

УДК 616.366–003.7–089.12

ЕНДОСКОПІЧНІ ТРАНСПАПІЛЯРНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ, СПРИЧИНЕНОГО МНОЖИННИМИ КОНКРЕМЕНТАМИ

П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, Д. І. Христюк, О. Г. Бойко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY METHODS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS TREATMENT, CAUSED BY PRESENCE OF MULTIPLE CALCULI

P. V. Ogorodnik, A. G. Deynychenko, D. I. Khrystyuk, O. G. Boyko

РЕФЕРАТ

Узагальнені результати хірургічного лікування 115 хворих з приводу холедохолітазу, спричиненого множинними конкрементами, яким виконані ендоскопічні транспапілярні втручання. Залежно від застосованого лікування хворі розподілені на чотири групи. У 78 хворих (1-ша група) виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію з літоекстракцією у поєднанні з спазмолітичною та інфузійною терапією. У 16 хворих (2-га група) здійснено ендоскопічну папілосфінктеротомію з механічною літотрипсією та частковою літоекстракцією, ендобіліарне стентування та у подальшому – спазмолітичну та інфузійну терапію. В 11 хворих (3-тя група) виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію, механічну літотрипсію з частковою літоекстракцією та назобіліарне дренирування. У 10 пацієнтів (4-та група) застосували ендоскопічну папілосфінктеротомію, механічну літотрипсію, ендобіліарне стентування та назобіліарне дренирування. Найкращі результати отримані у 1-й групі, а саме, найменша тривалість операції – (32,2 ± 12,6) хв, найменша тривалість лікування у стаціонарі – (3,3 ± 1,2) доби, найменша частота інтраопераційних ускладнень (2,6%).

Ключові слова: холедохолітаз, спричинений множинними конкрементами; ендоскопічна папілосфінктеротомія; літоекстракція; назобіліарне дренирування; ендобіліарне стентування.

SUMMARY

The results of endoscopic transpapillary surgical interventions in 115 patients, suffering choledocholithiasis, caused by the multiple calculi presence, were analyzed. The patients were divided on four groups, depending on the treatment provided. In 78 patients (first group) endoscopic papillosphincterotomy with mechanical lithoextraction in conjunction with spasmolytic and infusion therapy were performed. In 16 patients (second group) endoscopic papillosphincterotomy with mechanical lithotripsy and partial lithoextraction, endobiliary stenting with further spasmolytic and infusion therapy were performed. In 11 patients (the third group) endoscopic papillosphincterotomy, mechanical lithotripsy with a partial lithoextraction and nasobiliary drainage were used. In 10 patients (the fourth group) endoscopic papillosphincterotomy, mechanical lithotripsy, nasobiliary drainage and endobiliary stenting were applied. The best results were achieved in the first group: the smallest duration of the operation – (32.2 ± 12.6) min, the smallest stationary state duration – (3.3 ± 1.2) days, the lowest rate of intraoperative complications – 2.6%.

Key words: choledocholithiasis, caused by multiple calculi; endoscopic papillosphincterotomy; lithoextraction; nasobiliary drainage; endobiliary stenting.

Конкременти в позапечінкових жовчних протоках як ускладнення жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) виявляють у 10–28% пацієнтів, у 4–6% з них – множинні [1, 2]. Холедохолітаз у 55–70% хворих спричиняє постхолецистектомічний синдром [3, 4]. Окремо слід виділити холедохолітаз, спричинений множинними конкрементами, що потребує диференційованого підходу у кожного хворого [5]. Впровадження мініінвазивних технологій дозволило на новому рівні вирішувати цю проблему. У теперішній час актуальним питанням є розробка алгоритму хірургічного лікування холедохолітазу, спричиненого множинними конкрементами, з використанням мініінвазивних методів.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих на холедохолітаз, спричинений множинними конкрементами, шляхом використання ендоскопічних транспапілярних методів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З 2007 по 2011 р. у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу лікували 115 пацієнтів з приводу ЖКХ, ускладненої холедохолітазом, спричиненим множинними конкрементами, з застосуванням мініінвазивних методів.

До 1-ї групи увійшли 78 (67,8%) пацієнтів з ускладненою ЖКХ, конкременти у жовчних протоках невеликі (діаметром до 1 см), тривалість обтураційної жовтяниці 2–3 доби. Вік хворих від 33 до 78 років, у середньому (55,5 ± 8,8) року. Чоловіків було 12 (15,4%), жінок – 66 (84,6%).

До 2-ї групи включені 16 (13,9%) хворих з множинними конкрементами у жовчних протоках діаметром понад 1 см, тривалість обтураційної жовтяниці понад 10 діб. Вік хворих від 30 до 69 років, у середньому (49,5 ± 12,8) року. Чоловіків було 3 (18,8%), жінок – 13 (81,2%).

У 3-й групі в 11 (9,6%) пацієнтів виявлені множинні конкременти жовчних проток великих

розмірів, які одноразово видалити було неможливо, механічна літотрипсія здійснена у 50% спостережень під час подальших контрольних транспапілярних втручань. Назобілярне дренивання в усіх хворих сприяло усуненню гнійного холангіту. Вік хворих від 28 до 88 років, у середньому ($58 \pm 9,8$) року. Чоловіків було 2 (18,2%), жінок — 9 (81,8%).

У 4-ту групу включені 10 (8,7%) хворих з вираженими ознаками гнійного холангіту, абсцесами печінки. Стан пацієнтів під час госпіталізації вкрай тяжкий (вміст загального білірубіну понад 400 мкмоль/л, тривалість обтураційної жовтяниці понад 1 міс). Усім хворим щоденно проводили ультразвукове дослідження (УЗД) та ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію (ЕРПХГ) через 2–3 доби. Абсцеси печінки після ендоскопічної санації жовчних проток пунктували під контролем УЗД з подальшим дрениванням та санацією. Всім пацієнтам проведена адекватна антибактеріальна терапія з обов'язковим бактеріологічним дослідженням жовчі та вмісту абсцесу.

В усіх хворих застосований наступний алгоритм обстеження.

1. Загальноклінічні аналізи (особливе значення мало біохімічне дослідження крові).
2. УЗД печінки, підшлункової залози, внутрішньо- та позапечінкових жовчних проток.
3. Магніторезонансна панкреатикохолангіографія — (МРПХГ).
4. ЕРПХГ, яка передувала ендоскопічним хірургічним маніпуляціям (рис. 1).

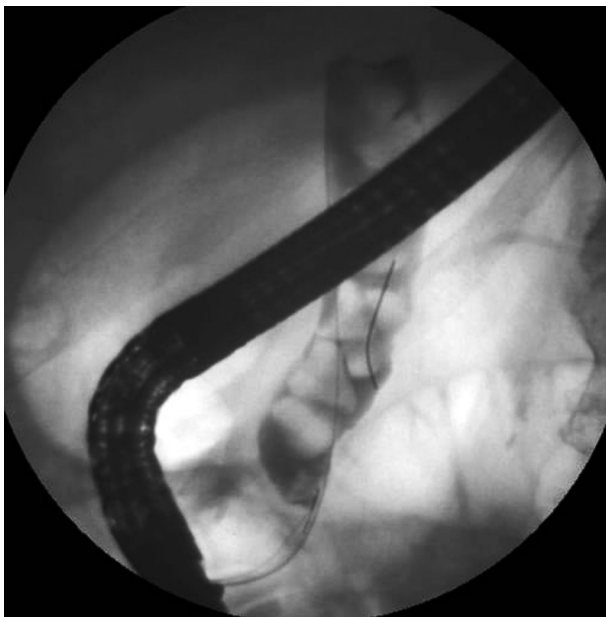


Рис. 1. ЕРПХГ. Холедохолітіаз, спричинений множинними конкрементами.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих усіх груп прояви холедохолітіазу були різноманітні, що потребувало застосування різних діагностично—лікувальних методів з використанням транспапілярних маніпуляцій.

Так, у хворих 1-ї групи застосовували ендоскопічну папілосфінктеротомію з літоекстракцією (максимально можливе видалення конкрементів) у поєднанні з спазмолітичною та інфузійною терапією протягом 2–3 діб та контрольною ЕРПХГ. Самостійне відходження конкрементів після папілосфінктеротомії та часткової літоекстракції спостерігали у 55 пацієнтів, повторна ревізія жовчних проток з літоекстракцією здійснена у 23 (рис. 2).

У пацієнтів 2-ї групи виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію, механічну літотрипсію найбільших конкрементів, які містилися в інтрапанкреатичній частині спільної жовчної протоки (СЖП), літоекстракцію фрагментів конкрементів та ендобілярне стентування з подальшою спазмолітичною та інфузійною терапією протягом 2–3 діб. За даними контрольної ЕРПХГ у 4 хворих конкременти з проксимальних відділів жовчних проток відійшли спонтанно, у 12 — застосовано літотрипсію та літоекстракцію (рис. 3). Ендобілярне стентування було необхідним для попередження вклинення великих конкрементів у вузький дистальний відділ СЖП.

У 3-й групі хворим виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію, механічну літотрипсію у поєднанні з частковою літоекстракцією та назобілярним дрениванням (рис. 4). Необхідність на-



Рис. 2. ЕРПХГ. Спонтанне відходження конкрементів після папілосфінктеротомії.

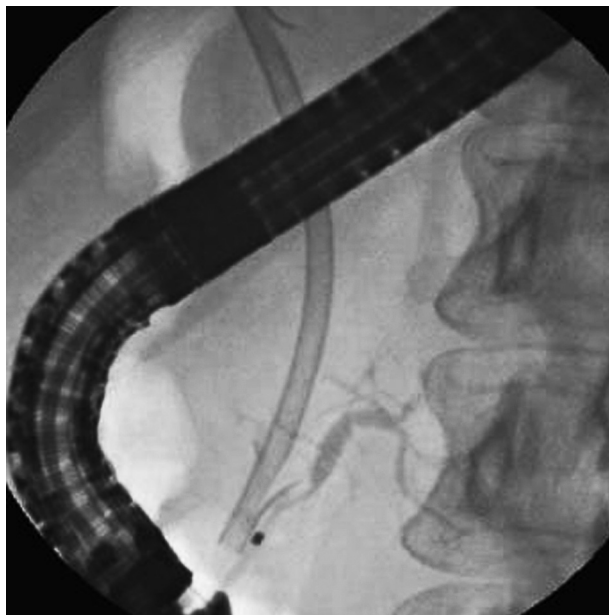


Рис 3. Ендобіліарне стентування при холедохолітазі, спричиненому множинними конкрементами, після папілосфінктеротомії.

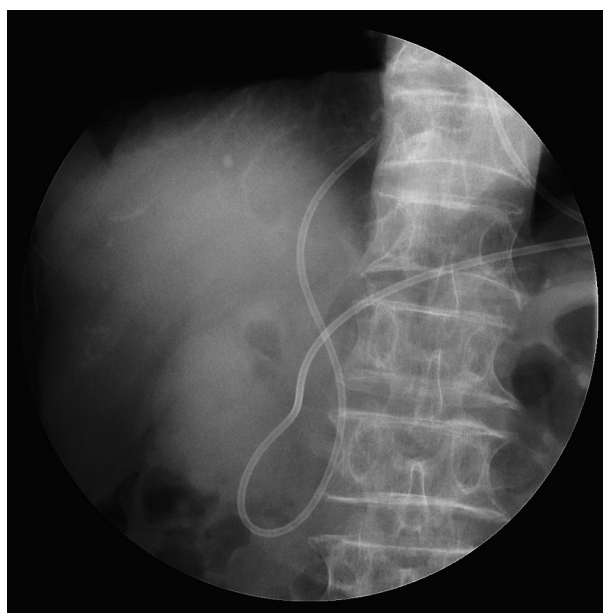


Рис 4. Назобіліарне дренирування.

зобіліарного дренирування зумовлена вираженими клінічними та ендоскопічними ознаками гнійного холангіту, його здійснювали з метою щоденної санації жовчних проток, під контролем рентгенологічного дослідження спостерігали пересування конкрементів. Спонтанне відходження конкрементів спостерігали у 6 хворих, ще у 5 — для досягнення адекватної санації жовчних проток застосовані повторні сеанси транспапільярної літоекстракції через 2–3 доби після першого втручання.

У хворих 4–ї групи спочатку проводили ендоскопічну папілосфінктеротомію, механічну літотрипсію у поєднанні з ендобіліарним стентуванням та назобіліарним дренируванням, а через 2–3 доби — транспапільярну літоекстракцію. Абсцеси печінки та

гнійний холангіт спричинені наявністю множинних конкрементів СЖП, їх вклиненням у великий сосочок дванадцятипалої кишки та тривалою обтураційною жовтяницею. У 6 пацієнтів втручання виконували в 2 етапи, у 4 — здійснені 3 контрольних ЕРПХГ та транспапільярних маніпуляції.

Аналізуючи результати хірургічного лікування хворих, використовували наступні показники: тривалість операції, тривалість лікування хворих у стаціонарі, частоту інтраопераційних та післяопераційних ускладнень (див. таблицю).

За даними аналізу результатів лікування хворих найкращими вони були у хворих 1–ї групи: найменша тривалість операції — $(32,2 \pm 12,6)$ хв, найменша тривалість лікування у стаціонарі — $(3,3 \pm 1,2)$ дня,

Результати хірургічного лікування хворих з приводу холедохолітазу, спричиненого множинними конкрементами

Показник	Величина показника в групах			
	1-й (n=78)	2-й (n=16)	3-й (n=11)	4-й (n=10)
Тривалість операції, хв ($\bar{x} \pm m$)	32,2±12,6	48,3±11,2	67,2±8,8	86,8±2,8
Тривалість лікування хворих у стаціонарі, днів ($\bar{x} \pm m$)	3,3±1,2	5,6±2,2	7,6±2,8	8,8±3,6
Інтраопераційні ускладнення, абс. (%)	2 (2,6)	2 (12,6)	2 (18,2)	3 (30)
кровотеча	2	1	1	1
відрив кошика Дорміа	-	-	1	1
вклинення кошика Дорміа	-	1	-	1
Післяопераційні ускладнення, абс. (%)	1 (1,3)	-	1 (9,1)	1 (10)
гнійний холангіт	1	-	-	-
гострий панкреатит	-	-	1	1

найменша частота інтраопераційних ускладнень — 2,6%. У хворих 3-ї та 4-ї груп ці показники були суттєво більші. Інтраопераційні ускладнення виникли у 2 хворих 3-ї групи (в 1 — кровотеча з папілотомної рани, в 1 — відрив кошика Дорміа) та у 3 пацієнтів 4-ї групи (кровотеча з папілотомної рани, відрив кошика Дорміа, вклинення кошика Дорміа у дистальний відділ СЖП). Для припинення кровотечі використовували методи фульгурації та термокоагуляції, 2 хворих після відриву кошика Дорміа оперовані. Частота післяопераційних ускладнень у 3-й групі становила 9,1%, у 4-й групі — 10%. Суттєва різниця показників у досліджуваних групах зумовлена застосуванням розробленого нами диференційованого підходу до вибору комплексу ендоскопічних мініінвазивних втручань з приводу холедохолітіазу, спричиненого множинними конкрементами, з огляду на особливості перебігу захворювання та анатомічні особливості гепатопанкреатодуоденальної зони (тубулярний стеноз СЖП, гнійний холангіт, абсцеси печінки, тривале амбулаторне лікування обтураційної жовтяниці). Слід зазначити, що 100 (87%) хворим після усунення холедохолітіазу та його наслідків успішно здійснено лапароскопічну холецистектомію, у 15 (13%) пацієнтів похилого віку від виконання холецистектомії утримались, вони виписані під нагляд хірурга за місцем проживання.

ВИСНОВКИ

1. Застосування ендоскопічного транспапільярного доступу під час лікування холедохолітіазу, спричиненого множинними конкрементами, високо ефективно за умови госпіталізації хворих до спеціалізованих клінік з сучасним технічним забезпеченням.

2. Ефективність ендоскопічного методу лікування хворих напряму залежить від правильного вибору діагностично—лікувального алгоритму.

3. Застосування запропонованої тактики лікування пацієнтів з приводу ускладненої ЖКХ сприяло суттєвому зменшенню тривалості операції, частоти ускладнень та тривалості лікування хворих у стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / А. Е. Борисов. — СПб.: Скифия, 2003. — 398 с.
2. Ничитайло М. Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Ничитайло, В. В. Грубниик. — К.: Здоровья, 2005. — 424 с.
3. Галлингер Ю. И. Эндоскопическое лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и папиллостенозом / Ю. И. Галлингер, М. В. Хрусталева, В. И. Карпенкова // Материалы междунар. конф. хирургов, посвящ. 80-летию проф. В. В. Виноградова. — М., 2000. — С. 140 — 141.
4. Огородник П. В. Хирургічне лікування механічної жовтяниці при непрохідності загальної жовчної протоки з застосуванням мініінвазивних технологій: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.03 — хірургія / П. В. Огородник. — К., 2002. — 24 с.
5. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy / M. L. Freeman, D. B. Nelson, S. Sherman [et al.] // New Engl. J. Med. — 1996. — Vol. 335. — P. 909 — 918.

