

Б.О. МАТВІЙЧУК, О.І. КУШНІРУК, С.Л. РАЧКЕВИЧ, В.М. САЛО, О.Т. ГІРНЯК,
Р.М. ПОГОРЕЦЬКИЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургії, Львів; Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Львів

ЕНДОСКОПІЧНІ ЧЕРЕЗПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ У ЛІКУВАННІ ГЕПАТО-БІЛІАРНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

У роботі проаналізовано ефективність ендоскопічних черезпапілярних методів лікування (ЕЧМЛ) ранніх та пізніх біліарних ускладнень у 220 пацієнтів, оперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби та травм живота. Період спостереження – 8 років. Для корекції жовчетеч у 49 пацієнтів та механічної жовтяниці у 171 хворого застосували ендоскопічну сфінктеротомію, сфінктеропластику, літоекстракцію та ендобіліарне дренивання в залежності від клінічної ситуації. Ефективність усіх ЕЧМЛ становила 97,1%, що дозволяє рекомендувати їх, як метод вибору в алгоритмі інструментального лікування ускладнень, пов'язаних із пошкодженням жовчних шляхів.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, біліарні ускладнення, ендоскопічне лікування

Вступ. Захворюваність на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) залишається доволі високою як серед осіб похилого та старечого віку, так і серед молоді. У країнах східної Європи, Україні та Росії за останні 10 років кількість хворих із симптомною ЖКХ зросла більш, ніж у 2,5 рази і становить 5–20% дорослого населення залежно від регіону [4].

Холецистектомія залишається основним методом лікування пацієнтів із ЖКХ. В Україні холецистектомії за частотою виконання посідають третє місце від всіх операцій, а у світі загалом щорічно їх виконують більш, ніж 2,5 млн. [1]. Проте, загальний рівень післяопераційних ускладнень (ПУ) (1,5–35%) та летальності (1,1–5,4%) не задовольняє фахівців [4].

З початку 90-х років минулого сторіччя є тенденція до зростання частоти біліарних ускладнень (БУ) із ушкодженнями і стриктурами жовчних проток, що пов'язують із збільшенням частки лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ). Адже, якщо до широкого застосування лапароскопічних технологій при лікуванні ЖКХ частота ятрогенних ушкоджень була відносно стабільною і становила 0,05–0,2%, то впродовж двох останніх десятиріч вона збільшилася до 0,3–3% [1, 5]. Застосування загальноприйнятих методів інтраопераційної профілактики, діагностики та лікування ускладнень післяопераційного періоду (ПП) суттєво не знизило їх кількості та фатальних наслідків. Труднощі, які виникають у лікуванні БУ в ранньому та пізньому ПП переважно зумовлені їх несвоєчасною або неповною діагностикою [1, 10].

Найчастішими БУ раннього та пізнього ПП є тривала жовчетеча та механічна жовтяниця (МЖ). Особливо це стосується деструктивних форм холециститів, травм печінки та жовчовивідних шляхів, де в ПП діагностують до 6% ускладнень, пов'язаних із протоковою системою. Зокрема, після відкритої холецистектомії вони спостерігаються в 5–15% випадків, після холецистектомій із мінідо-

ступу – в 3,6%, а після ЛХЕ – в 2–5% спостережень [1, 4].

Ендоскопічні черезпапілярні методи лікування (ЕЧМЛ) вже довели свою ефективність у передопераційній біліарній декомпресії, а їх роль у корекції ускладнень ПП ще дискутується. На даний час найперспективнішим напрямом лікування БУ вважають ЕЧМЛ, які, на думку багатьох фахівців, мають суттєві переваги перед традиційними хірургічними операціями [2, 5, 6, 7, 10].

Мета дослідження. Вивчити результати лікування хворих із гострими хірургічними захворюваннями позапечінкових жовчовивідних шляхів (ПЖШ) методами гнучкої ендоскопії, в яких виникли ПУ біліарного характеру після лапароскопічних або конвенційних операцій в ранньому та віддаленому ПП, створення лікувального алгоритму корекції біліарних ПУ.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати ендоскопічного лікування 220 пацієнтів, первинно оперованих з приводу ЖКХ або травматичних ушкоджень гепатикохоледоха у лікувальних установах Львівщини, в яких у ПП виявлено тривале виділення жовчі по холедохостомічній трубці або її підтікання по підпечінкових дренажах часто із порушенням пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку (ДПК) з/або без явищ біліарної гіпертензії й холангіту.

Із загальної кількості операцій холецистектомію в класичному виконанні проведено у 34 (15,5%) хворих, ЛХЕ у 183 (83,2%), а 3 (1,3%) пацієнтів попередньо оперували з приводу тупої або проникаючої травм живота. У ранньому післяопераційному періоді переведено до КМКЛШМД 169 (76,8%) хворих, попередньо оперованих в інших лікарнях.

Ранні БУ розвинулись у 101 (45,9%) хворих: жовчетеча у 47 (46,5%), синдром механічної жовтяниці (МЖ) – у 54 (53,5%). Причиною жовчетечі в одного хворого була ятрогенна рубцева дефор-

мація спільної жовчної протоки. У хворих з ранніми біліарними ПУ холецистектомію переважно виконували в ургентному порядку, а саме в 72 (71,5%) пацієнтів. У віддаленому ПП (1-36 місяці після операцій з приводу ЖКХ) біліарні ПУ кореговано ендоскопічно у 119 (54,1%) хворих. У 2 (1,7%) з них ліковано зовнішні біліарні нориці, у 117 (98,3%) ліквідували МЖ, спричинену холедохолітазом (ХЛ) у 88 (73,9%) пацієнтів. У поєднанні зі синдромом дисфункції м'яза-замикача ампулт-сфінктера Одді (СДО) ХЛ діагностували у 69 (78,4%) з них. Лише за рахунок СДО МЖ діагностовано у 21 (17,9%) хворих. Ятрогенні стриктури діагностовано у 5 (4,3%) пацієнтів у віддаленому ПП та прогресування пухлин позапечінкових жовчовивідних шляхів (ПЖШ) ще у 3 (1,8%) хворих. Чоловіків було 52 (23,6%). Вік пацієнтів був у межах 21–81 років (середній – $53,5 \pm 12,9$).

З метою встановлення причини біліарних ПУ хворим проведено діагностичні заходи – загальні та біохімічні аналізи крові з маркерами холестази; ультрасонографічне (УСГ) обстеження органів черевної порожнини; фістулохолангіографію (ФХГ); відеолапароскопію (ВЛ); спіральну комп'ютерну томографію (для визначення стану печінки та підшлункової залози при УСГ ознаках патологічного процесу в цих органах); магнітно-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ); ендоскопічну ультрасонографію (ЕУСГ) та діагностичну ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ). Застосування діагностичного комплексу дало можливість своєчасно обрати оптимальну тактику лікування, чільним компонентом якої були ЕЧМЛ.

Лікувальний алгоритм перед ендоскопічним втручанням полягав у медикаментній терапії з ма-

ксимально можливою в термінах консервативною корекцією порушень, які виникли, та вибірковою тактикою у випадку негерметичності біліарного дерева без генералізації процесу у черевній порожнині.

Першим етапом лікування біліарних ПУ впродовж 2003-2010 рр. були ЕЧМЛ, які полягали у папілосфінктеротомії (ЕПСТ) із балонною дилатацією (БД) при необхідності, ендоскопічній літоекстракції (ЛЕ), ендобіліарній механічній літотрипсії (ЛТ) та дренажуванні (ЕД) за показами.

Результати досліджень та їх обговорення. Жовчотеча ускладнила ранній ПП у 47 пацієнтів, у терміни більше 1 місяця після операцій з приводу ЖКХ зовнішні біліарні нориці виявлено у 2 хворих.

Переважає більшість випадків післяопераційної жовчотечі мала 2 групу інтенсивності (29 спостережень), дещо рідше – 1 групу (12 випадків) і меншою мірою – 3 групу (6 спостережень) згідно критеріїв Morgenstern L. (1993) [8].

Причину надмірного тривалого виділення жовчі по холедохостомічній трубці, підпечінкових дренажах або через сформовану норицю встановлювали на основі результатів ФХГ або з допомогою УСГ, МРХПГ чи ЕРХПГ. Таким чином, діагностовано, що причиною тривалої жовчотечі або негерметичності ПЖШ у 49 (22,3%) пацієнтів були: ХЛ у 14 (28,6%) (рис. 1), передчасна дислокація зовнішнього дренажа у 16 (32,7%) хворих, негерметичність кукси міхурової протоки – у 9 (18,4%), додаткова протока – у 3 (6,1%), тільки СДО – у 4 (8,2%), інтраопераційно не виявлена травма лівої та загальної печінкової проток – у 2 (4,1%), ятрогенна лігатурна неповна стриктура спільної жовчної протоки – у 1 (2,1%) пацієнта.



Рис. 1. ЕРХПГ варіантів резидуального холедохолітазу, який призвів до: а) і б) – жовчотечі в ранньому ПП; в) – формування зовнішньої біліарної нориці у віддаленому ПП.

У динаміці УСГ обов'язково виконували всім хворим у термін від 2 до 5 діб від моменту операції. При цьому особливого значення надавали пошуку рідини в підпечінковому просторі та у вільній черевній порожнині, яку виявили загалом у 5 (10,2%) пацієнтів у вигляді анехогенних утворів без чітких контурів. У цих випадках первинно провели прицільні пункції із повною аспірацією вмісту під УСГ контролем або сана-

ційні ВЛ. Із 49 пацієнтів – у 7 (14,3%), УСГ картина жовчовивідних проток була варіантом норми. У 16 (32,7%) випадках виявлено дилатацію спільної жовчної протоки (від 9 до 13 мм), в 6 (12,2%) хворих крім дилатації ПЖШ також виявили ХЛ. У 5 (10,2%) пацієнтів не вдалося візуалізувати спільну жовчну протоку із-за підвищеної пневматизації кишок або вираженого висцерального ожиріння.

У 12 пацієнтів, які мали жовчотечі після дислокації зовнішнього дренажа в ранньому ПП, що унеможливило ФХГ, і в яких УСГ була малоінформативною, як і у 2 хворих із сформованими жовчевими норицями у віддаленому ПП, додатково проведено МРХПГ або ЕУСГ. У всіх випадках встановлено причини протокової патології, відтак і жовчотечі неінвазивними методами до виконання ЕРХПГ, а саме: ХЛ у 5 пацієнтів та біліарну гіпертензію за рахунок СДО ще у 9 хворих.

У 28 із 49 пацієнтів причиною жовчотечі була патологія ПЖШ, яку не діагностували до або після операційного лікування. При цьому у 17 із 28 спостережень із діагностованою з допомогою ЕРХПГ патологією жовчовивідних проток, підтікання жовчі пояснювалося помилковим трактуванням та недооцінкою лабораторних або УСГ даних, отриманих до операції. В інших 14 хворих результати передопераційного обстеження не виявили біліарної патології.

Для відновлення вільного пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку (ДПК), а не через ушкоджену жовчну протоку або куксу міхурової протоки, здебільшого було достатнім ЕПСТ, яку проведено 31 (63,3%) пацієнту. Проте, у деяких з них жовчотеча тривала навіть після ЕПСТ, особливо у випадках, коли було технічно важко виконати адекватний папілотомний розріз, наприклад, при

наявності парапапілярних дивертикулів. У таких ситуаціях у 7 пацієнтів додатково провели БД сфінктера Одді та термінального відділу спільної жовчної протоки (ТВХ), 3 хворим виконано ендобіліарне дренивання під час наступної ендоскопічної маніпуляції. При надмірній естравазації контрасту під час ЕРХПГ, яка виникла внаслідок ушкодження проток або ранньої дислокації холедохостомічних трубок та за відсутності ендоскопічних або рентгенологічних ознак СДО, ЕПСТ не виконували у 18 пацієнтів. Цим хворим проведено одноетапне ЕД стандартними поліпропіленовими стентами амстердамського типу діаметром 10 Fr. Тривалість їх функціонування залежала від розміру дефекту, через який відбувся скид жовчі за межі протокової системи, і у випадках недостатності кукси міхурової протоки в середньому становив 10-14 днів. При екстравазації із додаткових печінкових проток або незначному крайовому ушкодженні магістральних позапечінкових проток стентування було тривалішим: 30 – 60 днів. В одному випадку неповної лігатурної стриктури, яку діагностували в ранньому ПП після операції з приводу проникаючого поранення черевної порожнини, ендобіліарні стенти загалом функціонували близько одного року із плановою їх заміною що три місяці (рис. 2). Рецидиву стриктури не було.

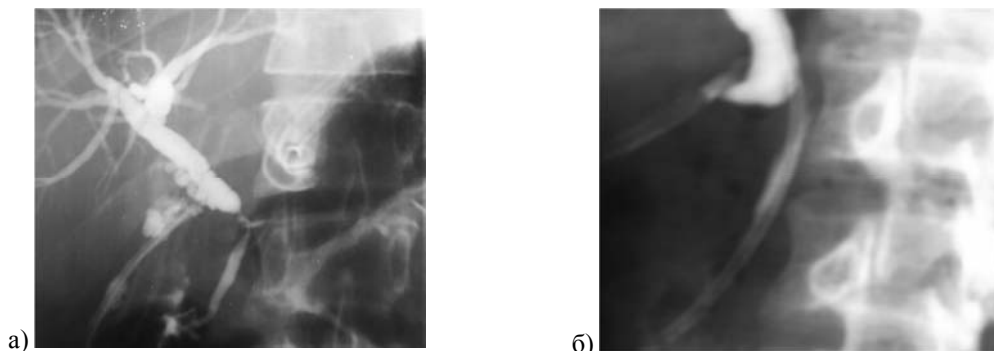


Рис. 2. ЕРХПГ пацієнта із тривалою жовчетечею (600-700 мл/добу) по холедохостомічному дренажу на 15 день після операції з приводу проникаючого поранення черевної порожнини : а) лігатурна неповна стриктура супрадуоденальної частини холедоха; б) поліпропіленовий ендо-біліарний стент Double Layer, фірми Olympus (Японія) діаметром 10 Fr заведено через стриктуру.

У 14 хворих ЕПСТ доповнювали ЛЕ. У 3 пацієнтів із конкрементами холедоха розміром більше 2 см та запальною стриктурою його термінального відділу одноетапна ЛЕ не вдалася навіть після БД. Цим хворим під час першої ендоскопічної маніпуляції виконали ЕПСТ і ЕД з метою попередження вклинення конкремента або його уламків у термінальний відділ холедоха (ТВХ). Наступним етапом, який проводили через 7-10 днів, було виконання механічної ендобіліарної ЛТ з видаленням фрагментів зруйнованих конкрементів, яка виявилася ефективною у 2 пацієнтів. Одному хворому довелося виконувати ВЛ холедохолітотомію, яку завершили повною ЛЕ.

Після ЕЧМЛ з приводу жовчотечі в ранньому та віддаленому ПП позитивного клінічного ефекту

досягнуто в 47 хворих (ефективність ендоскопічного лікування – 95,9%). В 1 випадку ендоскопічна декомпресія проток не вдалося, що пов'язано з попередньо перенесеною резекцією шлунка. При ЕРХПГ виявили ХЛ, проте здійснити повну транспапілярну ЛЕ не вдалося. Цього хворого, як і згаданого пацієнта із ХЛ після неповної механічної ЛТ, оперували повторно.

Ефективність лікування оцінювали на підставі припинення жовчотечі по дренажах холедоха та черевної порожнини. Якщо впродовж 3-5 діб виділень не було, то дренажі видаляли, але зовнішній дренаж спільної жовчної протоки – лише після попереднього його перетискання на 8, 12 і 24 години.

Таким чином, застосування ЕРХПГ виявилось основним методом діагностики жовчотечі, який дозволив локалізувати джерело та причини поступлення жовчі, а також негайно перейти до виконання ЕЧЛМ. ЕПСТ самостійно або у поєднанні з іншими ЕЧЛМ сприяла припиненню жовчотечі та відмові від повторних хірургічних втручань.

Синдром механічної жовтяниці (МЖ) різного ступеня тяжкості діагностовано в ранньому та пізньому ПП загалом у 171 (77,7%) пацієнтів. У ранньому ПП його причиною виявився ХЛ у 47 (27,5%), а в термінах більше місяця після операцій – у 88 (51,5%) пацієнтів. Також механічна МЖ в різні терміни після операцій з приводу ЖКХ виникла на тлі СДО у 26 (15,2%) та за рахунок ятрогенних неповних стриктур позапечінкових жовчовивідних шляхів (СПЖШ), які діагностували у 5 (2,9%) хворих в пізньому ПП. Повне пересічення або висічення спільної жовчної протоки протягом діагностовано ще у двох пацієнтів в ранньому ПП. У 3 (1,8%) хворих причиною біліарної гіпертензії через 2–4 місяці після операцій з приводу деструктивних форм гострого холециститу, виявили прогресування злякисних новоутворів жовчного міхура або ПЖШ, які не були діагностовані під час

первинного операційного втручання та при подальшому дослідженні гістологічного матеріалу.

Усім хворим з клінічними та лабораторними ознаками МЖ у ранньому або пізньому ПП, особливо за наявності холангіту в 59 (34,5%) пацієнтів, обов'язково проводили УСГ в динаміці для визначення стану органів панкреатобіліарної системи, виявлення патологічних скупчень рідини в черевній порожнині.

У 17 (9,9%) пацієнтів УСГ картина ПЖШ була варіантом норми. У 132 (77,2%) хворих діагностували розширення спільної жовчної протоки (> 9 мм) і часткових печінкових проток (> 4 мм), а у 89 (52,0%) випадках крім дилатації проток, виявили солітарні або множинні конкременти в їх просвіті. У 18 (20,5%) пацієнтів не вдалося візуалізувати спільну жовчну протоку, а лише дилатовані внутрішньопечінкові протоки. У 7 (%) хворих діагностували підпечінкові біліоми об'ємом 30-70 мл, які успішно пунктували та повністю аспірували під контролем УСГ в усіх хворих перед виконанням ЕЧМЛ. У випадках недостатньої інформативності навіть динамічної УСГ дев'ятьом пацієнтам виконано МРХПГ або ЕУСГ (рис. 4).

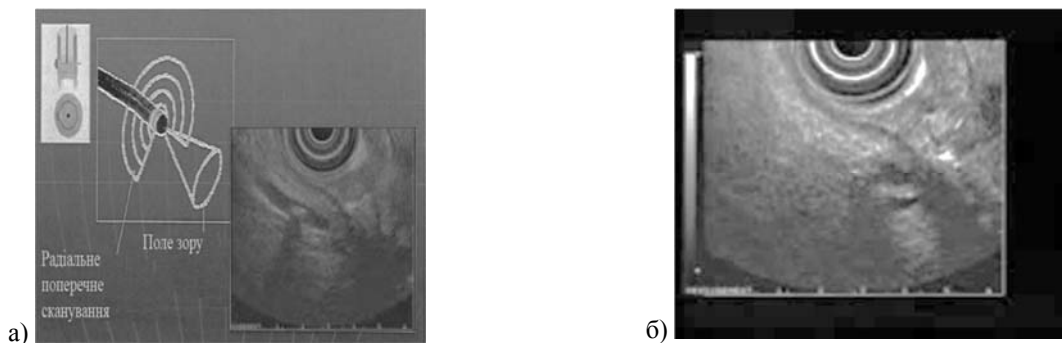


Рис. 3. Ендосонограми пацієнтів із резидуальним холедохолітіазом: а) конкремент в супрадуоденальній частині Х.; б) конкремент в інтраампулярній частині ВДС, не видимий при конвенційній УСГ.

Виконання ЕРХПГ пацієнтам із синдромом МЖ дозволило у всіх випадках встановити її причину і відразу приступити до виконання ЕЧЛМ. Діагностична ЕРХПГ без втручання на великому дуоденальному соску (ВДС) у двох хворих виявила зміни його ампули, характерні для самостійної міграції конкрементів у ДПК. У 2 випадках на 2-4 добу після холецистектомії розвинулася МЖ. Пацієнтам невідкладно виконали ЕРХПГ, діагностували повне пересічення холедоха або висічення частини ПЖШ, запідозрене на МРХПГ. В обох випадках виконали реконструктивні операції.

Рентгенологічні ознаки біліарної гіпертензії, отримані під час ЕРХПГ у пацієнтів без ХЛ, разом із характерними ендоскопічними стигматами ВДС, біохімічними та клінічними проявами, підтвердили СДО у 5 пацієнтів із МЖ у ранньому та 21 – у пізньому ПП згідно критеріїв Hogan-Geenen (1997) [9].

Для корекції патологічних змін, діагностованих під час ЕРХПГ, хворим застосували різні ЕЧМЛ.

ЕПСТ виконали 26 пацієнтам з приводу СДО 1 та 2 типів за Hogan-Geenen зі стенозами ВДС (рис. 6а, 6б), а при стенозуванні ТВХ додатково проводили БД. У 133 (62,5%) пацієнтів ЕПСТ доповнили повною ЛЕ. У 14 хворих з “тяжкими” конкрементами спільної жовчної протоки, на першому етапі виконали ЕД поліпропіленовими стентами з метою тимчасової декомпресії, а на другому – ЛТ, з наступною ЛЕ фрагментів конкрементів (через 7-14 днів). У 2 (1,2 %) з цих пацієнтів повна ЛЕ не вдалося навіть під час третьої спроби ЛТ і їх оперували.

При виявленні СПЖШ у віддаленому ПП, ЕД застосували з лікувальною метою у 5 хворих, шляхом почергового одномоментного встановлення від 1 до 3-х пластикових ендопротезів та їх планової заміни впродовж року (рис. 4). Також ЕД стало кінцевим паліативним методом лікування у 3 хворих із неоперабельними пухлинами ПЖШ, які не вдалося діагностувати під час попе-

реднього хірургічного втручання з приводу деструктивного холециститу. В однієї з пацієнок аденокарцинома жовчного міхура заблокувала місце злиття правого та лівого печінкових проток (рис. 5а) і їй виконали одноетапне білатеральне ЕД (рис. 5б). В іншого хворого стент ендоскопічно встановили за методом “рандеву” по провід-

нику, попередньо заведеному в ДПК за допомогою черезшкірної черезпечінкової холангіостомії, з тимчасовим зовнішнім дрениванням. Цей етап був необхідним для ліквідації біліарної гіпертензії та стабілізації стану хворого, а зляквісна стриктура на рівні ПЖШ була первинно непрохідною для ендоскопічного провідника.



а)



б)

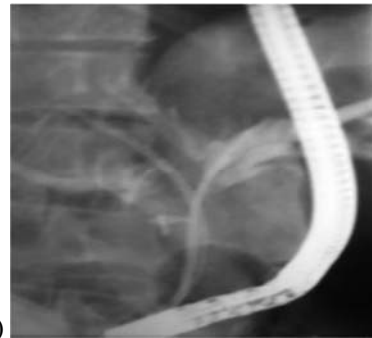
Рис. 4. Холангіограми неповної стриктури спільної жовчної протоки через 3 місяці після лапароскопічної холецистектомії : а) до стентування; б) поліпропіленовий стент діаметром 10 Fg, заведено через стриктуру до місця злиття правого та лівого печінкових проток.

У 157 (95,3%) пацієнтів ЕЧМЛ здійснили одноетапно, у 14 (3,5%) – за два и 2 (1,2%) – за три етапи. У 166 (97,2%) хворих вдалося досягти позити-

вного клінічного ефекту, про що свідчила ліквідація МЖ з нормалізацією біохімічних показників крові без рецидивів захворювання.



а)



б)

Рис. 5. Холангіограми хворої із механічною жовтяницею, спричиненою прогресуванням аденокарциноми жовчного міхура: а) інвазія раку жовчного міхура у загальну печінкову протоку та місце злиття правого та лівого печінкових проток; б) стан відразу після білатерального ендобіліарного дренивання.

Аналіз основних причин розвитку та маніфестації МЖ у ранньому та пізньому ПП, як і у випадку післяопераційних жовточотеч, засвідчив, що вони переважно пов'язані з недостатнім обстеженням хворих до операцій та помилками діагностики на передопераційному етапі. ЕРХПГ виявилася основним діагностичним методом виявлення патології ПЖШ у різні терміни після холецистектомії, при чому ЕЧМЛ були ефективними в 166 (97,1%) хворих.

Одна стриктура виявилася повною, в іншій хворої діагностували повне висічення фрагменту ПЖШ, а ще одна стриктура не піддалася ендоскопічній терапії і відновилася через 3 місяці після екстракції стентів. У 2 хворих не вдалося виконати повну ЛЕ навіть у кілька етапів із-за розмірів або особливостей розташування конкрементів.

Ускладнення у вигляді набрякового панкреатиту загалом виникли у 6 (2,7%) пацієнтів, летальних випадків, пов'язаних із ЕЧМЛ, не було. Відносно невелику кількість післяманіпуляційних ускладнень можна пояснити тим, що ЕРХПГ застосовано, як правило, з одночасним переходом до ЕЧМЛ, адже черезпапілярні маніпуляції виконували лише після максимально можливого ступеня встановлення діагнозу неінтервенційними методами (УСГ, МРХПГ, ЕУСГ). Цим звели до мінімуму (лише 2 (0,9%) ЕРХПГ) кількість діагностичних контрастувань, а відтак і загальну кількість ускладнень, характерних для цього інвазійного діагностичного методу. Таким чином, ендоскопічно вдалося повністювилікували 213 (96,8%) пацієнтів із різними типами біліарних ПУ (рис. 6).

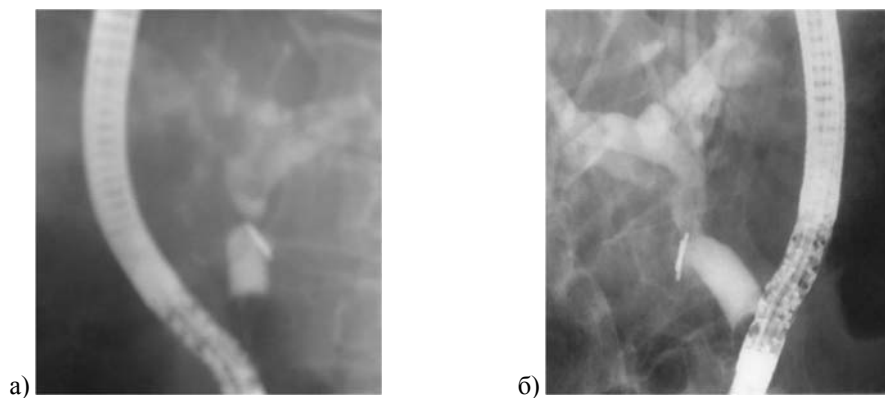


Рис. 6. ЕРХПГ хворої із неповною ятрогенною стриктурою спільної жовчної протоки: а) стриктура спільної жовчної протоки через 6 місяців після ЛХЕ, до ендоскопічного лікування; б) контрольна холангіограма через 1 рік після екстракції ендо-біліарних стентів – стриктура не відновилася.

Враховуючи викладений власний досвід та відомості з літератури [2, 3, 6, 7, 10], ми пропонуємо наступний алгоритм ендоскопічного черезпапілярного лікування пацієнтів із ПУ після операцій на ПЖШ (рис. 7).

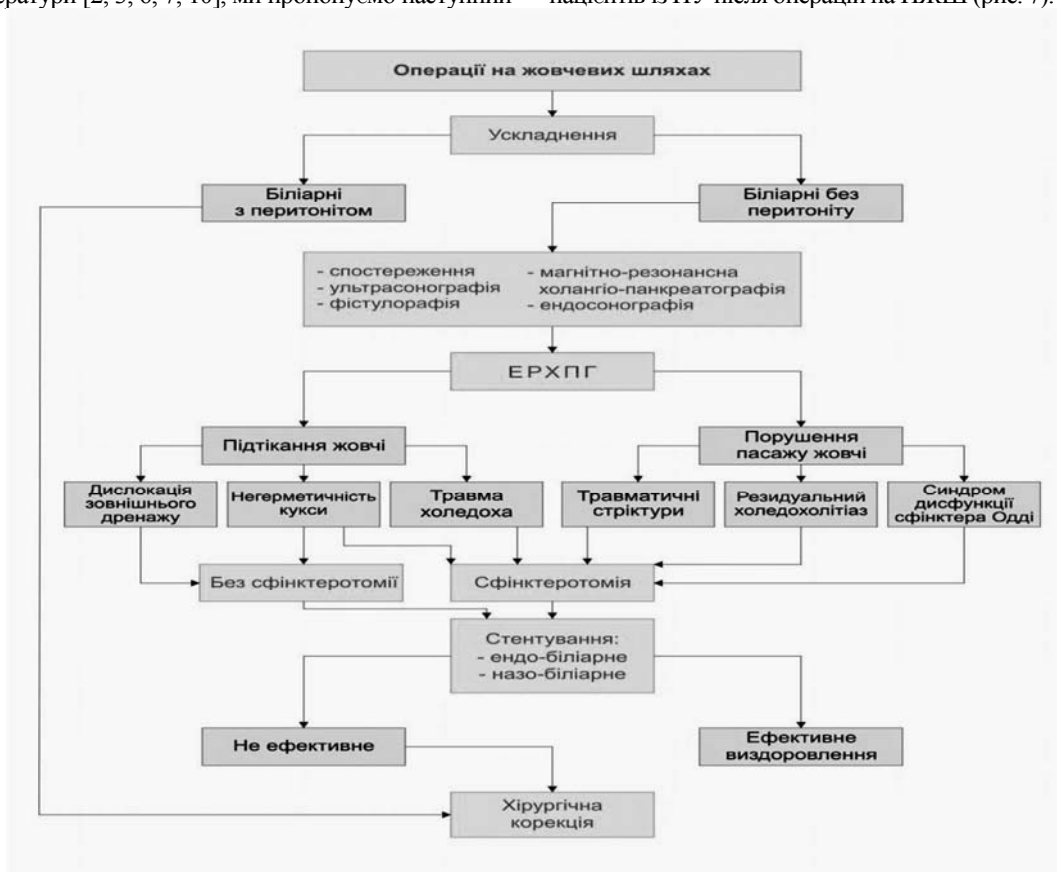


Рис. 7. Алгоритм лікування гепато-біліарних післяопераційних ускладнень.

Висновки. ЕРХПГ із ЕЧМЛ є інформативним та результативним методом лікування пацієнтів із гепато-біліарними ПУ із малою кількістю усклад-

нень. ЕЧМЛ повинні бути методом вибору або першим інвазійним етапом в алгоритмі інструментального лікування ПУ, пов'язаних із ПЖШ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ничитайло М.Ю. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М.Е. Ничитайло, А.В. Скумс. — К.: Макком, 2006. — 344 с.
2. Павловський М.П. Возможности і труднощі ендоскопічного лікування пацієнтів з постхолецистектомічним синдромом / М.П. Павловський, В.І. Коломійцев, Т.І. Шахова : тези доп. XXII з'їзду хірургів України [«IV Міжнародні Пироговські читання»]. — Вінниця, 2010. — С. 73.

3. Показання до невідкладних ендоскопічних ретроградних втручань у ранньому післяопераційному періоді / І.М. Павловський, В.І. Коломійцев, Т.І. Шахова [та ін.] // Шпитальна хірургія. — 2005. — № 2. — С. 20—24.
4. Савельев В.С. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения / В.С. Савельев, В.А. Петухов. — М. : ГЭОТАР—медиа, 2009. — 102 с.
5. Complications of cholecystectomy: risks of the laparoscopic approach and protective effects of operative cholangiography – a population-based study / D.R. Fletcher, M.S.T. Hobbs, P. Tan [et. al] // *Ann. Surg.* — 1999. — Vol. 229. — P. 449—457.
6. Endoscopic approach in diagnosis and treatment of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. Kianicka B, Díte P, Piskac P [et. al] // *Hepatogastroenterology.* — 2011. — Vol. 58. — P. 275—280.
7. Endoscopic management of postoperative bile leaks / N. Agarwal, B.C. Sharma, S. Garg [et. al] // *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* — 2006. — Vol. 5 — P. 273—277.
8. Morgenstern L. Bile leakage after biliary tract surgery. A laparoscopic perspective // L. Morgenstern, G. Berci, E.H. Pasternak // *Surg Endosc.* — 1993. — Vol. 7. — P. 432—438.
9. Sphincter of Oddi manometry / W.J. Hogan, S. Sherman, P. Pasricha, D.L. Carr-Locke // *Gastrointest. Endosc.* — 1997. — Vol. 45. — P. 342—348.
10. The usefulness of endoscopic transpapillary procedure in post-cholecystectomy bile duct stricture and post-cholecystectomy bile leakage / Y. Sakai, T. Tsuyuguchi, T. Ishihara [et. al] // *Hepatogastroenterology.* — 2009. — Vol. 56. — P. 978—983.

B.O. MATVIJCHUK, O.I. KUSHNIRUK, S.L. RACHKEVICH, V.M. SALO, O.T. GIRNYAK, R.M. POGORECKY

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky, Faculty of Postgraduate Education, Department of Surgery, Lviv; Lviv Municipal City Clinical Hospital of Emergency Medicine, Lviv

ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS IN TREATMENT OF HEPATOBILIARY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

220 patients with biliary postoperative complications were treated by endoscopic transpapillary approach in different terms after surgery. We determined its effectiveness during 8 years period. Endoscopic sphincterotomy with or without sphincteroplasty, endobiliary lithotripsy or drainage were used for the treatment of bile leaks in 49 and mechanical jaundice in 171 patients respectively. Interventional endoscopy had excellent results and was the final method of treatment in 166 (97,1%) of patients. Thanks to these preliminary results we can recommend interventional endoscopy as the first step in the algorithm of minimally invasive treatment of the postoperative biliary complications.

Key words: cholelithiasis, biliary complications, endoscopic treatment

Стаття надійшла до редакції: 10.05.2011 р.