



В. В. Міщенко,
В. В. Грубник,
А. І. Ткаченко,
В. В. Горячий

РОЛЬ І МІСЦЕ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗІ

Одеський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. На основі вивчення результатів лікування 186 хворих з холедохолітазом досконалено тактичні підходи з позицій ролі і місця транспапільярних ендоскопічних втручань на жовчовивідних шляхах у даній категорії пацієнтів. Лікувальна тактика при ускладненому холедохолітазі полягає у виконанні транспапільярних ендоскопічних втручань на жовчовивідних шляхах за наведеною технологією.

Ключові слова: транспапільярні ендоскопічні втручання, холедохолітаз.

Вступ

Захворюваність на жовчнокам'яну хворобу на теперішній час залишається високою і в структурі захворювань органів травлення становить близько 30-40 %. Частота жовчнокам'яної хвороби серед населення розвинених країн варіює від 10 до 15 %, і більше ніж у 17 % хворих ускладнюється холедохолітазом [1-3, 5].

Синдром механічної жовтяниці (МЖ) виникає у 15-40 % хворих з жовчокам'яною хворобою [3]. Хірургічні втручання у хворих МЖ, що виконуються за екстремними показаннями, супроводжуються великою кількістю ускладнень, а летальність досягає 15-30 %, що в 4 рази вище, ніж у тих випадках, коли МЖ вдається ліквідувати до операції [4].

Механічна жовтяниця може бути проявом постхолецистектомічного синдрому: резидуальний холедохолітаз, стриктури, стенози холедоха, холангіту [5].

Декомпресія біліарної системи є головним завданням у лікувальному алгоритмі даної категорії хворих [1]. Метод ендоскопічної папілосфінктеротомії є найбільш прийнятний для створення умов вільного відтікання жовчі [6]. Однак питання вибору хірургічної тактики, термінів виконання, обсягу оперативного втручання, ролі та місця транспапільярних ендоскопічних втручань на жовчовивідних шляхах у хворих холедохолітазом потребують узгодження.

Мета дослідження

На основі вивчення результатів лікування хворих з холедохолітазом удосконалити тактичні підходи з позицій ролі і місця транспапільярних ендоскопічних втручань на жовчовивідних шляхах у даній категорії пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження.

Проведено аналіз результатів лікування 186 хворих на жовчокам'яну хворобу, що ускладнена холедохолітазом.

До найбільш частих ускладнених форм холедохолітаза відносимо множинний холедохолітаз за наявності 3 і більше конкрементів, фіксовані конкременти дистального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП), великі камені ЗЖП, вклинення каменя у великому сосочку дванадцятипалої кишки (ВСДК). При множинному холедохолітазі виконуємо адекватну ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ). У залежності від анатомічних та індивідуальних особливостей, розріз досягав довжини від 1,0 до 1,5 см у напрямку 11-12 годин уздовж великої повздожної складки дванадцятипалої кишки, що призводило до достатньо широкого розкриття дистального відділу холедоха. Одномоментно почергово видаляємо камені за допомогою корзинки Дормія без або з механічною літотрипсією.

Вичікувальна тактика полягала у адекватній ЕПСТ, призначенні інфузійної, антибактеріальної та спазмолітичної терапії, холекінетиків і була розрахована на самостійне відходження конкрементів.

При фіксованих конкрементах дистального відділу ЗЖП після адекватної ЕПСТ виконували зміщення конкременту із зони вклинення в проксимальному напрямку біопсійними щипцями, або металевим тубусом літотриптера, дроблення конкременту літотрипторним кошиком, проведеного в протоку повз фіксований камінь по гідрофільній струні, видалення фрагментів каменів за допомогою корзинки Дормія.

За наявності великих конкрементів гепатикохоледоха (конкременти діаметром > 15 мм) виконували адекватну ЕПСТ, транспапільярну механічну літотрипсію, видалення фрагментів каменів за допомогою корзинки Дормія.

Вклинені конкременти великого сосочка дванадцятипалої кишки потребують ендоскопічного лікування, переважно з використанням атипової торцевої папілотомії голчастим папілотомом. Як правило, конкременти



в більшості випадків зі струмом жовчі і гною відходять в порожнину дванадцятипалої кишки. Якщо відходження конкремента не відбувалося, його видаляли шляхом зміщення в проксимальні відділи холедоха жорстким інструментом, з наступною екстракцією кошиком Dormia без або з попередньою літотрипсією.

У всіх випадках транспапілярних ендоскопічних втручань при холедохолітазі заключним етапом було виконання ЕРХПГ з промиванням протоків до чистої води.

З метою ліквідації високої механічної жовтяниці та гнійного холангіту ми застосовували ендобіліарне стентування пластиковими стентами 10 F double pigtail, або назобіліарне дренирування.

Розподіл хворих за віком та статтю представлено у табл. 1.

Осіб чоловічої статі було 56 (30,1 %), жіночої — 130 (69,1 %). За віком хворі розподілялись таким чином: до 30 років — 11 (5,9 %), 31–40 років — 9 (4,8 %), 41–50 років — 31 (16,7 %), 51–60 років — 36 (19,4 %), 61–70 років — 50 (26,9 %), 71 рік і старіше — 49 (26,3 %).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком та статтю, n-186

Характеристики	Абс	%
Чоловіча стать	56	30,1
Жіноча стать	130	69,1
До 30 років	11	5,9
Вік 31-40 років	9	4,8
Вік 41-50 років	31	16,7
Вік 51-60 років	36	19,4
Вік 61-70 років	50	26,9
71 років і старіше	49	26,3
Всього	186	100

Загальна діагностична програма включала клінічний аналіз крові та сечі, визначення групи крові та резус-фактора, біохімічні дослідження функції печінки, нирок, глюкози крові, показники згортальної системи крові. Оглядова рентгенграфія черевної порожнини, електрокардіографія, УЗД органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія відносяться до першочергових методів обстеження. Ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію виконували в процесі лікування.

Рентгенологічні дослідження виконувалися на устаткуванні фірми «Siemens», ендоскопічні — за допомогою дуоденоскопов JF-1T40, TJF-160 VR Olympus, ендовідеохірургічне втручання — з застосуванням торцевих і канюляційних сфінктеротомів, корзин і механічних літотриптерів фірм «Ефа», «Karl-Shtorc», Boston Scientific, Olympus і Microvasive Endoscopy, ультразвукові — на устаткуванні фірми «Siemens» «Алока» з датчиками 3,5–4 МГц, що володіють глибокою проникаючою й хорошою розділь-

ною здатністю при візуалізації гепатодуоденальної зони.

Результати досліджень та їх обговорення

Розподіл хворих за формами холедохолітазу у табл. 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за формами холедохолітазу, n-186

Характеристики	Абс	%
Множинний холедохолітаз	116	62,4
Фіксовані конкременти ЗЖП	21	11,2
Великі (>15мм) конкременти гепатікохоледоха	23	12,4
Вклинені конкременти ВСДК	26	14,0
Всього	186	100

У 116(62,4 %) діагностовано множинний холедохолітаз, у 21(11,2 %) — фіксовані конкременти ЗЖП, у 23(12,4 %) — великі (>15 мм) конкременти гепатікохоледоха, у 26(14,0 %) — вклинені конкременти ВСДК.

Клінічними проявами проявами холедохолітазу були жовтушність шкіри, іктеричність склер у 176(94,6 %) хворих, шкіряний свербіж — у 60 (32,3 %), потемніння сечі — у 176(94,6 %), болі у правому підребер'ї — у 104 (55,9 %), гіпертермія з ознобом — у 115 (61,8 %). Прихована форма захворювання характеризується повною відсутністю симптомів захворювання і мала місце у 10 (5,4 %) спостережень. При біохімічному дослідженні рівні загального білірубіну варіювали від 44 до 392,7 мкмоль/л, рівні активності трансаміназ (АсАТ, АлаТ) сягали (1,36±0,07) і (5,2±0,26) мкмоль/ч відповідно. У хворих з холедохолітазом, який супроводжувався холангітом, лейкоцитоз у середньому склав $20,3 \times 10^9$ /л зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, без наявності холангіта — $12,5 \times 10^9$ /л. Рівень сечовини і креатенину дорівнював (14,1±0,71) та (0,192±0,01) ммоль/л відповідно.

При множинному холедохолітазі запропонована нами тактика дозволила в 110 (94,8 %) випадках досягти успішних результатів лікування і в 3-4 етапи повністю санувати жовчні протоки пацієнтів. Найбільш важливою умовою успішного ендоскопічного лікування множинного холедохолітазу вважаємо відповідність розмірів протокових конкрементів діаметру дистального відділу ЗЖП і виконаної папілосфінктеротомії. Оперативному лікуванню підлягали 6 (5,2 %) хворих з традиційного лапаротомічного доступу.

Фіксовані конкременти дистального відділу ЗЖП обумовлені щільною фіксацією каменів в інтрапанкреатичному відділі ЗЖП, що не давало можливості обійти їх інструментом з метою захоплення і видалення. Традиційну холедохолітотомію лапаротомним доступом виконано у 3 (14,3 %) пацієнтів даної групи.

Транспапілярна механічна літотрипсія з наступною літоекстракцією при конкрементах гепатохоледоха > 15 мм виконана у 13 (56,5 %) хворих.

З метою ліквідації високої механічної жовтяниці і гнійного холангіту ми застосували ендобіліарне стентування у 6 (26,1 %) пацієнтів похилого віку з поодинокими конкрементами і важкою супутньою патологією.

Переважно з лапаротомного доступу було прооперовано 4 (17,4 %) хворих з великими конкрементами (> 25 мм в діаметрі).

Вклинення конкрементів великого сосочка дванадцятипалої кишки було виявлено у 26(14,0 %) хворих з холедохолітазом. У нашій клініці всі хворі з вклиненим камінням ВСДК лікувалися ендоскопічно з використанням атипові торцевої папіллотомії.

За даними літератури частота ускладнень після виконання ЕПСТ у хворих з холедохолітазом досягає 9,8 % [4], за нашими даними вона склала 13(6,99 %) випадків.

Клінічно значиму кровотечу у зоні папілотомічного розтину діагностована у 5 (2,7 %) пацієнтів і вимагала гемотрансфузії, ендоскопічного гемостазу в комбінації з раціональною

консервативною терапією. Трансдуоденальний гемостаз з лапаротомного доступу виконано 1 хворому.

Гострий панкреатит є одним з найбільш частих ускладнень ЕПСТ і його частота, за даними літератури становить від 2 до 7,5 %. Ми спостерігали це ускладнення у 7 (3,8 %) хворих. Асептичного або інфікованого панкреонекрозу та ретродуоденальної перфорації, а від так, і післяопераційної летальності не спостерігали.

Висновки

Адекватна ендоскопічна папілосфінктеротомія є пріоритетним методом лікування ускладнених форм холедохолітазу.

Серед ускладнень ендоскопічної папілосфінктеротомії найбільш частіше зустрічаються кровотечі з папілотомного розтину та ознаки гострого панкреатиту, які у більшості випадків піддаються ендоскопічному гемостазу та консервативній терапії.

Лікувальна тактика при ускладненому холедохолітазі полягає у виконанні транспапілярних ендоскопічних втручань на жовчовивідних шляхах за наведеною технологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабійчук Ю. В. Малоінвазивні ендоскопічні транспапілярні втручання при механічній жовтяниці у хворих похилого та старечого віку / Ю. В. Бабійчук // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2014. — №1, Ч. 1 (Т. 18). — С. 84–86.
2. Ендоскопічні транспапілярні методи лікування холедохолітазу, спричиненого множинними конкрементами / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, Д. І. Христюк [та ін.] // Клінічна хірургія. — 2012. — № 1. — С. 10-13.
3. Ничитайло М. Е. Миниінвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Ничитайло, В. В. Грубник. — К. : Здоров'я, 2005. — 424 с.
4. Хворостов Е. Д. Этапное лечение ЖКБ, осложненной холедохолитиазом / Е. Д. Хворостов, С. А. Бычков, Р. Н. Гринев // Харківська хірургічна школа. — 2013. — №1. — С. 119–121.
5. Caddy R. Grant. Symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones. / R. Grant Caddy // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. — 2006. — Vol. 20, №. 6. — P. 1085-1101.
6. Sumiyama K. Endoscopic Caps / K. Sumiyama, E. Rajan // Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. — 2006. — № 8. — С. 28–32.



РОЛЬ И МЕСТО
ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ
ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

*В. В. Мищенко, В. В. Грубник,
А. И. Ткаченко, В. В. Горячий*

Резюме. На основе изученных результатов лечения 186 больных с холедохолитиазом усовершенствованы тактические подходы с позиций роли и места транспапиллярных эндоскопических вмешательств на желчевыводящих путях у данной категории пациентов. Лечебная тактика при осложненном холедохолитиазе заключается в выполнении транспапиллярных эндоскопических вмешательств на желчевыводящих путях по приведенной технологии.

Ключевые слова: транспапиллярные эндоскопические вмешательства, холедохолитиаз.

THE ROLE AND PLACE
OF TRANSPAPILLARY
ENDOSCOPIC
INTERVENTIONS FOR
CHOLEDOCHOLITHIASIS

*V. V. Mishchenko, V. V. Grubnik,
A. I. Tkachenko, V. V. Goriachiy*

Summary. Based on the study results of treatment of 186 patients with choledocholithiasis improved tactical approach from the standpoint of the role and place transpapillary endoscopic interventions on the biliary tract in these patients. Treatment tactics in the complicated choledocholithiasis is performing of transpapillary endoscopic procedures on biliary tract at the presented technology.

Key words: transpapillary endoscopic intervention, choledocholithiasis.