

ОПУХОЛЬ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИАЗА

М. А. ЕВСЕЕВ, А. Л. ВЛАДЫКИН, Ю. А. БИРЮКОВА

ГБУЗ Городская клиническая больница № 52 ДЗМ, Москва

Сведения об авторах:

Евсеев Максим Александрович — зав. хирургическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52» ДЗМ, профессор, д.м.н.

Владыкин Алексей Леонидович — к.м.н., врач-хирург в ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52» ДЗМ.

Бирюкова Юлия Александровна — врач ультразвуковой диагностики в ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52» ДЗМ.

Представлено клиническое наблюдение рецидивного холедохолитиаза, связанного с развитием опухоли большого дуоденального сосочка на фоне суб-, декомпенсированного рубцового стеноза пилоробульбарного сегмента; описаны этапы инструментальной диагностики и интраоперационная тактика в процессе лечения.

Ключевые слова: рецидивный холедохолитиаз, опухоль большого дуоденального сосочка, стеноз пилоробульбарного сегмента.

Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз как много-десятилетий назад, так и сегодня, является трудным для диагностики и лечения осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ). По сводным данным литературы, частота резидуальных и вновь сформированных камней желчных протоков с течением времени не уменьшается и может достигать 29%. Причины возникновения рецидивного и резидуального холедохолитиаза разнообразны. Тем не менее ведущим этиопатогенетическим фактором данной патологии, по всеобщему мнению, является недостаточный объем до- и интраоперационного обследований желчных путей и, как следствие, не диагностированные в предоперационном периоде и на операции холедохолитиаз, патология терминального отдела холедоха, большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы. Последние три причины определяют возникновение, как правило, не резидуальных, а рецидивных конкрементов в желчевыводящих протоках. В качестве примера рецидивного холедохолитиаза, обусловленного развитием злокачественной опухоли большого дуоденального сосочка, приводим следующее клиническое наблюдение.

Клиническое наблюдение

Пациентка Р., 62 лет, поступила во 2 хирургическое отделение Городской клинической больницы № 52 Департамента здравоохранения города Москвы в экстренном порядке 06.01.15 с клинической картиной механической желтухи, холангита.

Из анамнеза известно, что в 2013 году пациентка находилась на лечении в ГКБ № 5х города Москвы по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза, субкомпенсированного рубцово-язвенного стеноза пилоробульбарной зоны. В период госпитализации после безуспешных попыток выполнения ретроградной холангипанкреатографии (РХПГ), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и литоэкстракции

пациентка была оперирована. Произведены срединная лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу, пилоропластика по Гейнеке–Микуличу. Послеоперационный период протекал гладко, пациентка была выписана в обычные сроки, дренаж Кера удален через три недели.

Повторное возникновение желтухи с эпизодами гипертермии пациентка отметила в последней декаде декабря 2014 года, по поводу чего в срочном порядке 31.12.14 была госпитализирована в ГКБ № 1х города Москвы, где диагноз механической желтухи был верифицирован, но активных хирургических действий не предпринималось.

Пациентка покинула ГКБ № 1х и самостоятельно обратилась в хирургическое отделение ГКБ № 52. На момент госпитализации в ГКБ № 52 06.01.15 факт механической желтухи и холангита был подтвержден клинически, данными УЗИ (билиарная гипертензия, холедохолитиаз), лабораторно (прямой билирубин 432 мкмоль/л, общий билирубин 464 мкмоль/л), гектической лихорадкой, лейкоцитозом (до 14,6·10⁹/л); кроме того, пациентка периодически отмечала возникновение чувства переполнения в эпигастрине при приеме твердой пищи, редко — рвоту съеденной пищей.

Пациентке выполнена фибрэзофагогастроскопия, при которой выявлен суб-, декомпенсированный стеноз пилоробульбарного сегмента (аппарат 9 мм через зону стеноза провести не удалось, просвет двенадцатиперстной кишки не визуализирован), органической патологии со стороны пищевода и желудка выявлено не было. При экспериментном УЗИ гепатобилиопанкреатической зоны, наряду с дилатацией холедоха и множественным холедохолитиазом, в области головки поджелудочной железы, но не в ее ткани, нечетко локировалось мягкотканное образование 2×2 см (рис. 1).

В экстренном порядке 06.01.15 пациентке под УЗ-контролем произведена чрезкожная чреспеченочная холангиостомия

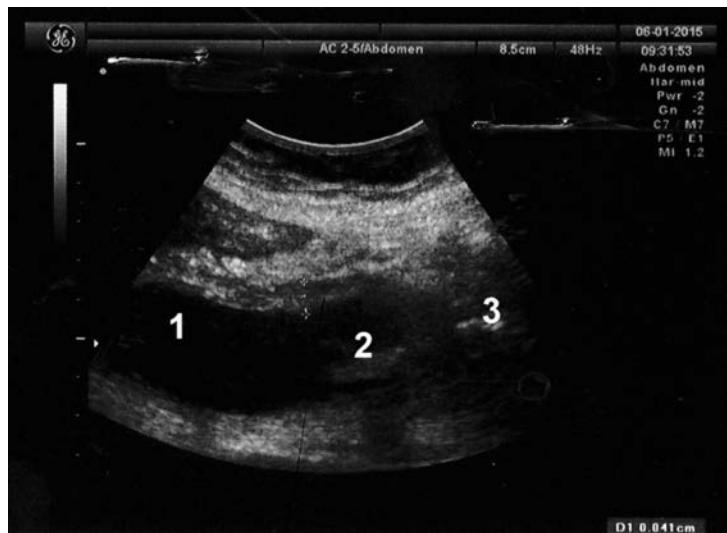


Рис. 1. Ультразвуковое сканирование: 1 - дилатированный гепатикохоледох, 2 - конкремент в просвете гепатикохоледоха, 3 - объемное образование в проекции терминального отдела холедоха

(ЧЧХС), дренаж 12 Fr через левый долевой проток установлен в гепатикохоледох, получена темная желчь с хлопьями фибрина. Пациентке проводилась комплексная дезинтоксикационная, антибактериальная терапия, дозированная билиарная декомпрессия, сбалансированная энтеральная и парентеральная нутритивная поддержка. Через 7 суток на фоне снижения гипербилирубинемии до 62 мкмоль/л пациентке проведена чрездренажная холангиография (рис. 2), при которой выявлены множественные крупные конкременты общего желчного протока, дислоцированные от супрадуоденального до терминального его отделов, блок поступления контраста в двенадцатиперстную кишку; оценить состояние стенок интра-



Рис. 2. Чрездренажная холангиография. Холедохолитиаз. Блок пассажа контраста в терминальном отделе холедоха

панкреатического и интрадуоденального отделов холедоха не представлялось возможным. В удовлетворительном состоянии без явлений интоксикации с функционирующим наружным желчным свищом (дебит желчи 600 мл/сут) пациентка была выписана для проведения амбулаторной реабилитации с рекомендацией последующей госпитализации через 14 суток для проведения радикального хирургического лечения.

25.01.15 пациентка вновь самостоятельно обратилась в ГКБ № 52 и была госпитализирована в хирургическое отделение. На момент повторной госпитализации состояние пациентки клинически и по данным лабораторных исследований было расценено как удовлетворительное, явления желтухи и холангита клинически регрессировали полностью. Дополнительно в плане обследования больной выполнена рентгеноскопия желудка с контрастом (рис. 3), при которой контраст задерживался в желудке более 6 часов, определялись признаки суб-, декомпенсированного стеноза пилоробульбарной зоны, вследствие чего добиться тутого заполнения контрастом просвета двенадцатиперстной кишки и оценить состояние ее слизистой не удалось.

При проведении компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства визуализирован умеренно дилатированный холедох с равномерно утолщенными стенками и множественными крупными конкрементами в просвете, расширение вирсунгова протока на всем протяжении до 0,9 см, мягкотканное образование стенки двенадцатиперстной кишки в области интактной головки поджелудочной железы 2,5×2,5 см с тенденцией к накоплению контраста в артериальную фазу.

Таким образом, на основании комплексного обследования у пациентки диагностированы: рецидивный холедохолитиаз, суб-декомпенсированный рубцовый стеноз пилоробуль-

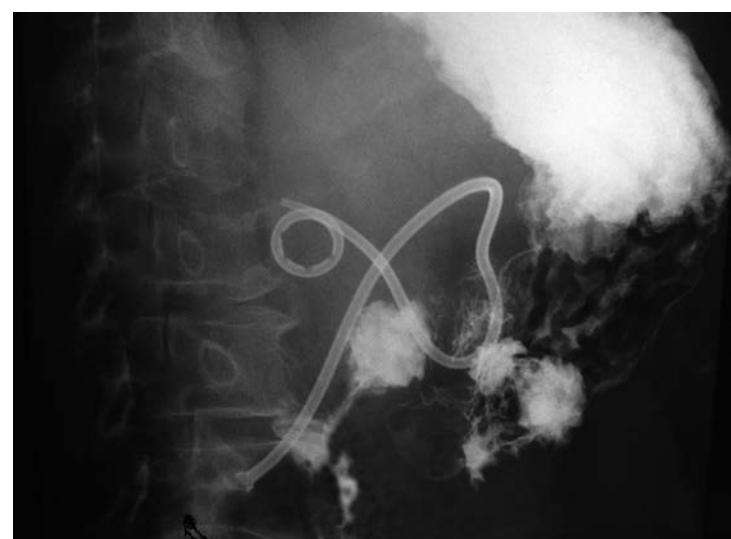


Рис. 3. Рентгеноскопия желудка с контрастированием. Большая часть контраста сохраняется в желудке через 6 часов от начала исследования. Выраженная деформация и суб-, декомпенсированный стеноз пилоробульбарной зоны

барного сегмента, состояние после наружного дренирования желчных протоков, полный наружный желчный свищ, опухоль большого дуоденального сосочка (?). Учитывая установленный клинический диагноз, включающий как рецидивный холедохолитиаз, так и стеноз пилоробульбарного сегмента при невозможности консервативного разрешения данных патологических состояний, а также невозможность неинвазивной оценки состояния терминального отдела холедоха и исключения опухолевого процесса в данной зоне, принято решение о необходимости проведения оперативного вмешательства. Предполагаемый объем вмешательства: дистальная резекция 2/3 желудка по Ру с холедохолитотомией и билиодигестивным анастомозом — минимальный, гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) — максимальный.

После подписания информированного согласия пациентка была оперирована в плановом порядке. При выполнении верхнесрединной лапаротомии, проведения адгезиолиза, ревизии органов брюшной полости и выполнении диагностической дуоденотомии (рис. 4) установлен следующий интраоперационный диагноз: рак большого дуоденального сосочка Т3N1M0 (П1B стадия), регионарная лимфаденопатия ретропанкреатических узлов; рецидивный холедохолитиаз, состояние после холецистэктомии, дренирования холедоха от 2013 года, состояние после ЧЧХС от 06.01.15; суб-, декомпенсированный рубцовый стеноз пилоробульбарного сегмента, состояние после пилоропластики по Гейнеке—Микуличу от 2013г.

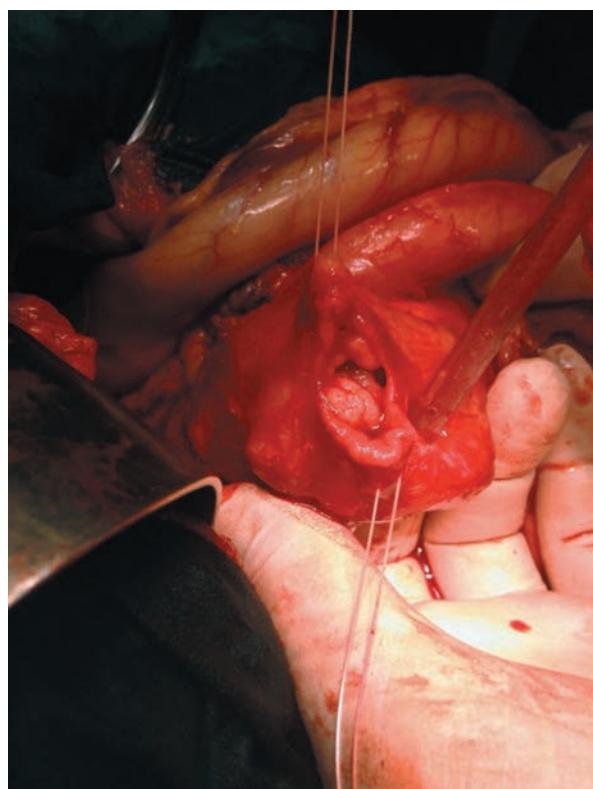
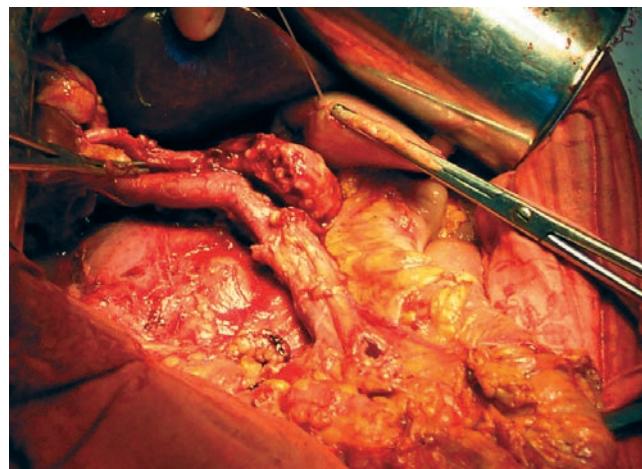
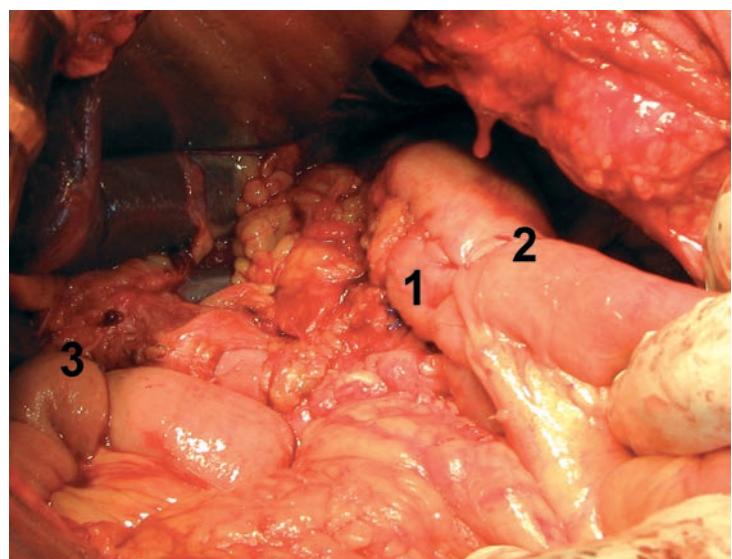


Рис. 4. Диагностическая дуоденотомия. Визуализируется опухоль БДС вида цветной капусты

Учитывая интраоперационный диагноз принято решение о выполнении вмешательства в объеме ГПДР. Произведена гастропанкреатодуоденальная резекция с регионарной лимфаденэктомией. Реконструкция производилась с формированием панкреатикогастроанастомоза, гепатикоэнteroанастомоза на выключенной по Ру петле и поперечного функционального полуклапанного гастроэнteroанастомоза (рис. 5).



а



б

Рис. 5. ГПДР: а – интраоперационная картина после удаления препарата и лимфодиссекции; б – состояние после проведения реконструктивного этапа (1 - панкреатикогастроанастомоз, 2 - гастроэнteroанастомоз, 3 - гепатикоэнteroанастомоз)

При морфологическом исследовании операционного препарата диагностирована низкодифференцированная аденокарцинома большого дуоденального сосочка с инвазией стенки ДПК и головки поджелудочной железы, метастазы опухоли в 3 из 6 ретропанкреатических узлов, в других регионарных лим-

фоузлах метастазов не выявлено, радикальность резекции — R0 (рис. 6) стадия онкопроцесса — pT3N1M0 (IIБ стадия).

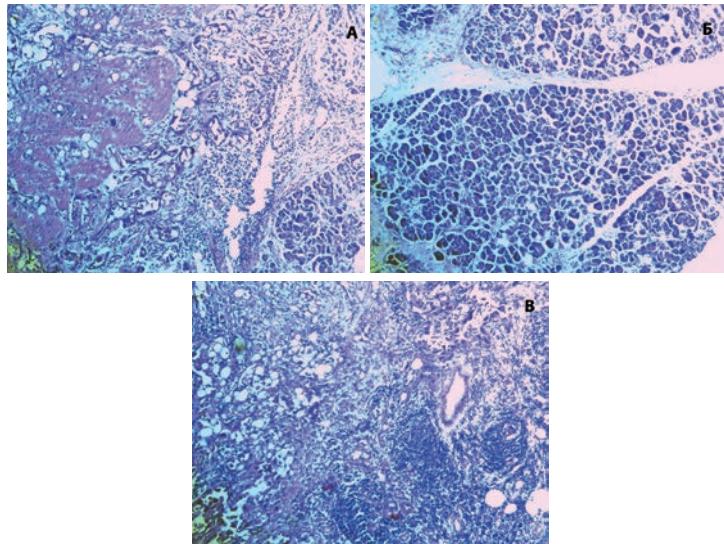


Рис. 6. Морфологическое исследование операционного препарата (любезно предоставлено доктором В.В. Варясиным): а – аденокарцинома БДС с распространением на ткань поджелудочной железы; б – граница резекции поджелудочной железы без признаков опухолевого роста; в – метастаз аденокарциномы в ретропанкреатический лимфоузел

Ведение пациентки в послеоперационном периоде проводилось по программе ERAS (Enhanced Rehabilitation After Surgery) с ранним (на 2-е сутки) началом энтерального питания и активизацией больной. Ранний послеоперационный период у пациентки протекал гладко. На 7-е сутки послеоперационного периода пациентка выписана на амбулаторную послеоперационную реабилитацию с полным восстановлением пищеварительной функции. Рекомендовано проведение адьювантной полихимиотерапии под наблюдением врача-онколога, а также определение возможности проведения таргетной биотерапии после иммуногистохимического анализа на p53 и KRAS.

Таким образом, причиной возникновения рецидивного холедохолитиаза у пациентки Р. послужило длительное и прогрессирующее нарушение пассажа желчи в терминальном отделе холедоха вследствие развития опухоли большого дуоденального сосочка. Интересность данного клинического наблюдения, на наш взгляд, обусловлена редким сочетанием трех патологических процессов — опухоли большого дуоденального сосочка, рецидивирующего холедохолитиаза и рубцового стеноза пилоробульбарного сегмента. Последний сделал очевидно невозможной дооперационную верификацию опухолевого процесса и определение первопричины рецидива патологии билиарного тракта.

Проведенное в объеме гастропанкреатодуоденальной резекции оперативное вмешательство явилось радикальным методом лечения как с точки зрения имеющегося онкологического процесса, так и с точки зрения обеспечения максимально адекватного функционирования желудка, билиарного



Рис. 7. Рентгеноконтрастное исследование на 7-е сутки послеоперационного периода – чрездренажная холангиография, рентгеноскопия желудка с пероральным контрастированием: 1 – культи желудка, 2 – отводящая от гастро-энтероанастомоза петля тонкой кишки, 3 – отводящая от гепатико-энтероанастомоза отключенная по Ру петля тонкой кишки

тракта и поджелудочной железы. Последний момент особенно интересен, поскольку формирование именно панкреатико-гастроанастомоза имеет целый ряд позитивных особенностей, среди которых наиболее важными являются: возможность сохранения большей части желудка (выполняется антрумрезекция) без опасности развития его острого эрозивно-язвенного поражения вследствие защитного ощелачивающего действия бикарбонатов панкреатического сока; отсутствие активации панкреатических ферментов в кислой среде желудка при отсутствии энтерокиназы; пространственное разделение билио- и панкреатикодигестивного анастомозов, что принципиально уменьшает риск несостоятельности последнего. Мы полагаем, что именно такой вариант реконструкции позволяет добиться максимально быстрой и эффективной реабилитации пациента в послеоперационном периоде, в том числе после вмешательств большого объема, что и продемонстрировало приведенное клиническое наблюдение.

Список литературы

1. Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Борсуков А.В., Сергеев О.А. и др. Панкреатодуоденальная резекция в лечении рака головки поджелудочной железы и периампулярной зоны // Хирургия. 2003. № 6. С. 32–35.
2. Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М. Хирургическая тактика лечения больных со злокачественными опухолями внепеченочных желчных протоков, осложненными механической желтухой // Вестник Ивановской медицинской академии 2007. Т. 12, № 3, 4. С. 77–78.
3. Гарипов Р.М., Латыпов Р.З., Тигов А.Р. Диагностиченский алгоритм при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе // Медицинский вестник Башкортостана. 2012. № 10. С. 9–17.

4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М., Медицина, 1995. 512 с.
5. Касаткин В.Ф. Пути улучшения непосредственных результатов панкреатодуоденальной резекции при периампулярном раке // Хирургия. 2008. № 10. С. 10–15.
6. Кубачев К.Г., Борисов А.Е., Изудинов А.С., Хромов В.В., Сагитова Д.С. Выбор способа дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза // Анналы хирургической гепатологии. 2009. Т. 14, № 3. С. 56–59.
7. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. М: Медицина, 2003.
8. Михалева Л.М., Грачева Н.А. Клиническая морфология стеноза большого дуоденального сосочка // Успехи современного естествознания. 2006. № 2. С. 57–58.
9. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М: Медицина, 2007.
10. Bologna A., Dei Poli N. Sülle stenosi benigne del coledoco terminale // Minerva Chir. 2009. Vol. 24, № 22. P. 1291–1311.
11. Bang B.W., Lee T.H., Jeong S. Twenty-Second versus Sixty-Second Dilation Duration in Endoscopic Papillary Balloon Dilation for the Treatment of Small Common Bile Duct Stones: A Prospective Randomized Controlled Multicenter Trial // Clin. Endosc. 2015. Vol. 48 (1). P. 59–65.
12. Griffith C.F. Diagnosis of papillary stenosis by calibration. Follow-up 15 to 25 years after sphincteroplasty // Amer. J. Surg. 2007. Vol. 143, № 6. P. 717–720.
13. Komarowska M., Snarska J., Troska P. Recurrent residual choledocholithiasis after cholecystectomy // Polish Annals of Medicine. 2011. Vol. 18, Issue 1. P. 118–124.
14. Parra-Membrives P., Díaz-Gómez D., Vilegas-Portero R. et al. Appropriate management of common bile duct stones: a RAND Corporation/UCLA Appropriateness Method statistical analysis // Surg. Endosc. 2010. Vol. 24(5). P. 1187–1194.

Контактная информация

Евсеев Максим Александрович — д.м.н., профессор, зав. хирургическим отделением ГБУЗ «Городская клиническая больница № 52» ДЗМ, e-mail: dr.maxim.evseev@gmail.com

PAPILLARY TUMOR AS A CAUSE OF RECURRENT CHOLEDOCHOLITHIASIS

M. A. EVSEEV, A. L. VLADYKIN, YU. A. BIRYUKOVA

City Clinical Hospital №52 of MDH, Moscow

Information about the authors:

Evseev Maksim — Head of surgeon department in City Clinical Hospital of MDH, Professor, MD.

Vladynkin Aleksey — surgeon by surgeon department in City Clinical Hospital of MDH, PhD.

Biryukova Yuliya — doctor of ultrasonic diagnostics in City Clinical Hospital of MDH.

Presented by clinical observation of recurrent choledocholithiasis associated with the development of papillary tumors on the background sub-, decompensated scarring stenosis pilorobulbarnogo segment; describes the stages of instrumental diagnosis and intraoperative strategy in the treatment process.

Performing laparoscopic surgery is possible only in the early stages of the disease with sufficient experience in laparoscopic surgery.

Keywords: recurrent choledocholithiasis, tumor papillary, stenosis of pilorobulbaris segment.