



doi: 10.31146/2415-7813-endo-68-1-41-47

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С РАННИМ РАКОМ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Джантуханова С.В., Замолодчиков Р.Д.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения РФ, (ул. Большая Серпуховская, д. 27, Москва, 117997, Россия)

Старков Юрий Геннадьевич, член-корр. РАН, проф., заведующий хирургическим эндоскопическим отделением

Вагапов Аюбхан Идрисович, к.м.н., врач-хирург хирургического эндоскопического отделения

Джантуханова Седа Висадиевна, к.м.н., старший научный сотрудник хирургического эндоскопического отделения

Замолодчиков Родион Дмитриевич, к.м.н., старший научный сотрудник хирургического эндоскопического отделения

Для переписки:

Вагапов

Аюбхан Идрисович

e-mail:

vagapov9494@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Демонстрация опыта успешного эндоскопического лечения пациента с ранним раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Клиническое наблюдение. Пациент 69 лет, проходил лечение в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского по поводу раннего рака большого сосочка двенадцатиперстной кишки (pT1a).

Результаты. Пациенту с ранним раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки было успешно проведено комбинированное эндоскопическое лечение с применением резекционных методик в сочетании с внутрипротоковой радиочастотной абляции под контролем холангиоскопии. Общая длительность лечения составила 6 месяцев, а период безрецидивного наблюдения продолжается уже 25 месяцев.

Заключение. Применение минимально инвазивных эндоскопических технологий в лечении пациента с ранним раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки позволило получить хороший клинический результат и избежать высокотравматичного хирургического вмешательства.

Ключевые слова: аденома БСДК, ранний рак БСДК, микрофокусы аденокарциномы, эндоскопическая классификация аденом БСДК, эндоскопическая операция, внутрипротоковая РЧА, транспапиллярная холангиоскопия, интрадуктальный компонент, экстрапапиллярный компонент

Информация о конфликте интересов: конфликт интересов отсутствует.

Информация о спонсорстве: данная работа не финансировалась.

Для цитирования: Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Джантуханова С.В., Замолодчиков Р.Д. Эндоскопическое лечение пациента с ранним раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Клиническая эндоскопия. 2026;68(1):41-47. doi: 10.31146/2415-7813-endo-68-1-41-47.



EDN: YQCCAA

ENDOSCOPIC TREATMENT OF A PATIENT WITH EARLY CANCER OF THE MAJOR DUODENAL PAPILLA

Yu.G. Starkov, A.I. Vagapov, S.V. Dzhantukhanova, R.D. Zamolodchikov
Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, (27, B. Serpukhovskaya str., Moscow, 117797, Russia)

Yury G. Starkov, Corr. Member, Russian Academy of Sciences, Professor, Head of the Endoscopic Surgical Department; ORCID: 0000-0003-4722-3466
Ayubkhan I. Vagapov, Cand. Med. Sci., Surgeon of the Endoscopic Surgical Department; ORCID: 0000-0003-0773-0498

Seda V. Dzhantukhanova, Cand. of Sci. (Med.), Senior Research Fellow of the Endoscopic Surgical Department; ORCID: 0000-0002-8657-8609

Rodion D. Zamolodchikov, Cand. of Sci. (Med.), Senior Research Fellow of the Endoscopic Surgical Department; ORCID: 0000-0003-2515-9942

Corresponding author:

Ayubkhan I. Vagapov

e-mail:

vagapov9494@mail.ru

SUMMARY

Purpose of the study. To present the experience of successful endoscopic treatment of a patient with early cancer of the major duodenal papilla.

Clinical case. A 69-year-old patient underwent treatment at the A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery for early cancer of the major duodenal papilla (pT1a).

Results. The patient with early cancer of the major duodenal papilla underwent successful combined endoscopic treatment using resection techniques in combination with intraductal radiofrequency ablation under cholangioscopic guidance. The total duration of treatment was 6 months, and the recurrence-free period was 25 months.

Conclusion. The use of minimally invasive endoscopic technologies in the treatment of a patient with early cancer of the major duodenal papilla made it possible to achieve a favorable clinical outcome and avoid highly traumatic surgical intervention.

Keywords: adenoma of the major duodenal papilla, early cancer of the major duodenal papilla, microfoci of adenocarcinoma, endoscopic classification of major duodenal papilla adenomas, endoscopic surgery, intraductal radiofrequency ablation, transpapillary cholangioscopy, intraductal component, extramural component

Information on conflicts of interest: there is no conflict of interest.

Sponsorship Information: This work was not funded.

For citation: Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Dzhantukhanova S.V., Zamolodchikov R.D. Endoscopic treatment of a patient with early cancer of the major duodenal papilla. *Filin's Clinical endoscopy*. 2026;68(1):41-47. (in Russ.) doi: 10.31146/2415-7813-endo-68-1-41-47.

ВВЕДЕНИЕ

Аденомы большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) представляют собой относительно редкие новообразования, составляющие менее 1% всех опухолей желудочно-кишечного тракта. Несмотря на редкую встречаемость, данные образования имеют существенное клиническое значение в связи с высоким риском малигнизации и сложностями в диагностике. Важно отметить, что диагностическая точность предоперационной биопсии аденом БСДК, по данным различных исследований, остается невысокой и варьирует от 38,3% до 85%. В связи с этим полноценное удаление новообразования зачастую рассматривается как тотальная биопсия. При этом нередко только после морфологического исследования полностью удаленного образования выявляется ранний рак БСДК, несмотря на отсутствие признаков злокачественности по результатам предоперационной биопсии [1, 2, 3].

Частота обнаружения очагов аденокарциномы в удаленных аденоматозных новообразованиях БСДК, согласно современным исследованиям, составляет в среднем от 10% до 30% [5, 6]. На протяжении длительного времени

стандартом лечения пациентов с ранним (*in situ* или T1a) раком БСДК без признаков инвазии в подслизистый слой или метастазирования являлось выполнение радикального хирургического вмешательства. Однако такие операции, как панкреатодуоденальная резекция, ассоциированы с высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности [4, 5].

В последние годы отмечается тенденция к широкому внедрению минимально инвазивных эндоскопических технологий, что позволяет существенно снизить травматичность вмешательств, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и ускорить восстановление пациентов. Несмотря на успехи эндоскопического методов лечения пациентов с ранним раком БСДК, выбор оптимальной тактики лечения данной категории пациентов остаётся предметом дискуссии [5, 6]. Следует подчеркнуть, что в современной литературе практически отсутствуют крупные исследования, посвященные оценке эффективности и безопасности эндоскопического лечения пациентов с ранним раком БСДК, что во многом обусловлено редкостью данного

заболевания, так и отсутствием четких критериев отбора пациентов и стандартизованных рекомендаций для широкого внедрения подобных подходов.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент, 69 лет, в течение длительного времени находился под наблюдением по месту жительства по поводу язвенной болезни желудка. В связи с появлением болевых ощущений в животе был госпитализирован в стационар, где при эзофагогастродуоденоскопии выявлено крупное эпителиальное новообразование в области БСДК. Выполнена биопсия, по результатам которой диагностирована тубуло-виллезная аденома БСДК с дисплазией высокой степени.

В связи с обнаружением крупного эпителиального новообразования БСДК и наличием дисплазии высокой степени по месту жительства пациенту было рекомендовано выполнение панкреатодуоденальной резекции. Однако от предложенного высокотравматичного вмешательства пациент отказался и обратился в Центр хирургии им. А.В. Вишневского.

В ходе дообследования в нашем Центре для детальной топической оценки опухоли мы выполнили эндосонографию и дуоденоскопию, а также КТ и МРТ органов брюшной полости. По данным дуоденоскопии определялось крупное новообразование в области БСДК с инфрапапиллярным распространением на стенку ДПК протяженностью около 35 мм, была выполнена таргетная биопсия (рис. 1). Эндосонографически визуализировалось распространение аденоматозных разрастаний на стенки ОЖП на протяжении 29 мм, при этом признаков инвазии с вовлечением мышечной стенки ДПК и ОЖП не выявлено (рис. 2). По данным КТ в области БСДК определялась опухоль размером 45 мм (рис. 3). Согласно результатам МРТ подтверждено внутрипротоковое

В нашем исследовании представлен первый опыт применения эндоскопического подхода лечения пациента с ранним раком БСДК.

распространение новообразования, а также признаки билиарной и панкреатической гипертензии с расширением просвета ОЖП до 17 мм (рис. 4). Согласно эндоскопической классификации новообразований БСДК, данное новообразование соответствовало IV (IP 45mm + CBD 29mm) типу (рис. 5) [7-10]. По результатам морфологического исследования материала, полученного при биопсии, подтверждена тубуло-виллезная аденома с дисплазией высокой степени.

С учетом крупных размеров аденомы БСДК принято решение о поэтапном удалении новообразования. Первым этапом пациенту была выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ. После формирования доступа в ОЖП проведена транспапиллярная холангиоскопия, при которой выявлены аденоматозные разрастания в просвете ОЖП протяженностью около 30 мм, выполнена биопсия при помощи холангиоскопических щипцов (рис. 6). Затем с целью профилактики постманипуляционного панкреатита произведено стентирование ГПП стентом 5Fr-5см. Для удаления аденоматозных разрастаний в просвете ОЖП проведена внутрипротоковая РЧА. В просвет ОЖП проведена гидрофильная струна-проводник, по которой проведен биполярный катетер РЧА Habib EndoHPV, подключенный к электрохирургическому генератору с мощностью энергии 10 Вт. Под рентгенологическим контролем катетер позиционирован в зоне интрадуктальных разрастаний, проведена абляция в течение 150 секунд. После извлечения катетера выполнена повторная транспапиллярная холангиоскопия, по результатам которой отмечена полноценная деструкция аденомы без признаков

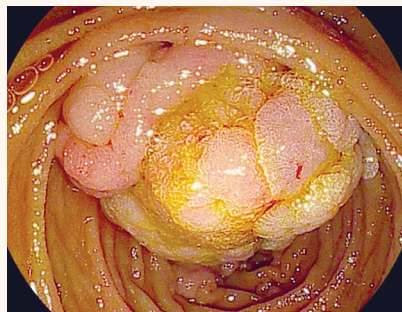


Рис. 1. Дуоденоскопия: крупная аденома БСДК с протяженным инфрапапиллярным распространением на стенку ДПК.

Fig. 1. Duodenoscopy: large adenoma of the duodenal papilla with extensive infrapapillary extension onto the duodenal wall.

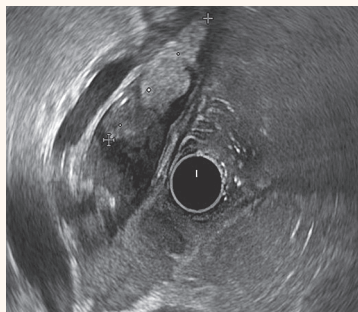


Рис. 2. Эндосонография: эндосонографические признаки распространения аденоматозных разрастаний на стенки ОЖП протяженностью 29 мм.

Fig. 2. Endosonography: endosonographic signs of the spread of adenomatous growths onto the walls of the common bile duct with a length of 29 mm.



Рис. 3. Компьютерная томография: по данным обследования в области БСДК определяется объемное новообразование размером около 45 мм. Признаков инвазии в окружающие ткани и регионарной лимфаденопатии не выявлено.

Fig. 3. Computed tomography: based on the examination data, a space-occupying neoplasm approximately 45 mm in size was identified in the area of the BDK. No signs of invasion into surrounding tissue or regional lymphadenopathy were detected.



Рис. 4. Магнитно-резонансная томография: по данным обследования выявлены признаки внутрипротокового распространения аденомы БСДК, а также признаки билиарной и панкреатической гипертензии.

Fig. 4. Magnetic resonance imaging: according to the examination data, signs of intraductal spread of the BSDA adenoma, as well as signs of biliary and pancreatic hypertension were revealed.

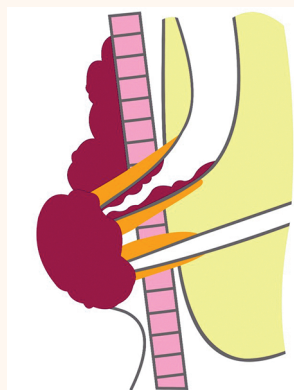


Рис. 5. Схематическое изображение: новообразование IV типа со смешанным экстрапапиллярным (выходящим за пределы БСДК) и внутрипротоковым ростом (комбинация II и III типов).

Fig. 5. Schematic representation: type IV neoplasm with mixed extrapapillary (extending beyond the ductal wall) and intraductal growth (combination of types II and III).

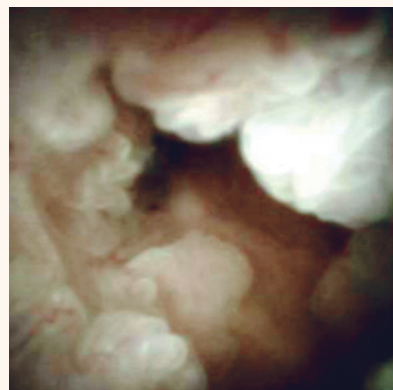


Рис. 6. Транспапиллярная холангиоскопия: в просвете ОЖП определяются аденоматозные разрастания протяженностью около 30 мм.

Fig. 6. Transpapillary cholangioscopy: adenomatous growths approximately 30 mm long are detected in the lumen of the common bile duct.

наличия резидуальных разрастаний. Вмешательство завершено установкой пластикового стента 10Fr-7см в просвет ОЖП для профилактики рубцовой стриктуры в зоне абляции. По результатам биопсии, выполненной во время холангиоскопии, выявлена аденома с дисплазией низкой степени.

На втором этапе (через три месяца) после удаления стента из ОЖП выполнена повторная транспапиллярная холангиоскопия. В просвете ОЖП определялись рубцовые изменения стенок протока без признаков наличия резидуальных аденоматозных разрастаний, однако в терминальном отделе ОЖП визуализированы фрагменты аденомы БСДК протяженностью около 7 мм. Выполнена биопсия из данных фрагментов и повторная внутрипротоковая РЧА, после чего произведено удаление экстрапапиллярного компонента аденомы. Учитывая крупные размеры экстрапапиллярного компонента аденомы с протяженным вовлечением стенки ДПК в опухолевый процесс, эндоскопическое удаление единым блоком представлялось нецелесообразным. С целью снижения риска осложнений было принято решение о пофрагментном удалении экстрапапиллярного компонента аденомы БСДК методом петлевой резекции слизистой ДПК. С использованием эндоскопической петли диаметром 15 мм в смешанном режиме образование было удалено шестью фрагментами (рис. 7).

При гистологическом исследовании удаленного образования БСДК выявлена тубуло-виллезная аденома с дисплазией высокой степени. На фоне аденоматозной ткани определялись единичные микрофокусы инвазивного роста, соответствующие аденокарциноме. Микрофокусы характеризовались нарушением

архитектоники желез, выраженным клеточным и ядерным полиморфизмом, повышенной митотической активностью, а также прорастанием за пределы базальной мембраны в собственную пластинку слизистой оболочки. Согласно классификации TNM, выявленные изменения соответствуют стадии pT1a (инвазия ограничена собственной пластинкой слизистой оболочки, без признаков поражения подслизистой основы).

С учетом выявленных микрофокусов аденокарциномы пациент был повторно госпитализирован через два месяца. По данным дуоденоскопии в области ранее выполненного вмешательства определялся послеоперационный рубец без видимых признаков резидуальных опухолевых тканей, в просвете ОЖП и ГПП визуализировались пластиковые стенты (рис. 8). После их удаления была выполнена транспапиллярная холангиоскопия, в ходе которой признаков наличия опухолевых разрастаний не выявлено. Вмешательство было завершено выполнением биопсии из просвета ОЖП и области послеоперационного рубца. С целью профилактики стриктуры терминального отдела ОЖП повторно установлен пластиковый стент.

По результатам гистологического исследования данных за наличие опухолевых разрастаний не получено. В дальнейшем пациенту каждые три месяца проводилось контрольное обследование, включающее дуоденоскопию с биопсией, а также КТ и МРТ, по результатам которых признаков рецидива не выявлено.

Таким образом, пациенту было проведено три этапа комбинированного эндоскопического лечения. Общая продолжительность лечения составила шесть месяцев. В настоящее время пациент находится под динамическим наблюдением в течение двух лет.

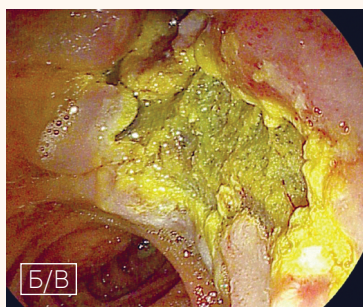
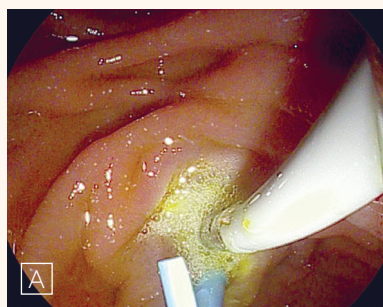


Рис. 7. Оперативное вмешательство: А – этап выполнения внутритротоковой РЧА; Б – эндоскопическая картина после выполнения эндоскопического удаления аденомы методом резекции БСДК, дополненной резекцией слизистой ДПК.

Fig. 7. Surgical intervention: A – stage of performing intraductal RFA; B – endoscopic image after endoscopic removal of the adenoma by resection of the duodenal mucosa, supplemented by resection of the duodenal mucosa.

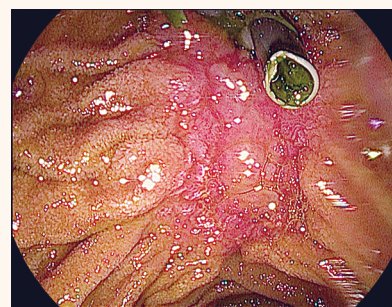


Рис. 8. Дуоденоскопия: при контрольном осмотре признаков наличия резидуальных аденоматозных разрастаний не выявлено.

Fig. 8. Duodenoscopy: during the control examination, no signs of residual adenomatous growths were detected.

ОБСУЖДЕНИЕ

Трудности диагностики и определения оптимальной тактики лечения пациентов с аденомами БСДК представляют собой сложную клиническую проблему. Несмотря на значительный прогресс эндоскопических технологий и расширение показаний к минимально инвазивным вмешательствам, выбор метода лечения пациентов с ранним раком БСДК продолжает оставаться предметом активных дискуссий [13, 14, 15].

На протяжении длительного времени радикальные хирургические вмешательства, такие как трансдуоденальная папиллэктомиа и панкреатодуоденальная резекция, рассматривались в качестве «золотого стандарта» лечения пациентов с ранним раком БСДК. Однако высокая частота послеоперационных осложнений и летальности, особенно среди пациентов пожилого возраста и лиц с выраженными сопутствующими заболеваниями, обусловила необходимость поиска альтернативных, минимально инвазивных методов лечения [4, 5]. Кроме того, согласно данным современной мировой литературы, в 5-14% случаев после выполнения панкреатодуоденальной резекции по поводу рака БСДК, подтвержденного щипцовой биопсией во время эндоскопического исследования, при гистологическом исследовании удалённого препарата аденокарцинома не подтверждалась, что вероятно, связано с полным удалением очага опухоли на этапе биопсии [11, 12].

В последние годы эндоскопические операции рассматриваются как перспективный органосберегающий и минимально инвазивный подход к лечению данной категории пациентов. Накопленные данные свидетельствуют о высокой эффективности эндоскопических вмешательств при строгом отборе пациентов и отсутствии признаков инвазии опухоли за пределы слизистой оболочки. Следует отметить, что публикации, посвященные данной проблеме, в настоящее время ограничены единичными исследованиями [13-17].

Особого внимания заслуживает крупное рандомизированное многоцентровое исследование, опубликованное в 2021 году группой авторов Hwang JS et al. В данном исследовании были сопоставлены отдаленные онкологические результаты эндоскопических операций и резекционных вмешательств у пациентов с ранним раком БСДК (Tis, T1a), случайно выявленным после удаления аденомы БСДК. В исследование было включено 70 пациентов с ранним раком БСДК: 42 из них перенесли эндоскопические операции, а 28 – ПДР. Анализ результатов показал отсутствие статистически значимых различий между группами по пятилетней выживаемости без рецидива ($p=0,11$) и пятилетней выживаемости без рака ($p=0,72$). При этом частота осложнений в послеоперационном периоде была существенно выше в группе резекционных вмешательств и составила 46,4%. Таким образом, авторы пришли к выводу, что эндоскопические операции обеспечивают долгосрочные онкологические результаты, сопоставимые с результатами резекционных вмешательств при случайно выявленной ранней аденокарциноме БСДК [5].

Следует подчеркнуть, что в отечественной литературе на сегодняшний день отсутствуют публикации, посвященные вопросам эндоскопического лечения пациентов с ранним раком БСДК. Представленное нами клиническое наблюдение демонстрирует возможность успешного применения минимально инвазивного эндоскопического подхода у сложных пациентов с ранним раком БСДК.

Всего нами выполнено восемь внутритротоковых эндоскопических вмешательств по поводу раннего рака большого дуоденального сосочка (БСДК). Период безрецидивного наблюдения составляет от трех месяцев до двух лет. Оценка эффективности и безопасности эндоскопических операций при раннем раке БСДК будет представлена после анализа отдаленных результатов лечения у данной группы пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, несмотря на то что во всем мире при лечении пациентов с ранним раком БСДК традиционно применяется хирургический подход, использование комбинированного эндоскопического подхода позволило нам избежать высокотравматичного оперативного вмешательства и достичь хорошего клинического эффекта. Стоит отметить, что применение минимально инвазивных технологий становится возможным благодаря комплексной предоперационной диагностике, тщательной оценке характера роста и степени распространения новообразования, а также персонализированному выбору оптимальной тактики лечения.

Эндоскопическое удаление опухоли БСДК позволяет существенно снизить инвазивность вмешательства, минимизировать риск развития послеоперационных осложнений, сократить сроки госпитализации и реабилитации, а также повысить качество жизни пациентов. Полученные данные подтверждают целесообразность расширения показаний к применению эндоскопических методов лечения у тщательно отобранных пациентов с ранним раком БСДК.

Дальнейшее накопление клинического опыта и проведение многоцентровых исследований необходимы для уточнения критериев отбора пациентов и оптимизации алгоритмов ведения данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА | REFERENCES

- Han J., Kim M.H. Endoscopic papillectomy for adenomas of the major duodenal papilla (with video). *Gastrointest Endosc.* 2006 Feb;63(2):292-301. doi: 10.1016/j.gie.2005.07.022.
- Catalano M.F., Linder J.D., Chak A., Sivak M.V. Jr, Rajiman I., Geenen J.E., Howell D.A. Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc.* 2004 Feb;59(2):225-32. doi: 10.1016/s0016-5107(03)02366-6.
- Lee H.S., Jang J.S., Lee S. et al. Diagnostic Accuracy of the Initial Endoscopy for Ampullary Tumors. *Clin Endosc.* 2015 May;48(3):239-46. doi: 10.5946/ce.2015.48.3.239.
- Kawai M., Yamaue H. Pancreaticoduodenectomy versus pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy: the clinical impact of a new surgical procedure; pylorus-resecting pancreaticoduodenectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2011 Nov;18(6):755-61. doi: 10.1007/s00534-011-0427-0.
- Hwang J.S., So H., Oh D., Song T.J. et al. Long-term outcomes of endoscopic papillectomy for early-stage cancer in duodenal ampullary adenoma: Comparison to surgical treatment. *J Gastroenterol Hepatol.* 2021 Aug;36(8):2315-2323. doi: 10.1111/jgh.15462.
- Suzuki K., Kurita Y., Kubota K. et al. Endoscopic papillectomy could be rewarding to patients with early stage duodenal ampullary carcinoma? *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2024 Mar;31(3):203-212. doi: 10.1002/jhbp.1398.
- Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V. The role of endoscopic classification-based typing of major duodenal papilla adenomas in the selection of surgical resection procedures. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery.* 2025; 30 (3): 90-98. (In Russ.) doi: 10.16931/1995-5464.2025-3-90-98.
Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В. Роль эндоскопического классификационного типирования аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки в выборе методики их удаления. *Анналы хирургической гепатологии.* 2025; 30 (3): 90-98. doi: 10.16931/1995-5464.2025-3-90-98.
- Starkov Yu.G., Dzhantukhanova S.V., Zamolodchikov R.D., Vagapov A.I. Endoscopic classification of neoplasms of the major duodenal papilla. *Oncology Bulletin of the Volga Region.* 2022;13(4):25-30. (In Russ.) doi: 10.32000/2078-1466-2022-4-25-30.
Старков Ю.Г., Джантуханова С.В., Замолодчиков Р.Д., Вагапов А.И. Эндоскопическая классификация новообразований большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Поволжский онкологический вестник.* 2022;13(4):25-30. doi: 10.32000/2078-1466-2022-4-25-30.
- Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V. Endoscopic classification of major duodenal papilla adenomas. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery.* 2024; 29 (1): 12-20. (In Russ.) doi: 10.16931/1995-5464.2024-1-12-20.
Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В. Эндоскопическая классификация аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Анналы хирургической гепатологии.* 2024; 29 (1): 12-20. doi: 10.16931/1995-5464.2024-1-12-20.
- Starkov Yu.G., S.V. Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V. Endoscopic typing of adenomas of the large papilla of the duodenum. *Clinical endoscopy.* 2023;1(62):5-10. (In Russ.) doi: 10.31146/2415-7813-endo-62-1-5-10.
Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В. Эндоскопическое типирование аденом большого сосочка двенадцатиперстной кишки. *Клиническая эндоскопия.* 2023;1(62):5-10. doi: 10.31146/2415-7813-endo-62-1-5-10.
- Gomes R.M., Bal M., Patkar S., Goel M., Shrikhande S.V. Unexpected benign histopathology after pancreatoduodenectomy for presumed malignancy: accepting the inevitable. *Langenbecks Arch Surg.* 2016 Mar;401(2):169-79. doi: 10.1007/s00423-016-1372-9.
- Manzia T.M., Toti L., Lenci I. et al. Benign disease and unexpected histological findings after pancreaticoduodenectomy: the role of endoscopic ultrasound fine needle aspiration. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010 May;92(4):295-301. doi: 10.1308/003588410X12628812458374.
- Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V. Intraductal radiofrequency ablation for neoplasms of the major duodenal papilla with intraductal spread. *Pirogov Russian Journal of Surgery.* 2024;(6):514. (In Russ.) doi: 10.17116/hirurgia20240615.
Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В. Внутрипротоковая радиочастотная абляция при новообразованиях большого сосочка двенадцатиперстной кишки с внутрипротоковым распространением. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2024;(6):514. doi: 10.17116/hirurgia20240615.
- Starkov Yu. G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V., Badakhova A.B. Experience in the use of intraductal radiofrequency ablation for adenomas of the major duodenal papilla with intraductal spread. First results and literature review. *Experimental and Clinical Gastroenterology.* 2024;225(5): 58-65. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-225-5-58-65.
Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В., Бадахова А.Б. Опыт применения внутрипротоковой радиочастотной абляции при аденомах большого сосочка двенадцатиперстной кишки с внутрипротоковым распространением. Первые результаты и обзор литературы. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2024;225(5): 58-65. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-225-5-58-65.

15. Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V., Avdeeva D.D. Intraductal radiofrequency ablation under endosonography and cholangioscopy for residual adenoma of the major duodenal papilla with intraductal component. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2024;(5):138-145. (In Russ.) doi: 10.17116/hirurgia2024051138. Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В., Авдеева Д.Д. Внутрипротоковая радиочастотная абляция под контролем эндосонографии и холангиоскопии при резидуальной аденоме большого сосочка двенадцатиперстной кишки с внутрипротоковым компонентом. Обзор литературы. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2024;(5):138-145. doi: 10.17116/hirurgia2024051138.
16. Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V. The first experience of intraductal radiofrequency ablation for a large adenoma of the major duodenal papilla with extended intraductal spread. *Endoscopic Surgery*. 2024;30(3):34-40. (In Russ.) doi: 10.17116/endoskop20243003134. Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В. Первый опыт внутрипротоковой радиочастотной абляции при крупной аденоме большого сосочка двенадцатиперстной кишки с протяженным интрадуктальным распространением. Эндоскопическая хирургия. 2024;30(3):34-40. doi: 10.17116/endoskop20243003134.
17. Starkov Yu.G., Vagapov A.I., Zamolodchikov R.D., Dzhantukhanova S.V. 200 endoscopic operations for adenomas of the large papilla of the duodenum. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(5): 35-42. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-237-5-35-42. Старков Ю.Г., Вагапов А.И., Замолодчиков Р.Д., Джантуханова С.В. 200 эндоскопических операций при аденомах большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2025;(5): 35-42. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-237-5-35-42.



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОСКОПИЯ

Scientific and Practical Journal Filin's Clinical endoscopy

Научно-практический журнал
<https://clinendo.elpub.ru>



Официальный печатный орган Ассоциации
«Эндоскопическое Общество РЭндО»
<https://endoscopia.ru>