

© Я.Р. Дутка, С.М. Чуклін, 2014

УДК 616.367–008.857–089.85

Я.Р. ДУТКА, С.М. ЧУКЛІН

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії №1, Львів*

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ, ЗУМОВЛЕНИМ ВЕЛИКИМИ КОНКРЕМЕНТАМИ**

У роботі викладено результати хірургічного лікування 87 пацієнтів із холедохолітазом, зумовленим великими конкрементами. Чутливість ультразвукового дослідження у діагностиці великих конкрементів у гепатикохоледосі склала 60,9%. Усім хворим проведено ендоскопічну ретроградну холангіографію (ЕРХГ), стверджено поширення жовчних проток вище рівня блоку конкрементом, визначено великі тверді конкременти, які не піддалися спробі механічної літотрипсії і їх не можна було видалити через недостатній діаметр папілотомічного отвору.

Після встановлення діагнозу та ендоскопічних маніпуляцій усіх пацієнтів прооперовано: виконано холецистектомію, відновлення прохідності жовчних проток і накладання білідигестивного анастомозу, зовнішнє дренирування біліарного дерева та первинний шов холедоха.

**Ключові слова:** хірургічне лікування холедохолітазу, великі конкременти жовчних проток

**Вступ.** Серед етіологічних чинників механічної жовтяниці у 30–85% пацієнтів виявляють конкременти гепатикохоледоха [2, 3, 8]. У 60–75% пацієнтів виникає необхідність доповнити ендоскопічну папілосфінктеротомію літоекстракцією [4]. Показанням до цієї маніпуляції є відповідність діаметра кінцевого відділу спільної жовчної протоки (холедоха) та внутрішнього діаметра папілотомічного отвору з розміром конкрементів [6, 7]. Спроби видалення конкрементів, коли їх розмір перевищує діаметр просвіту кінцевого відділу загальної жовчної протоки представляють значну небезпеку для хворого і супроводжуються такими ускладненнями, як защемлення кошика Dormia з конкрементом у кінцевому відділі холедоха. Важливе значення для успішної літоекстракції має характер поверхні каменів – коралоподібні камені частіше защемляються у складчастих структурах ВДС та кінцевого відділу холедоха [6]. У цих пацієнтів спробу літоекстракції здійснюють після фрагментації конкремента механічним літотриптором, проте виконати її не завжди вдається [5, 9, 10]. У таких хворих дискутуються питання обсягу та термінів ендоскопічних втручань, їх послідовності та контролю результатів, а також холедохолітотомії з лапаротомного доступу [1, 7].

**Мета дослідження.** Покращити результатів хірургічного лікування пацієнтів із холедохолітазом, зумовленим великими конкрементами.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати обстеження і хірургічного лікування 87 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітазом, зумовленим великими твердими конкрементами. Поняття „великий камінь” означало не тільки його величину, а й співвідношення з діаметром кінцевого відділу спільної жовчної протоки (холедоха) та отвором, який утворюється після ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ). Пацієнти знаходилися на стаціонарному лікуванні

в клініці в період від 2001 до 2013 рр. Жінок було 58 (66,7%), чоловіків – 29 (33,3%); середній вік хворих – 61,4±11,2 року.

Усім пацієнтам проведено загальноклінічні аналізи крові та сечі, визначено в сироватці крові активність лужної фосфатази, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази та амілази, рівень білірубину та його фракцій. З інструментальних методів обстеження для підтвердження діагнозу холедохолітазу на першому етапі застосовано ультрасонографію (УСГ). Чутливість УСГ у діагностиці великих конкрементів у гепатикохоледосі склала 60,9%. У подальшому використовували магнітно-резонансну холангіографію (МРХГ) та ендоскопічне обстеження з метою уточнення причини жовтяниці і з'ясування умов для ендоскопічної ретроградної холангіографії (ЕРХГ) та ендоскопічних хірургічних маніпуляцій. За результатами контрастування біліарного дерева визначено анатомію папіли та дистальної частини холедоха, розмір і кількість конкрементів, можливість літоекстракції або ендоскопічного дренирування жовчної протоки.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Усім хворим проведено ЕРХГ, стверджено поширення жовчних проток вище рівня блокування конкрементом. Нижче блоку нерозширений або звужений холедох виявлено у 41 (47,1%) хворого, поступове звуження жовчної протоки в напрямку до папіли – у 15 (17,2%) і розширена протока на всій довжині – у 31 (35,6%) пацієнта. У позапечіткових жовчних протоках визначено великі тверді конкременти, розміри конкрементів були від 9 до 40 мм у найбільшому діаметрі (у середньому – 19,1±8,1 мм), які не піддалися спробі механічної літотрипсії (ЛТ) і їх не можна було видалити через недостатній діаметр папілотомічного отвору. Збільшення розрізу папіли було ризикованим, через загрозу ретроуденальної перфорації та кровотечі з країв папілотомічної рани.

ЕПСТ проведено у 74 (85,1%) пацієнтів з великими конкрементами у жовчних протоках. Ревізію жовчних проток кошиком Dormia проведено 53 (60,9%) хворим, літоекстракцію з біліарного дерева не найбільших конкрементів виконано 19 (21,8%) пацієнтам. Для запобігання розвитку холангіту маніпуляцію завершено ендоскопічним стентуванням жовчних проток з допомогою стентів діаметром 8–10 Fr у 11 (12,6%) хворих та назобіліарним дренажуванням ще у 3 (3,4%).

Після встановлення діагнозу та ендоскопічних маніпуляцій усіх пацієнтів прооперовано: виконано холецистектомію, відновлення прохідності жовчних проток і накладання білідигестивного анастомозу, зовнішнє дренажування біліарного дерева та первинний шов холедоха.

Ревізію гепатикохоледоха проводили через окремий холедохотомний отвір або через куксу міхурової протоки при широкій міхуровій протоці, після чого виконували холедохолітоекстракцію з інструментальною перевіркою прохідності папіли та правої і лівої печінкових проток.

У 56 (64,4%) хворих, в яких при інтраопераційній ревізії після літоекстракції виявлено добру прохідність великого дуоденального сосочка, проведено зовнішнє дренажування гепатикохоледоха. Зовнішнє дренажування холедоха за Вишневським-Robson здійснено у 26 (46,4%) хворих, за Halsted – в 11 (19,6%), за Піковським – у 5 (8,9%). У 13 (23,2%) пацієнтів з явищами гнійного холангіту та зміненою анатомією жовчних проток проведено зовнішнє дренажування холедоха Т-подібним дренажем за Kehr. Ще в одного (1,8%) хворого проведено лапароскопічну холецистектомію, холедохоскопію через холедохотомічний отвір з літоекстракцією і холедохостомією за Kehr.

Ускладнення після цих операцій виникло у 4 (7,3%) хворих: у двох розвинулися явища печінкової недостатності, які усунуто консервативно; в одного була двобічна нижньочасткова пневмонія; один пацієнт мав підтікання жовчі поза дренажем, яке припинилося після консервативного лікування.

Усім пацієнтам у післяопераційному періоді на 6 – 8 добу проводили фістулохолангіографію, під час якої стверджено рівномірне заповнення і звуження діаметра жовчних проток та потрапляння контрастної речовини у дванадцятпалу кишку. Видалення зовнішнього дренажу жовчних проток проводили після контрольної ультрасонографії та фістулохолангіографії, під час яких були відсутні

конкременти у жовчних протоках нормального діаметра та контраст вільно потрапляв у дванадцятпалу кишку.

Білідигестивний анастомоз накладено 29 (33,3%) хворим з великими конкрементами жовчних проток. З них 22 (75,9%) пацієнтам проведено холедоходуоденостомію, а 7 (24,1%) – гепатикохоледохоєюностомію на виключеній за Roux петлі тонкої кишки. Показаннями до накладання білідигестивних анастомозів у цих хворих були сумнівна прохідність папіли при інструментальній ревізії, численні конкременти, особливо в проксимальних відділах позапечінкових жовчних проток, післяхолецистектомічний синдром. Причому в останні роки відсоток хворих із великими конкрементами жовчних проток, яким наклали анастомози, зменшився і перевагу стали віддавати гепатикохоледохоєюностомії.

Ускладнення після білідигестивних анастомозів виникло у 2 (6,9%) пацієнтів: в одного була лівобічна базальна пневмонія, в іншого розвинулася поліорганна недостатність, яка стала причиною смерті.

У двох (2,3%) хворих після холедохотомії та літоекстракції застосовано первинний шов холедоха. При ревізії у цих хворих виявлено розширений до 2,5–3 см холедох без ознак холангіту (жовч без патологічних домішок та відсутність патологічних змін стінки жовчної протоки) та прохідний дистальний відділ жовчних проток. Ускладнень після операції у цих хворих не виявлено.

#### Висновки.

1. Чутливість ультрасонографії у діагностиці великих конкрементів у гепатикохоледосі складає 60,9%.

2. Великі конкременти у жовчних протоках створюють значні труднощі для їх ендоскопічного лікування.

3. При добрій прохідності великого дуоденального сосочка, визначеній при інтраопераційній ревізії після видалення великих каменів, показано зовнішнє дренажування гепатикохоледоха з наступною фістулохолангіографією на 6-8 добу для контролю стану і прохідності жовчних проток.

4. При сумнівній прохідності папіли при інструментальній ревізії, численних конкрементах, особливо у проксимальних відділах позапечінкових жовчних проток та постхолецистектомічному синдромі показано накладання білідигестивних анастомозів, віддаючи перевагу гепатикохоледохоєюностомії на виключеній за Roux петлі тонкої кишки.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни / Ю.Г. Алиев // Хирургия. — 2013. — № 5. — С. 73—75.
2. Бобоев Б.Д. Миниинвазивные методы в диагностике и лечении холедохолитиаза / Б.Д. Бобоев, Ф.И. Махмадов, Б.А. Икромов // Новости хирургии. — 2011. — Т. 19, № 6. — С. 59—63.
3. Выбор метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза / Н.Ю. Коханенко, Э.Л. Латария, С.А. Данилов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2011. — Т. 16, № 4. — С. 56—60.

4. Дзвонковський Т.М. Роль та можливості ендоскопічної літотрипсії в лікуванні хворих з «важким» холедохолітазом / Т.М. Дзвонковський, Т.Т. Дзвонковська // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2010. — Т. 14, № 2. — С. 29.
5. Дренирование внепеченочных желчных протоков при резидуальном холедохолитиазе / М.А. Нартайлаков, Н.В. Пешков, А.Х. Мустафин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2005. — № 2. — С. 61.
6. Лечение механической желтухи, осложненной холангитом у больных с крупным холедохолитиазом / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков [и др.] // Актуальные вопросы диагностики и лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и холангитом : тезисы докл. — М. : НИИ им. Н.В. Склифосовского. — 2009. — Т. 208. — С. 6—8.
7. Стукало А.А. Назобилиарное дренирование при крупных конкрементах и холангитах / А.А. Стукало // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова : 15 — 17 окт. 2003 г. : материалы конгресса. — М., 2003. — С. 202—203.
8. Analysis of plastic stents in the treatment of large common bile duct stones in 45 patients / Z. Fan, R. Hawes, C. Lawrence // Dig. Endosc. — 2011. — Vol. 23, № 1. — P. 86—90.
9. Caddy R.G. Symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones / R.G. Caddy // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. — 2006. — Vol. 20, № 6. — P. 1085—1101.
10. Large diameter biliary orifice balloon dilation to aid in endoscopic bile duct stone removal: a multicenter series / S. Attasaranya, Y.K. Cheon, H. Vittal [et al.] // Gastrointest. Endosc. — 2008. — Vol. 67, № 7. — P. 1053—1055.

Ya.R. DUTKA, S.M. CHOOKLIN

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Department of Surgery №1, Lviv*

#### SURGICAL TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS CAUSED BY LARGE CONCREMENTS

This paper presents the results of surgical treatment of 87 patients with choledocholithiasis, induced by large concretions. The sensitivity of ultrasonography in the diagnosis of large concretions in extrahepatic bile ducts is 60.9%.

All patients underwent endoscopic retrograde cholangiography; revealed enlargement of the bile ducts above the block of concrement; definitely great, hard concretions, which are not subjected to mechanical lithotripsy attempt and cannot be removed because of insufficient diameter hole of papillotomy.

After the diagnosis and endoscopic manipulation all patients were operated – performed cholecystectomy, bile duct patency restoration and overlay biliodigestive anastomosis, external drainage of the biliary tree and primary suture of ductus choledochus.

**Key words:** surgical treatment of choledocholithiasis, large bile duct calculus

**Стаття надійшла до редакції: 10.03.2014**