

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ, ВИКЛИКАНОГО ДОБРОЯКІСНИМИ ПРОЦЕСАМИ В ДІЛЯНЦІ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА**В.А. Вовк, О.В. Шадрін**

КНП «Обласна клінічна лікарня», м. Харків, Україна

Ключові слова:

гострий холангіт,
папілярний
стеноз, аденома
великого сосочка
дванадцятипалої
кишки, парапапілярні
поліпи, парапапілярний
дивертикул,
парапапілярна виразка
дванадцятипалої кишки.

Буковинський медичний
вісник. Т.23, № 1 (89).
С. 26-31.

DOI:

10.24061/2413-0737.
XXIII.1.89.2019.4

E-mail: valery_vals@
ukr.net

Мета роботи — удосконалити методи хірургічного лікування гострого холангіту, викликаного доброякісними утвореннями в ділянці великого дуоденального сосочка.

Матеріал і методи. Проведений аналіз хірургічного лікування 83 хворих на гострий холангіт, викликаний доброякісними утвореннями в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки. Серед них чоловіків було 49, жінок — 34. Середній вік пацієнтів становив (49,7±6,9) років. За нозологічними формами розподіл хворих проведений таким чином: папілярний стеноз — 51, аденома великого сосочка дванадцятипалої кишки — 13, парапапілярні поліпи дванадцятипалої кишки — 12, дивертикули дванадцятипалої кишки в ділянці великого дуоденального сосочка — 5, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки — 2.

Результати. Гострий холангіт при папілярному стенозі, аденомі великого сосочка дванадцятипалої кишки, парапапілярних поліпах усунутий за допомогою ендоскопічних трансдуоденальних методик із видаленням безпосередньої причини виникнення гострого холангіту. Для цього застосовані ендоскопічна папілосфінктеротомія, ендоскопічна механічна літотрипсія, літоекстракція, електроексцизія поліпів та аденом. Із 83 пацієнтів, 19 (22,9%) виконано дві та більше ендоскопічних транспапілярних втручань. Найбільші труднощі виникли при канюляції великого дуоденального сосочка у пацієнтів із парапапілярними виразками та дивертикулами дванадцятипалої кишки. Двом хворим проведені лапароскопічні та ще двом пацієнтам виконані «відкриті» хірургічні втручання.

Серед 83 пролікованих пацієнтів із гострим холангітом на фоні доброякісної патології великого сосочка дванадцятипалої кишки в 11 (13,3%) виникли різного роду ускладнення.

Висновки. Гострий холангіт при папілярному стенозі, аденомі великого дуоденального сосочка та парапапілярні поліпи із супутнім холедохолітазом може бути цілком пролікований виключно за допомогою ендоскопічних втручань (за необхідності — багаторазових) з невеликою кількістю ускладнень (13,3%). Лікування гострого холангіту на фоні парапапілярних виразок та дивертикулів дванадцятипалої кишки в більшості випадків потребує застосування не тільки ендоскопічних трансдуоденальних методик, а й застосування лапароскопічних біліодренуючих та відкритих резекційних хірургічних втручань.

Ключевые слова:

острый холангит,
папиллярный
стеноз, аденома
большого сосочка
дванадцатиперстной
кишки,
парапапиллярные

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА, ВЫЗВАННОГО ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА**В.А. Вовк, О.В. Шадрин**

Цель работы — совершенствовать методы хирургического лечения острого холангита, вызванного доброкачественными образованиями в области большого дуоденального сосочка.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 83 боль-

полипы,
парапапиллярный
дивертикул,
парапапиллярная язва
двенадцатиперстной
кишки.

Буковинский медицин-
ский вестник. Т.23, № 1
(89). С. 26-31.

ных с острым холангитом, который возник вследствие доброкачественных образований в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Среди них мужчин было 49, женщин — 34. Средний возраст пациентов составил $(49,7 \pm 6,9)$ лет. По нозологическим формам разделение больных выглядело следующим образом: папиллярный стеноз — 51, аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки — 13, парапапиллярные полипы двенадцатиперстной кишки — 12, дивертикулы двенадцатиперстной кишки в области большого дуоденального сосочка — 5, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — 2.

Результаты. Острый холангит при папиллярном стенозе, аденоме большого сосочка двенадцатиперстной кишки, парапапиллярных полипах устранен с помощью эндоскопических трансдуоденальных методик с удалением непосредственной причины возникновения острого холангита. Для этого применены эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая механическая литотрипсия, литоэкстракция, электроэксцизия полипов и аденом. Из 83 пациентов 19 (22,9%) больным пришлось выполнить два и более эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Наибольшие трудности возникли при канюляции большого дуоденального сосочка у пациентов с парапапиллярными язвами и дивертикулами двенадцатиперстной кишки. Двум больным проведены лапароскопические и еще двум пациентам выполнены «открытые» хирургические вмешательства. Среди 83 пролеченных пациентов с острым холангитом на фоне доброкачественной патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки у 11 (13,3%) возникли разного рода осложнения.

Выводы. Острый холангит при папиллярном стенозе, аденоме большого дуоденального сосочка и парапапиллярных полипах с сопутствующим холедохолитиазом может быть полностью пролеченный исключительно с помощью эндоскопических вмешательств (при необходимости — многократных) с небольшим количеством осложнений (13,3%). Лечение острого холангита на фоне парапапиллярных язв и дивертикулов двенадцатиперстной кишки в большинстве случаев требует применения не только эндоскопических трансдуоденальных методик, но и применения лапароскопических билиодренажных и открытых резекционных хирургических вмешательств.

Keywords: acute
cholangitis, papillary
stenosis, adenoma of
the major duodenal
papilla, parapapillary
polyps, parapapillary
diverticulum,
parapapillary duodenal
ulcer.

Bukovinian Medical
Herald. V.23, № 1 (89).
P. 26-31.

TREATMENT OF ACUTE CHOLANGITIS CAUSED BY BENIGN PROCESSES IN THE MAJOR DUODENAL PAPILLA

V.A. Vovk, O.V. Shadrin

Objective: to improve the surgical treatment of acute cholangitis caused by benign tumors in the area of the major duodenal papilla.

Material and methods. Analysis of the surgical treatment of 83 patients with acute cholangitis arising from benign diseases in the area of the major duodenal papilla was made. Among them, there were 49 men and 34 women. The average age of patients was 49.7 ± 6.9 years. According to the nosological forms, it looked as follows: papillary stenosis — 51, adenomas of the major duodenal papilla — 13, parapapillary duodenal polyps — 12, diverticulum of the duodenum in the area of the major duodenal papilla — 5, peptic duodenal ulcer — 2.

Results. Acute cholangitis in papillary stenosis, adenoma of the major duodenal papilla, parapapillary polyps was eliminated using endoscopic transduodenal techniques with the removal of the immediate cause of acute

Оригінальні дослідження

cholangitis. For this used endoscopic papillo-sphincterotomy, endoscopic mechanical lithotripsy, lithoextraction, electroexcision of polyps and adenomas. Among 83 patients, 19 (22,9%) patients had to perform 2 or more endoscopic transpapillary interventions. The greatest difficulties were in the cannulation of the major duodenal papilla in patients with parapapillary ulcers and duodenal diverticulum. Two patients underwent laparoscopic and two patients underwent open surgical interventions. Among 83 patients treated with acute cholangitis on the background of benign pathology of the major duodenal papilla, 11 (13,3%) had different complications.

Conclusions. *Acute cholangitis in papillary stenosis, adenoma of the major duodenal papilla and parapapillary polyps with concomitant choledocholithiasis can be completely treated exclusively with endoscopic interventions (if necessary — multiple) with a small number of complications (13,3%). Treatment of acute cholangitis on the background of parapapillary ulcers and duodenal diverticulum in most cases requires the use not only endoscopic transduodenal techniques, but also the use of laparoscopic biliary and open resection surgical interventions.*

Вступ. Останніми роками, завдяки розвитку удосконалення ендоскопічного обладнання та ендоскопічних технологій, повідомляється про все більшу кількість різноманітних захворювань великого сосочка дванадцятипалої кишки, що викликають порушення прохідності дистальних відділів жовчовивідних шляхів. Значне місце серед цієї патології мають процеси доброякісної етіології як безпосередньо великого сосочка дванадцятипалої кишки, так і перисосочкової ділянки дванадцятипалої кишки [1]. Найбільш частими причинами порушення виділення жовчі в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки є папілярний стеноз, доброякісні пухлинні утворення великого сосочка дванадцятипалої кишки, парапапілярні поліпи дванадцятипалої кишки, парапапілярні дивертикули та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки [2].

Папілярний стеноз найчастіше викликаний механічною травматизацією великого сосочка дванадцятипалої кишки внаслідок проходження дрібних конкрементів (що призводить до набряку та запалення слизової оболонки термінального відділу жовчовивідних шляхів з подальшим фіброзуванням), але й може бути первинного походження [2,3].

Серед доброякісних пухлинних утворень найбільш часто трапляється аденома великого сосочка дванадцятипалої кишки. Аденоміоз відноситься до групи гетеротопічних процесів та розвивається внаслідок переміщення гіпертрофованих папілярних залоз у м'язовий шар сосочка [2,4].

Поліпами називаються доброякісні екзофітні утворення різноманітного походження слизової оболонки травного тракту. Виділяють поліпи на ніжці та на широкій основі, вони можуть розташовуватись як поодинокі, так і множинно. За формою поліпи бувають шароподібні або овальні, рідше — сосочкоподібні або грибовидні. Окрім порушення біліарної прохідності, поліпи в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки можуть ще ускладнитись кровотечею [5].

Більш рідкісними причинами порушення виділення жовчі в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки є виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та парапапілярні дуоденальні дивертикули [6].

Порушення біліарної прохідності на рівні великого сосочка дванадцятипалої кишки призводить до розвитку гострого холангіту, який значно ускладнює стан пацієнта та потребує негайних заходів щодо лікування. Загальновідомо, що гострий холангіт без лікування призводить до летального результату, а основними напрямками лікування гострого холангіту є усунення біліарної гіпертензії та боротьба з біліарною інфекцією [6].

Мета роботи. Удосконалити методи хірургічного лікування гострого холангіту, викликаного доброякісними утвореннями в ділянці великого дуоденального сосочка.

Матеріал і методи. У представленому дослідженні наданий аналіз хірургічного лікування 83 хворих на гострий холангіт, який виник внаслідок доброякісних утворень у ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки, що лікувалися в хірургічному відділенні КНП «Обласна клінічна лікарня» за період 2014–2017 роки. Серед них чоловіків було 49, жінок — 34. Середній вік пацієнтів становив (49,7±6,9) років. За нозологічними формами, розділення хворих виглядало таким чином: папілярний стеноз — 51, аденома великого сосочка дванадцятипалої кишки — 13, парапапілярні поліпи дванадцятипалої кишки — 12, дивертикули дванадцятипалої кишки в ділянці великого дуоденального сосочка — 5, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки — 2.

Діагностичний алгоритм включав клініко-лабораторні дослідження, а також дуоденоскопію з подальшою ендоскопічною ретроградною холангіографією та ендоскопічним втручанням на великому сосочку дванадцятипалої кишки з обов'язковою біопсією патологічно змінених тканин сосочка.

Всі пацієнти були з механічною жовтяницею. Рівень білірубіну в крові складав від 53,5 до 173,1 мкмоль/л, у середньому 87,3±5,6 мкмоль/л. Тривалість жовтяниці становила від 7 до 96 діб, у середньому (20,3±5,6) діб. Діагноз гострого холангіту підтверджений дуоденоскопічно на підставі візуального визначення наявності гною із спільної жовчної протоки. Окрім механічної жовтяниці, гострий холангіт у всіх пацієнтів супроводжувався лихоманкою та іншими симптомами інтоксикації різного ступеня вираженості.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням комп'ютерних програм «Microsoft Excel — 2010» за допомогою пакета прикладних програм «Statistica» 5,0 for Windows. Визначали середнє арифметичне варіаційного ряду (M) і стандартне відхилення середнього (σ).

Результати дослідження та їх обговорення.

В усіх випадках для діагностики та лікування доброякісної патології великого сосочка дванадцятипалої кишки з гострим холангітом застосована дуоденоскопія з втручаннями на сосочку. Особливістю проведення більшості ендоскопічних хірургічних втручань на великому сосочку дванадцятипалої кишки при цих захворюваннях стали певні утруднення в його ідентифікації та канюляції.

Із 83 пацієнтів, 19 (22,9%) хворим довелося виконати два та більше ендоскопічних транспапільярних втручань.

Серед 51 пацієнта з папілярним стенозом вісім мали холецистектомію в анамнезі, а 40 пацієнтів мали холецистолітіаз. Значна кількість проведених холецистектомій в анамнезі (15,7%) у пацієнтів із папілярним стенозом свідчить про те, що ця патологія великого сосочка дванадцятипалої кишки стала однією з причин для проведення холецистектомії, але не була вчасно розпізнана та усунена.

У 29 хворих виявлені різноманітні конкременти спільної жовчної протоки. У 27 випадках у гепатикохоledoху виявлені дрібні конкременти до 5 мм, у двох випадках конкременти сягали 10 та 11 мм. При лікуванні папілярного стенозу, ускладненого гострим холангітом, біліарна гіпертензія усувалася при ендоскопічних трансдуоденальних втручаннях. При проведенні дуоденоскопії у цих пацієнтів канюляцію великого сосочка дванадцятипалої кишки вдалося виконати при першій дуоденоскопії. Після канюляції сосочка проводили ендоскопічну ретроградну холангіографію та ендоскопічну папілотомію, що слугувала причиною для подальших ендоскопічних хірургічних маніпуляцій на гепатикохоledoху.

У всіх 51 пацієнта з папілярним стенозом вдалося досягнути надходження жовчі з домішками фібрину та гною до просвіту дванадцятипалої кишки при першому транспапільярному втручанні. При холедохолітіазі із 29 пацієнтів при першому ендоскопічному транспапільярному втручанні вдалося видалити конкременти з гепатикохоledoху у 21 пацієнта. Ще шістьом паці-

ентам повністю видалені конкременти при повторних транспапільярних втручаннях. Двом пацієнтам транспапільярно заведений стент проксимальніше місця знаходження конкрементів. У подальшому, через 21 і 25 діб при контрольній дуоденоскопії настала фрагментація конкрементів, що дозволило їх видалити.

Слід відзначити, що після першого ендоскопічного транспапільярного втручання у 5 із 12 пацієнтів із папілярним стенозом без холедохолітіазу динаміка зниження концентрації білірубіну в крові була досить повільною, що потребувало повторних дуоденоскопій та встановлення і промивання стента.

Після усунення перешкод відтоку жовчі та ознак гострого холангіту 41 хворому виконана лапароскопічна холецистектомія в строки від 3 до 23 діб від останньої (якщо їх було декілька) дуоденоскопії.

У 13 пацієнтів з аденомою великого сосочка дванадцятипалої кишки при дуоденоскопії проводилася ендоскопічна папілосфінктеротомія з видаленням аденоми для подальшого гістологічного дослідження. Розміри аденоми коливались від 3 до 10 мм. Надходження жовчі до дванадцятипалої кишки вдалося досягнути після першого ендоскопічного транспапільярного втручання. У цій групі вісьмом пацієнтам встановлений стент. Після усунення холангіту п'ятьом пацієнтам із холецистолітіазом виконана лапароскопічна холецистектомія.

Головним методом лікування парапапілярних поліпів дванадцятипалої кишки на сучасному етапі розвитку медицини є ендоскопічна поліпектомія з використанням електрохірургії струмом високої частоти, яка виконана 12 пацієнтам за цієї патології з подальшим гістологічним дослідженням. Після видалення поліпів та ендоскопічної папілосфінктеротомії у всіх цих хворих досягнуто виділення холангітичної жовчі до дванадцятипалої кишки, з них сімом встановлений стент. За наявності конкрементів у жовчному міхурі п'ятьом хворим виконана лапароскопічна холецистектомія.

Найбільші труднощі виникли при канюляції великого дуоденального сосочка у пацієнтів із парапапілярними виразками та дивертикулами дванадцятипалої кишки. Із сімох хворих здійснити канюляцію великого дуоденального сосочка вдалося тільки двом. При здійсненні канюляції та після ендоскопічної ретроградної холангіографії таким пацієнтам виконана папілосфінктеротомія, літоекстракція та стентування гепатикохоledoха. Двом хворим проведені лапароскопічні хірургічні втручання: одному — холецистостомія, іншому — холецистектомія з дренажуванням гепатикохоledoха; в обох випадках з подальшою санацією жовчовивідних шляхів. Двом пацієнтам виконані «відкриті» втручання: одному з них — холецистектомія, холедоходуоденостомія, ще одному — резекція 1/2 шлунка за Більрот II та холецистоєюностомія за оригінальною методикою, що передбачає накладання холецистоєюноанастомозу та гастроентероанастомозу

Оригінальні дослідження

на відключеній за Ру ділянці тонкої кишки.

В одному випадку при парапапілярній виразці та підвищенні рівня білірубину в крові до 72,5 мкмоль/л із клінічними проявами гострого холангіту ефективною виявилася консервативна противиразкова, антибактеріальна, інфузійно-дезінтоксикаційна терапія. Протягом двох діб рівень білірубину знизився до 30,2 мкмоль/л та зникли явища інтоксикації та запального процесу. Ендоскопічно підтверджено потрапляння каламутної жовчі до просвіту дванадцятипалої кишки.

Серед 83 пролікованих пацієнтів із гострим холангітом на фоні доброякісної патології великого сосочка дванадцятипалої кишки в 11 (13,3%) виникли різного роду ускладнення.

Транзиторна гіперамілаземія після проведення ендоскопічних втручань на великому сосочку дванадцятипалої кишки та спільній жовчній протоці виникла у 19 хворих (22,9%). Рівень амілази у цих пацієнтів коливався від 110 до 495 од. Під впливом вказаної терапії рівень амілази нормалізувався упродовж однієї-трьох діб. Тому вищевказане підвищення амілази крові без інших клініко-інструментальних проявів ураження підшлункової залози, без появи вільної рідини в черевній порожнині, рідини в чепцевій сумці та при зниженні концентрації рівня білірубину в крові не враховано як ускладнення та не потребувало спеціальних додаткових заходів.

Гострий панкреатит після транспапілярних втручань виник у чотирьох пацієнтів (4,8%). У цих хворих, окрім гіпераміліземії від 267 до 1089 од., були болі у верхніх відділах живота, болючість та виявлення інфільтрату при пальпації в проекції підшлункової залози, прояви інтоксикації, блювання, ультразвукові ознаки гострого панкреатиту та поява рідини в чепцевій сумці і вільної рідини в черевній порожнині, що потребувало збільшення об'єму інфузії, використання синтетичних аналогів соматостатину та антибіотиків. У трьох випадках проведено успішно консервативне лікування. Оперативне лікування з приводу гострого панкреатиту після ендоскопічних трансдуоденальних втручань застосоване одному хворому — виконана лапароскопічна санація і дренивання чепцевої сумки та черевної порожнини.

Найбільш часто, у 6 (7,2%) випадках виникла

Відомості про авторів:

Вовк Валерій Анатолійович — к.мед. н., доцент, лікар-хірург хірургічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня», м. Харків.

Шадрін Олег Валентинович — к.мед. н., лікар-ендоскопіст ендоскопічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня», м. Харків.

Сведения об авторах:

Вовк Валерий Анатолиевич — к.мед. н., доцент, врач-хирург хирургического отделения КНП «Областная клиническая больница», г. Харьков.

Шадрин Олег Валентинович — к.мед. н., врач-эндоскопист эндоскопического отделения КНП «Областная клиническая больница», г. Харьков.

кровотеча з папілотомної рани. У чотирьох випадках кровотеча зупинена консервативними заходами, а у двох випадках — за допомогою електрокоагуляції при повторних дуоденоскопіях. Летальних випадків не було.

Таким чином, розвиток ендоскопічних технологій сприяє прогресуванню підходів у лікуванні гострого холангіту на фоні доброякісних утворень великого сосочка дванадцятипалої кишки з низькою кількістю ускладнень та без летальних випадків.

Висновки

1. Гострий холангіт при папілярному стенозі, адені великого дуоденального сосочка та парапапілярні поліпи із супутнім холедохолітіазом може бути цілком пролікований виключно за допомогою ендоскопічних втручань (за необхідності — багаторазових) із невеликою кількістю ускладнень (13,3%).

2. Лікування гострого холангіту на фоні парапапілярних виразок та дивертикулів дванадцятипалої кишки в більшості випадків потребує застосування не тільки ендоскопічних трансдуоденальних методик, а й застосування лапароскопічних білідренуючих та відкритих резекційних хірургічних втручань.

Перспективи подальших досліджень. На основі проведених досліджень будуть розроблені та впроваджені в практику нові методи лікування гострого холангіту.

Список літератури

1. Nishino T, Hamano T, Mitsunaga Y, Shirato I, Shirato M, Tagata T, Shimada M, Yoshida S, Mitsunaga A. Clinical evaluation of the Tokyo guidelines 2013 for severity assessment of acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2014;21:841–49.
2. Mikhaleva LM, Gracheva NA. Morphological characteristics of the stethosis of the major duodenal papilla. *Proceedings of the higher educational institutions.* 2006; 4: 96–106.
3. Parhisenko YuA, Zhdanov A I, Parhisenko VYu, Kalashnik RS. Mechanical jaundice: modern views on the problem of diagnosis and surgical treatment. *Ukrainian Journal of Surgery.* 2013; 3: 202–14.
4. Tavares V, Mennet A, Anderegg E. Biliary infections: cholecystitis and cholangitis. *Rev. Med. Suisse.* 2016; Aug. 10; (526):1316–20. French. PMID: 28671775.
5. Lee JG. Diagnosis and management of acute cholangitis. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2009; 6: 533–41.
6. Zimmer V, Lammert F. Acute Bacterial Cholangitis. *Viszer-almedizin.* 2015; Jun, 31 (3): 166–72.

Information about the authors:

Vovk Valeryi Anatoliyovych — PhD, Associate Professor, doctor-surgeon of the Surgical Department of the Communal Nonprofit Enterprise «Regional Clinical Hospital», Kharkiv, Ukraine.

Shadrin Oleg Valentynovych — PhD, Associate Professor, doctor-surgeon of the Surgical Department of the Communal Nonprofit Enterprise «Regional Clinical Hospital», Kharkiv, Ukraine.

Надійшла до редакції 20.02.2019
Рецензент — проф. Польовий В.П.
© В.А. Вовк, О.В. Шадрін , 2019
