

УДК 616.36-008.5-007.272-037
DOI: 10.26435/UC.V014(41).786

А.А. Васильев, Н.Л. Смирнов, К.И. Буйнов, И.К. Ельский

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ПАРАПАПИЛЛЯРНЫЕ ДИВЕРТИКУЛЫ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Парапапиллярные дивертикулы (ППД) – мешковидные внепросветные выпячивания стенки двенадцатиперстной кишки, расположенные вблизи большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) или с его вовлечением. Относятся к истинным дивертикулам и имеют все слои стенки кишки.

Истинная распространенность ППД неизвестна, поскольку их диагностируют у 10-35% больных при эндоскопической оценке БС ДПК, при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) или при КТ (МРТ) с контрастированием двенадцатиперстной кишки. Частота распространения ППД, по данным аутопсий, не превышает 20%. Они относятся к врожденным образованиям, которые с возрастом больного увеличиваются в размерах. Этиологическим фактором в формировании ППД ряд авторов признают теорию хронического воздействия на периапулярную область β -глюкоронидазы, выделяемой бактериями, колонизированными в общем желчном протоке [1].

Многие авторы описывают тесную взаимосвязь ППД с развитием холедохолитиаза и холангита за счет нарушения функции сфинктерного аппарата Одди и снижения мышечного тонуса общего желчного протока, что приводит к нарушению оттока желчи и повышению давления в общем желчном протоке [2-7]. Установлено, что у больных с ППД диаметр Вирсунгова протока больше, чем у пациентов без него [1,6,7]. Выявлена взаимосвязь между ППД и формированием билирубиновых желчных камней [8]. Также имеется публикация, доказывающая избыточный бактериальный рост в двенадцатиперстной кишке у пациентов с ППД [9]. ППД могут способствовать развитию синдрома Леммеля – билиарная гипертензия, гнойный холангит и обтурационная желтуха без холедохолитиаза.

Роль ППД в возникновении острого и хронического панкреатита остается спорной. В литературе имеются сообщения, что пациенты с ППД страдают идиопатическим панкреатитом в

два раза чаще, чем пациенты контрольной группы (11,4% против 5,6% соответственно), однако данное различие не было статистически значимым. С другой стороны, имеется исследование, подтверждающее мнение о том, что ППД играют роль в развитии панкреатита, так как пациенты с ППД имели значительно большую частоту развития рецидивов – острого и без ППД [1].

Публикации последних 20 лет, касающиеся ППД, посвящены техническим аспектам эндоскопической канюляции БС ДПК и методам периперационной профилактики острого панкреатита после эндоскопического вмешательства, значению ППД в этиологии билиарного панкреатита и холангиокарцином [10].

В нашей статье представлены материалы ретроспективного исследования 147 пациентов с рецидивом обтурационной желтухи, вызванной холедохолитиазом и/или холангитом, которые находились на лечении в клинике в период с 2017 по 2020 год. У 113 (77%) из 147 пациентов был подтвержден парапапиллярный дивертикул. Данным пациентам выполнялась дуоденоскопия, при которой проводилась визуальная оценка количества, расположения и взаимоотношения дивертикулов к БС ДПК. Размер ППД измеряли сфинктеротомом Triple-Lumen со шкалой на его кончике (Ultratome™ XL Triple-Lumen Sphincterotome). Для определения типа ППД использовали классификацию, предложенную J. Voix в 2006 году [11] (табл. 1.):

- I тип – устье БС ДПК находится в дне ППД (юстапапиллярный дивертикул);

- II тип – устье БС ДПК находится в крае ППД;

- III тип – устье БС ДПК находится вне ППД.

Анатомическую особенность расположения БС ДПК между двумя ППД мы отнесли ко второму типу.

Все обследуемые пациенты в прошлом перенесли оперативное вмешательство на желчных путях (табл. 2.). Срок от первичного оперативного вмешательства до момента госпитализации колеблется от 1 месяца до 27 лет. Медиана времени после перенесенной операции составила 4,2±0,4 года.

При первичной госпитализации из 113 больных с ППД, у которых в последующем развилась рецидивная обтурационная желтуха, у 105 пациентов (93%) для устранения холедохолитиаза использовались эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства с последующим выполнением лапароскопической или открытой холецистэктомии. Этапность операций зависела от формы воспаления в стенке желчного пузыря и от тяжести состояния пациентов с высокой степенью операционного риска для радикальной операции. У 8 пациентов (7%) было выполнено наложение холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Средний возраст пациентов, перенесших холедоходуоденоаностомию, – 62±6,5 года. Показаниями к наложению ХДА после холедохолитотомии и литоэкстракции были холедохолитиаз и неэффективность эндоскопических методов литоэкстракции, связанные с патологией БС ДПК. В дальнейшем у пяти больных образо-

вались конкременты выше ХДА, а в ретродуоденальном отделе холедоха – у трех. С момента перенесенной операции до повторной госпитализации прошло 16 ± 8,4 года.

При повторной госпитализации у 107 пациентов (94,7%) рецидивный холедохолитиаз был ликвидирован эндоскопически, в том числе у пациентов, ранее перенесших ХДА. Холедохолитиаз сочетался в большинстве случаев (75,5%) с I и II типом ППД, т.е. с вовлечением в ППД устья БС ДПК с рассеченным сфинктерным аппаратом БС ДПК.

6 (5,3%) пациентам выполнены лапаротомные оперативные вмешательства. Показаниями к лапаротомии были неудачные канюляции БС ДПК при глубоких ППД I типа и крупные конкременты гепатикохоледоха (свыше 2,5 см в диаметре). Во всех 6 случаях после холедохолитотомии операции были завершены наложением холедоходуоденоанастомоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди проанализированных пациентов с рецидивной обтурационной желтухой отмечается высокая встречаемость парапапиллярных дивертикулов двенадцатиперстной кишки (77%). По нашим наблюдениям, преобладают диверти-

Таблица 1.

Структура выявленных ППД

Тип ППД	Абс.	%
I тип	41	36
II тип	44	39,5
III тип	28	24,5
Всего	113	100

Таблица 2.

Структура выполненных оперативных вмешательств

Оперативное вмешательство	Абс.	%
ЭПСТ МЛЭ + ЛХЭ	73	49,7
ЭПСТ МЛЭ + ОХЭ	17	11,6
ЭПСТ + ХЛТ + ХДА	2	1,4
ОХЭ + ХЛТ + ХДА	6	4
ЛХЭ + ЭПСТ + МЛЭ	44	29,9
ОХЭ + ГЕА	1	0,7
ХЦСт + ЭПСТ + МЛЭ	4	2,7
Всего больных:	147	100

Примечание: ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, МЛЭ – эндоскопическая механическая литоэкстракция, ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, ОХЭ – традиционная (путем лапаротомии) холецистэктомия, ХЛТ – холедохолитотомия, ХДА – холедоходуоденоанастомоз, ГЕА – гепатикоюноанастомоз, ХЦСт – холецистостомия.

кулы I и II типа (75,5%), т.е. устье БС ДПК было вовлечено в ППД. Несмотря на наличие ППД, в большинстве случаев (94,7%) холедохолитиаз устранен эндоскопическим путем (ЭПСТ + МЛЭ), и лишь в 5,3% случаев потребовалось оперативное вмешательство традиционными методами с формированием ХДА.

На данный момент нельзя достоверно утверждать, что парапапиллярные дивертикулы являются одной из основных причин развития доброкачественной патологии билиарного тракта, однако наличие ППД, особенно I и II типов, является неоспоримым фактором риска развития этой патологии.

А.А. Васильев, Н.Л. Смирнов, К.И. Буйнов, И.К. Ельский

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ПАРАПАПИЛЛЯРНЫЕ ДИВЕРТИКУЛЫ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Представлены материалы ретроспективного исследования 147 пациентов с рецидивом обтурационной желтухи, вызванной холедохолитиазом и/или холангитом. У 113 (77%) из 147 пациентов был подтвержден парапапиллярный дивертикул. Для определения типа парапапиллярных дивертикулов использовали классификацию, предложенную J. Boix в 2006 году. У 107 пациентов (94,7%) рецидивный холедохолитиаз был ликвидирован эндоскопически. 6 (5,3%) пациентам выполнены холедоходуоденоанастомозы. Показаниями к лапаротомии были неудачные каню-

ляции большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Среди проанализированных результатов обследования и лечения пациентов с рецидивной обтурационной желтухой отмечается высокая встречаемость парапапиллярных дивертикулов двенадцатиперстной кишки. Несмотря на наличие парапапиллярных дивертикулов, в большинстве случаев холедохолитиаз устраняется эндоскопическим путем.

Ключевые слова: рецидивный холедохолитиаз, парапапиллярный дивертикул, типы дивертикулов, хирургическая тактика.

A.A. Vasil'ev, N.L. Smirnov, K.I. Buynov, I.K. Yelskiy

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

PARAPAPILLARY DIVERTICULES IN PATIENTS WITH BENING OBSTRUCTIVE JAUNDICE

The article presents the materials of a retrospective study of 147 patients with recurrent obstructive icterus caused by choledocholithiasis and / or cholangitis. In 113 (77%) of 147 patients, parapapillary diverticulum was confirmed. To determine the type of parapapillary diverticulum, the classification proposed by J. Boix in 2006 was used. In 107 patients (94.7%) recurrent choledocholithiasis was eliminated endoscopically. 6 (5.3%) patients underwent choledochoduodenoanastomoses. Indications for

laparotomy were unsuccessful cannulation of the large duodenal papilla. Among the analyzed patients with recurrent obstructive icterus, there is a high incidence of duodenal parapapillary diverticulum. Despite the presence of parapapillary diverticulum, in most cases, choledocholithiasis is eliminated endoscopically.

Key words: recurrent choledocholithiasis, parapapillary diverticulum, types of diverticula, surgical tactics.

ЛИТЕРАТУРА

1. Uomo G., Manes G., Ragozzino A., Cavallera A., Rabitti P.G. Periapillary extraluminal duodenal diverticula and acute pancreatitis: an underestimated etiological association. *Am J Gastroenterol.* 1996; 91: 1186-1188.
2. Castilho Netto J.M., Speranzini M.B. Ampullary duodenal diverticulum and cholangitis. *Sao Paulo Med J.* 2003; 121: 173-175.
3. Egawa N., Kamisawa T., Tu Y., Sakaki N., Tsuruta K., Okamoto A. The role of juxtapapillary duodenal diverticulum in the formation of gallbladder stones. *Hepatogastroenterology.* 1998; 45: 917- 920.
4. Kim C.W., Chang J.H., Kim J.H., Kim T.H., Lee I.S., Han S.W. Size and type of periampullary duodenal diverticula are associated with bile duct diameter and recurrence of bile duct stones. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.*

REFERENCES

1. Uomo G., Manes G., Ragozzino A., Cavallera A., Rabitti P.G. Periapillary extraluminal duodenal diverticula and acute pancreatitis: an underestimated etiological association. *Am J Gastroenterol.* 1996; 91: 1186-1188.
2. Castilho Netto J.M., Speranzini M.B. Ampullary duodenal diverticulum and cholangitis. *Sao Paulo Med J.* 2003; 121: 173-175.
3. Egawa N., Kamisawa T., Tu Y., Sakaki N., Tsuruta K., Okamoto A. The role of juxtapapillary duodenal diverticulum in the formation of gallbladder stones. *Hepatogastroenterology.* 1998; 45: 917- 920.
4. Kim C.W., Chang J.H., Kim J.H., Kim T.H., Lee I.S., Han S.W. Size and type of periampullary duodenal diverticula are associated with bile duct diameter and recurrence of bile duct stones. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.*

- 2013; 28 (5): 893-898. doi: 10.1111/jgh.12184.
5. Løtveit T., Osnes M., Aune S., Larsen S.: Studies of the choledocho-duodenal sphincter in patients with and without juxta-papillary duodenal diverticula. *Scand J Gastroenterol.* 1980; 15: 875-880.
 6. Suda K, Mizuguchi K, Matsumoto M: A histopathological study on the etiology of duodenal diverticulum related to the fusion of the pancreatic anlage. *Am J Gastroenterol.* 1983; 78: 335-338.
 7. Takaaki J., Kodama T., Akaki H., Fukui Y., Furuya S., Morita M., Kashima K.: Relationship between juxtapapillary duodenal diverticulum and biliopancreatic disease. Evaluation by endoscopic biliary manometry (in Japanese). *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 1992; 89: 1270-1278.
 8. Kimura W, Nagai H, Kuroda A, Muto T: No significant correlation between histologic changes of the papilla of Vater and juxtapapillary diverticulum. *Scand J Gastroenterol.* 1992; 27: 951-956.
 9. Skar V., Skar G., Osnes M. The duodenal bacterial flora in the region of papilla of Vater in patients with and without duodenal diverticula. *Scand J Gastroenterol.* 1989; 24: 649-656.
 10. Panteris V., Vezakis A., Filippou G., Filippou D., Karamanolis D. and Rizos S. Influence of juxtapapillary diverticula on the success or difficulty of cannulation and complication rate. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2008; 68 (5): 903-910.
 11. Boix J., Lorenzo-Zruniga V., Ananos F., Domenech E., Morillas R. M. and Gassull M. A. "Impact of periampullary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a proposed classification of periampullary duodenal diverticula" *Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques.* 2006; 16 (4): 208-211.
5. Løtveit T., Osnes M., Aune S., Larsen S.: Studies of the choledocho-duodenal sphincter in patients with and without juxta-papillary duodenal diverticula. *Scand J Gastroenterol.* 1980; 15: 875-880.
 6. Suda K, Mizuguchi K, Matsumoto M: A histopathological study on the etiology of duodenal diverticulum related to the fusion of the pancreatic anlage. *Am J Gastroenterol.* 1983; 78: 335-338.
 7. Takaaki J., Kodama T., Akaki H., Fukui Y., Furuya S., Morita M., Kashima K.: Relationship between juxtapapillary duodenal diverticulum and biliopancreatic disease. Evaluation by endoscopic biliary manometry (in Japanese). *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 1992; 89: 1270-1278.
 8. Kimura W, Nagai H, Kuroda A, Muto T: No significant correlation between histologic changes of the papilla of Vater and juxtapapillary diverticulum. *Scand J Gastroenterol.* 1992; 27: 951-956.
 9. Skar V., Skar G., Osnes M. The duodenal bacterial flora in the region of papilla of Vater in patients with and without duodenal diverticula. *Scand J Gastroenterol.* 1989; 24: 649-656.
 10. Panteris V., Vezakis A., Filippou G., Filippou D., Karamanolis D. and Rizos S. Influence of juxtapapillary diverticula on the success or difficulty of cannulation and complication rate. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2008; 68 (5): 903-910.
 11. Boix J., Lorenzo-Zruniga V., Ananos F., Domenech E., Morillas R. M. and Gassull M. A. "Impact of periampullary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a proposed classification of periampullary duodenal diverticula" *Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques.* 2006; 16 (4): 208-211.