

Поєднання застосування ендоскопічних і лапароскопічних хірургічних методик при лікуванні хворих на гострий холангіт

Резюме. *Актуальність.* Лікувальні заходи при гострому холангіті обов'язково передбачають два головних напрями: усунення біліарної гіпертензії та боротьбу з інфекцією в жовчовивідних шляхах. Без своєчасного адекватного лікування це захворювання веде до летального кінця. При холангіті будь-яке хірургічне втручання, що забезпечує достатнє дренивання жовчного дерева, вважається адекватним, тому що ліквідує одну з принципових ланок (біліарна гіпертензія) в ланцюгу патогенезу гострого холангіту. У міру досягнення ліквідації гострого процесу проводиться корекція причини виникнення гострого холангіту для запобігання подальшим біліарним ускладненням. Застосування лапароскопічних методик проведення хірургічних втручань при виникненні гострого холангіту переважно обмежується тільки проведенням лапароскопічної холецистектомії після усунення проявів холангіту. **Мета.** Вдосконалення застосування комплексу лапароскопічних та ендоскопічних хірургічних втручань при лікуванні хворих на гострий холангіт. **Матеріали та методи.** Лапароскопічні та відеоасистовані операції проведені 125 хворим на гострий холангіт у різні строки щодо ендоскопічних трансдуоденальних втручань. Загалом вищевказаним пацієнтам виконані 151 відео-лапароскопічне та 102 ендоскопічних хірургічних втручання. Серед них ендоскопічні: ендоскопічна папілосфінктеротомія — 102, в тому числі: механічна літотрипсія — 87, літоекстракція — 25; відеолапароскопічні: лапароскопічна холецистектомія — 113, лапароскопічна холецистостомія — 12, лапароскопічне розкриття та дренивання холангіогенних абсцесів печінки — 9, лапароскопічне та відеоасистоване дренивання гепатикохоледоха — 8, лапароскопічна та відеоасистована холедохолітотомія — 5, лапароскопічна та відеоасистована холецистоєюностомія — 4. **Результати.** Післяопераційні ускладнення виникли у 9 (7,2 %) хворих. Летальних випадків не було. Лапароскопічні хірургічні втручання та ендоскопічні транспапілярні втручання проведені в різній послідовності залежно від наявності деструктивних змін у жовчному міхурі та доповнювали одне одного. **Висновки.** Оперативні втручання із застосуванням відеолапароскопічних технологій дозволяють в багатьох випадках усунути біліарну гіпертензію як один із патогенетичних факторів гострого холангіту, а також причину його виникнення.

Ключові слова: гострий холангіт; лапароскопія; хірургічні втручання.

Вступ

Лікувальні заходи при гострому холангіті обов'язково передбачають два головних напрями: усунення біліарної гіпертензії та боротьба з інфекцією в жовчовивідних шляхах. Для досягнення вищевказаних умов проводиться антибактеріальна терапія та

біліарне дренивання з усуненням причини обструкції біліарних проток [1]. Без своєчасного адекватного лікування це захворювання веде до летального кінця [2]. Залежно від вираженості й тяжкості гострого холангіту можуть застосовуватись консервативні заходи та хірургічні втручання. До цього часу

в літературних джерелах немає єдиної думки щодо способів хірургічних втручань при гострому холангіті та методів внутрішньопротокової санації жовчних шляхів [3].

При гострому холангіті будь-яке хірургічне втручання, що забезпечує достатнє дренивання жовчного дерева, вважається адекватним, тому що ліквідує одну з принципів ланок (біліарна гіпертензія) в ланцюгу патогенезу гострого холангіту. На цей час основними методами усунення порушення прохідності жовчних проток є відкриті хірургічні, транспаплярні ендоскопічні та черезшкірні транспечінкові втручання [4].

У міру досягнення ліквідації гострого процесу проводиться корекція причини виникнення гострого холангіту для запобігання подальшим біліарним ускладненням [5]. Застосування лапароскопічних методик проведення хірургічних втручань при виникненні гострого холангіту переважно обмежується тільки проведенням лапароскопічної холецистектомії після усунення проявів холангіту [6].

Мета роботи: удосконалення застосування комплексу лапароскопічних та ендоскопічних хірургічних втручань при лікуванні хворих на гострий холангіт.

Матеріали та методи

Лапароскопічні та відеоасистовані операції проведено 125 хворим на гострий холангіт у різні строки щодо ендоскопічних трансдуоденальних втручань у хірургічному відділенні Комунального неприбуткового підприємства «Обласно клінічна лікарня» м. Харкова у період 2011–2017 років. Загалом вищевказаним пацієнтам виконані 151 відеолапароскопічне та 102 ендоскопічних хірургічних втручань. Серед них ендоскопічні: ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), механічна літотрипсія (МЛТ), літоекстракція (ЛЕ); та відеолапароскопічні: лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), лапароскопічна холецистостомія (ЛХС), лапароскопічна та відеоасистована холедохолітотомія, лапароскопічне та відеоасистоване дренивання гепатикохоледоха, лапароскопічне розкриття та дренивання холангіогенних абсцесів печінки, лапароскопічна та відеоасистована холецистоеюностомія.

Всі пацієнти мали механічну жовтяницю та ознаки холангіту. Серед них були 67 жінок і 48 чоловіків середнім віком 53,9 року (32–67 років). В ургентному порядку оперовано 76 (60,8 %) пацієнтів, у ранньому плановому — 49 (39,2 %).

При ультразвуковому дослідженні (УЗД) у всіх пацієнтів виявлені ознаки біліарної гіпертензії, холелітіаз — у 89 (71,2 %) пацієнтів (серед них холедохолітіаз — у 85 (68 %) пацієнтів), непрохідність пухлинного генезу — у 36 (28,8 %) пацієнтів.

Для уточнення первинної причини виникнення холангіту і раціонального вибору тактики лікування 63 (51,2 %) пацієнтам виконана мультидетекторна комп'ютерна томографія з контрастуванням і без такого.

Статистична обробка результатів дослідження проводилася з використанням комп'ютерних програм Microsoft Excel 2010 за допомогою пакета прикладних програм Statistica 5.0 for Windows.

Результати та обговорення

У різні строки та в різній послідовності щодо лапароскопічних хірургічних втручань 95 (76 %) пацієнтам виконана ендоскопічна ретроградна холангіографія (ЕРХГ), у 9 (7,2 %) хворих провести це дослідження не вдалося внаслідок невдалих спроб катетеризації великого сосочка дванадцятипалої кишки; 7 (5,6 %) пацієнтам ЕРХГ проведена після лапароскопічного втручання. При проведенні ЕРХГ у 83 (87,4 %) осіб виявлені конкременти загальної жовчної протоки, виконано ЕПСТ та ЛЕ (за необхідності — з МЛТ). Структура проведених ендоскопічних втручань подана в табл. 1.

Структура видів застосованих лапароскопічних і відеоасистованих методик наведена в табл. 2.

Як свідчать наведені в табл. 2 дані, 26 пацієнтам (20,8 %) виконано понад 1 вид відеолапароскопічного втручання.

Серед 125 хворих ЛХЕ була виконана у 113 пацієнтів, її вважали найбільш частою лапароскопічною операцією. Це втручання проведене в 99 (87,6 %) хворих у термін 5–7 діб після ендоскопічних транспаплярних втручань після усунення біліарної гіпертензії, явищ холангіту та зниження рівня загального білірубіну крові менше від 40 мкмоль/л. У частини пацієнтів лапароскопічна холецистектомія виконана в день проведення ендоскопічного транспаплярного втручання, або протягом наступних 2 діб з приводу деструктивних форм гострого холециститу — 11 (9,7 %) хворих. Трьом пацієнтам (2,7 %) спочатку здійснено лапароскопічну холецистектомію у зв'язку з деструкцією стінки жовчного міхура, а наступним етапом — ендоскопічні втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки та загальній жовчовивідній протоці.

Таблиця 1. Структура ендоскопічних дренируючих втручань

Вид ендоскопічного втручання	До лапароскопічного втручання, n	Після лапароскопічного втручання, n	Усього, n
ЕПСТ	95	7	102
В тому числі ЛЕ	80	7	87
МЛТ	21	4	25

Примітки: ЕПСТ — ендоскопічна папілосфінктеротомія; МЛТ — механічна літотрипсія.

Таблиця 2. Структура видів лапароскопічних і відеоасистованих методик

Вид хірургічного втручання	Лапароскопічне втручання, n (%)	Відеоасистоване втручання, n (%)	Усього, n (%)
Холецистектомія	113 (74,8)	–	113 (74,8)
Холецистостомія	12 (7,9)	–	12 (7,9)
Розкриття та дренивання холангіогенних абсцесів печінки	9 (6,0)	–	9 (6,0)
Дренування гепатикохоледоха	5 (3,3)	3 (2,0)	8 (5,3)
Холедохолітомія	2 (1,3)	3 (2,0)	5 (3,3)
Холецистоєюностомія	2 (1,3)	2 (1,3)	4 (2,6)
Усього	143 (94,7)	8 (5,3)	151 (100)

ЛХС накладена 12 хворим (7,9 %) через непрохідність термінального відділу загальної жовчної протоки та невдалі спроби транспаплярного дренивання холедоха. У подальшому після усунення проявів холангіту та зниження концентрації білірубіну в крові цим пацієнтам виконані інші хірургічні втручання.

З приводу холангіогенних абсцесів печінки лапароскопічно оперовано 9 (6,0 %) хворих, яким виконане лапароскопічне розкриття та дренивання абсцесів. Серед них 6 пацієнтам розкриття та дренивання абсцесу печінки поєднувалось з лапароскопічною холецистектомією.

Дренування гепатикохоледоха із застосуванням відеолапароскопічних технологій проведено 8 (5,3 %) пацієнтам, 5 (3,3 %) з них — через непрохідність термінального відділу загальної жовчної протоки при пухлинах головки підшлункової залози після безуспішних спроб ендоскопічного та транспечінкового дренивання жовчовивідних шляхів.

Для виконання холедохолітомії відеолапароскопічні методики застосовано у 5 (3,3 %) хворих: 2 хворим виконано видалення каменів із гепатикохоледоха лапароскопічно при холецистектомії з приводу деструктивного холециститу та в 3 випадках проведено відеоасистовану операцію.

При пухлинних утвореннях підшлункової залози з паліативною метою холецистоєюноанастомоз за Ру накладений у 4 хворих. Міжкишковий анастомоз в усіх випадках накладений за допомогою апаратів, що сшивають. Анастомоз між жовчним міхуром і тонкою кишкою в двох випадках накладений вручну лапароскопічно, в двох випадках — відкритим способом.

Післяопераційні ускладнення виникли у 9 (7,2 %) хворих. Летальних випадків не було.

Висновки

1. Лапароскопічні хірургічні та ендоскопічні транспаплярні втручання можуть проводитися в різній послідовності залежно від наявності деструктивних змін у жовчному міхурі та доповнюють одне одного.

2. При виконанні відеолапароскопічного втручання в умовах гострого холангіту для усунення бі-

ліарної гіпертензії достатньо виконати дренивання гепатикохоледоха. Конкременти жовчних проток видаляються після усунення проявів холангіту.

3. Оперативні втручання із застосуванням відеолапароскопічних технологій дозволяють в багатьох випадках усунути біліарну гіпертензію як один із патогенетичних факторів гострого холангіту, а також причину його виникнення.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті. Автори не отримували ніяких винагород ні в якій формі від фірм-виробників лікарських препаратів, медичного обладнання та матеріалів, у тому числі конкурентів, здатних вплинути на результати роботи.

Список літератури

1. Кондратенко П.Г. Хирургическая тактика при остром гнойном холангите / П.Г. Кондратенко, Ю.А. Царульков // Укр. журн. хірургії. — 2010. — № 2. — С. 31-36.
2. Хирургические инфекции: руководство / Под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. — СПб.: Питер, 2003. — 864 с.
3. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю.А. Пархисенко, А.И. Жданов, В.Ю. Пархисенко, Р.С. Калашиник // Укр. журн. хірургії. — 2013. — № 3. — С. 202-214.
4. Tavares V., Mennet A., Andereggen É. Biliaryinfections: cholecystitisand cholangitis // Rev. Med. Suisse. — 2016 Aug. 10; 12. — Vol. 526. — P. 1316-1320. French. PMID: 28671775.
5. Ничитайло М.Ю. Діагностично-лікувальна тактика з використанням міні-інвазивних технологій при механічній жовтяниці, обумовленій холедохолітіазом / М.Ю. Ничитайло, Ю.М. Захараш, П.В. Огородник, М.П. Захараш // Хірургія України. — 2008. — Т. 26, № 2. — С. 5-13.
6. Boerma D., Rauws E.A., Keulemans Y.C., Janssen I.M., Bolwerk C.J., Timmer R., Boerma E.J., Obertop H., Huijbregtse K., Gouma D.J. Wait-and-see policy or laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for bile-ductstones: a randomised trial // Lancet. — 2002. — Vol. 360. — P. 761-765.

Отримано 17.12.2018 ■

Вовк В.А.

Коммунальное неприбыльное предприятие «Областная клиническая больница», г. Харьков, Украина

Сочетание применения эндоскопических и лапароскопических методик при лечении больных острым холангитом

Резюме. Актуальность. Лечебные мероприятия при остром холангите обязательно должны предусматривать два главных направления: устранение билиарной гипертензии и борьбу с инфекцией в желчевыводящих путях. Без своевременного адекватного лечения это заболевание ведет к летальному исходу. При остром холангите любое хирургическое вмешательство, которое обеспечивает достаточное дренирование желчного дерева, считается адекватным, так как ликвидирует одно из принципиальных звеньев (билиарная гипертензия) в цепи патогенеза острого холангита. По мере достижения ликвидации острого процесса проводится коррекция причин возникновения острого холангита для предупреждения последующих билиарных осложнений. Применение лапароскопических методик проведения хирургических вмешательств при возникновении острого холангита в большинстве случаев ограничивается только проведением лапароскопической холецистэктомии после устранения явлений холангита. **Цель.** Усовершенствование применения комплекса лапароскопических и эндоскопических хирургических вмешательств при лечении больных острым холангитом. **Материалы и методы.** Лапароскопические и видеоассистированные операции проведены у 125 больных острым холангитом в разные сроки по отношению к эндоскопическим трансдуоденальным вмешательствам. В общей сложности

указанным пациентам проведено 151 видеолапароскопическое и 102 эндоскопических хирургических вмешательства. Среди них эндоскопические: эндоскопическая папиллосфинктеротомия — 102, в том числе: механическая литотрипсия — 87, литоэкстракция — 25; видеолапароскопические: лапароскопическая холецистэктомия — 113, лапароскопическая холецистостомия — 12, лапароскопическое вскрытие и дренирование холангиогенных абсцессов печени — 9, лапароскопическое и видеоассистированное дренирование холедоха — 8, лапароскопическая и видеоассистированная холедохолитотомия — 5, лапароскопическая и видеоассистированная холецистостомия — 4. **Результаты.** Послеоперационные осложнения возникли у 9 (7,2 %) больных. Летальных исходов не было. Лапароскопические хирургические вмешательства и эндоскопические транспапиллярные вмешательства проведены в разной последовательности в зависимости от наличия деструктивных изменений в желчном пузыре и дополняли друг друга. **Выводы.** Оперативные вмешательства с использованием видеолапароскопических технологий позволяют в большинстве случаев устранить билиарную гипертензию как один из патогенетических факторов острого холангита, а также причину его возникновения. **Ключевые слова:** острый холангит; лапароскопия; хирургические вмешательства

V.A. Vovk

Public non-profit organization Regional Clinic Hospital, Kharkiv, Ukraine

The combination of endoscopic and laparoscopic techniques in the treatment of acute cholangitis

Abstract. Background. Therapeutic measures for acute cholangitis must necessarily envisage two main directions: elimination of biliary hypertension and the fight against infection in the biliary tract. Without timely adequate treatment, this disease is fatal. In acute cholangitis, any surgical intervention that provides sufficient drainage of the biliary tree is considered adequate, since it eliminates one of the principal links (biliary hypertension) in the chain of the pathogenesis of acute cholangitis. After the acute process has been eliminated, the causes of acute cholangitis are reduced in order to prevent subsequent biliary complications. The use of laparoscopic surgical procedures in acute cholangitis in most cases is limited only to laparoscopic cholecystectomy after the cholangitis elimination. **Material and methods.** Laparoscopic and video-assisted surgeries were performed in 125 patients with acute cholangitis at different times in relation to endoscopic transduction interventions. In total, these patients underwent 151 video laparoscopic and 102 endoscopic surgical interventions. Among them, endoscopic: endo-

scopic papillosphincterotomy — 102, including 87 mechanical lithotripsies, 25 lithoextractions; and videolaparoscopic: 113 laparoscopic cholecystectomies, 12 laparoscopic cholecystostomies, laparoscopic dissection and drainage of cholangiogenic liver abscess — 9, laparoscopic and video-assisted drainage of the choledoch — 8, laparoscopic and video-assisted choledocholithotomy — 5, laparoscopic and video-assisted cholecystojejunostomy — 4. **Results.** Postoperative complications occurred in 9 patients (7.2 %). There were no lethal outcomes. Laparoscopic surgeries and endoscopic transpapillar interventions were performed in a different sequence depending on the presence of destructive changes in the gallbladder and complemented each other. **Conclusions.** Operative interventions using video-laparoscopic technology in most cases make it possible to eliminate biliary hypertension as one of the pathogenetic factors of acute cholangitis and to eliminate the cause of its occurrence. **Keywords:** acute cholangitis; laparoscopy; surgical intervention