области рассеченной ампулы сосочка был выявлен хронический папиллит.

Заключение

Доброкачественные новообразования большого сосочка двенадцатиперстной кишки занимают существенное место в структуре постхолецистэктомического синдрома и составляют 13,5% причин его возникновения. Наиболее распространенным субстратом данных новообразований является гиперпластический полип. В отдаленные сроки после эндоскопических вмешательств у таких больных морфологическая картина представлена хроническим воспалением с очагами гиперплазии слизистой оболочки. Результаты эндоскопических вмешательств, направленных на восстановление проходимости сосочка, свидетельствуют об отсутствии прогрессирования исходных патоморфологических изменений.

Литература

1. Schumpelick V., Truong S., Fass J. et al. Postcholecystectomy syndrome – still a current argument today? // *Langenbecks Arch. Chir. Suppl. II. Verh. Dtsch. Ges. Chir.* 1990. P.1205–1209.
2. Rosenberg J., Welch J.P., Pyrtok L.I. et al. Benign villous adenomas of the ampulla of Vater // *Cancer*. 1986. V.58. P.1563–1568.
3. Martin J.A., Haber G.B. Ampullary adenoma: clinical manifestations, diagnosis, and treatment // *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 2003. V.13. P.649–669.
4. Grobmyer S.R., Stasik C.N., Draganov P. et al. Contemporary results with ampullectomy for 29 «benign» neoplasms of the ampulla // *J. Am. Coll. Surg.* 2008. V.206. P.466–471.
5. Handra-Luca A., Terris B., Couvelard A. et al. Adenomyoma and adenomyomatous hyperplasia of the Vaterian system: clinical, pathological, and new immunohistochemical features of 13 cases // *Mod. Pathol.* 2003. V.16. №6. P.530–536.
6. Harano M., Ryozaawa S., Iwano H. et al. Clinical impact of endoscopic papillectomy for benign–malignant borderline lesions of the major duodenal papilla // *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* 2011. V.18. №2. P.190–194.
7. Трапезников Н.Н., Поддубная И.В., Артамонова Т.И. и др. Справочник по онкологии. М.: Каппа, 1996.
8. Старков Ю.Г., Стрекаловский В.П., Вишневский В.А., Григорян Р.С. Дивертикулы папиллярной области двенадцатиперстной кишки и их роль в развитии холедохолитиаза, стриктур желчного и панкреатического протоков // *Хирургия*. 2000. №3. С.10–13.
9. Винник Ю.С., Миллер С.В., Серова Е.В. и др. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром. Красноярск: Версо, 2010.
10. Elek G., Györi S., Tóth B., Pap Á. Histological evaluation of preoperative biopsies from ampulla Vateri // *Pathol. Oncol. Res.* 2003. V.9. №1. P.32–41.

Информация об авторах:

Михалева Людмила Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории клинической морфологии НИИ морфологии человека РАМН
Адрес: 117418, Москва, ул. Цурюпы, 3
Телефон: (499) 128-5878
E-mail: mikhalevalm@yandex.ru

Орлов Станислав Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 113093, Москва, ул. Павловская, 25, корп. 5
Телефон: (495) 955-6536
E-mail: syuori@mail.ru

Грачева Наталья Александровна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической морфологии НИИ морфологии человека РАМН
Адрес: 117418, Москва, ул. Цурюпы, 3
Телефон: (499) 128-5878
E-mail: GRACHEVA_NA 67@mail.ru

Паньков Александр Геннадьевич, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением №2 Городской клинической больницы №31
Адрес: 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42, корп. 1
Телефон: (495) 432-0851
E-mail: pankov-ag@mail.ru

Будзинский Станислав Александрович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НОЦ абдоминальной хирургии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42, корп. 3
Телефон: (495) 936-9976
E-mail: smirkina@mail.ru

Орлова Елена Николаевна, аспирант НОЦ абдоминальной хирургии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42, корп. 3
Телефон: (495) 432-0861
E-mail: EN.Orlowa@yandex.ru

Ардасенов Тимур Багратионович, кандидат медицинских наук, докторант НОЦ абдоминальной хирургии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 119415, Москва, ул. Лобачевского, 42, корп. 1
Телефон: (495) 432-0861
E-mail: hirurg@inbox.ru