



В. В. Бойко, О. М. Пісоцький,
І. А. Кулик, В. В. Штогрін,
М. В. Супличенко,
Д. Ю. Захарченко,
В. В. Терентьєв,
Б. В. Борзенко

*Харківський національний
медичний університет*

*Харківська міська лікарня
швидкої та невідкладної
медичної допомоги
ім. проф. О. І. Мещанінова*

© Колектив авторів

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІНІЛАПАРОТОМІЙ У ХВОРИХ НА ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ З ВИКОРИСТАННЯМ ХОЛЕДОХОСКОПІЇ

Резюме. Представлено результати обстеження та хірургічного лікування 124 хворих (78 жінок, 46 чоловіків) у віці від 21 до 98 років, які перебували на лікуванні в міському центрі малоінвазивної хірургії на базі КЗОЗ «ХМКЛШНМД ім. проф. О. І. Мещанінова» використовується методика виконання мінілапаротомій при оперативних втручаннях на органах гепатобіліарної системи. З серпня 2006 року мінілапаротомії виконуються за допомогою набору інструментів «Міні-Асистент», що дозволило розширити обсяг оперативних втручань, дотримуючись усіх канонів біліарної хірургії. З 2013 року ми використовуємо інтраопераційну холедохоскопію (Olympus CHF – P10), яка дає можливість оптимізувати хірургічну тактику, з урахуванням мініінвазивних втручань.

Ключові слова: мінілапаротомія, холедохоскопія, гепатобіліарна система.

Вступ

Захворювання гепатобіліарної зони є одними з найскладніших в плані диференціальної діагностики та складності хірургічного лікування. Особливо актуальні ці питання на тлі світової тенденції зростання частоти ускладнень жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), серед яких провідне місце займає холедохолітаз (8,1–28,1 %) і біліарний панкреатит (5,3–20,2 %) [6, 10, 13]. Кількість хворих, що страждають ЖКХ, збільшується з року в рік і сягає нині більше за 40 % серед захворювань органів ШКТ. Основним методом лікування ЖКХ, за визнанням практично всіх фахівців, є хірургічний [2, 11]. Щорічно у світі виконується до 2500000 оперативних втручань на жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах. Питома вага малоінвазивних втручань при цьому постійно збільшується [1, 4, 5, 7].

Для виконання оперативних втручань на органах гепатобіліарної зони використовуються різні методи: лапаротомний (мінідоступ або серединна лапаротомія) та лапароскопічний [11]. Вибір оперативного доступу є важливим питанням, що визначає ефективність і обсяг хірургічного втручання. У більшості пацієнтів з неускладненими формами ЖКХ виконуються хірургічні втручання лапароскопічною методикою, що є золотим стандартом гепатобіліарної хірургії. А там, де є певні труднощі (тривале захворювання з утворенням інфільтрату, наявність спайкового процесу після раніше перенесених операцій у верхньому поверсі черевної порожнини, необхідність ревізії позапечінкових біліарних протоків, тяжка супутня патологія) віддається перевага лапаротоміям, особливо мінідоступу, який забезпечує більш швидке одужання, зниження дискомфорту в

післяопераційному періоді, раннє повернення до активної діяльності [1, 4, 5, 9, 11]. Найбільш привабливою є можливість виконання операцій з мінімальною травмою для пацієнтів, що є важливим для сприятливого перебігу післяопераційного періоду [3, 7, 10]. Дана обставина робить актуальним подальший пошук варіантів зменшення травматичності операційного доступу при збереженні адекватності хірургічного втручання на підставі об'єктивних критеріїв оцінки їх ефективності [1, 5].

Матеріали та методи досліджень

У міському центрі малоінвазивної хірургії використовується набір інструментів «Міні-Асистент», який дає можливість користуватися додатковими перевагами, що дозволяють виконувати інтраопераційні дослідження біліарної системи, розширюючи обсяг операцій, нівелювати такі недоліки як неможливість мобілізації та виділення елементів трикутника Кало і печінково-дванадцятипалої зв'язки в умовах спайкового процесу або вираженого запального інфільтрату, виконувати холедохотомію та холедохоскопію за наявності конкрементів у позапечінкових жовчних протоках.

Вік хворих варіював від 21 до 98 року, переважно були оперовані пацієнти похилого та старечого віку (68 %). Чоловіків було 37 %, жінок — 63 %.

Діагностичний алгоритм окрім загальноклінічних і біохімічних досліджень включав ФГДС, УЗД, в деяких випадках ЕРХПГ, комп'ютерну томографію, ЯМРТ у холангіо-режимі, огляд суміжними спеціалістами.

Усіх хворих пацієнтів за період 2014–2015 р. було розподілено на 2 групи. У контрольній групі виконано 60 втручань з мінідоступу



з використанням «Міні-Асистенту». У тих випадках, при яких підозрювався холедохолітіаз, без розширення розрізу виконували інтраопераційну ревізію та санацію гепатикохоледоха, яка здійснювалася за допомогою спеціальних, що входять в набір, інструментів. Контроль ефективності санації гепатикохоледоха виконували за допомогою інтраопераційної холангіографії, якщо вимагалось, виконували холедохотомію з видаленням конкрементів і дрениванням холедоха.

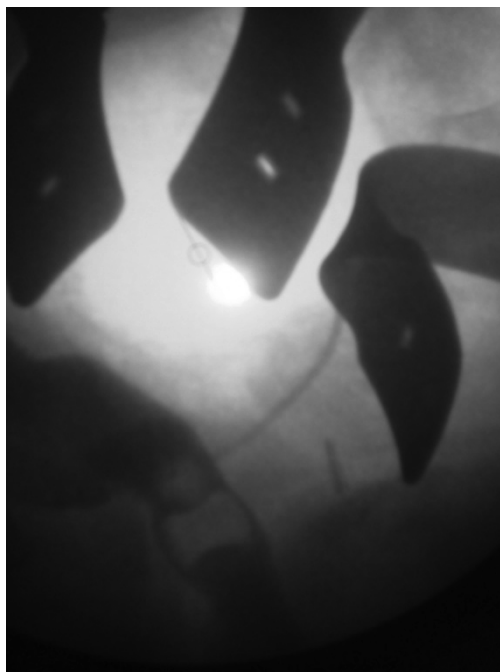


Рис. 1. Мінідоступ з використанням «Міні-Асистенту»



Рис. 2. Інтраопераційна холангіографія

У другій групі виконано 64 втручань з міні-доступу з використанням «Міні-Асистенту» та ревізія і санація гепатикохоледоха за допомогою холедохоскопу.

Обмежена можливість пальпації, невисокий рівень чутливості інтраопераційної холангіографії, прагнення до одномоментної санації жовчних проток призвело до поширення холедохоскопії. Існує два доступи для холедохоскопії: через пузирну протоку і через холедохотомію. Доступ через пузирну протоку менш травматичний. Холедохотомічний доступ використовувався у хворих з облітерованим або вузьким пузирним протоком, дилатованим холедохом, великими каменями холедоха, холангітом. Холедохоскопія проводиться при інсуфляції в холедох стерильного фізіологічного розчину. Оглядаємо термінальний відділ, оцінюючи еластичність та прохідність сфінктера, а також дольові протоки печінки, звертаючи увагу на запальні зміни слизової оболонки, стан жовчі. За нозологічними формами хворі основної групи розподілилися наступним чином: ЖКБ I ст. гострі хронічні холециститу (40,62 %); ЖКБ II ст. холедохолітіаз, холангіт (31,25 %); ЖКБ III ст. біліарні панкреатити на тлі холедохолітіазу (23,13 %); ЖКБ III ст. міхурово—дуоденальна фістула (2,5 %); синдром Мірізі (1,25 %); рак холедоха (1,25 %) [3].

Результати досліджень та їх обговорення

Оперативні втручання з використанням міні-доступу відрізнялися більш легким і менш тривалим післяопераційним перебігом, ніж традиційні холецистектомії. Малотравматичні операції не вимагали призначень наркотичних анальгетиків у післяопераційному періоді. В день операції пацієнти починали вставати, відзначено ранню їх активізацію. Перистальтика поновлювалася на першу добу після операції, що дозволило починати ентеральне харчування. Холедохоскопія дає більш повну картину холангіту: гіперемія, набряк слизової, накладення фібрину, каламутна або гнійна жовч. При цьому проводиться забір жовчі на бактеріологічне дослідження. При виявленні розростань, обтурації просвіту тканинами проводимо виконання біопсії. Крім морфологічної верифікації пухлини холедохоскопія допомагає виявити рівень обтурації, виставити показання до адекватної операції. Діагностична цінність холедохоскопія висока: чутливість — 99,2 %, специфічність — 98 %, точність — 98,5 %. До переваг методу також відносяться відсутність променевого навантаження, виконання оперуючим хірургом за потребою, збереження сфінктерного апарату ВДС, можливість використання у пацієнтів з алергічними

реакціями на контраст. На рис. 2 представлено холедохоскоп.

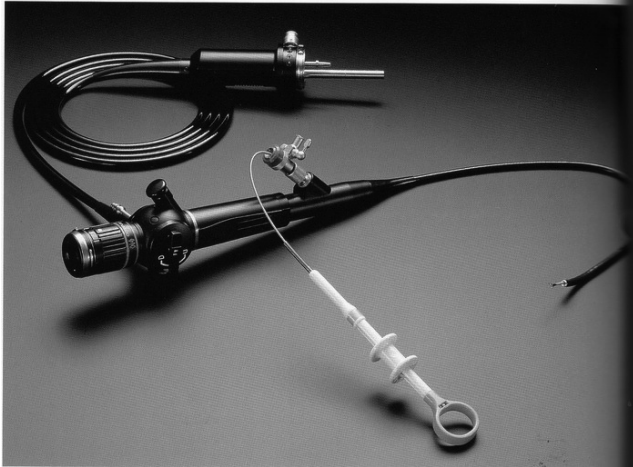


Рис. 2. Холедохоскоп

З використанням холедохоскопії значно збільшився обсяг оперативного втручання (холедохолітотомії, санації та дренування холедоха, взяття біопсії, стентування та балонна

дилатація холедоха), що дозволяє хірургу частіше застосовувати його в своїй практиці, забезпечуючи радикальність втручання за меншої травматичності.

Висновки

Таким чином, малоінвазивні втручання на органах гепатобіліарної системи дозволяють уникнути великої травматичності операції, підвищити комфортність післяопераційного періоду, знизити терміни перебування в стаціонарі пацієнта, зберегти косметичний ефект. Застосування набору інструментів «Міні-Асистент» забезпечує дотримання канонів біліарної хірургії за рахунок доступної ревізії жовчних проток, можливості виконання складних і радикальних втручань. Це перспективний напрямок у сучасній біліарній хірургії. Бажання допомогти пацієнтові завжди змушує шукати нові методи оперативних втручань, такою альтернативою при патології гепатобіліарної системи є застосування мінілапаротомії з використанням набору інструментів «Міні-Асистент» у комплексі з холедохоскопом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов Г. А. Хирургическое лечение острого холецистита из «малого доступа» / Б. В. Харламов // Проблемы хирургии в современных условиях : XIII съезда хирургов Республики Беларусь – Гомель. – 2006. – Т. 1. – С. 31-32.
2. Бебуришвили А. Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита / А. В. Быков, Е. Н. Зюбина, Н. Ш. Бурчуладзе // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 43-47.
3. Бойко И. К. Диагностика хронического панкреатита и рака поджелудочной железы методом цветного дуплексного сканирования : дис. . канд. мед. наук. – Иркутск, 2000. – 133 с.
4. Бронтвейн А. Т. Вопросы обоснования и оценки эффективности холецистэктомии из минидоступа / Г. А. Баранов, Б. В. Харламов // Современные вопросы лечебной и профилактической медицины : сб. науч. тр. – М., 2006. – С.50-53.
5. Быстров С. А. Миниинвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском / С. А. Быстров, Б. Н. Жуков, В. О. Бирязин // Хирургия. – 2010. – № 7. – С. 55-59.
6. Губергриц Н. Б. Клиническая панкреатология / Н. Б. Губергриц, Т. Н. Христич. – Донецк : ООО «Лебедь», 2000. – 416 с.
7. Дадвани С. А. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани, П. С. Ветшев, А. М. Шулуток, М. И. Прудков // – М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. – 176 с.
8. Кукош М. В. Острый холецистит / М. В. Кукош, А. П. Власов // – М. : Наука, 2009. – 308 с.
9. Микаелян И. А. Холецистэктомия из малотравматичных доступов в лечении острого холецистита: автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва, 2009. – 23 с.
10. Прудков М. И. Современные эндохирургические технологии лечения острого калькулёзного холецистита / М. И. Прудков, А. В. Столин, А. Ю. Кармацких // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 1. – С. 68-69.
11. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости / В. С. Савельев. – М. : Медицина, 2005. – 608 с.
12. Тотиков В. З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста / В. З. Тотиков, В. Д. Слепушкин, А. Э. Кибизова // Хирургия. – 2005. – № 6. – С. 20-23.
13. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А. А. Шалимов, В. В. Грубник, Дж. Горовиц [и др.] – К. : Здоровья, 2000. – 255 с.



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
МИНИЛАПАРОТОМИЙ
У БОЛЬНЫХ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ХОЛЕДОХОСКОПИИ

*В. В. Бойко, О. Н. Песоцкий,
И. А. Кулик, В. В. Штогрин,
М. В. Супличенко,
Д. Ю. Захарченко,
В. В. Терентьев,
Б. В. Борзенко*

Резюме. Представлены результаты обследования и хирургического лечения 124 больных (86 женщин, 38 мужчин) в возрасте от 21 до 98 лет, которые находились на лечении в городском центре малоинвазивной хирургии на базе КУОЗ «ХМКЛШНМД им. проф. А. И. Мешанинова». Используется методика выполнения минилапаротомий при оперативных вмешательствах на органах гепатобилиарной системы. С августа 2006 года минилапаротомии выполняются с помощью набора инструментов «Мини-ассистент», что позволило расширить объем оперативных вмешательств, придерживаясь всех канонов билиарной хирургии. С 2013 года мы используем интраоперационную холедохоскопию (Olympus CHF-P10), которая дает возможность оптимизировать хирургическую тактику, с учетом миниинвазивных вмешательств.

Ключевые слова: минилапаротомия, холедохоскопия, гепатобилиарна система.

EXPERIENCE OF
APPLICATION OF
MINILAPAROTOMIES
FOR PATIENTS
CHOLEDOCHOLITIAZIS
WITH THE USE OF
CHOLEDOCHOSCOPY

*V. V. Boyko, O. M. Pesotsky,
I. A. Kulyk, V. V. Shtogrin,
M. V. Suplichenko,
D. Yu. Zakharchenko,
V. V. Terentjev, B. V. Borzenko*

Summary. Presented results of inspection and surgical treatment of 124 patients (86 women, 38 men) in the age from 21 to 98 to which were on treatment in the municipal center of littleinvasion surgery on a base “Kharkiv city hospital of emergency medical care of prof. A.I. Meshchaninov”. is used. The methodology of implementation of minilaparotomies at operative interventions on the organs of the hepatobiliar system is used.. Since August, 2006 minilaparotomies are performed by the set of tools “mini-assistent”, that allowed to extend the volume of operative interventions, following all canons of billiar surgery. Since 2013 we use a intraoperative choledochoscopy (Olympus CHF-P10) which enables to optimize surgical tactics, taking into account miniinvasive interferences.

Key words: minilaparotomy, choledochoscopy, hepatobiliar system.