Оригинальное исследование
УДК 616.342-006.5/.6-072.1
http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2026-1-10

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Станислав Александрович Будзинский[1], Сергей Георгиевич Шаповальянц[2], Джавидан Анварович Алиев[3]✉, Людмила Михайловна Михалева[4], Евгений Дмитриевич Федоров[5], Виталий Евгеньевич Ховриков[6]

[1-3,5]Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

[1-6]Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой, Москва, Россия

[1]stanislav.budzinskiy@mail.ru, https://orcid.org/0000-0001-7983-7900

[2]gs31@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-2396-223X

[3]✉dr.alievd@gmail.com, https://orcid.org/0000-0001-7855-0131

[5]efedo@mail.ru, https://orcid.org/0000-0002-5224-0474

[4]Научно-исследовательский институт морфологии человека имени академика А.П. Авцына ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия, mikhalevalm@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0003-2052-914X

[6]Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия, vithov71@gmail.com, https://orcid.org/0009-0009-0234-4775

Аннотация. Проведено ретроспективное исследование, включившее в себя оценку результатов лечения 36 пациентов с аденомами Фатерова сосочка. Медиана возраста составила 64,0 (54,5–68,0) года, с преобладанием женщин (29 из 36 – 80,6 %). Технически эндоскопическая папиллэктомия была успешно выполнена в 34 (94,4 %) из 36 (100 %) наблюдений, при этом удаление образования единым блоком достигнуто в 33 (91,7 %) случаях. У 3 (8,3 %) пациентов аденома удалена пофрагментарно, среди этих больных в 2 (5,6 %) наблюдениях имело место распространение аденоматозных тканей на слизистую двенадцатиперстной кишки. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 7 (19,4 %) пациентов, включая острый постманипуляционный панкреатит у 4 больных (11,1 %) и кровотечения у 3 (8,3 %). Летальный исход, связанный с операцией отмечен в 1 (2,8 %) наблюдении после развития тяжелого острого панкреатита. Отдаленные результаты прослежены у 33 (91,7 %) больных в сроки от 6 до 104 месяцев, Me 36,0 (23,0-68,0) месяцев с момента операции. Рецидив заболевания зафиксирован у 7 (21,2 %) из 33 пациентов. При этом в 4 (12,1 %) наблюдениях имел место рецидив аденомы с последующим повторным радикальным эндоскопическим удалением образований и безрецидивным периодом от 7 до 24 месяцев у 3 (9,1 %) пациентов, 1 (3 %) больной для контроля после лечения рецидива не доступен. В 3 (9,1 %) случаях выявлена малигнизация, что потребовало хирургического лечения в объеме панкреатодуоденальной резекции в 2 (6 %) наблюдениях с последующим летальным исходом в 1 (3 %) случае. Третий пациент от хирургической операции отказался, в связи с чем, проходил паллиативное лечение в объеме этапного билиодуоденального рестентирования с последующим летальным исходом в сроки 45 месяцев от первичной папиллэктомии.

Ключевые слова: аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая папиллэктомия, аргоноплазменная коагуляция, радиочастотная абляция

Для цитирования: Возможности эндоскопических методик в диагностике и лечении пациентов с эпителиальными образованиями большого сосочка двенадцатиперстной кишки / С.А. Будзинский, С.Г. Шаповальянц, Д.А. Алиев и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2026. – № 1. – С. 64-72. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2026-1-10.

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC ENDOSCOPIC CAPABILITIES IN PATIENTS WITH EPITHELIAL FORMATIONS OF THE LARGE PAPILLA OF THE DUODENUM

Stanislav A. Budzinsky[1], Sergey G. Shapovalyants[2], Dzhavidan A. Aliev[3]✉, Liudmila M. Mikhaleva[4], Evgeny D. Fedorov[5], Vitaly E. Khovrikov[6]

[1-3,5]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

[1-6]Savelyeva City Clinical Hospital No. 31, Moscow, Russia

[1]stanislav.budzinskiy@mail.ru, https://orcid.org/0000-0001-7983-7900

[2]gs31@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-2396-223X

[3]✉dr.alievd@gmail.com, https://orcid.org/0000-0001-7855-0131

[4]Avtsyn Research Institute of Human Morphology of FSBSI «Petrovsky National Research Centre of Surgery», Moscow, Russia

[6]The First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow, Russia, vithov71@gmail.com; https://orcid.org/0009-0009-0234-4775

Abstract. A retrospective study of 36 patients with adenomas of the Vater papilla was conducted. The median age was 64.0 (54,5-68,0) years, with a predominance of women (29 out of 36 – 80,6 %). Technically, endoscopic papillectomy was successfully performed in 34 (94,4 %) of 36 (100 %) cases, while removal of the formation in a single block was achieved in 33 (91,7 %) cases. In 3 (8,3 %) patients, the adenoma was removed fragmentarily, out of them in 2 (5,6 %) cases, tissue spread to the duodenal mucosa. In the postoperative period, complications were observed in 7 (19,4 %) patients, including acute pancreatitis in 4 patients (11,1 %) and bleeding in 3 patients (8,3 %). Surgery-related death occurred in 1 (2,8 %) case after the development of severe acute pancreatitis. Long–term results were observed in 33 (91,7 %) patients between 6 to 104 months (median 36,0 [23.0–68,0] months). Recurrence of the disease developed in 7 (21,2 %) patients out of 33 (100 %). Out of them, in 4 (12,1 %) cases, adenoma recurrence occurred, followed by repeated radical endoscopic removal and a recurrence-free period of 7 to 24 months in 3 (9,1 %) patients, 1 (3 %) patient is not available for monitoring after treatment of recurrence. Malignancy was detected in 3 (9,1 %) patients, who required surgical treatment in the amount of pancreatoduodenal resection in 2 (6 %) cases, followed by death in 1 (3 %) case, the second patient is not available for data collection. The third patient refused surgical treatment, and therefore palliative treatment was performed by series of bilioduodenal stenting, followed by death within 45 months from primary papillectomy.

Keywords: adenoma of the large papilla of the duodenum, endoscopic papillectomy, argonoplasma coagulation, radiofrequency ablation

For citation: Therapeutic and diagnostic endoscopic capabilities in patients with epithelial formations of the large papilla of the duodenum / S.A. Budzinsky, S.G. Shapovalyants, D.A. Aliev, et al. // Far Eastern medical journal. – 2026. – № 1. – P. 64-72. http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2026-1-10.

Новообразования большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) представляют собой полиморфную группу опухолей смешанного происхождения [1] и, являясь относительно редкой патологией с распространенностью менее 1 на 100 000 населения в год, составляют всего 0,6-0,8 % среди всех новообразований ЖКТ [2, 3]. Однако за последние 20 лет отмечается неуклонный рост выявляемости доброкачественных эпителиальных образований БСДК преимущественно среди людей моложе 45 лет [4, 5].

С точки зрения морфологии выделяют три вида аденом БСДК: тубулярную, тубуло-ворсинчатую и ворсинчатую. При этом именно ворсинчатые аденомы обладают наиболее высоким потенциалом к злокачественной трансформации, и считаются облигатным предраковым состоянием. В пользу последнего говорит частое обнаружение признаков доброкачественной аденомы в злокачественных опухолях и наличие очагов малигнизации в ворсинчатых аденомах [6]. Подтверждением вышесказанного постулата также является высокая склонность к малигнизации аденом Фатерова сосочка, варьирующаяся в пределах 30-50 % [7-9].

Клиническая картина при наличии эпителиальных новообразований ампулярной области в зависимости от характера и размеров опухоли может разниться от полного отсутствия значимых проявлений до развернутой клиники патологии протоковых систем печени и поджелудочной железы. Частота различных клинических симптомов имеет следующие характеристики: механическая желтуха – 16,6 %, болевой синдром – 14,4 %, клиника острого панкреатита – 4,1 %, явления холангита – 1 % [5].

Основным вариантом малоинвазивного лечения эпителиальных поражений БСДК в настоящее время считается эндоскопическая папиллэктомия, которая является относительно безопасным и эффективным оперативным методом [5].

Цель исследования – ретроспективная оценка непосредственных и отдаленных результатов эндоскопического лечения эпителиальных образований большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование, оценивающее результаты эндоскопического лечения 36 пациентов с диагностированными эпителиальными образованиями БСДК, которым была выполнена эндоскопическая папиллэктомия (ПЭ) в ГБУЗ ГКБ им. ак. Г.М. Савельевой ДЗМ в период с октября 2015 года по октябрь 2022 года. В исследуемую группу вошли 29 женщин и 7 мужчин в возрасте от 37 до 80 лет, Me 64,0 (54,5–68,0).

В плановом порядке после амбулаторного обследования в клинику поступили 20 (55,6 %) пациентов: у 16 (44,4 %) заболевание протекало бессимптомно, в 4 (11,1 %) случаях имел место незначительный болевой синдром. В экстренном порядке были госпитализированы 16 (44,4 %) человек, с болевым синдромом в 8 наблюдениях (22,2 %) и механической желтухой – также в 8 случаях (22,2 %).

В исследование были включены больные с наличием аденомы БСДК, карциномы БСДК in situ (Tis), карциномы в пределах слизистой оболочки БСДК (T1a), что было подтверждено данными морфологического и эндоскопического исследования. У всех пациентов диагноз эпителиального образования БСДК был установлен по результатам гастродуоденоскопии. Морфологическое исследование после взятия предоперационной биопсии было проведено в 33 (91,7 %) наблюдениях. Варианты выявленных при этом гистологических изменений представлены на рисунке 1. Предварительное обследование также включало общеклинический лабораторный мониторинг и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) у всех пациентов. Также в ряде наблюдений были проведены дополнительные методы диагностики: магнитно-резонансная холангиопанкреатикография (МРХПГ) – в 4 (11,1 %) случаях, компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП) – в 3 (8,3 %), эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) – у 15 (41,7 %) больных.

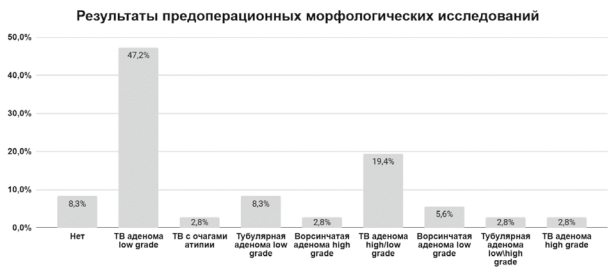


Рис. 1. Варианты морфологического строения эпителиальных образований БСДК по данным предоперационного обследования

Размеры аденом варьировались от 7 до 33 мм, Me 13 (10–18) мм. По данным холангиографии дилатация желчевыводящих протоков была выявлена у 23 (63,9 %) больных. Наличие сопутствующего холедохолитиаза (ХЛ) было отмечено в 4 (11,1 %) наблюдениях. Изменения панкреатических протоков оценивалось на основании предварительно проведенной ЭУС и интраоперационной панкреатикографии, по данным которых в 7 (19,5 %) случаях панкреатический проток был расширен (табл. 1).

Таблица 1 – Характеристика состояния панкреатических и желчевыводящих протоков у пациентов с эпителиальными образованиями БСДК

Холедохолитиаз	4		11,1 %
Билиарная гипертензия	до 10 мм	4	11,1 %
	до 15 мм	13	36,1 %
	свыше 15 мм	6	16,7 %
Панкреатическая гипертензия	до 5	5	13,9 %
	свыше 5 мм	2	5,6 %

Оперативные эндоскопические вмешательства проводились под внутривенной анестезией с сохранением спонтанного дыхания. Эндоскопическая папиллэктомия выполнялась с использованием дуоденоскопов TJF-Q180V (Olympus), эндоскопической стойки EVIS EXERA III (Olympus), рентгеновского передвижного цифрового аппарата с С-образной дугой (General Electric), электрохирургического генератора с блоком для аргоноплазменной коагуляции ESG-300 (Olympus), а также инструментария для выполнения ретроградных эндоскопических вмешательств фирм Boston Scientific и Olympus (полипэктомические петли, струны-проводники, папиллотомы, корзинки Дормиа, ревизионные баллоны, панкреатические и билиарные стенты, эндоклипсы). В случаях проведения пероральной транспапиллярной холангиоскопии использовалась одноразовая система прямой визуализации SpyGlass DSII (Boston Scientific).

Методика эндоскопической папиллэктомии заключалась в наложение на образование петли с последующей эксцизией в режиме PulseCut Slow, мощность – 100-120, эффект – 2 (рис. 2).

Последующими этапами выполняли катетеризацию холедоха с проведением холангиографии и канюляцию главного панкреатического протока (ГПП) с последующим его стентированием, как действенной профилактической мерой развития острого постманипуляционного панкреатита (ОПМП) (рис. 3).

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была интраоперационно проведена в 27 (75 %) случаях, в 6 (16,7 %) наблюдениях папиллотомия была выполнена ранее, а у 3 (8,3 %) пациентов от ее проведения отказались, учитывая хорошую верификацию устья холедоха после папиллэктомии и отсутствие патологических изменений в дистальных отделах общего желчного протока (ОЖП) по данным холангиографии. Эндоскопическое удаление

билиарных конкрементов было проведено во всех 4 (11,1 %) случаях их выявления с помощью корзинки Дормиа и ревизионного баллона (рис. 4).



Рис. 2. Электроэксцизия аденомы БСДК посредством наложения на нее полипэктомической петли

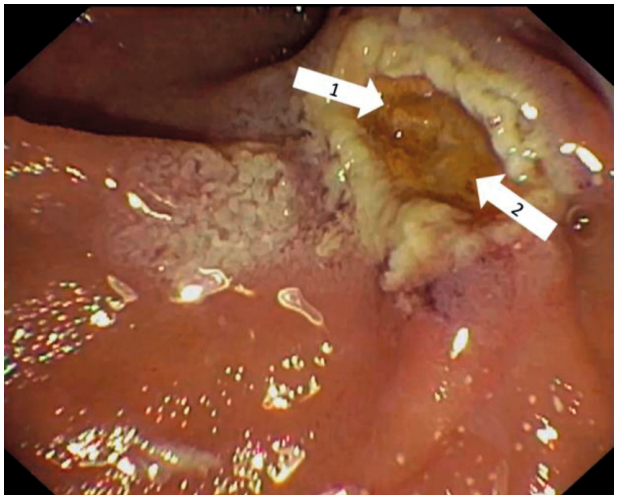


Рис. 3. Эндофото. Визуализация устьев холедоха (1) и главного панкреатического протоков (2)

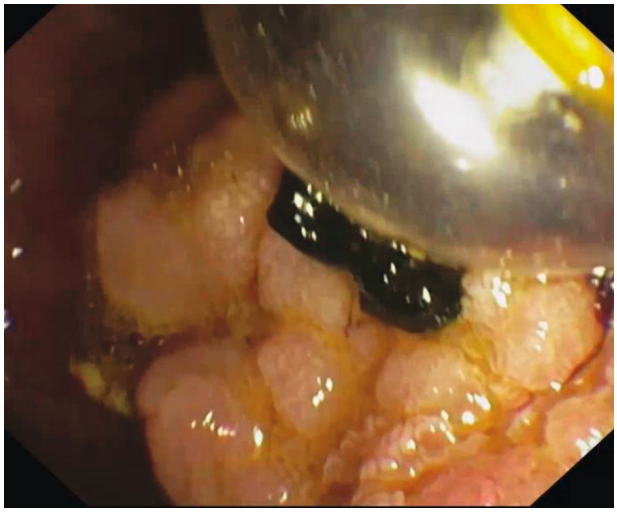


Рис. 4. Литоэкстракция из холедоха с помощью ревизионного баллона

В 5 (13,9 %) случаях был выявлен латеральностелющийся компонент образования с распространением на прилежащую стенку ДПК размерами от 3 до 12 мм. С целью создания «гидроподушки» в 4 случаях из 5 был выполнен лифтинг части аденомы посредством подслизистой инъекции 3–5 мл физиологического раствора с последующим наложением полипэктомической петли и удалением данного фрагмента по аналогии с эндоскопической резекцией слизистой оболочки.

Также у 5 (13,9 %) пациентов по данным ЭУС, ретроградной холангиографии и пероральной транспапиллярной холангиоскопии установлено распространение опухолевых тканей на терминальный отдел холедоха протяженностью от 4 до 10 мм. В данных наблюдениях больным дополнительно выполняли эксцизию аденоматозного внутрипротокового компонента полипэктомической петлей после ЭПСТ, проведенной в субтотальном или тотальном объеме и низведения внутрипротокового компонента с помощью ревизионного баллона в просвет ДПК. При этом, в 1 (2,8 %) случае потребовалась дополнительная аргоноплазменная коагуляция (АПК) остаточных тканей в терминальном отделе холедоха на протяжении 3-5 мм.

Установка панкреатического стента была успешно выполнена у 29 (80,6 %) пациентов, а билиарного – у 2 (5,6 %) больных. При этом, панкреатическое стентирование стремились провести во всех наблюдениях и не осуществили только в связи с технической невозможностью канюляции главного панкреатического протока. В свою очередь, билиарное дренирование осуществляли лишь в ситуациях, когда имело место прямое эндоскопическое воздействие в проекции устья общего желчного протока (рис. 5).

На завершающем этапе операции, послеоперационная площадка была клипирована в 5 (13,9 %) случаях (1 – высокий риск перфорации, 4 – остановка и профилактика кровотечения), а обработана с помощью аргоноплазменной коагуляции – в 7 (19,4 %) наблюдениях (в 3 случаях с целью гемостаза, в 1 – удаление остаточных аденоматозных тканей, а в остальных 3 – как с целью гемостаза, так и дополнительного воздействия на остаточный опухолевый компонент).

Оценка результатов и наблюдение. Оценка успеха ПЭ на этапе непосредственных результатов проводилась на основании следующих критериев: визуальное отсутствие патологических тканей на момент завершения операции, отсутствие интра- и послеоперационных осложнений, потребовавших хирургического вмешательства, отсутствие летального исхода в ближайшем послеоперационном периоде. В отдаленном периоде критериями успеха папиллэктомии являлись отсутствие поздних послеоперационных осложнений и рецидива образования, потребовавшего радикального хирургического вмешательства.

Оценка отдаленных результатов проводилась на основании контрольных клинических, эндоскопических (дуоденоскопия и ЭУС) и морфологических исследований у пациентов, вызванных для обследо-

вания, а также на основании данных амбулаторных исследований и катамнеза в сроки от 6 месяцев до 9 лет с момента первичной операции, однако четко регламентированных сроков контрольных исследований в данной группе больных установлено не было.

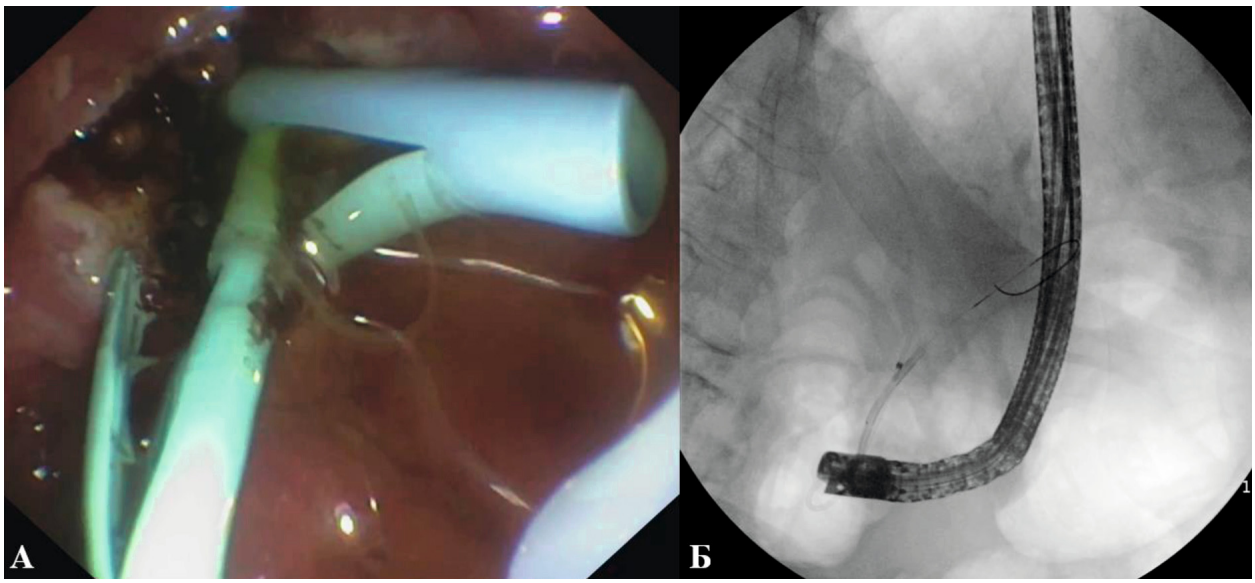


Рис. 5. А – вид после эндоскопической папиллэктомии, билиарного и панкреатического стентирования, Б – рентгенологический контроль

Хорошими считались результаты, при которых отсутствовал рецидив образования, удовлетворительными в случаях рецидива, подвластного повторному эндоскопическому лечению с последующим безрецидивным периодом, неудовлетворительные при стойком многократном рецидиве образования или малигнизации, потребовавшими выполнения радикальной хирургической операции.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Statistica 8.0, Google Sheets. Нормальность распределения признаков определялась согласно критерию Шапиро – Уилка. Количественные данные представлены в виде медианы с интерквартильным размахом 25–75 процентилей (Me Q_{25} – Q_{75}). Для сравнения количественных переменных использовался U-тест Манна – Уитни. Статистически значимым различием считалось $p<0,05$. Качественные данные представлены в виде абсолютных и относительных частот (n %).

Результаты и обсуждение

На основании проведенной оценки полученных результатов лечения пациентов с аденомами БСДК выяснилось, что успешная папиллэктомия была выполнена в 34 (94,4 %) случаях из 36. При этом удалить образование единым блоком удалось в 33 (91,7 %) наблюдениях, а несколькими фрагментами в 3 (8,3 %) случаях. Показательно, что даже в 3 (8,3 %) из 5 (13,9 %) наблюдениях с наличием латерально стелющегося компонента, его удалось убрать совместно с основной массой опухоли. Лишь у 2 (5,6 %) из 5 (13,9 %) больных с распространением аденомы на ДПК потребовалось пофрагментарное удаление образования в объеме от 2 и 4 частей соответственно (табл. 2).

Результаты послеоперационного морфологического исследования представлены на графике (рис. 6).

Интраоперационное осложнение отмечено в 2 (5,6 %) наблюдениях. В одном случае имело место комбинация кровотечения с перфорацией стенки ДПК на фоне проводимого гемостаза, что потребовало дополнительного клипирования послеоперационного ложа. Второе осложнение связано с перфорацией стенки двенадцатиперстной кишки при попытке катетеризации устья ГПП, что потребовало установки полностью покрытого металлического саморасширяющегося стента в просвет холедоха с целью перекрытия области перфорации. Незначительные кровотечения из области папиллэктомической площадки, купированные стандартными эндоскопическими способами без эндоклипирования, рентгенэндоваскулярного, а также открытого хирургического вмешательства, не расценивались как осложнение манипуляции.

В свою очередь, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли в 7 (19,4 %) случаях, в сроки от 3 до 120 часов с момента оперативного вмешательства. У 3 (8,3 %) пациентов развилось кровотечение из области вмешательства, что потребовало проведения эндоскопического гемостаза с последующим переводом больных в отделение реанимации для дальнейшего динамического наблюдения и интенсивной терапии. Также перевода в отделение реанимации потребовал возникший в четырех наблюдениях (11,1 %) острый постманипуляционный панкреатит средней и тяжелой степени тяжести. Во всех

случаях лечение ОПМП предусматривало проведение эффективной противовоспалительной, инфузионной, анальгетической, антисекреторной и антибактериальной терапии с динамической оценкой с помощью КТ ОБП с внутривенным контрастированием участков гипоперфузии паренхимы поджелудочной железы и острых парапанкреатических жидкостных скоплений, по поводу которых в двух случаях (5,6 %) в дальнейшем дополнительно были выполнены пункционно-дренирующие мероприятия под контролем УЗИ (табл. 3).

Таблица 2 – Объем оперативных вмешательств у пациентов с аденомами БСДК (n=36)

Эндоскопическая папиллэктомия	единым блоком	33	91,7 %
	пофрагментарно	3	8,3 %
ЭПСТ	первичное	27	75,0 %
	в анамнезе	6	16,7 %
Лифтинг	9		25,0 %
Холангиоскопия	1		2,8 %
АПК ТОХ	1		2,8 %
АПК постпапиллэктомической площадки	7		19,4 %
Клипирование	5		13,9 %
Стентирование	панкреатическое	29	80,6 %
	билиарное	2	5,6 %
Литоэкстракция	4		11,1 %



Рис. 6. Результаты послеоперационного морфологического исследования

Таблица 3 – Осложнения эндоскопической папиллэктомии

Интраоперационные			Ближайший послеоперационный период		
Кровотечение + перфорация	n=1	2,8 %	кровотечения	n=3	8,3 %
Перфорация	n=1	2,8 %	ОПП	n=4	11,1 %

Летальный исход на фоне ОПМП с развитием панкреонекроза наступил у 1 (2,8 %) пациента на 90-е сутки после операции.

Медиана нахождения пациентов в стационаре составила 6,5 (4,0–8,5) суток. При этом в группе больных без развития послеоперационных осложнений Me 3,5 (1,5–5) суток, p=0,05.

Отдаленные результаты были прослежены у 33 (91,7 %) из 36 (100 %) пациентов в сроки от 6 до 104 месяцев от момента первичной операции, Me 36,0 (23,0–68,0) месяцев. Полноценное контрольное обследование (гастродуоденоскопия, биопсия, ЭУС) проведено у 15 (41,7 %) больных, гастродуоденоскопия с биопсией – у 5 (13,9 %), только гастродуоденоскопия – у 8 (22,2 %). В 5 (13,9 %) случаях пациенты от контрольного обследования отказались, однако при сборе катамнеза жалоб не предъявляли. Недоступны для контроля 3 пациента (8,3 %), в двух случаях по причине смерти пациентов, одна из которых не связана с оперативным вмешательство, а вторая описана ранее на фоне ОПМП после перенесенной папиллэктомии (рис. 7).

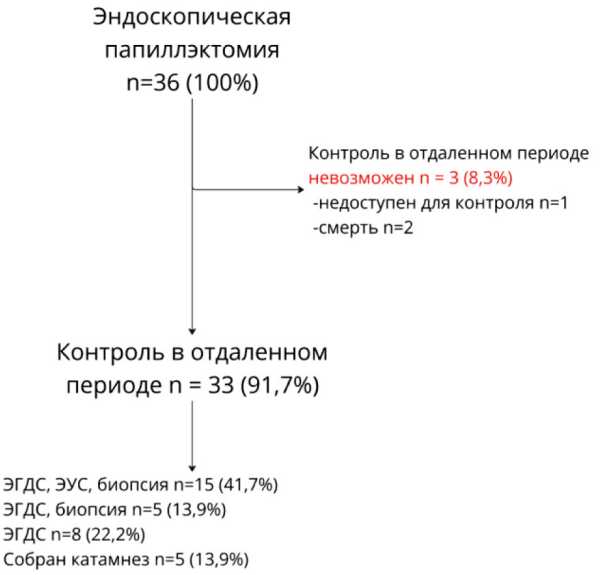


Рис. 7. Объем контрольных исследований у пациентов в отдаленном периоде

При ретроспективной оценке результатов лечения 33 пациентов рецидив доброкачественного образования установлен в 4 (12,1 %) наблюдениях на основании данных повторного эндоскопического исследования через 2–29 месяцев, Me 16,0 (9,0–22,5).

В двух случаях пациентам через 29 и 16 месяцев после папиллэктомии выполнена петлевая электроэксцизия рецидивной аденомы (по данным послеоперационной морфологии тубулярно-ворсинчатая аденома low grade) с последующим безрецидивным периодом (4,5 года) по данным повторного контрольного обследования у первого пациента, второй пациент для контроля недоступен. У третьей пациентки отмечен двукратный рецидив: ранний – через 2 месяца после папиллэктомии, что потребовало выполнения повторной петлевой электроэксцизии и дополнительной аргоноплазменной коагуляции постпапиллэктомической площадки (по данным послеоперационной морфологии тубулярно-ворсинчатая аденома low и high grade), при дальнейшем наблюдении очередной рецидив отмечен через 26 месяцев после повторной операции, по поводу чего выполнено эндоскопическое удаление образования, радиочастотная абляция (РЧА) терминального отдела ОЖП (рис. 8). В настоящее время отмечается восьмимесячный безрецидивный период. У четвертой пациентки имел место трехкратный рецидив аденомы БСДК в сроки 15, 2 и 7 месяцев

от предыдущих вмешательств. У данной пациентки, в связи с ее категорическим отказом от проведения оперативного хирургического лечения, на фоне каждого рецидива проводилась электроэксцизия образования с дополнительной АПК (1) и РЧА (1). При этом во всех случаях по данным морфологического исследования удаленная рецидивная опухоль являлась тубулярно-ворсинчатой аденомой low grade. В настоящее время безрецидивный период составляет 19 месяцев.

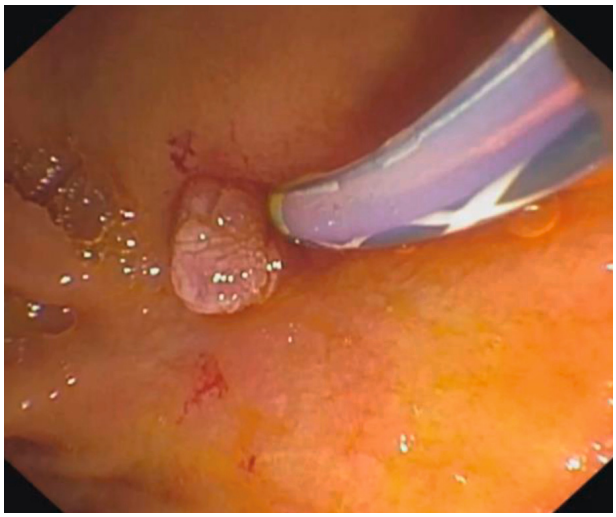


Рис. 8. Рецидив тубулярно-ворсинчатой аденомы low grade

Малигнизация была выявлена в 3 (9,1 %) случаях в сроки 44, 24 и 23 месяцев от первичной папиллэктомии (умеренно (1) и высокодифференцированная (2) аденокарцинома по данным морфологического исследования), что потребовало соответственно проведения радикального хирургического лечения в объеме панкреатодуоденальной резекции в 2 наблюдениях с последующим летальным исходом через 18 месяцев после операции в первом случае, второй пациент для сбора данных недоступен.

Паллиативное лечение в виде эндоскопического билиарного рестентирования проводилось третьему пациенту в связи с его отказом от оперативного вмешательства и последующим летальным исходом в сроки 28 месяцев с момента первичной папиллэктомии на фоне прогрессирования опухолевого процесса и общей интоксикации.

В свою очередь, у 1 (3 %) больного после эндоскопической папиллэктомии тубулярно-ворсинчатой аденомы с участками малигнизации по типу умеренно диференцированной аденокарциномы отмечен безрецидивный период до момента написания данной работы, который составил 54 месяца.

Таким образом, хорошие отдаленные результаты эндоскопической папиллэктомии были получены у 26 (78,8 %) пациентов, удовлетворительные у 4 больных (12,1 %), а неудовлетворительные в 3 (9,1 %) случаях (рис. 9).

При анализе данных мировой литературы в крупных сериях исследований обращает на себя внимание, что технически успешная папиллэктомия описана у разных авторов в 46,2 – 100,0 % случаев, в то же время резекция одним блоком достигается в 47,1 – 83 % наблюдений [8-19]. Причем, подробные критерии успешной папиллэктомии отражены не во всех работах. Наиболее частыми показателями успешной эндоскопической операции являются: полная резекция новообразования, отсутствие необходимости хирургического вмешательства, отсутствие рецидива и озлокачествления в отдаленном периоде наблюдения [11-18]. В то же время ряд авторов считают папиллэктомию успешной, несмотря на рецидив эпителиального образования, который может быть разрешен при повторной эндоскопической операции [9, 10]. По данным нашего исследования успех эндоскопического вмешательства при эпителиальных образованиях БСДК на этапе непосредственных результатов достигнут в 94,4 %, при анализе результатов в отдаленном периоде значение данного показателя составило 90,9 %, что находится на одном уровне с мировыми показателями.

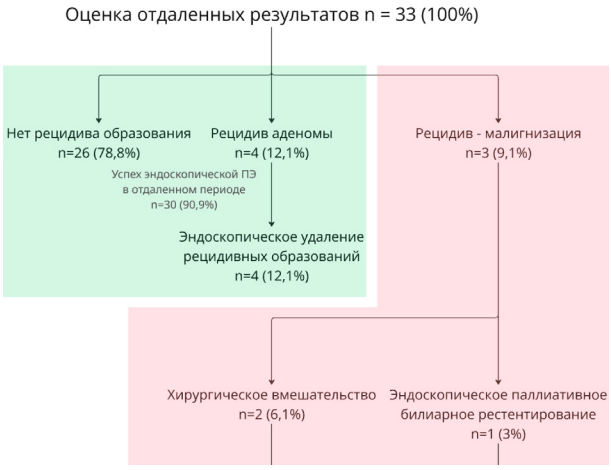


Рис. 9. Оценка отдаленных результатов эндоскопической папиллэктомии

По данным ряда крупных научных работ, частота осложнений после эндоскопической папиллэктомии варьируется от 7,7 % до 45,5 %. Среди наиболее распространенных можно выделить: ОПМП 1,9–17,6 %, послеоперационное кровотечение 6–20,0 % и перфорация 1,9–8,1 %. Уровень смертности также остается значительным и достигает 4,4 %. [8-19]. Сравнительный анализ результатов настоящего исследования продемонстрировал соответствие полученных показателей уровня послеоперационных осложнений и смертности с данными других авторов.

Оценивая данные различных исследований в отношении рецидива эпителиальных образований БСДК, были получены результаты от 0 % до 32 %, медиана наблюдения в этих работах составила от 22,3 до 57,7 месяцев [8-19]. Данные, полученные в результате нашей работы, соотносятся с мировыми и составляют 21,2 % (табл. 4).

Таблица 4 – Сравнительная оценка непосредственных и отдаленных результатов эндоскопической папиллэктомии по данным мировой литературы

Авторы	Год	N	Успех ПЭ	En bloc	Осложнения	Летальность	Рецидив	Медиана наблюдения
Yamamoto K., et al.	2018	177	99,4 %	н/д	45,5 %	0,6 %	0	26,5–48,5
Шишин К.В. и соавт.	2019	45	100,0 %	53,0 %	31,0 %	4,4 %	2,2 %	н/д
Spadaccini M., et al.	2019	1751	94,2 %	82,4 %	24,9 %	0,3 %	11,8 %	23,7
Li S., et al.	2019	110	78,2 %	75,5 %	35,5 %	0,0 %	12,7 %	57,7
van der Wiel S.E., et al.	2019	87	77,0 %	47,1 %	25,3 %	0,0 %	11,5 %	18,6
Wang Y., et al.	2023	107	85,1 %	81,3 %	29,0 %	0,0 %	12,2 %	50,7
Sahar N., et al.	2020	161	83,0 %	72,0 %	15,0 %	0,0 %	7 %	30,0
Tringali A., et al.	2020	135	93,2 %	83,0 %	21,5 %	0,7 %	23,3 %	40,0
Yamamoto K., et al.	2020	н/д	46,2–99,4 %	н/д	7,7–58,3 %	0–1,9 %	27,3 %	н/д
Lee R., et al.	2021	53	91,1 %	56,6 %	18,9 %	0,0 %	32,7 %	30,0
Gondran H., et al.	2022	227	82,8 %	64,8 %	36,6 %	0,9 %	30,6 %	22,3
Будзинский С.А. и соавт.	2025	36	94,4 %/ 90,9 %	91,7 %	22,2 %	2,8 %	21,2 %	36,0

Выводы

1. Эндоскопическая папиллэктомия является эффективным методом лечения аденом БСДК с приемлемым уровнем осложнений и рецидивов в отдаленном периоде, составившим в нашем исследовании 19,4 % и 21,2 % соответственно, что в целом соотносится с данными мировой литературы.

2. При этом, у пациентов с подозрением на наличие эпителиальных образований БСДК необходимо тщательное предоперационное обследование, включающее в себя обязательную предоперационную морфологическую верификацию, проведение ЭУС, а также прецизионное динамическое наблюдение в послеоперационном периоде для своевременного выявления возможных рецидива и малигнизации эпителиальных образований Фатерова сосочка.

3. Дальнейшие исследования с оценкой результатов лечения большего количества пациентов и еще более длительным периодом наблюдения необходимы для осуществления детальной оценки отдаленных результатов и оптимизации тактики лечения больных с данным типом поражения БСДК.

Список источников

1. Chathadi K.V., Khashab M.A., Acosta R.D., et al. The role of endoscopy in ampullary and duodenal adenomas // Gastrointest Endosc. – 2015. – Vol. 82 (5). – P. 773-781.
2. Ramai D., Ofosu A., Singh J., et al. Demographics, tumor characteristics, treatment, and clinical outcomes of patients with ampullary cancer: a Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) cohort study // Minerva Gastroenterol Dietol. – 2019. – Vol. 65 (2). – P. 85-90.
3. Rostain F., Hamza S., Drouillard A., et al. Trends in incidence and management of cancer of the ampulla of Vater // World J Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20 (29). – P. 10144-10150.
4. Van Dyke A.L., Shiels M.S., Jones G.S., et al. Biliary tract cancer incidence and trends in the United States by demographic group // Cancer. – 2019. – Vol. 125 (9). – P. 1489-1498.
5. Vanbiervliet G., Strijker M., Arvanitakis M., et al. Endoscopic management of ampullary tumors: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline // Endoscopy. – 2021. – Vol. 53 (4). – P. 429-448.
6. Галлямов Э.А., Агапов М.А., Мальков П.Г., и совт. Трансдуоденальная лапароскопическая папиллэктомия при аденоме большого дуоденального сосочка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – Т. 184, № 12. – С. 124-127.
   Gallyamov E.A., Agapov M.A., Malkov P.G., et al. Transduodenal laparoscopic papillectomy for adenoma of the major duodenal papilla // Experimental and Clinical Gastroenterology. – 2020. – Vol. 184, № 12. – P. 124-127.
7. Старков Ю.Г., Замолодчиков Р.Д., Вагапов А.И. и совт. Комплексное эндоскопическое лечение пациентки с крупной аденомой большого сосочка двенадцатиперстной кишки, холедохолитиазом и стриктурой общего желчного протока // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2023. – № 9. – С. 115-121.
   Starkov Yu.G., Zamolodchikov R.D., Vagapov A.I., et al. Complex endoscopic treatment of a patient with a large duodenal papilla adenoma, choledocholithiasis and common bile duct stricture // Surgery N.I. Pirogov Journal. – 2023. – № 9. – P. 115-121.
8. Недолужко И.Ю., Хон Е.И., Шишин К.В. Эндоскопическое удаление новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Анналы хирургической гепатологии. – 2019. – Т. 24, № 1. – С. 36-42.
   Nedoluzhko I.Yu., Khon E.I., Shishin K.V. Endoscopic removal of neoplasms of the major duodenal papilla // Annals of Surgical Hepatology. – 2019. – Vol. 24, № 1. – P. 36-42.

9. Gondran H., Musquer N., Perez-Cuadrado-Robles E., et al. Efficacy and safety of endoscopic papillectomy: a multicenter, retrospective, cohort study on 227 patients // Therap Adv Gastroenterol. – 2022. – Vol. 15. – P. 1-11.
10. Lee R., Huelsen A., Gupta S., et al. Endoscopic ampullectomy for non-invasive ampullary lesions: a single-center 10-year retrospective cohort study // Surgical Endoscopy. – 2021. – Vol. 35 (2). – P. 684-692.
11. Spadaccini M., Fugazza A., Frazzoni L., et al. Endoscopic papillectomy for neoplastic ampullary lesions: A systematic review with pooled analysis // United European Gastroenterol J. – 2020. – Vol. 8 (1). – P. 44-51.
12. Li S., Wang Z., Cai F., et al. New experience of endoscopic papillectomy for ampullary neoplasms // Surgical Endoscopy. – 2019. – Vol. 33 (2). – P. 612-619.
13. Sahar N., Krishnamoorthi R., Kozarek R.A., et al. Long-Term Outcomes of Endoscopic Papillectomy for Ampullary Adenomas // Digestive Diseases and Sciences. – 2020. – Vol. 65 (1). – P. 260-268.
14. Tringali A., Valerii G., Boškoski I., et al. Endoscopic snare papillectomy for adenoma of the ampulla of vater: Long-term results in 135 consecutive patients // Digestive and Liver Diseases. – 2020. – Vol. 52 (9). – P. 1033-1038.
15. Wang Y., Zhang X., Yang Z., et al. Long-term follow-up of endoscopic papillectomy and the value of preventive pancreatic stent placement (with videos) // Gastroenterol Rep. – 2023. – Vol. 11 (0). – P. 1-6.
16. van der Wiel S.E., Poley J.W., Koch A.D., et al. Endoscopic resection of advanced ampullary adenomas: a single-center 14-year retrospective cohort study // Surgical Endoscopy. – 2019. – Vol. 33 (4). – P. 1180-1188.
17. Yamamoto K., Itoi T., Sofuni A., et al. Expanding the indication of endoscopic papillectomy for T1a ampullary carcinoma // Digestive Endoscopy. – 2019. – Vol. 31 (2). – P. 188-196.
18. Yamamoto K., Iwasaki E., Itoi T. Insights and updates on endoscopic papillectomy // Expert Review of Gastroenterology and Hepatology. – 2020. – Vol. 14 (6). – P. 435-444.
19. Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., и совт. 200 эндоскопических операций при аденомах большого сосочка двенадцатиперстной кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2025. – № 5. – С. 35-42.
Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., et al. 200 Endoscopic surgeries for duodenal papilla adenomas // Experimental and Clinical Gastroenterology. – 2025. – № 5. – P. 35-42.

Вклад авторов:
Будзинский С.А. – разработка концепции и дизайна исследования, написание текста, редактирование текста статьи;
Шаповальянц С.Г. – разработка концепции и дизайна исследования, редактирование текста статьи;
Алиев Д.А. – сбор и обработка научного материала, написание текста статьи;
Михалева Л.М. – редактирование текста статьи;
Федоров Е.Д. – разработка концепции и дизайна исследования, редактирование текста статьи;
Ховриков В.Е. – сбор и обработка научного материала, написание текста статьи.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Contribution of the authors:
Budzinsky S.A. – development of the study concept and design, writing, and editing the article;
Shapovaliants S.G. – development of the study concept and design, editing the article;
Aliev D.A. – collection and processing of scientific data, writing the article;
Mikhaleva L.M. – editing the article;
Fedorov E.D. – development of the study concept and design, editing the article;
Khovrikov V.E. – collection and processing of scientific data, writing the article.
The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 12.01.2026.
The article was accepted for publication 12.01.2026.