

© Л. М. КОГУТ, Ю. С. ЛИСЮК, О. І. КУШНІРУК, М. А. КОГУТ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Рідкісні випадки патології дванадцятипалої кишки як причини доброякісної обструкції жовчовивідних шляхів

L. M. KOHUT, YU. S. LYSIUK, O. I. KUSHNIRUK, M. A. KOHUT

Lviv Danylo Halytsky National Medical University

RARE CASES OF DUODENUM PATOLOGY AS A CAUSE OF BENIGN OBSTRUCTION OF THE BILIARY TRACT

Доброякісні пухлини та анатомічні аномалії дванадцятипалої кишки належать до рідкісних випадків обструкції термінального відділу холедоха. Своєчасна діагностика цих казуїстичних випадків сприяє оптимізації хірургічної тактики та зменшенню частоти ускладненого післяопераційного періоду. У статті ми акцентувати увагу на випадках парапапілярних дивертикулів дванадцятипалої кишки та ліпому папілярної складки як рідкісних причин виникнення біліарної гіпертензії. Здійснено ретроспективний аналіз історій хвороб 414 оперованих пацієнтів із доброякісною патологією жовчовивідних шляхів. Парапапілярні дивертикули дванадцятипалої кишки виявлено загалом у 7 (1,7 %) хворих, в тому числі в 1 пацієнтки у поєднанні з ліпомою папілярної складки. У випадках із обтураційною жовтяницею їх частка становила 12,5 %, а в групі пацієнтів із діагнозом постхолецистектомічного синдрому – 22,2 %. Деталізовано клінічні особливості у двох випадках діагностики субмукозної ліпому папілярної складки та юкстапапілярного дивертикулу.

Benign tumors and anatomic abnormalities of the duodenum are related to the rare cases of the obstruction of the terminal segment of choledochus. Timely detection of these rare cases before surgery helps to optimize surgical treatment and reduce incidence of postoperative complications. The aim of the work was to focus on cases of the parapapillary diverticula and duodenal lipoma papillary fold as rare causes of biliary hypertension in order to optimize surgical treatment. The methods of the work were case history analyses of 414 patients who had received surgery treatment for the benign biliary tract pathology. Parapapillary diverticula of the duodenum was found in 7 (1.7 %) patients, including 1 patient also had lipoma of papillary fold. Among patients suffering from obstructive jaundice it share was 12.5 % of the cases, and 22.2 % of the patients diagnosed with postcholecystectomy syndrome. The specific clinical features of the submucous parapapillary lipoma and juxta-papillary diverticulum diagnostics were identified and described in the two cases treated.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Доброякісні пухлини та анатомічні аномалії дванадцятипалої кишки (ДПК) належать до рідкісних випадків обструкції термінального відділу холедоха [1, 2]. Діагностика цих казуїстичних випадків на доопераційному етапі досить складна та вимагає спеціальних методів обстеження, проте своєчасне виявлення їх сприяє оптимізації хірургічної тактики та зменшенню частоти ускладненого післяопераційного періоду.

Мета роботи: акцентувати увагу на клінічних випадках ліпому фатерового сосочка та парапапілярного дивертикулу ДПК для оптимізації хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Здійснено ретроспективний аналіз історій хвороб 414 пацієнтів, яким

виконано хірургічні втручання з приводу доброякісної патології жовчовивідних шляхів у хірургічному відділі комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова в 2012–2014 рр. Застосовували клінічні, інструментальні та променеві методи дослідження: ультрасонографію (УСГ), дуоденоскопію, ендоскопічну панкреатикохолангіографію (ЕРХПГ), спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) з контрастуванням, фістулохолангіографію.

Результати досліджень та їх обговорення. Структуру доброякісної патології жовчовивідних шляхів склали оперовані пацієнти із загостренням хронічного (n=243; 58,7 %) та з гострим калькульозним холециститом (160; 38,6 %), із стенозуючим папілітом (10; 2,4 %), в тому числі 9 осіб –

після перенесеної холецистектомії. Прояви обтураційної жовтяниці різного генезу мали 56 (13,5 %) пацієнтів. Загалом, у 7 (1,7 %) хворих при дообстеженні виявлено парапапілярні дивертикули, в тому числі в однієї пацієнтки – у поєднанні з ліпоною ДПК на папілярній складці. Водночас у контингенті хворих із обтураційною жовтяницею вказані рідкісні причини доброякісної обструкції холедоха становили 12,5 % випадків. У групі пацієнтів (9) із попереднім діагнозом постхолецистектомічного синдрому парапапілярні дивертикули виявлені у двох (22,2 %) осіб. Обом вказаним пацієнтам холецистектомію було виконано протягом року перед актуальною госпіталізацією, однак поновлення больового синдрому та виникнення жовтяниці були причиною повторного звернення за медичною допомогою.

Доопераційно істинну причину обструкції (поєднання ліпоми та дивертикулу) діагностовано лише в однієї пацієнтки із хронічним калькульозним холециститом на підставі анамнезу та дуоденоскопії. В іншого хворого, якому операційне втручання виконано в ургентному порядку з приводу гострого холециститу, причину біліарної гіпертензії верифіковано у ранньому післяопераційному періоді. На підставі фістулохолангіографії, СКТ та дуоденоскопії стверджено наявність парапапілярного дивертикулу, з метою декомпресії проведено стентування біліарного тракту.

Випадок 1. Пацієнтку К. віком 74 роки госпіталізовано ургентно із скаргами на помірний біль в епігастрії, багаторазове блювання протягом доби. На догоспітальному етапі зверталася до гастроентеролога, при УСГ виявлено холелітіаз, ознаки хронічного калькульозного холециститу, розширення холедоха до 7 мм. В анамнезі – періодичний біль в епігастрії та правому підребер'ї протягом 30 років.

При госпіталізації: білірубін сироватки крові – 13,8 мкмоль/л, амілаза сечі – 1918 Од. На повторній УСГ через 5 діб виявлено непрямі ознаки біліарної гіпертензії: розширення гепатикохоледоха до 11 мм при відсутності даних за гостре запалення жовчного міхура. Виконано дуоденоскопію (рис. 1), виявлено округлу пухлину жовтого кольору діаметром 10 мм у ділянці папіли; при ЕРХПГ діагностовано розширення холедоха до 16 мм. Виконано папілотомію, поліпектомічною петлею видалено пухлину фатерового сосочка.

Патоморфологічний висновок: субмукозна ліпома дуоденального сосочка. Після операції показники білірубіну сироватки крові з тенденцією до зменшення: 10,4–6,9 мкмоль/л, амілаза сечі: 194–187 Од. Було виконано планову лапароскопічну холецистектомію, післяопераційний період – без ускладнень.

Випадок 2. Пацієнта Ф. віком 69 років госпіталізовано із скаргами на біль в епігастрії, нудоту через три доби від початку захворювання. При госпіталізації: білірубін сироватки крові – 163 мкмоль/л, амілаза сечі – 64 Од. Встановлено попередній діагноз: “Загострення хронічного калькульозного холециститу, обтураційна жовтяниця”. На другу добу лікування відмічено наростання білірубінемії (188 мкмоль/л), при повторній УСГ виявлено ознаки холедохолітіазу, біліарної гіпертензії. Ургентно виконано холецистектомію, при ревізії холедоха каменеловилкою видалено замазкоподібний субстрат, конкрементів не виявлено, папіла непрониклива для маточного зонда. Післяопераційний період ускладнений, утримувалася білірубінемія (172–164 мкмоль/л), спостерігалася амілазурія (3531–3320 Од), по зовнішньому дренажу холедоха тривалий час виділялася жовч (300–400 мл/добу). На 10-ту добу виконано дуоденоскопію, ЕРХПГ – ви-

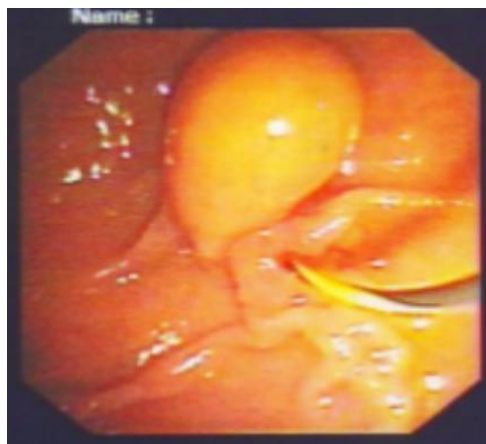


Рис. 1. Ендоскопічне фото слизової дванадцятипалої кишки з ділянкою папіли та підслизовим звисаючим пухлиноподібним утвором на папілярній складці.

явлено рентгенологічну картину дистального протяжного блока холедоха, як “при новоутворенні головки підшлункової залози”, проведено ендодренування проток. Через дві доби при СКТ з контрастним підсиленням (рис. 3) – виявлено дивертикул ДПК. На наступну добу виконано фістулохолангіографію (рис. 2) – підтверджено наявність дивертикулу, що створював mass-ефект на термінальну частину холедоха.

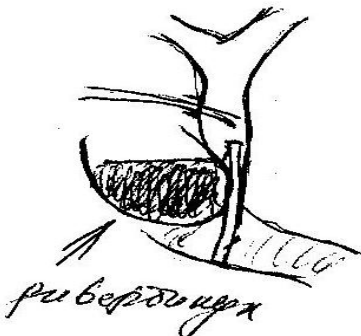


Рис. 2. Фістулографія та схематичне зображення юкстапапілярного дивертикулу ДПК.

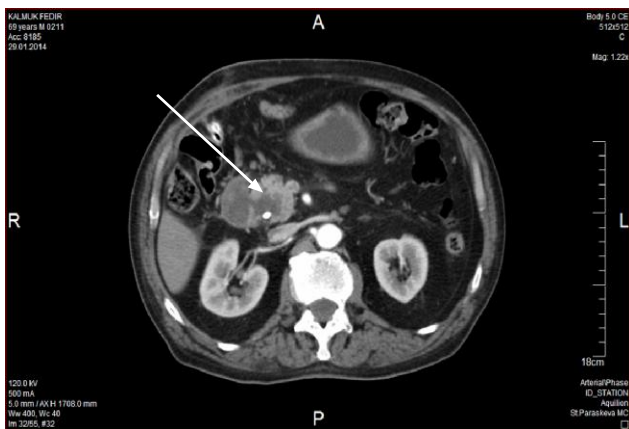


Рис. 3. СКТ з контрастуванням – візуалізується парапапілярний дивертикул медіального контуру низхідного відділу ДПК із стентом холедоха.

Після ендоскопічного стентування холедоха жовчна нориця закрилася, пацієнта у задовільному стані виписано з лікарні.

Обговорення. До рідкісних доброякісних причин обструкції позапечінкових жовчних шляхів належать доброякісні пухлини папіли та парапапілярні дивертикули ДПК [3]. Ліпоми складають 0,16 % усіх доброякісних пухлин ШКТ. Ліпоми до 1 см переважно є асимптомними, якщо ж вони більші за 4 см у діаметрі, то проявляють себе симптомами кровотечі, непрохідності [4]. У повідомленні [5] наведено два власні спостереження ліпоми ДПК із 27 описаних у літературі випадків ліпоми даної локалізації серед жителів Японії.

Дуоденальні дивертикули, які раніше вважали рідкістю, останнім часом стали виявляти частіше (до 4 %) при звичайних рентгенологічних дослідженнях ШКТ. Розміщуються вони переважно по внутрішньому контуру кишки і найчастіше виявляються в парапапілярній ділянці. На думку авторів [6], юкстапапілярні дивертикули призводять до дивертикуласоційованої дисфункції сфінктера Одді. В більшості випадків симптоматичні дивертикули проявляються неспецифічними симптомами – болем у животі, який може симулювати клінічну картину перфорації, холедохолітазу, холангіту, виразкової хвороби або інтестинальної обструкції [7]. СКТ чи МРТ-дослідження можуть виявляти дуоденальні дивертикули за умови, якщо вони заповнені газом або рідиною та газом. Проте більш цінними, з діагностичної точки зору, будуть рентгеноконтрастні дослідження із сульфатом барію чи СКТ органів черевної порожнини з контрастуванням просвіту кишки. За даними автора, юкстапапілярні дивертикули виявляються в 4,5 % випадків ЕРХПГ [7].

Рідкісні причини біліарної гіпертензії, пов’язані з патологією фатерового сосочка та парапапілярної зони ДПК часто залишаються нез’ясованими на доопераційному етапі через обмежені діагностичні можливості ургентної хірургічної допомоги. Водночас при планованому хірургічному втручанні розширення діагностичного пошуку має здійснюватися при найменшій підозрі щодо їх наявності.

Висновки. Ліпоми і дивертикули ділянки великого сосочка ДПК є відносно рідкісними причинами доброякісної обструкції термінального відділу холедоха. Вони можуть спричинити розвиток синдрому біліарної гіпертензії і ускладнити перебіг захворювання. Проведення спеціальних додаткових досліджень при підозрі на вказані захворювання для своєчасного встановлення діагнозу є запорукою успішного лікування даної категорії хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, Б. В. Доманский. – К. : Здоров'я, 1993. – С. 226–236.
2. Ponsaing L. G. Classification of submucosal tumors in the gastrointestinal tract / L. G. Ponsaing, K. Kiss, M. B. Hansen // World J. Gastroenterol. – 2007. – 13 (24). – P. 3311–3315.
3. Intestinal Submucosal Lipomas / V. Janevska, L. Spasevska, B. Dukova, V. Janevski // Macedonian Journal of Medical Sciences. – 2012. Vol. 12 – P. 1–7.
4. Diagnostic procedures for submucosal tumors in the gastrointestinal tract / L. G. Ponsaing, K. Kiss, A. Loft, M. B. Hansen // World J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 13 (24). – P. 3301–3310.
5. Two cases of submucosal lipoma of the duodenum / E. Fujimaki, A. Kano, J. Muto [et al.] // Gastroenterological Endoscopy. – 1984. – Vol. 26. – № 10. – P. 1731.
6. The relationship between juxtapapillary duodenal diverticula and biliary stone disease / G. Novacek, M. Walgram, P. Bauer [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1997. – Vol. 9. – P. 375–379.
7. Mallappa S. Juxtapapillary duodenal diverticulum masquerading as a cystic pancreatic neoplasm / S. Mallappa, L. R. Jiao // Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports. – 2011. – № 2. – P. 89.

Отримано 21.01.15