

Перипапиллярный дивертикул как причина постхолецистэктомического синдрома Зайцева А. О.¹, Кутявина Д. А.², Климентов М. Н.³

¹Зайцева Ангелина Олеговна / Zaytseva Angelina Olegovna – студент;

²Кутявина Дарья Алексеевна / Kutyavina Daria Alekseevna – студент;

³Климентов Михаил Николаевич / Klimentov Mikhail Nikolaevich - кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра факультетской хирургии, педиатрический факультет,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Ижевская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской республики
1 Республиканская Клиническая Больница, г. Ижевск

Аннотация: в данной статье описывается клинический случай перипапиллярного дивертикула двенадцатиперстной кишки, ставшего причиной постхолецистэктомического синдрома. Дивертикулы составляют 1,0 - 1,5% всех заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Среди них дивертикулы двенадцатиперстной кишки - 36,6%. Современные инструментальные методы диагностики, такие как УЗИ, МРТ, ЭРХПГ, позволяют предотвратить развитие осложнений после холецистэктомии.

Ключевые слова: перипапиллярный дивертикул; дивертикул двенадцатиперстной кишки; постхолецистэктомический синдром.

Историческая справка. Фатеров сосочек - большинство хирургов именно так называют большой дуоденальный сосочек, но мало кто знает, что Абрахам Фатер не описывал вышеупомянутое анатомическое образование в своих трудах. Он в 1720 г. первым описал дивертикул терминального отдела холедоха. То есть А. Фатер описал чрезвычайно редкий вид патологии – дивертикул общего желчного протока или холедохоцеле. Таким образом, автор не описывал ни анатомии большого дуоденального сосочка, ни ампулы общего желчного протока и никогда не упоминал о нем в своих трудах, как принято считать. Но в медицинской литературе большой дуоденальный сосочек и ампула носят его имя.

Большой дуоденальный сосочек впервые описал английский анатом Фрэнсис Глиссон в 1654 в первом издании своей книги *Anatomie Heparis*.

Руджеро Одди (рис. 1) в 1887 г. в возрасте 23 лет, будучи ещё студентом 4 курса Университета в Перудже, в студенческой работе описал небольшой сфинктер — мышечный клапан, располагающийся в Фатеровом сосочке на внутренней поверхности двенадцатиперстной кишки, управляющий поступлением жёлчи и панкреатического сока и препятствующий попаданию содержимого кишечника в жёлчные и панкреатические протоки. В честь него и был назван сфинктер Одди.



Рис.1. Руджеро Одди

Часть ученых считают, что первым большой дуоденальный сосочек описал Готфрид Бидлоо в 1685 г. Другие приписывают авторство Джованни Доменико Санторини и датируют его 1724, поэтому в некоторых текстах встречается название - сосочек Санторини. Отсюда следует, что сосочек Фатера, Санторини, Бедлоо, дуоденальный сосочек и большой дуоденальный сосочек - это все эпонимы.

Дивертикул ДПК представляет собой выпячивание всех слоев стенки желудка и ДПК в форме мешка или воронки, сообщающееся с просветом органа. Дивертикул напоминает пенетрирующую язву, но отличается от последней сохранением целостности всех слоев стенки. Не исключается возможность возникновения язвы в дивертикуле.

Дивертикулы бывают разных размеров: от едва заметных до нескольких см в диаметре. В ДПК они чаще (90%) локализуются в нисходящей ее части, как по внутреннему контуру ее «подковы» (чаще), так и по наружному. Развернутая клиническая картина возникает при остром или хроническом дивертикулите. Острый проявляется интенсивной болью в эпигастрии и лихорадкой. Воспаление может перейти на соседние органы и ткани. Также возможно кровотечение, перфорация стенки дивертикула, в результате чего развивается перитонит или забрюшинная флегмона. При изъязвлении дивертикулов верхней части двенадцатиперстной кишки возникают признаки пептической язвы - боль в эпигастрии, связанная с приемом пищи. Если воспаленный дивертикул расположен рядом с фатеровым соском и протоком поджелудочной железы могут возникнуть нарушения функций желчного пузыря и поджелудочной железы. Это приводит к развитию печеночной колики, желтухи, желчнокаменной болезни, остро и хронического панкреатита [1].

Приводим наблюдение перипапиллярного дивертикула, ставшего причиной постхолецистэктомического синдрома. Больная Г., 69 лет, поступила с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье и эпигастриальной области, периодически эпизоды потемнения мочи после приступа. Около года назад, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаружили конкремент желчного пузыря, была выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Через некоторое время после операции появились вышеописанные жалобы.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожа и слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 76 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Выполнены инструментальные методы исследования:

Видеоэзофагогостродуоденоскопия: в двенадцатиперстной кишке просвет без особенностей, содержит нормальное количество слизи, стенка эластичная, растяжимая, перистальтика ритмичная, слизистая розовая, отечная. *На месте фатерова соска большой дивертикул. Фатеров сосок скрыт в дивертикуле, осмотру недоступен (рис. 2).*



Рис. 2. Перипапиллярный дивертикул

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу жировой инфильтрации, состояние после ПХЭ, компенсаторное расширение холедоха.

МРТ: состояние после холецистэктомии. Конкремент нижней трети холедоха. Перипапиллярный дивертикул двенадцатиперстной кишки. Киста левой доли печени. Единичные кисты паренхимы левой почки.

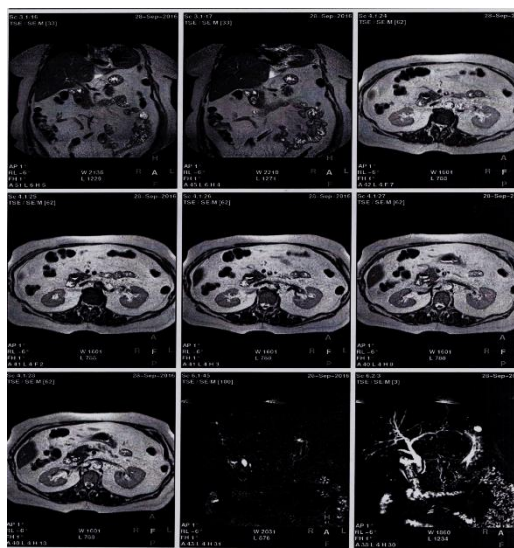


Рис. 3. Холедохолитиаз. Перипапиллярный дивертикул двенадцатиперстной кишки

Пациентке предложено оперативное лечение. Выполнена лапаротомия трансректальным доступом. В брюшной полости выпота нет, в подпеченочном пространстве спаечный процесс, спайки разделены тугим и острым путем. Выделен холедох, шириной 1,0 см, вскрыт, из просвета выделилась светлая желчь. При ревизии холедоха в дистальном отделе пальпируется конкремент, холедох промыт, конкремент извлечен. Так же отмыто большое количество «замазки», «песка», мелких конкрементов, проксимальные отделы, долевые протоки проходимы. После промывания катетер, диаметром 0,3 см, проведен в двенадцатиперстную кишку. Учитывая наличие множественного холедохолитиаза, решено выполнить холедоходуоденоанастомоз. Вскрыта двенадцатиперстная кишка, выполнил холедоходуоденоанастомоз по Юрашу двурядный нитью на атравматической игле шириной 1,5 см, подпеченочное пространство дренировано ПВХ-дренажом. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. В удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Выводы.

1. Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими холецистэктомию, должно проводиться в течение не менее 12 месяцев и быть направлено на профилактику и своевременную диагностику рецидивов ЖКБ и сопутствующих заболеваний органов панкреато-гепатодуоденальной системы.
2. Современные методы инструментальной диагностики (УЗИ, МРТ, ЭРХПГ) позволяют выявить при ЖКБ не только холецистолитиаз, но и холедохолитиаз.
3. ФГДС с осмотром большого дуоденального сосочка должна проводиться всем пациентам, кому предстоит операция по поводу калькулезного холецистита.
4. Поддерживающая терапия в послеоперационном периоде должна включать: Урсосан по 4-10 мг/кг/сут., курсы 2 раза в год по 1-3 месяца; Дюспаталин® по 400 мг/сут. — 4 недели; Лактулоза в пребиотической дозе.

Литература

1. Комаров Ф. И., Рапопорт С. И. Руководство по гастроэнтерологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 864 с.
2. Леонов В. В., Донцов И. В., Мехтиханов З. С., Бойко Л. А. Руководство по эндоскопии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – Харьков: Факт, 2004. 136 с.