

iSSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2026-1-123-126>

Удаление крупной аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки

Недолужко И.Ю., Гришина Е.А., Шишин К.В., Канищев И.С.**ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логанова» ДЗ г. Москвы; 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, д. 1, корп. 1, Российская Федерация*

Аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки — редкое доброкачественное новообразование с высоким потенциалом малигнизации. Трансдуоденальную папиллэктомию долгое время рассматривали как основное вмешательство при новообразованиях большого сосочка, однако оно сопровождается высоким риском послеоперационных осложнений и снижением качества жизни. В настоящее время эндоскопическая папиллэктомия является эффективным методом при доброкачественных аденомах большого сосочка двенадцатиперстной кишки и альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам. Клиническое наблюдение демонстрирует эффективность и достаточную безопасность эндоскопического удаления крупной аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, большой сосочек, аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки, папиллэктомия, эндоскопия

Ссылка для цитирования: Недолужко И.Ю., Гришина Е.А., Шишин К.В., Канищев И.С. Удаление крупной аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Анналы хирургической гепатологии*. 2026; 31 (1): 123–126. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2026-1-123-126>

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов.

Removal of a large adenoma of the major duodenal papilla

Nedoluzhko I. Yu., Grishina E.A., Shishin K.V., Kanishchev I.S.**Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov; 1, bldg. 1, Novogireevskaya str., Moscow, Russian Federation*

The adenoma of the major duodenal papilla is a rare, benign neoplasm with a high potential for malignancy. Transduodenal papillectomy has long been considered a major intervention for large papillar neoplasms. Nevertheless, it is associated with a high risk of postoperative complications and reduced quality of life. Endoscopic papillectomy is a current effective method for benign adenomas of the major duodenal papilla, alternative to conventional surgery. The described clinical case demonstrates the efficacy and adequate safety of endoscopic removal of large adenomas of the major duodenal papilla.

Keywords: duodenum, major duodenal papilla, adenoma of the major duodenal papilla, papillectomy, endoscopy

For citation: Nedoluzhko I.Yu., Grishina E.A., Shishin K.V., Kanishchev I.S. Removal of a large adenoma of the major duodenal papilla. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* = *Annals of HPB surgery*. 2026; 31 (1): 123–126. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2026-1-123-126> (In Russian)

The authors declare no conflict of interest.

Аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) представляет собой редкое доброкачественное новообразование с высоким потенциалом малигнизации, достигающим 30 % [1]. На ранних этапах развития при малых размерах заболевание чаще протекает бессимптомно и его выявляют лишь при скрининговой ЭГДС [2]. При крупных новообразованиях возможно развитие механической желтухи и панкреатической гипертензии, что считают косвенными признаками малигнизации. Для верификации диагноза необходима дуоденоскопия с тщатель-

ным осмотром слизистой в области БСДПК и биопсией с последующей морфологической верификацией. Ключевым методом диагностики является эндо-УЗИ, при которой оценивают распространенность аденомы на общий желчный проток (ОЖП) и проток поджелудочной железы (ППЖ), определяют глубину поражения и признаки вовлечения мышечного слоя ДПК. Также эндо-УЗИ позволяет осмотреть регионарные лимфатические узлы. Таким образом, выполнение эндо-УЗИ играет решающую роль в выборе оптимального метода лечения.

Трансдуоденальную папиллэктомию долгое время считали основным методом радикального удаления новообразований БСДПК. Однако этот метод ассоциирован с риском послеоперационных осложнений, ухудшением качества жизни и риском летального исхода [3]. В настоящее время эндоскопическая папиллэктомия (ПЭ) является эффективным методом лечения при доброкачественных аденомах БСДПК, и ее рассматривают как альтернативу традиционным хирургическим вмешательствам [4, 5]. Показанием к ПЭ считают аденомы БСДПК с признаками дисплазии низкой или высокой степени без признаков инвазивного роста. При внутрипротоковом распространении может быть применена высокочастотная электрохирургическая или радиочастотная абляция (РЧА), а также аргон-плазменная деструкция внутрипротокового компонента опухоли [5]. При этом размер образования не должен превышать 4 см. Однако благодаря совершенствованию технологий и накоплению опыта показания к выполнению ПЭ продолжают расширяться.

Приводим клиническое наблюдение.

У пациентки 61 года при плановой ЭГДС в медицинском учреждении по месту проживания было выявлено новообразование в ДПК (рис. 1 а). Для дальнейшего обследования и лечения пациентка обратилась в МКНЦ имени А.С. Логинава. При дуоденоскопии по медиальной стенке ДПК начиная от уровня большого сосочка и далее на протяжении всей вертикальной части ДПК с переходом на нижнегоризонтальную часть расположено аденоматозное новообразование виллезной структуры протяженностью до 8 см и шириной порядка 2 см. Сосудистый рисунок на всех осмотренных участках регулярный, признаков малигнизации не выявлено. При гистологическом исследовании диагностирована тубулярная аденома ДПК с низкой сте-

пенью дисплазии (low-grade). Выполнено эндо-УЗИ. Новообразование характеризовалось средней экзогенностью, неоднородной структурой, с четкими неровными контурами, что соответствует признакам доброкачественной аденомы. Мышечный слой ДПК в проекции новообразования прослеживался на всем протяжении. Просвет ОЖП не расширен, структура стенки сохранена, с гиперэхогенной выстилкой, что является косвенным признаком холангита. Паренхима ПЖ средней экзогенности, неоднородной структуры, ППЖ в пределах нормы на всем протяжении, ход извитой, просвет свободный, без признаков внутрипротокового распространения образования, что соответствует II (EP + D) типу эндоскопической классификации новообразований БСДПК [5].

После дообследования пациентка была госпитализирована для оперативного вмешательства. Операцию выполняли под общей анестезией с эндотрахеальной интубацией. Первым этапом произведена ПЭ с удалением проксимальной части новообразования на уровне устьев ОЖП и ОПП. Резекцию выполняли с использованием эндоскопической петли стандартной жесткости диаметром 15 мм в режиме смешанной резки (EndoCut Q, эффект 2). Выполнена канюляция и профилактическое стентирование ППЖ устройством 7 Fr – 4 см. Учитывая латеральное распространение аденомы на стенку ДПК, а также ее доброкачественный характер, продолжено пофрагментное удаление новообразования с предварительной инъекцией физиологического раствора, подкрашенного индигокармином, в подслизистый слой для профилактики повреждения мышечного слоя. Интраоперационно было отмечено интенсивное кровотечение, которое было остановлено коагуляционным зондом и щипцами для горячей биопсии в режиме мягкой коагуляции.

При контрольном исследовании края пострезекционного дефекта слизистой, а также дно послеоперационного дефекта без признаков опухолевого роста, перфорации и продолжающегося кровотечения. Края

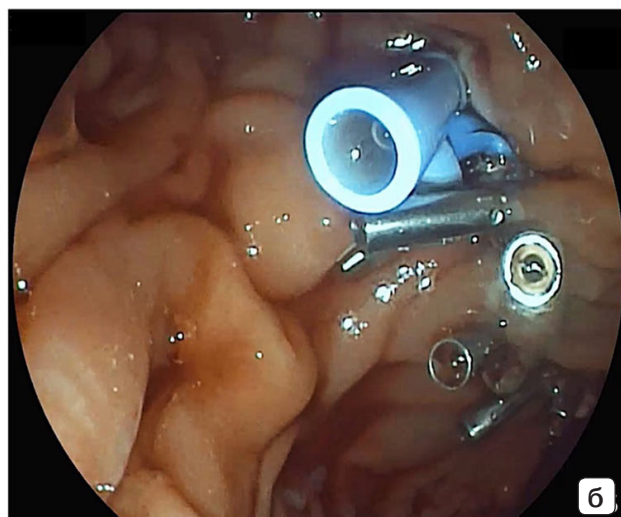
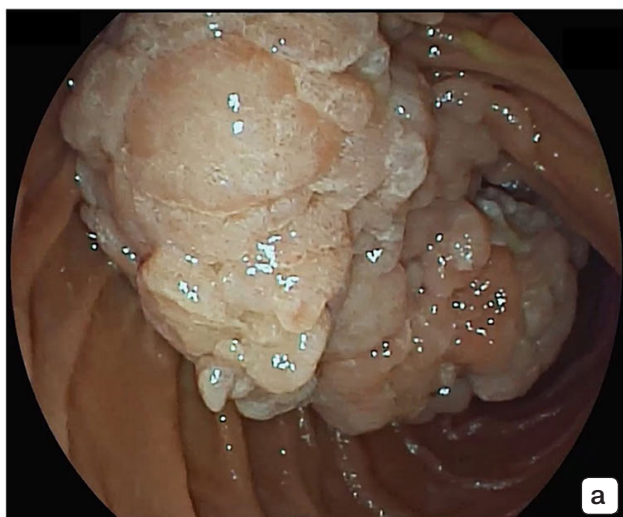


Рис. 1. Эндофото. Аденома БСДПК: а – новообразование; б – вид после завершения операции.

Fig. 1. Эндофото. Adenoma of the major duodenal papilla: а – neoplasm; б – postoperative view.

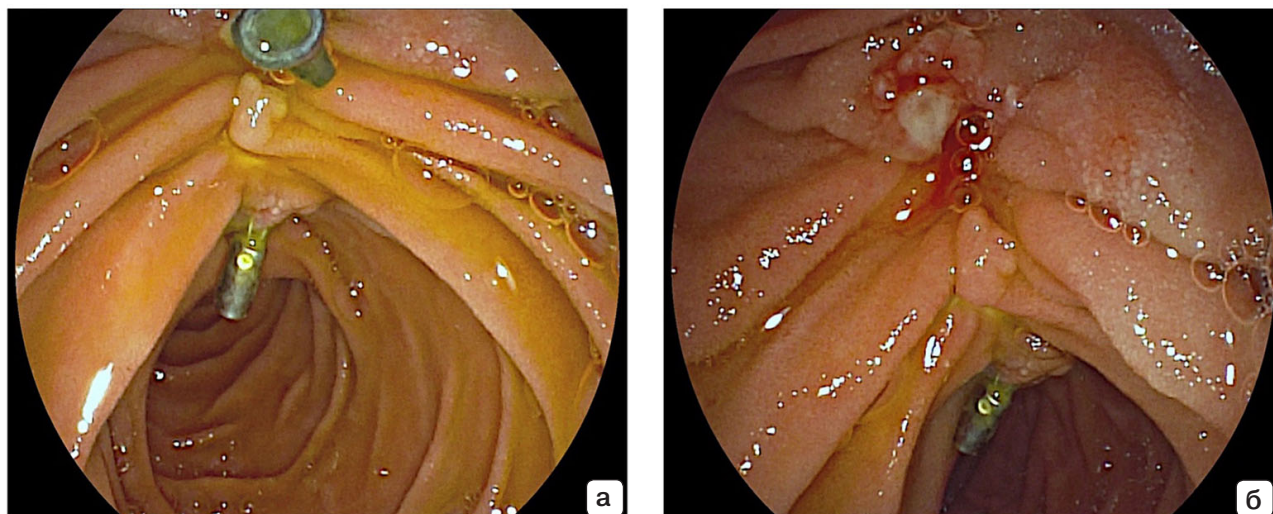


Рис. 2. Эндофото. Контрольная ЭГДС через 3 месяца после операции: а — зона эндоскопического вмешательства; б — вид после извлечения стента из ППЖ.

Fig. 2. Endoscopic image. Control esophagogastroduodenoscopy 3 months postoperatively: a — endoscopic intervention zone; б — view after pancreatic duct stent removal.

пострезекционного дефекта слизистой сведены 6 гемостатическими клипсами до уровня стентированного ППЖ [6]. С учетом деформации зоны операции и отека слизистой в области проксимального края резекции, обусловленных посткоагуляционными изменениями, для профилактики стеноза терминального отдела ОЖП выполнено его стентирование пластиковым стентом 10 Fr — 5 см (рис. 1 б).

Послеоперационный период протекал без осложнений, лабораторные показатели оставались в пределах допустимых значений. Выписана на 4-е сутки после вмешательства в удовлетворительном состоянии.

Морфологическое исследование: аденома кишечного типа с дисплазией низкой степени (low-grade), признаков малигнизации не выявлено. При контрольной ЭГДС через 3 месяца область резекции полностью эпителизирована (рис. 2). По дистальному краю дефекта видна ранее установленная гемостатическая клипса, слизистая вокруг с грануляционными изменениями. Проксимальнее клипсы — рубец, признаки резидуальной опухоли отсутствуют. Стент ППЖ захвачен при помощи эндоскопической петли и извлечен. Стент, установленный в ОЖП, не обнаружен. При контрольном рентгенологическом исследовании подтверждена самопроизвольная миграция стента в связи с отсутствием стеноза ОЖП. Биохимические анализы крови в пределах допустимых значений.

Представленное редкое клиническое наблюдение крупной аденомы ДПК с вовлечением БСДПК демонстрирует возможность и достаточную безопасность эндоскопического удаления подобных новообразований. Это наблюдение подчеркивает важность индивидуального подхода в лечении пациентов с аденомой БСДПК. Несмотря на значительный размер

аденомы, низкая степень оправдывает эндоскопическую процедуру, позволяющую избежать травматичного хирургического вмешательства, уменьшить риск послеоперационных осложнений и сократить период госпитализации и реабилитации. Накопление опыта эндоскопического иссечения аденом БСДПК позволит увеличить спектр показаний, при которых допустимо мини-инвазивное вмешательство. При этом верификация степени дисплазии, исключение поражения лимфоузлов и признаков метастазирования являются обязательными условиями для выбора органосохраняющей тактики. Учитывая возможность рецидива, необходим эндоскопический контроль в динамике с обязательной оценкой области резекции и исключения поражения ОЖП и ОПП.

Эндоскопическое удаление крупных аденом БСДПК с низкой степенью дисплазии представляет собой альтернативу традиционным хирургическим вмешательствам. Однако для подтверждения безопасности и эффективности эндоскопической ПЭ необходимы дальнейшие исследования с длительным наблюдением пациентов и оценкой отдаленных результатов лечения. Накопление опыта позволит оптимизировать и расширит показания к выполнению эндоскопической ПЭ.

Поисково-аналитическая работа проведена на личные средства авторского коллектива.

Участие авторов

Недолужко И.Ю. — концепция и дизайн исследования, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Гришина Е.А. — сбор и обработка материала, написание статьи.

Шишин К.В. — редактирование статьи.

Канишев И.С. — редактирование статьи.

Authors contributions

Nedoluzhko I. Yu. — concept and design of the study, editing, approval of the final version of the article, responsibility for integrity of all parts of the article.

Grishina E. A. — data collection and analysis, writing text.

Shishin K. V. — editing.

Kanishchev I.S. — editing.

● Список литературы [References]

1. Woo S.M., Real M.J., Will B.M., Kim E.J., Chou J., Alsaiari A.A., Nakshabandi A., Chalhoub W.M., Haddad N.G. Clinical outcomes: endoscopic resection of duodenal ampullary lesions. *Transl. Gastroenterol. Hepatol.* 2023; 8: 15. <https://doi.org/10.21037/tgh-22-87>
2. Minami K., Iwasaki E., Fukuhara S., Horibe M., Seino T., Kawasaki S., Katayama T., Takimoto Y., Tamagawa H., Machida Y., Kanai T., Itoi T. Electric Endocut and Autocut Resection for Endoscopic Papillectomy: A Systematic Review. *Intern. Med.* 2019; 58 (19): 2767–2772. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.2720-19>
3. Lee H., Park J.Y., Kwon W., Heo J.S., Choi D.W., Choi S.H. Transduodenal Ampullectomy for the Treatment of Early-Stage Ampulla of Vater Cancer. *World J. Surg.* 2016; 40 (4): 967–973. <https://doi.org/10.1007/s00268-015-3316-x>
4. Li S., Wang Z., Cai F., Linghu E., Sun G., Wang X., Meng J., Du H., Yang Y., Li W. New experience of endoscopic papillectomy for ampullary neoplasms. *Surg. Endosc.* 2019; 33 (2): 612–619. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6577-2>
5. Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолотчиков Р.Д., Джантуханова С.В. Эндоскопическая классификация аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Анналы хирургической гепатологии.* 2024; 29 (1): 12–20. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-1-12-20>
6. Недолужко И.Ю., Хон Е.И., Шишин К.В. Эндоскопическое удаление новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Анналы хирургической гепатологии.* 2019; 24 (1): 36–42. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2019136-42>

Nedoluzhko I.Yu., Khon E.I., Shishin K.V. Endoscopic papillectomy for tumors of the major duodenal papilla. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery.* 2019; 24 (1): 36–42 (In Russ.). <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2019136-42>

Сведения об авторах [Authors info]

Недолужко Иван Юрьевич — канд. мед. наук, заведующий отделением оперативной эндоскопии ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логина» ДЗ г. Москвы. <https://orcid.org/0000-0003-2647-4362>. E-mail: i.nedoluzhko@mknc.ru

Гришина Елена Александровна — канд. мед. наук, врач-эндоскопист отделения оперативной эндоскопии ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логина» ДЗ г. Москвы. <https://orcid.org/0000-0002-1265-8382>. E-mail: e.grishina@mknc.ru

Шишин Кирилл Вячеславович — доктор мед. наук, профессор, руководитель отдела оперативной эндоскопии ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логина» ДЗ г. Москвы. <https://orcid.org/0000-0003-0010-5294>. E-mail: k.shishin@mknc.ru

Канишев Иван Сергеевич — врач-хирург отделения оперативной эндоскопии ГБУЗ «МКНЦ имени А.С. Логина» ДЗ г. Москвы. <https://orcid.org/0000-0003-2175-4621>. E-mail: ikanischev@icloud.com

Для корреспонденции*: Гришина Елена Александровна — e-mail: e.grishina@mknc.ru

Ivan Yu. Nedoluzhko — Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department of Operative Endoscopy, Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov. <https://orcid.org/0000-0003-2647-4362>. E-mail: i.nedoluzhko@mknc.ru

Elena A. Grishina — Cand. of Sci. (Med.), Endoscopist of the Department of Operative Endoscopy, Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov. <https://orcid.org/0000-0002-1265-8382>. E-mail: e.grishina@mknc.ru

Kirill V. Shishin — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Operative Endoscopy, Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov. <https://orcid.org/0000-0003-0010-5294>. E-mail: k.shishin@mknc.ru

Ivan S. Kanishchev — Endoscopist of the Department of Operative Endoscopy, Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov. <https://orcid.org/0000-0003-2175-4621>. E-mail: ikanischev@icloud.com

For correspondence*: Elena A. Grishina — e-mail: e.grishina@mknc.ru

Статья поступила в редакцию журнала 9.07.2025.

Принята к публикации 27.01.2026.

Received 9 July 2025.

Accepted for publication 27 January 2026.