

ПЕРИАМПУЛАРНИЯТ ДУОДЕНАЛЕН ДИВЕРТИКУЛ КАТО ПРЕДИКТОР ЗА РАЗВИТИЕ НА СТЕНОЗИРАЩ ПАПИЛИТ – ИЗГРАЖДАНЕ НА МАТЕМАТИЧЕСКИ МОДЕЛ

Стоянка Динева¹, Пламен Гецов², Борислав Владимиров³,
Красимира Проданова⁴

¹Клиника по образна диагностика, Медицински институт на МВР - София

²Клиника по образна диагностика, УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ - София

³Клиничен център по гастроентерология,
УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“ - София

⁴Технически университет - София

PERIAMPULLARY DUODENAL DIVERTICULA AS A PREDICTOR FOR DEVELOPMENT OF STENOSING PAPILLITIS - CONSTRUCTION OF MATHEMATICAL MODEL

Stoyanka Dineva¹, Plamen Getsov², Borislav Vladimirov³, Krasimira Prodanova⁴

¹Department of diagnostic imaging, Medical Institute of Ministry of Interior - Sofia

²Department of diagnostic imaging at University Hospital „Queen Joanna“ - Sofia

³Clinical Center of Gastroenterology at University Hospital „Queen Joanna“ - Sofia

⁴Technical University - Sofia

РЕЗЮМЕ

Стенозата на папилата на Фатер представлява доброкачествено заболяване, обусловено от възпалителни изменения и рбцови промени, които предизвикват непроходимост на жлъчния и панкреатичния канал и свързаните с това патологични процеси в жлъчните пътища и панкреаса. Възпалителни и фиброзни процеси в папилата на Фатер често се наблюдават при пациенти с периампуларен дуоденален дивертикул (ПДД). Създаването на математически модел показва зависимостта на папилита от наличието на периампуларен дуоденален дивертикул. Прилагането на логистична регресия доказва, че ПДД не е предиктор за развитие на папилит.

Ключови думи: папилит, математически модел, дуоденален дивертикул

ABSTRACT

The stenosis of the papilla of Vater is a benign disease, determined by inflammatory changes and scar tissue changes that cause obstruction of the bile and pancreatic duct and the associated pathological processes in the biliary tract and pancreas. Inflammatory and fibrotic processes in the papilla of Vater are frequently observed in patients with periampullary duodenal diverticulum (PDD). The creation of a mathematical model shows the dependence of papillitis on periampullary duodenal diverticulum. The application of logistic regression proves that the PDD is not a predictor for the development of papillitis.

Keywords: papillitis, mathematical model, duodenal diverticulum

УВОД

Папилата се намира на границата между две (общия жлъчен канал и дванадесетопръстника), а понякога и три (при сливането на големия канал на панкреаса в ампулата на папилата) каналчести системи. Патогенни микроорганизми, ко-

лебания в налягането и рН, застоят в каналите допринасят за развитието на патологични промени в нея. Папилата заедно с крайната част на общия жлъчен канал се нарича пространство на Одди, а затварящият му апарат – сфинктер на Одди.

Продължително съществуваща дискинезия на сфинктера на Одди по същество представлява началния етап на стенозиращия папилит. Конкретни симптоми, характерни за заболяването, е трудно да се определят. По тази причина тази патология често не се диагностицира. Въпреки това, основният симптом, при който лекарят трябва да мисли за възможен патологичен процес в областта на папилата е появата на жълтеница или болка с характеристика на панкреатит.

Развитието на стенозиращ папилит най-често се свързва с камъни в жлъчката и особено холедохолитиазата. Травма на папилата по време на преминаването на камъка, активна инфекция в гънките на сфинктера и клапния апарат водят до бъдещото развитие на фиброзна тъкан и стеноза на различните части на ампулата или директно на съседната част от общия жлъчен канал, т.е. зоната на Одди.

Възпалителни и фиброзни процеси в папилата на Фатер често се наблюдават при пациенти с периампуларен дуоденален дивертикул. Първичен стенозиращ папилит, при който не се откриват обичайните причини (холелитиаза, ПДД и т.н.), се среща по-рядко. Според J. Sagoi такова развитие на заболяването се среща в 2-8% от пациентите. През последните години честотата на първичните форми се е увеличила до 12-20%.

МАТЕРАЛ И МЕТОДИ

Материалът включва ретроспективен анализ на данни от протоколи от ЕРХПГ и придружаваща медицинска документация – рентгенографии с рентгенографски резултати, епикризи, лабораторни и хистологични изследвания. Изследванията са извършени в УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ” - София при съвместната работа между Клиниката по гастроентерология и Клиниката по образна диагностика.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От всички 3966 случая с данни за папилит са 2310 (58.24%). В групата с ПДД те са 72.05%, а в група без ПДД – 54.10%.

Приложен е регресионно стохастичен модел за търсене на влиянието на ПДД върху развитието на папилит. Резултатите са дадени в Таблица 1.

Тълкуване

Отрицателният коефициент пред “Дивертикул” (-0,76) показва, че вероятността за папилит е по-голяма при липсата на дивертикул. Това означава, че ПДД не е предиктор за развитие на папилит.

Табл. 1. Математически модел на папилит под влияние на дивертикул

	Коеф.В0	Дивертикул
Изчисл. стойн.	0,4619363	-0,7645505
t-критерий	2,64269	-9,107721
p-ниво	0,008257432	1,30492100E-19

Заболяванията на дуоденалната папила в настояще време не са рядкост, но рядко се диагностицират. Изучаването на патологичните процеси, локализирани в билиопанкреатичната зона, показва, че важна роля в техния произход играе папилата. За възникването на различни заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса способстват не само органичните промени в папилата, но и функционалните ѝ нарушения (нарушения в сфинктерния апарат). Несвоевременната диагностика води до значителен брой на неудовлетворителни резултати в лечението на болни с жлъчнокаменна болест и панкреатит.

В анализираният от нас случай установената честота на стенозиращ папилит е 44.7% сред всички пациенти, подложени на ЕРХПГ. По-високата честота отдаваме на факта, че в материалите са включени както диагностични, така и терапевтични ЕРХПГ.

P. Mallet-Guy предполага, че важната роля в патогенезата на папилита принадлежи на следните механизми: хипертония на сфинктера на Одди, забавена евакуация на жлъчката в дванадесетопръстника, активиране на инфекциозния процес в областта на папилата, развитие на поствъзпалителна фиброза. Фиброзни възпалителни процеси в областта на папилата често се наблюдават при пациенти с ПДД, някои форми на дуоденит, дуоденална язва. Стенозиращият дуоденален папилит в много случаи е вторичен процес, а като основна причина се разглежда жлъчнокаменната болест. Първичният стенозиращ папилит, при който не са налице традиционните причини (холелитиаза, ПДД и т.н.), както изглежда, е рядкост. Според Дж. Кароли заболяването се наблюдава при 2-8% от пациентите. Данните за честотата на папилита, които различните автори съобщават, варират в зависимост от средната възраст и броя обхванати пациенти. За нашата страна изследване върху честотата е осъществено от Хлебаров и Дееничин, като в наблюдаваната от тях група от 532 пациенти, претърпели ендоскопска папилосфинктеротомия, стенозиращ папилит се установява при 98 души

(18.42%). Li ZH, Chen M съобщават за 22.2% сред прегледаните от тях 1026 пациенти.

Прилагането на регресионния модел потвърждава, че наличието на периампуларен дивертикул не е фактор за развитие на папилит. Това е в подкрепа на тезата, сочена и от други автори, че ПДД не е предиктор за папилит, въпреки че съчетанието им е често наблюдавано.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Логично се налага изводът, че стенозиращият папилит не е директно следствие от ПДД, а се развива като такова от холедохолитиаза. При преминаване на конкременти през папилата тя търпи механични травми. Нараняванията ѝ и съществуващият инфекциозен процес в клапния апарат на ампулата предизвикват по-нататъшно развитие на фиброзна тъкан и стенозиране на различни части на ампулата на голямата дуоденална папила или непосредствено прилежащата към нея част на общия жлъчен проток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Anastasios J, Karayiannakis H, Bolanakis N et al. Common Bile Duct Obstruction Secondary to a Periapillary Diverticulum. Case Rep. Gastroenterol, 2012; №6, p:523–529.
2. Bittle MM, Gunn ML, Gross JA, Rohrmann CA. Imaging of duodenal diverticula and their complications. Curr Probl Diagn Radiol. 2012, Jan-Feb; №41(1), p:20-9.
3. Kimura W, Nagai H, Kuroda A, Muto T: No significant correlation between histologic changes of the papilla of Vater and juxtapapillary diverticulum. Scand J Gastroente, № 27, p: 951–956.
4. Kubota K, Fujisawa T, Abe Y, Inamori M, Kirokoshi H, Saito S, Nakajima A. Clinical significance of the duodenal papilla in patients with separate orifices for bile and the pancreatic ducts. J Gastroenterol 2007; №42, p:70-78
5. Li ZH, Chen M, Liu JK, Ding J, Dong JH. Endoscopic sphincterotomy in treatment of cholangiopancreatic diseases. World J Gastroenterol 2005;11 (17), p:2678-2680
6. Sigillò G, Ruffolo F, De Pasquale G. Acute cholangiopancreatitis in a patient with a duodenal diverticulum at Vater's ampulla. Ann Ital Chir. 1993, May-Jun; 64(3), p:319-21.
7. Tham TCK, Kell M. Association of periampullary duodenal diverticula with bile duct stones and with technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography, Endoscopy 2004, 36, p.1050-1053
8. Thomas P, Poletti PA, Becker CD, Platon A. The complicated duodenal diverticulum: retrospective analysis of 11 cases. Bottom of Form. Received 31 August 2011; accepted 3 November 2011. published online 16 December 2011.
9. Tyagi P, Sharma P, Sharma BC, Puri AS. Periapillary diverticula and technical success of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Surg endosc (2009) 23; p.1342-1345
10. Vagholkar K, Tople S. Duodenal diverticulum. (Disease/Disorder overview). Article from: The Internet Journal of Surgery, September 21, 2012
11. Vladimirov B, Davidov S. Duodenal diverticula and biliary, sphincter Oddi and pancreatic disorders. 8th UEGW, Brussels, 25-30 November, 2000, Endoscopy, 32, 2000, Supp.1, E54/P479E/
12. Vladimirov B. Duodenal diverticula: Relationship with the function of sphincter Oddi, biliary and pancreatic disease. Falk Symposium 83 Advances in Hepatobiliary and Pancreatic Diseases Special Clinical Topics, April 7-8, 1995, Bolzano, Italy, p.112
13. Гецов П., Динева С., Владимиров Б., Батанова С. Стенозиращ папилит-епидемиология и рентгенографска характеристика. Рентгенология и радиология; 2010 кн.2: 130-134.

Адрес за кореспонденция:

д-р Стоянка Динева Георгиева, д.м.
Клиника по образна диагностика, Медицински
институт на МВР – София
Ул. "Скобелев" 79
e-mail: dineva_g@abv.bg