

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМЫ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*С. В. ТАРАСЕНКО¹, А. А. НАТАЛЬСКИЙ¹, Т. С. РАХМАЕВ¹, И. В. БАКОНИНА¹,
В. П. КОЧУКОВ², С. Д. РАХМАТОВ¹, Д. С. ОЗЕРОВА¹*

¹ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова,
Рязань

²ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации,
Москва

Сведения об авторах:

Тарасенко Сергей Васильевич – д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Натальский Александр Анатольевич – д.м.н., доцент каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, e-mail: lorey1983@mail.ru

Рахмаев Тимур Саидович – асс. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Баконина Ирина Владимировна – асс. каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Кочуков Виктор Петрович – д.м.н., заведующий хирургическим отделением ФГБУ Объединенная больница с поликлиникой управления делами президента РФ.

Озерова Дарья Сергеевна – ординатор каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Рахматов Сохибхужа Довутхужаевич – ординатор каф. госпитальной хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Данная статья посвящена общим вопросам клиники, диагностики и лечения новообразований большого дуоденального сосочка. Помимо этого, в ней представлен клинический случай описания больного с аденомой БДС. Детально рассмотрен метод оперативного вмешательства у данного больного, с учетом индивидуального подхода к лечению.

Ключевые слова: аденома большого дуоденального сосочка, механическая желтуха, хронический панкреатит.

Аденома большого дуоденального сосочка (БДС) составляет 1% всех новообразований желудочно-кишечного тракта, и является потенциально злокачественной. В 15-30% случаев она приводит к развитию рака большого дуоденального сосочка. Риск озлокачествления повышается, если опухоль имеет большие размеры или ворсинчатое строение [1]. Факторами риска развития аденомы может являться различная патология желудочно-кишечного тракта: хронический дуоденит, гастрит, холецистит, панкреатит, желчно каменная болезнь. Частота возникновения опухоли одинакова как у мужчин, так и у женщин. Чаще аденомы обнаруживают у лиц, старше 40 лет. Риск возникновения возрастает после холецистэктомии. Этиология и патогенез заболевания не установлен. Опухоль может исходить из эпителия терминального отдела общего желчного протока, дистального отдела протока поджелудочной железы и из слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Клиническая картина опухоли большого дуоденального сосочка часто проявляется симптомами холестаза, которые выражаются медленно нарастающей иктеричностью склер и кожных покровов, потемнением мочи, обесцвечиванием кала и хроническим запором. При этом могут появляться боли в правом подреберье. Реже, на фоне этого, возникают симптомы

острого панкреатита, вследствие окклюзии главного панкреатического протока [2, 3].

Одним из наиболее сложных вопросов диагностики, является ранее выявления опухолей панкреатодуоденальной зоны. К сожалению, у основной массы больных, опухоли этой локализации диагностируются на поздних стадиях. Физикальное обследование не позволяет выявить каких либо изменений. У некоторых больных наблюдаются увеличение печени, положительный (чаще скрытый) симптом Курвуазье, болезненность при пальпации в треугольнике Шоффара [3, 4].

В диагностике опухолей большого дуоденального сосочка и самой двенадцатиперстной кишки приоритетное значение принадлежит эндоскопическому исследованию, при котором возможно не только их визуальное обнаружение, но и проведение биопсии новообразования с последующим гистологическим исследованием биоптата. Эндоскопическая картина аденомы БДС характеризуются: увеличением размера БДС, выбуханием его в просвет, ворсинчатое или сосочковое разрастания в области устья.

При микроскопическом исследовании биоптатов обнаруживаются черты атипии: клетки и ядра имеют большие размеры, ядра отличаются гиперхромностью, сильно вытянуты и распо-

ложены хаотично. Кроме того, некоторые клетки отличаются гиперсекрецией, в то время как другие не секретируют.

Макроскопический аденома БДС представляет одиночный узел или полиповидное новообразование, выступающие в просвет ДПК.

Для диагностика опухолей панкреатодуоденальной зоны также применяют УЗИ брюшной полости, ЭУС, КТ, МРТ, МРХПГ, ЭРХПГ [4, 5, 6]

При лечении новообразований БДС в последние время все чаще стремятся к миниинвазивным вмешательствам. В наши время существуют следующие виды оперативных вмешательств: эндоскопические папилэктомии с различными вариантами (диатермокоагуляции, петлевая электроэксцизии, аргонеплазменная коагуляции, эндоскопическое билиодуоденальное протезирование), хирургическая папилэктомия, панкреатодуоденальная резекция [5,6].

Учитывая все вышеперечисленное, приводим клинический случай аденомы большого дуоденального сосочка.

Больная М 56 лет, поступила в ГК БСМП г. Рязани, с жалобами на боли верхних отделах живота, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Жалобы беспокоят в течение месяца. На протяжении 10 лет страдает хроническим холециститом. При обследовании в общеклинических анализах отклонений не выявлено. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 16,9 мкмоль/л, прямой билирубин - 7,8 мкмоль/л, непрямого билирубин - 9,1 мкмоль/л, АЛТ - 72,6 е/л, АСТ - 121,8 е/л, ЩФ - 238 е/л, амилаза - 19 е/л, креатинин – 78 мкмоль/л. При проведении УЗИ органов брюшной полости выявили холедохолитиаз и билиарную гипертензию. На МРХПГ - расширение холедоха и Вирсунгова протока, при ФГДС обнаружили опухоль БДС, гистологическое заключение биопсийного материала - доброкачественная опухоль (аденома) БДС. Таким образом, исходя из клинической картины, анамнеза заболевания и данных дополнительных методов обследования, был сформулирован клинический диагноз: Аденома большого дуоденального сосочка. Билиарная гипертензия.

Учитывая предоперационные находки, больной было решено выполнить трансдуоденальную папилэктомию. Задачами данного вмешательства являлись декомпрессия общего желчного протока и главного панкреатического протока, устранение болевых симптомов и собственно удаление аденомы БДС. Выполнили верхнесрединную лапаротомию, с последующей мобилизацией двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В области БДС пальпаторно определили слегка смещаемую опухоль плотно-эластической консистенции, стенка двенадцатиперстной кишки над образованием не изменена. Над опухолью произвели поперечную дуоденотомию. В области БДС выявили объемное, уплотненное новообразование, обхватывающие ампулу Фатерова сосочка (рис. 1). Опухоль иссекли в пределах здоровых тканей: до подслизистого слоя двенадцатиперстной кишки (рис. 2, 3). Далее провели тщательный гемостаз, с последующей пластикой медиальных стенок Вирсунгова протока и общего желчного протока (рис. 4, 5). На двенадцатиперстную

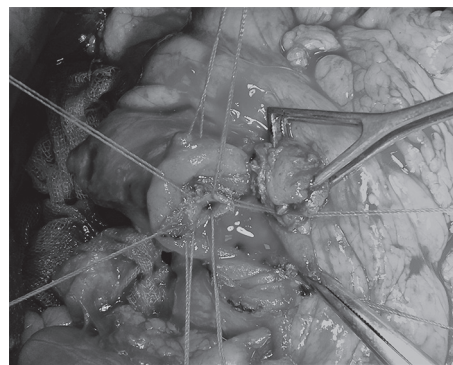


Рис. 1. Иссечение аденомы большого дуоденального сосочка. Аденома между браншами окончатого зажима. Терминальный отдел общего желчного протока взят на держалки

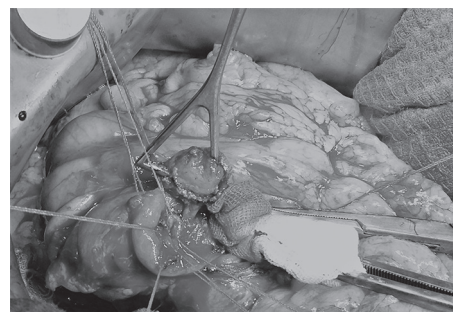


Рис. 2. Осуществляется тракция за окончатый зажим. За аденомой «тянется» Вирсунгов проток

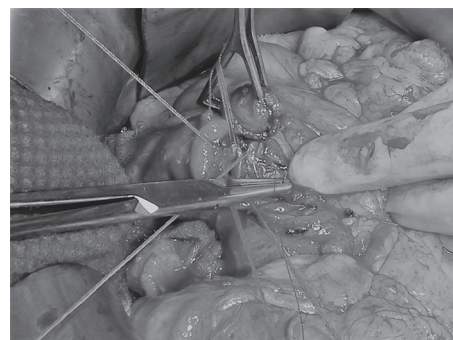


Рис. 3. Вскрыт просвет Вирсунгова протока. Накладывается шов на медиальную стенку общего желчного и главного панкреатического протоков Викрилом 4.0

кишку наложили однорядные швы. Послеоперационный период без осложнений. Швы сняты на 10-е сутки. Больная выписана на 17-е сутки с выздоровлением.

Заключение.

Таким образом, можно сказать, что данный клинический случай иллюстрирует индивидуальный подход к выбору оперативного вмешательства у больных с заболеваниями БДС. Выбор операции, в свою очередь зависит от сопутствующей патологии, размера опухоли, травматичности и дальнейшей сохранности работоспособности пациента.

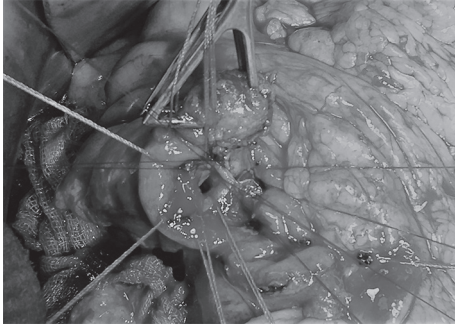


Рис. 4. Этап сшивания медиальных стенок общего желчного и Вирсунгова протоков

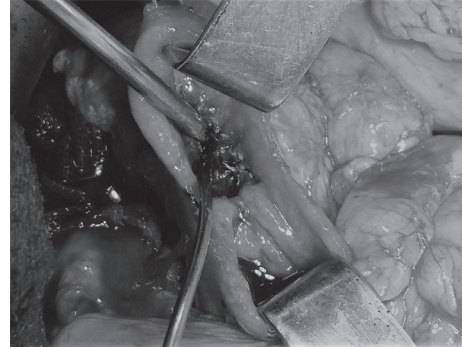


Рис. 5. Окончательный вид: опухоль удалена в пределах здоровых тканей, сформировано общее устье желчного и панкреатического протоков, ушита слизистая двенадцатиперстной кишки. В просвет кишки поступает желчь и панкреатический сок

Список литературы

1. **Beger H. G., Staib L., Schoenberg M. H.** Ampullectomy for adenoma of the papilla and ampulla of Vater// *Langenbeck's Arch Surg.* 1998 Apr, 383 (2): 190-3
2. **Понамарев А.А., Куликов Е.П., Караваев Н.С.** Опухоли и опухолеподобные образования печени и желчных протоков. Рязань: Здоровье, 2000. С. 261-262.
3. **Патологическая диагностика опухолей человека:** Руководство в 2 т. Т. 2 / Под ред. Краевского Н.А., Смольяникова А.В., Саркисова Д.С. М.: Медицина, 1993. С. 95-96.
4. **Климов П.В.** Эндоскопическая диагностика и лечение новообразований большого соска двенадцатиперстной кишки. Автореферат

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва, 1988г. С. 15-17

5. **Миниинвазивные** вмешательства при холедохолитиазе и опухолях большого дуоденального сосочка». Авторы: Тарасенко С.В., Кочуков В.П., Ачкасов Е.Е., Стрельников Е.В., Копейкин А.А., Решетникова О.В., Москва, ООО «Триада-Х», 2012. С. 80

6. **А.Г. Шулешова, Е.И. Брехов, В.В. Калинин, А.В. Старостенко, Н.С. Бордан, О.Н. Минушкин.** Диагностика и эндоскопические методы лечения заболеваний большого дуоденального сосочка. *Кремлевская медицина клинический вестник*- Москва - 2011 - № 4 - С. 27-30

SURGICAL TREATMENT OF PAPILLARY ADENOMA: CASE REPORT

S. V. TARASENKO¹, A. A. NATALSKIY¹, T. S. RAHMAEV¹,
I. V. BAKONINA¹, V. P. KOCHUKOV², S. D. RAHMATOV¹, D. S. OZEROVA¹

¹Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan

²Federal State Institution «United Hospital and Polyclinic», Moscow

Information about the authors:

Tarasenko SV - MD, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Natalskiy AA - MD, Dept. Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, e-mail: lorey1983@mail.ru

Rahmaev TS - Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Bakonina IV - Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Kochukov VP - MD, Professor, Head of the Department of Surgery

Ozerova DS - Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

Rahmatov SD - Assistant of Department of Hospital Surgery Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov

This article deals with general issues of the clinic, diagnosis and treatment of tumors of the large duodenal papilla. In addition, it is presented a clinical case of a patient with a description of papillary adenoma. Considered in detail the method of surgery in this patient, taking into account an individual approach to treatment.

Key words: adenoma of the major duodenal papilla, mechanical jaundice, chronic pancreatitis.