

УДК 616.367-089.28-06:616.36-002.15

КАНИКОВСЬКИЙ О.Є., БОНДАРЧУК О.І., КАРИЙ Я.В., БАБІЙЧУК Ю.В., ПАВЛИК І.В.  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

## ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

**Резюме. Мета дослідження.** Вивчення ефективності одноетапних і двоетапних оперативних втручань при лікуванні ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у хворих похилого та старечого віку.

**Матеріали і методи.** Протягом 2002–2013 років у хірургічній клініці було проліковано 320 хворих на ускладнені форми ЖКХ. Вік хворих коливався від 70 до 89 років. Супутня патологія діагностована у 228 (71,2 %) хворих.

**Результати.** Одноетапні оперативні втручання на жовчних протоках проведено у 68 (21,2 %), двоетапні — у 46 (14,4 %) хворих. Ускладнення після одноетапних втручань спостерігались у 6 (8,8 %), після двоетапних — у 3 (6,5 %) випадках. Помер 1 (1,5 %) хворий після одноетапного оперативного втручання.

**Висновки.** Двоетапна хірургічна тактика при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетною, оскільки дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень у 2 рази. Двоетапні втручання включають: виконання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) з подальшою ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) у ранньому післяопераційному періоді при гострому перебігу холециститу і ЕПСТ із наступною ЛХЕ при його хронічному перебігу. Одноетапні операції (ЛХЕ із втручанням на жовчних протоках) можливі при гострому холециститі, ускладненому нещільним паравезикальним інфільтратом та відсутності склеротичного жовчного міхура і надмірного спайкового процесу при хронічному перебігу холециститу.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

### Вступ

В останні десятиріччя в більшості розвинених країн світу відзначається зростання показників поширеності жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), особливо її ускладнених форм (холедохолітиаз, синдром Міріззі, стриктура термінального відділу спільної жовчної протоки (СЖП), стенозуючий папіліт та ін.) [3]. Серед хворих на ускладнену ЖКХ 65–70 % становлять особи похилого і старечого віку, що вказує на медичну і соціальну значимість даної проблеми [2, 6]. На сьогодні при лікуванні ускладнених форм ЖКХ застосовуються як одноетапні, так і двоетапні міні-інвазивні оперативні втручання [4, 5]. Відсутність чіткої тактики лікування хворих з даною патологією є причиною досить високих показників післяопераційних ускладнень (15–60 %) і летальності (15–30 %) [1].

**Мета дослідження** — вивчення ефективності одноетапних і двоетапних оперативних втручань при лікуванні ускладнених форм ЖКХ у хворих похилого та старечого віку.

### Матеріал і методи

Протягом 2002–2013 років у хірургічній клініці було проліковано 320 хворих на ускладнені форми ЖКХ. Вік

хворих коливався від 70 до 89 років. Найбільше хворих було у віковій групі 70–79 років (125 осіб).

Об'єктом дослідження були ускладнені форми ЖКХ. Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу діагностовано у 123 (38,4 %) хворих: емпієма жовчного міхура — 46 (14,4 %), паравезикальний інфільтрат — 56 (17,5 %), паравезикальний абсцес — 16 (5,0 %) і жовчний перитоніт — 5 (1,6 %). Ускладнений перебіг хронічного холециститу константовано у 107 (33,4 %) випадках: склеротичний жовчний міхур — 38 (11,8 %), водянка жовчного міхура — 30 (9,4 %), надмірний спайковий процес — 26 (8,1 %), синдром Міріззі — 8 (2,5 %) та білідигестивні норичі — 5 (1,6 %). Патологію жовчних проток діагностовано у 90 (28,1 %) хворих: холедохолітиаз — 80 (25,0 %), стриктура СЖП — 4 (1,2 %) і стенозуючий папіліт — 6 (1,9 %).

Супутня патологія діагностована у 228 (71,2 %) хворих, а саме: ішемічна хвороба серця — 45 (14,1 %); гіпертонічна хвороба — 37 (11,6 %); хронічні обструк-

© Каниковський О.Є., Бондарчук О.І., Карий Я.В.,  
Бабійчук Ю.В., Павлик І.В., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

тивні захворювання легень — 28 (8,7 %); дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія — 20 (6,2 %); цукровий діабет — 22 (6,9 %); виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки в стадії загострення — 18 (5,6 %); варикозна хвороба та хронічний тромбоемболіт нижніх кінцівок — 33 (10,3 %); облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок — 25 (7,8 %). У 136 (42,5 %) випадках спостерігалось поєднання наведеної патології.

## Результати та обговорення

Першочергове значення для діагностики холедохолітіазу мали інструментальні методи обстеження: ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ), інтраопераційна холангіографія (ІОХГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), фіброгастроуденоскопія (ФГДС).

Скринінг-методом діагностики патології жовчного міхура і проток було трансабдомінальне УЗД, що проводилось у всіх хворих. Інформативність УЗД при ускладнених формах ЖКХ становила 215 (67,2 %).

У хворих на механічну жовтяницю проводили ФГДС з ЕРПХГ. Механічна жовтяниця була обумовлена вклиненням конкрементом термінального відділу СЖП у 5 (1,6 %) хворих та патологією великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСД) у 8 (2,5 %).

Серед методів прямого контрастування жовчних проток застосовано ЕРПХГ у 42 (13,1 %) випадках. Діагностовано холедохолітіаз у 36 (11,2 %) і стенозуючий папіліт — у 6 (1,9 %) хворих. У 2 (0,6 %) випадках мілкі конкременти СЖП діаметром до 2 мм не було виявлено. Однак виконати ЕРПХГ не вдалось при наявності вклиненого конкременту в ампулі ВСД у 5 (1,6 %), парапапілярного дивертикулу — у 3 (0,9 %), раку ВСД — у 2 (0,6 %) і стану після резекції шлунка за Більрот II — у 2 (0,6 %) випадках. Ускладнення після ЕРПХГ констатовано у 4 (1,2 %) хворих: гострий панкреатит — у 3 (0,9 %) і кровотеча з ВСД — у 1 (0,3 %) хворого при поєднанні ЕРПХГ з ЕПСТ.

ІОХГ проведено 32 (10,0 %) хворим. Вводили контраст у жовчні протоки через куксу міхурової протоки у 15 (4,7 %) і через холедохотомний отвір у 7 (2,2 %) хворих при виконанні відкритої холецистектомії (ВХЕ). При проведенні ЛХЕ здійснювали ІОХГ шляхом катетеризації міхурової протоки у 10 (3,1 %) випадках. За допомогою ІОХГ діагностовано холедохолітіаз у 15 (4,7 %), синдром Міріззі — у 8 (2,5 %), стриктуру СЖП — у 4 (1,2 %) та білідигестивні нориці — у 5 (1,6 %) випадках. У 3 (0,9 %) хворих спостерігались ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки: гострий панкреатит — у 2 (0,6 %) і гострий холангіт — у 1 (0,3 %) випадку.

МРТ проводили для діагностики холелітіазу при неможливості виконання ЕРПХГ: у 3 (0,9 %) хворих при наявності парапапілярного дивертикулу, в 2 (0,6 %) — при раку ВСД та у 2 (0,6 %) — після резекції шлунка за Більрот II.

При ускладненому перебігу гострого калькульозного холециститу проведено міні-інвазивні втручання у 112 (35,0 %) випадках. Під час ЛХЕ у 46 (14,4 %)

хворих через наявність щільного паравезикального інфільтрату, що поширювався на гепатодуоденальну зв'язку, захопити кишеню Гартмана і здійснити латеральну тракцію було неможливо. У таких випадках розпочинали мобілізацію жовчного міхура з латеральної стінки на медіальну в проекції шийки жовчного міхура (патент України на корисну модель № 77985). У 16 (5,0 %) хворих при наявності холедохолітіазу застосовано двохетапну тактику (ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді). У 10 (3,1 %) випадках після ЕПСТ зі СЖП виділялись конкременти з током жовчі діаметром від 3 до 10 мм. При розмірах конкрементів (10–15 мм) проводили механічну літотрипсію у 6 (1,9 %) хворих і видаляли фрагментовані конкременти корзинкою Дорміа. Одноетапні втручання (ЛХЕ з наступним втручанням на жовчних протоках) проводили при наявності нещільного паравезикального інфільтрату в 10 (3,1 %) випадках, коли без технічних труднощів виділялась СЖП. У 5 (1,6 %) хворих із конкрементами СЖП до 5 мм проведено ЛХЕ і літоекстракцію через куксу міхурової протоки за допомогою зонда Фогарті. При синдромі Міріззі I типу у 5 (1,6 %) випадках здійснено ЛХЕ та зовнішнє дренивання СЖП.

При ускладненому перебігу хронічного калькульозного холециститу виконано малоінвазивні операції у 158 (49,4 %) хворих. У 38 (11,8 %) випадках труднощі виконання ЛХЕ були обумовлені ущільненням і ригідністю стінок жовчного міхура, заповненням його просвіту конкрементами, укороченням та зморщенням трубчастих структур трикутника Кало. Через склеротичні зміни стінок жовчного міхура була утруднена латеральна тракція за кишеню Гартмана, а також спостерігалось високе розташування міхурової протоки і артерії. У таких випадках мобілізували жовчний міхур із його латеральної стінки на медіальну в проекції кишені Гартмана (патент України на корисну модель № 77985). Надмірний спайковий процес у над- і підпечінковому просторах у 26 (8,1 %) хворих утруднював хід ЛХЕ. Розсічення спайок проводили на відстань, необхідну для мобілізації жовчного міхура і препарування міхурової протоки і артерії. У 30 (9,4 %) випадках при наявності холедохолітіазу та стенозуючого папіліту діагностованих до операції, застосовано двохетапну тактику (ЕПСТ з подальшою ЛХЕ). Проміжок часу між ЕПСТ і ЛХЕ був мінімальним (2–3 доби), що зменшувало ризик міграції конкрементів із жовчного міхура у СЖП. При відсутності склеротичного жовчного міхура та надмірного спайкового процесу у 8 (2,5 %) хворих з холедохолітіазом проводились одноетапні втручання (ЛХЕ з подальшою цистиколітотомією).

Ускладнення після двохетапних оперативних втручань на жовчних протоках (n = 46) спостерігались у 3 (6,5 %) випадках: у вигляді гострого панкреатиту у 2 (4,3 %) і кровотечі з ВСД в 1 (2,2 %) хворого. Летальних випадків не було.

Одноетапні відкриті оперативні втручаннями на жовчних протоках проведено у 50 (15,6 %) випадках. У

16 (5,0 %) хворих з холедохолітазом здійснено холедохолітотомію і зовнішнє дренажування СЖП. При непрхідності дистального відділу СЖП в 11 (3,4 %) хворих із холедохолітазом сформовано холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою. ВХЕ з гепатикоєюностомією на виключеній за Roux петлі порожньої кишки проведено в 7 (2,2 %) випадках: у 4 (1,2 %) з стриктурою СЖП і у 3 (0,9 %) — з синдромом Мірізі II типу. У 5 (1,6 %) хворих з білідигестивними норицями здійснено ВХЕ та ушивання дефекту кишки. Також відкриті оперативні втручання, що включали санацію і дренажування черевної порожнини, застосовано при наявності паравезикального абсцесу в 6 (1,9 %) і жовчного перитоніту в 5 (1,6 %) випадках.

Ускладнення після одноетапних втручань на жовчних протоках (n = 68) діагностовано у 6 (8,8 %) випадках: неспроможність кукси міхурової протоки — в 1 (1,5 %), жовчовитікання з СЖП — у 2 (2,9 %), неспроможність білідигестивного анастомозу — у 2 (2,9 %) та нагноєння післяопераційної рани — в 1 (1,5 %) хворого. Помер 1 хворий після ВХЕ з холедоходуоденостомією, причиною смерті став великий інфаркт міокарда.

## Висновки

1. Двохетапна хірургічна тактика при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетною, оскільки дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень у 2 рази.

2. Двохетапні оперативні втручання включають: проведення ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді при гострому перебігу калькульозного холециститу і ЕПСТ з подальшою ЛХЕ при його хронічному перебігу.

3. Одноетапні операції (ЛХЕ з подальшим втручанням на жовчних протоках) можливі при гостро-

му холециститі, ускладненому нещільним паравезикальним інфільтратом, та відсутності склеротичного жовчного міхура і надмірного спайкового процесу при хронічному перебігу холециститу.

## Список літератури

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая диагностика и лечение доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка / Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Звягинцев В.В. // Мат-лы третьего международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России». — М., 2007. — С. 145.
2. Грубник В.В., Ковальчук А.Л., Дюжев А.С. Особенности лапароскопических вмешательств у больных с калькулезным холециститом на фоне цирроза печени / Грубник В.В. // Клиническая хирургия. — 2007. — № 1. — С. 16-19.
3. Даценко Б.М. Обтурационная желтуха — патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса / Даценко Б.М. // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2010. — № 14(1). — С. 15-18.
4. Транспапиллярные вмешательства у больных с осложненным холедохолитиазом / Дудин А.М., Греджев Ф.А., Коссе Д.М. [и др.] // Мат-ли Всеукраїнської наук.-практ. конференції «Скляфософські читання». — Полтава, 2013. — Т. 13, вип. 1(14). — С. 91-93.
5. Johansson M. Randomised clinical trial of open versus laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis / Johansson M., Thune A., Nelvin L. // Br. J. Surg. — 2005. — Vol. 92, № 1. — P.44-49.
6. A stone extraction facilitation device to achieve an improved technique for performing LCBD / Wenner D.E., Whitwam P., Rosser J., Hashmi S. // Surg. Endoscopy. — 2005. — Vol. 19. — P. 120-125.

Отримано 05.05.14 ■

Каниковский О.Е., Бондарчук О.И., Карый Я.В., Бабийчук Ю.В., Павлик И.В.  
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Винница, Украина

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Резюме. Цель работы.** Изучение эффективности одноэтапных и двухэтапных оперативных вмешательств при лечении осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ) у больных пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы.** На протяжении 2002–2013 гг. в хирургической клинике пролечено 320 больных с осложненными формами ЖКБ. Возраст больных — от 70 до 89 лет. Сопутствующая патология диагностирована у 228 (71,2 %) больных.

**Результаты.** Одноэтапные оперативные вмешательства на желчных протоках проведены у 68 (21,2 %), двухэтапные — у 46 (14,4 %) больных. Осложнения после одноэтапных вмешательств наблюдались у 6 (8,8 %), после двухэтапных — в 3 (6,5 %) случаях. Умер 1 (1,5 %) больной после одноэтапного оперативного вмешательства.

**Выводы.** Двухэтапная хирургическая тактика при осложненных формах ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста

является приоритетной, потому что дает возможность снизить частоту послеоперационных осложнений в 2 раза. Двухэтапные вмешательства включают: проведение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) в раннем послеоперационном периоде при остром течении холецистита и ЭПСТ с дальнейшей ЛХЭ при его хроническом течении. Одноэтапные операции (ЛХЭ с вмешательствами на желчных протоках) возможны при остром холецистите, осложненном рыхлым паравезикальным инфильтратом, а также при отсутствии склеротического желчного пузыря и выраженного спаечного процесса при хроническом течении холецистита.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Kanikovskiy O.Ye., Bondarchuk O.I., Karyi Ya.V., Babiychuk Ye.V., Pavlyk I.V.  
Vinnytsya National Medical University named after M.I. Pyrogov, Vinnytsya, Ukraine

### SURGICAL TACTICS IN TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

**Summary. Objective of the Research.** To study the efficiency of single- and two-stage surgery in the treatment of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile patients.

**Material and Methods.** During 2002–2013 years in the surgical clinic we had treated 320 patients with complicated forms of cholelithiasis. The age of patients — 70 to 89 years. Comorbidities were diagnosed in 228 (71.2 %) patients.

**Results.** Single-stage bile duct surgery has been performed in 68 (21.2 %), two-stage — in 46 (14.4 %) patients. Complications after single-stage surgery were diagnosed in 6 (8.8 %), after a two-stage — in 3 (6.5 %) cases. 1 patients died after a single-stage surgery.

**Conclusions.** Two-stage surgical tactics in complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile patients are priority because it makes it possible to reduce the incidence of postoperative complications in 2 times. Two-stage surgery include: carrying out laparoscopic cholecystectomy (LCE), followed by endoscopic papillosphincterotomy (EPST) in the early postoperative course of acute calculous cholecystitis and EPST with further LCE in patients with chronic course. One-stage surgeries (LCE with bile ducts interventions) are possible in acute cholecystitis complicated by loose paravesical infiltrate, as well as in and absence of sclerotic gallbladder and excessive adhesive process in chronic cholecystitis.

**Key words:** cholelithiasis, laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.