

ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТА ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Балик Д. В.

Дніпропетровська медична академія МОЗ України

У роботі представлено результати використання малоінвазивних методів в діагностиці та лікуванні холедохолітазу. Було проліковано 595 пацієнтів з діагнозом холедохолітазу у віці від 24 до 92 років. У 552 (93,0 %) пацієнтів спостерігалися клінічні прояви механічної жовтяниці. У 508 (85,3 %) хворих холедохолітаз поєднувався з наявністю каменів в жовчному міхурі, у 15 (2,5 %) випадках – з безкам'яним холециститом, у 69 (11,6 %) випадках – холедохолітаз був резидуальним. Хірургічне лікування включало в себе як малоінвазивні втручання, так і традиційні операції. Ефективність транспілярних маніпуляцій на пряму залежала від розмірів конкременту.

КЛЮЧОВІ СЛОВА. Холедохолітаз, діагностика, хірургічне лікування.

ВСТУП. Холедохолітаз (ХЛ) є однією з найбільш поширених патологій жовчних протоків. З часом холедохолітаз може викликати стриктури жовчних протоків і великого дуоденального соска (ВДС) з розвитком механічної жовтяниці. Останні десять років ознаменувалися значним поліпшенням діагностики і хірургічного лікування холедохолітазу шляхом введення в практику міні-інвазивних інноваційних технологій. Незважаючи на це, вибір оптимальної тактики лікування ХЛ і спосіб оперативного втручання, як і раніше є важким завданням.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: оцінка результатів використання мініінвазивних методів в діагностиці та лікуванні холедохолітазу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.

На базі хірургічного відділення обласної клінічної лікарні ім. Мечникова за період з 2007 по 2017 роки спостерігали 595 хворих на холедохолітаз (ХЛ). Середній вік пацієнтів становив $61,7 \pm 3,9$ років. В 552 (93,0 %) випадках відзначалися клінічні прояви механічної жовтяниці різного ступеня тяжкості. У 508 (85,3 %) хворих холедохолітаз (ХЛ) поєднувався з наявністю конкрементів жовчного міхура, в 15 (2,5 %) випадках - з безкам'яним холециститом, в 69 (11,6%) випадках - ХЛ був резидуальним. Для скринінгу ХЛ використовувався повний спектр доступних методів у відповідності зі стандартними клінічними протоколами: УЗД черевної порожнини (УЗ), при наявності показань проводилася комп'ютерна томографія (КТ), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), чрезшкірночрезпечінкова фістулохолангіографія (ЧЧХГ), інтраопераційна холангіографія або холангіоскопія (ІХГ), інтраопераційна або

трансдуоденальні фіброхоледохоскопія (ФХС) з використанням фіброхолангіоскопа «Olympus». Хірургічне лікування хворих на механічну жовтяницю виконували в один або в два етапи. Показаннями для попередньої декомпресії жовчних шляхів були: важка ступінь механічної жовтяниці (гіпер-білірубинемія > 200 мкмоль/л, тривалість > 14 днів, гіпопротеїнемія, підвищення сулемової проби більш ніж в 4 рази, зниження протромбінового індексу, гіподинамія, інверсія сну, зниження діурезу більш ніж на 50 %. Перший етап лікування хворих з тяжкою механічною жовтяницею був представлений чрезшкірночрезпечінковим дрениванням жовчних протоків (ЧЧДЖВП). Методи лікування включали в себе як мініінвазивні втручання, так і традиційні операції.

Таблиця 1

ВИДИ РАДИКАЛЬНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Вид операції	Кількість		Ускладнення		Летальність	
	n	%	n	%	n	%
<i>Лапароскопічні операції (n = 263, 84,0 %)</i>						
ЛХЕ (після ЕПСТ)	157	50,2				
ЛХЕ, ХЛЕ, зовнішнє дренивання жовчних протоків	71	22,7				
ЛХЕ, ХДС	31	9,9	1	0,3		
ЛХЕ, ХЛЕ, дренивання холедоуху	4	1,3	1	0,3	1	0,3
<i>Традиційні операції, (n = 50, 16,0 %)</i>						
Холецистектомія, ХЛЕ, зовнішнє дренивання холедоуху	25	7,8	1	0,3	1	0,3
Холецистектомія, холедоходуоденостомія	20	6,4	2	0,6	1	0,3
Холецистектомія, холедохоєюностомія	5	1,7				
Всього	313	100	5	1,5	3	0,9

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ.

227 (38,1 %) хворим виконали ендоскопічну папілосфінктеротомію, яка була ефективна при розмірі конкременту до 7 мм в 83,7 %. У 9 (3,9 %) з них не було можливості канюлювати ВДС через наявність парафателлярного дивертикулу, стенозу сосочка та дистальної частини загальної жовчної протоки. Аналіз результатів 218 ЕПСТ показав, що ефективність процедури безпосередньо корелює з розміром каменю і його механічною міцністю. Таким чином, при розмірах каменю 2 - 7 мм ЕПСТ і подальша консервативна терапія приводили до міграції конкременту з жовчних проток в кишечник у 83,7% хворих, холедохоліоекстракцію (ХЛТ) провели в 8,5 % випадків, у 7,8 % пацієнтів спроби холедохоліоекстракції були неефективні. При діаметрі каменю близько 8 - 10 мм у всіх випадках використовували ХЛТ, яка вияви-

лася ефективною в 86,5 % випадків, для 13,5% хворих транспапільярні маніпуляції не увінчалися успіхом. При розмірах конкременту 11 - 15 мм використовували механічну літотрипсію з подальшим витяганням фрагментів кошиком Dogmia, яка виявилася ефективною в 30,0 % випадків. Частота ускладнень після ЕПСТ була 5,0 % (11 випадків). У 7 випадках розвинувся гострий панкреатит, який на тлі медикаментозного лікування мав абортивний клінічний перебіг. Дуоденальне кровотеча спостерігалася в 4-х випадках, які почалися після поєднання ЕПСТ з літоекстракцією. У 3 пацієнтів кровотеча була зупинена шляхом комбінування медикаментозної терапії з ендоскопічним ін'єкційним гемостазу. Лікування 1 пацієнта потребувало термінової хірургічної операції. Післяопераційний період у цього хворого протікав гладко. У 23 пацієнтів з рецидивним (n = 16) або резидуальним (n = 4) ХЛ і ХЛ з безкам'яним холециститом (n = 3) ЕПСТ в поєднанні з медикаментозною терапією виявилася радикальним і остаточним методом лікування. Після виконання ЕПСТ з ендоскопічною літоекстракцією летальності не було.

Чрезшкірночрезпечінкове дронування (ЧЧДЖВП) використовували у 88 хворих з ХЛ. У 14 (15,9 %) випадках порушення відтоку жовчі через дренажну трубку були викликані її дислокацією дренажу (n = 9) або прогресуючої печінковою недостатністю (n = 4). В 1 (1,1 %) випадку відмічалася підтікання жовчі в вільну черевну порожнину. В цьому випадку виконали ургентну лапароскопію, ХЛЕ, зовнішнє дронування жовчних проток за Холстедом, санацію і дронування черевної порожнини. У 9 пацієнтів, у яких відбулася дислокація дренажу, при проведенні повторного ЧЧДЖВП використовували катетери більшого діаметру і додаткове дронування підпечінкового простору. Після відновлення відтоку по дренажу підтікання жовчі в черевну порожнину припинялося.

ВИСНОВКИ.

1. Діагностика холедохолітіазу є складним завданням, успішне вирішення якої вимагає комплексного підходу і використання сучасних методів дослідження таких як ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія і фіброхоледохоскопія.

2. Ефективність транспапільярних маніпуляцій безпосередньо залежала від розмірів конкременту. При діаметрі конкрементів холедоха 2 - 7 мм ендоскопічна папілосфінктеротомія виявилася радикальним методом лікування холедохолітіазу в 83,7 % випадків, при розмірі конкрементів 11 - 15 мм механічна літотрипсію з подальшою евакуацією фрагментів привела до лікування тільки 30,0 % хворих.