

УДК 616.366-006.03-072.1-035.7

ДУТКА Я.Р., ЧУКЛІН С.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ТРУДНОЩІВ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЖОВЧНИХ ПРОТОК (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. Сучасні ендоскопічні транспапілярні втручання не завжди дозволяють ефективно корегувати біліарну патологію, що часто пов'язано з різноманітними причинами. Незважаючи на малу травматичність, вони залишаються трудомісткою і складною процедурою, про що свідчить певний відсоток невдач та ускладнень. У літературному огляді висвітлено основні причини труднощів та невдач ендоскопічного лікування пацієнтів з біліарною патологією, їх частоту та визначено методи їх діагностики та профілактики.

Ключові слова: ендоскопічні транспапілярні втручання, біліарна патологія, хірургічне лікування.

Сучасні ендоскопічні транспапілярні втручання (ЕТПВ) не завжди дозволяють ефективно корегувати біліарну патологію, що часто пов'язано з різноманітними причинами [1, 4, 5, 17]. Діагностична ефективність ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії (ЕРХПГ) сягає 94,1–98 % [32, 35, 51], а вдала ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) із видаленням конкрементів із гепатикохоledoха можлива в 75–96,9 % хворих [14, 35, 58]. Проте багато авторів відзначають труднощі і невдачі при виконанні як ЕРХПГ (до 28 %) [30–36], так і ЕПСТ (до 17,4 %) [19, 20, 34, 37, 38] із літоекстракцією (до 14 %) [16, 31, 37, 39, 46].

Причини труднощів і невдач для більшості ЕТПВ є однаковими й частіше за все пов'язані з неможливістю канюляції устя гепатикохоledoха й недостатнім або неправильно проведеним розсіченням папіли [19, 31, 41]. Також невдачі спричинюють анатомічні особливості ділянки великого дуоденального сосочка (ВДС) дванадцятипалої кишки (непостійність і своєрідність рельєфу слизової кишки, парапапілярні дивертикули), його форми (конусоподібна, циліндрична й точкова) та внутрішньої структури (деформація зі звуженням дистального відділу загальної жовчної протоки, довгий хід папілярного каналу в товщі стінки дванадцятипалої кишки) [31, 34, 62]. Також доведено, що форма і внутрішня структура ВДС змінюються залежно від віку пацієнтів [42, 44].

Виділяють такі групи причин невдалого ендоскопічного лікування холедохолітіазу [23, 25, 32, 35, 37, 41, 44, 56]:

— невдала канюляція (дивертикули папілярної ділянки, аномалії розташування папіли, стеноз, запаль-

ні зміни ВДС, велика довжина і звивистість каналу ВДС);

— складний доступ до фатерового сосочка (стан після резекції шлунка за Bilioth II або гастректомії, стриктури верхніх відділів шлунково-кишкового тракту);

— неадекватна ЕПСТ (інтраопераційні ускладнення, коагулопатії);

— неможливість літоекстракції (великі камені, які можуть бути фіксованими, вузький інтрапанкреатичний сегмент загальної жовчної протоки, стриктури гепатикохоledoха, ангуляція ходу протоки, вклинені камені);

— неадекватний доступ до каменів (внутрішньопечінковий холедохолітіаз при хворобі Caroli, конгломерат каменів, синдром Mirizzi).

Дивертикули дванадцятипалої кишки становлять близько 10 % всіх дивертикулів травного каналу, близько 70 % цих дивертикулів локалізуються в ділянці ВДС. Питання про їх походження є суперечливим. Одні автори [20, 55] вважають, що дивертикули дванадцятипалої кишки можуть бути вродженими, інші стверджують, що вони є набутими [31, 37]. Останні аргументують це тим, що частота дуоденальних дивертикулів збільшується з віком і може досягати 27 % [41]. Причинами дивертикулів можуть бути: вроджена слабкість стінки в місці проходження через неї жовчної й панкреатичної проток, застій у жовчній і панкреатичній протоках, підвищення внутрішньокішкового тиску у дванадцятипалій кишці.

© Дутка Я.Р., Чуклін С.М., 2014

© «Український журнал хірургії», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

Найраціональнішою є точка зору про поліетиологічність дивертикулів дванадцятипалої кишки [29, 35, 37, 41, 62].

Основним методом їх діагностики є ендоскопічна фібродуоденоскопія, тоді як контрастне рентгенологічне дослідження має меншу діагностичну цінність. Дивертикулів дванадцятипалої кишки може бути один або декілька, їх виявляють в 1,5–3,8 % обстежених [42, 43]. Проте частота знаходження дивертикулів папілярної ділянки (ДПД) збільшується при обстеженні пацієнтів із захворюваннями панкреатобіліарної зони, особливо з калькульозним холециститом і холедохолітазом, досягаючи 10,8–23,5 % [13, 42]. Більшість авторів поділяють ДПД на парапапілярні — знаходяться безпосередньо біля ВДС та перипапілярні — ВДС локалізується у дивертикулі. Частіше виявляють парапапілярні дивертикули. При розташуванні ВДС у порожнині дивертикула виникають труднощі канюляції папіли, можливості ЕПСТ різко обмежені через невелику протяжність папілотомії. При локалізації ВДС у порожнині дивертикула загальна жовчна протока проходить не в інтрамуральній частині дванадцятипалої кишки, а заочеревинно. При розсіченні устя загальної жовчної протоки існує великий ризик пошкодження стінки кишки та її перфорації, що змушує відмовитися від ЕТПВ на користь операції, хоча питання хірургічної тактики чітко не визначено [13, 34, 42, 43].

Велике значення для ендоскопічної хірургії мають анатомічні особливості папіли й дистального відділу холедоха [33]. Створюють труднощі канюляції ВДС для проведення ЕТПВ аномалії розташування ВДС — локалізація папіли в дивертикулі, у складці кишки, серед гіпертрофованих складок слизової оболонки кишки та запально-рубцеві зміни — деформація внаслідок зрощення та стенозу ворота, звивистість папілярного каналу, стенозуючий папіліт [51, 61].

При виконанні ЕРХГ різний ступінь звуження термінальної частини жовчовивідних шляхів спостерігають у 70–90 % обстежених. Стенозуючий дуоденальний папіліт являє собою збірне поняття, що охоплює два патологічні процеси: стеноз протоки в зоні ампули ВДС; стеноз термінальної (в основному інтрамуральної) частини власне загальної жовчної протоки [7, 66]. Розвиток стенозуючого папіліту частіше пов'язаний із жовчнокам'яною хворобою, у першу чергу із холедохолітазом. Поранення ВДС при проходженні каменя, активний інфекційний процес у складках та клапанному апараті ампули викликають у подальшому розвиток фіброзної тканини і стенозування різних частин ампули ВДС або безпосередньо прилеглої до неї частини загальної жовчної протоки, тобто зони Oddi [50, 66]. У патогенезі папіліту важливу роль відіграють гіпертонія сфінктера Oddi, затримка евакуації жовчі у дванадцятипалій кишці, активізації інфекційного процесу в ділянці ВДС, розвитку запального фіброзу. Для подолання технічних невдач та успішного виконання ЕТПВ у цих хворих рекомендують застосовувати нетипові способи ендоскопічної папілотомії (ЕПТ) (до 50 %) і проводити їх у кілька етапів та у комплексі з іншими методами втручання [1, 16, 19].

Резекція шлунка вірогідно збільшує ризик розвитку у віддаленому періоді жовчнокам'яної хвороби, що

потребує хірургічної корекції [34, 63]. У цієї категорії хворих ефективно виконання ЕТПВ є утрудненим через недоступний транспапілярний доступ у більшості пацієнтів [65]. У хворих, які перенесли резекцію шлунка за Bilioth II з анастомозом на довгій петлі або гастректомію, не вдається ендоскопом досягнути папіли, виникає проблема при проходженні зі шлунка у привідну петлю через гострий кут анастомозу. Повну діагностичну інформацію можна отримати тільки в 52 % цих пацієнтів, використовують ендоскопічну балонну дилатацію, при спробі папілотомії ризик кровотечі зростає до 17 % [34, 63, 65]. Кращі результати ендоскопічного лікування досягнуто з допомогою ентроскопії — ретроградне контрастування проведено в 71 % хворих, а ризик ускладнень становить 12,4 % [13, 51]. Для лікування холедохолітазу в цих випадках альтернативою є традиційні відкриті операційні втручання та лапароскопічна експлорація жовчних проток через куксу міхурової протоки (70 %) і через супрадуоденальну холедохотомію (30 %) [3, 65].

Попри усі переваги, ЕПСТ є інвазивним методом, при використанні якого частота ускладнень, за повідомленнями різних авторів, становить 3–7 % і вони можуть становити загрозу для життя пацієнтів [19, 23]. Найчастішими ускладненнями є кровотеча з країв папілотомної рани, панкреатит, обструкційний холангіт та ретродуоденальна перфорація [34]. Адекватність папілотомії оцінюють за внутрішнім діаметром папілотомного отвору, порівнюючи його з розмірами конкрементів. При неадекватній папілотомії та літоекстракції можливе також вклинення конкремента з кошиком Dogma в дистальному відділі загальної жовчної протоки (0,1–0,2 %) [30]. У цьому випадку виконують операційне втручання у невідкладному порядку з ретельною ревізією дуоденопанкреатобіліарної зони й зовнішнім дрениванням холедоха для попередження виникнення гострого панкреатиту. Важливе значення має характер поверхні каменів: при самостійному відходженні коралоподібних каменів навіть меншого діаметра проходить їх защемлення у складчастих структурах на рівні ВДС, а при механічній екстракції — на рівні екстрадуоденального відділу холедоха [11, 43].

У 25–39,4 % пацієнтів із біліарною обструкцією доброякісного походження причиною незадовільних результатів ендоскопічного лікування є великі конкременти у жовчних протоках (ЖП) [27, 31]. Поняття «великий камінь» не є однозначним і включає не тільки його величину, а також її відношення до діаметра екстрадуоденального відділу холедоха, що зберігається після ЕПСТ. Отже, в ендохірургії великим можна назвати такий конкремент, діаметр якого більший за діаметр термінального відділу холедоха (особливо панкреатичного сегмента) [27, 55]. Каміні холедоха різного діаметра після ЕПСТ можуть відходити самостійно, проте у 12,4–46 % пацієнтів виникає необхідність у літоекстракції й літотрипсії [45, 56]. Застосовують екстракорпоральну (25,9 %) або контактну (74,1 %) літотрипсію, причому можливості останньої обмежені, що зумовлено технічними особливостями існуючих типів літотрипторів, зокрема розміром і конфігурацією кошика та неможливістю створення адекватної силової дії на

конкремент [45, 53, 56]. Дистанційна ударно-хвильова літотрипсія супроводжується травмуванням суміжних органів у зоні фокусування ударних хвиль [27].

Крім проблем, що пов'язані з канюляцією устя протоки, введенням контрастної речовини й папілотомією, при виконанні механічної літотрипсії можуть виникати труднощі, зумовлені специфікою виконання маніпуляції: неможливістю розкриття кошика, захоплення каменя в нього (у тому числі через великий розмір конкрементів) і його видалення, технічні проблеми літотриптора [40, 47]. Частота невдач при механічній літотрипсії становить 9–17 %, при літотрипсії — 6,8–16 % [30, 40, 47, 48]. При неможливості літотрипсії проводять назобілярне дренування або ендопротезування для декомпресії жовчної протоки і профілактики вклинення фрагментів каменів [30]. Метод назобілярного дренування, незважаючи на можливість постійного доступу до жовчних проток, має певні недоліки — унаслідок односпрямованої дії перистальтичних хвиль ДПК можливе потрапляння дренажної трубки з просвіту гепатикохоледоха у просвіт кишки. Ендобілярні стенти за наявності гнійного холангіту можуть блокуватися біліарним сладжем, фібрином та гнійним умістом через 2–3 доби, що вимагає механічної ендоскопічної реканалізації провідниками або промиваннями їх розчинами антисептиків [7, 66].

Фіксовані конкременти дистального відділу холедоха трапляються у 10,5 % хворих [36]. Труднощі ендоскопічного лікування в цієї категорії пацієнтів обумовлені щільною фіксацією каменя в інтрапанкреатичному відділі загальної жовчної протоки, що не дає можливості обійти конкремент інструментом для захоплення і видалення, тому використовують багатоетапний підхід у лікуванні цієї патології [35, 36]. У таких клінічних ситуаціях застосовують зміщення конкремента із зони вклинення у проксимальний відділі жовчних проток для виконання літотрипсії та подрібнення літотрипторним кошиком, уведеним у протоки повз фіксований камінь по провіднику [53].

Також суттєво утруднюють холедохолітотрипсію стеноз інтрапанкреатичного сегмента гепатикохоледоха та ангуляція його ходу внаслідок хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту. Це є причиною незадовільних результатів ендоскопічної холедохолітотрипсії в 41,3 % хворих [7, 53, 66].

Рубцеві стриктури позапечінкових жовчних проток виникають у 95–97,4 % хворих внаслідок травми (ятрогенне пошкодження, неправильне дренування або грубі хірургічні маніпуляції на протоках при виконанні холецистектомії та виділенні низько розташованої дуоденальної виразки) [23, 29]. Успіх малоінвазивного ендоскопічного лікування — бужування та стентування жовчних проток через місце обструкції — залежить від локалізації та протяжності стриктури. Ревізію біліарного дерева вище від місця звуження вдається здійснити у 47–60 % хворих із доброякісними стриктурами жовчних проток [23, 44, 50]. Застосовують різні види пластикових стентів, рідше — стенти, що саморозправляються (металеві та нітинолові) [29, 44]. Найчастішим пізнім ускладненням ендоскопічного стентування пластиковими

стентами є їх обструкція біліарним сладжем, зазвичай через 3–4,5 місяця, що вимагає заміни стента [53]. Металеві стенти, що саморозправляються, мають значний внутрішній діаметр (до 30 Fr), проте після встановлення їх практично неможливо витягти, тому точність установки повинна бути максимальною. Також вартість металевого стента є на порядок вищою від пластикового [16, 53].

Синдром Mirizzi (СМ) — це тяжке для діагностики й лікування ускладнення ЖКХ, унаслідок якого виникає запально-рубцева дегенерація жовчного міхура та магистральних жовчних проток з наступним формуванням холецистохоледохеальної нориці [10]. Його частота коливається, за повідомленнями різних авторів, до 0,7–6 % [6, 25, 32]. Виділяють два типи СМ: компресію загальної печінкової протоки каменем шийки або міхурової протоки (I тип) і холецистохоледохеальну норицю (II тип). А. Csendes зі співавт. [2] у 1989 році додали до цих типів ще два, III і IV, прийнявши за основу ступінь руйнування холецистохоледохеальною норицею стінки гепатикохоледоха. Інформативність ЕРХПГ у цих хворих є вищою, ніж ультрасонографія, проте небезпека викликати підвищений внутрішньопротоковий тиск при введенні контрастної речовини часто є причиною відсутності зображення холецистохоледохеальної нориці [8, 41].

При виконанні ЕРХПГ у цих пацієнтів беруть до уваги такі ознаки: наявність нориці між міхуром і жовчною протокою, коротка і широка міхурові протока або її відсутність, розміри жовчного міхура, поєднання розширених внутрішньопечінкових проток із нерозширеною загальною жовчною, наявність каменів у жовчних протоках [15, 18, 41, 62]. Діагноз СМ у хворих із механічною жовтяницею і холангітом із допомогою цього втручання підтверджують у 40–78 % пацієнтів [19, 25]. Для диференціальної діагностики з пухлиною жовчних проток проводять комп'ютерну томографію. Із лікувальною метою використовують ЕПСТ зі спробою літотрипсії та різні методи літотрипсії [6, 8, 25]. Ендоскопічна літотрипсія із загальної жовчної протоки при цій патології успішна в 35,5 % пацієнтів [55]. При неможливості видалення каменів у соматично тяжких хворих проводять стентування та назобілярне дренування гепатикохоледоха [18, 47, 55].

Множинні конкременти ЖП (3 і більше) є складною проблемою в лікуванні холедохолітіазу, лікувальна тактика у цьому випадку відрізняється від загальноприйнятої [30]. Для ендоскопічного лікування у цих хворих використовують ЕПСТ із частковою літотрипсією в поєднанні з ендотрахеальним назобілярним дренуванням при гнійному холангіті з подальшою спазмолітичною та інфузійною терапією [16, 54, 56]. Спонтанне відходження конкрементів відмічають у 25–40 % пацієнтів, в інших застосовують літотрипсію та літотрипсію [42, 45]. У 60 % хворих проводять 2–3 спроби ЕТГПВ [13, 30]. Найчастішою причиною невдалого ендоскопічного лікування множинного холедохолітіазу є щільна обтурація холедоха каменями різної форми у вигляді «монетного стовпа», що не дає можливості розкрити літотриптор або кошик Dormia для їх захоплення [3, 25].

Лікувальний ефект ендоскопічних санаційних втручань у пацієнтів із хворобою Caroli має паліативний характер. У них рецидиви симптомів біліарної обструкції та холангіту спостерігають через 6–11 місяців після ендоскопічної санації жовчних проток [34, 36].

Для профілактики невдач при ЕТПВ звертають увагу на такі аспекти: правильна організація і технічне оснащення операційної [20, 21], якість приготування хворого і його стан [21, 49], особливості будови, форма ВДСДК і його аномалії [21, 33, 51, 61], наявність різних патологічних станів (защемлений камінь у папілі, папіліт, рубцеві зміни або пухлини ВДС, дивертикули) [20, 31, 34, 52, 53], стан після резекції шлунка [5, 23, 31, 34, 52, 63].

Деякі автори для покращення канюляції папіли й ефективності ЕТПВ велике значення надають консервативному приготуванню хворого і дотриманню етапності виконання втручання [7, 34, 58]. Останніми роками при труднощах селективної канюляції ЕПСТ виконують по провіднику або катетеру, що дозволяє попередити можливу травму устя ВДС і протоки підшлункової залози та знизити ризик розвитку кровотечі, перфорації ДПК, панкреатиту й холангіту [16, 60, 67].

На даний час немає єдиного погляду на причини не-ефективності ендоскопічної папілосфінктеротомії та подальшу корекцію патології жовчних проток: ендоскопічну, лапароскопічну або традиційними хірургічними втручаннями. Різноманітність поглядів на лікування ускладненої доброякісної патології жовчної протоки, яку не вдається усунути ендоскопічно, зумовлює подальше вивчення ідеальної методики лікування цих хворих.

Список літератури

1. Актуальные вопросы чреспапиллярной эндоскопической хирургии / А.С. Балалыкин, В.В. Гвоздик, В.В. Гвоздик [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2007. — № 5. — С. 25-32.
2. Алиджанов Ф.Б. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Мириззи, обусловленного холецистобилиарным свищом / Ф.Б. Алиджанов, К.С. Ризаев, И.Х. Бойназаров // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 63.
3. Альтеративные эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки / А.В. Гусев, И.Н. Боровков, Е.В. Гусева [и др.] // *Хирургия*. — 2009. — № 22. — С. 22-26.
4. Амосов А.Б. Категории сложности в «золотом стандарте» лечения холелитиаза / А.Б. Амосов, В.В. Дмитриев, А.В. Гужва // *Эндоскопическая хирургия*. — 2003. — № 1. — С. 20-22.
5. Антеградные методы декомпрессии желчных протоков: эволюция и спорные вопросы / Ю.В. Кулезнева, С.В. Бруслик, Г.Х. Мусаев [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2011. — Т. 16, № 3. — С. 35-43.
6. Бойко В.В. Холедохолитиаз диагностика и оперативное лечение: монография / В.В. Бойко, Г.А. Клименко, А.В. Малоштан. — Харьков: Новое слово, 2008. — 214 с.
7. Большой сосок двенадцатиперстной кишки в открытой и эндоскопической хирургии / В.Д. Балалыкин, А.К. Харбузаниа, В.В. Гвоздик [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2006. — Т. 12, № 1. — С. 22-23.
8. Вакулин Г.В. Опыт лечения больных с синдромом Мириззи / Г.В. Вакулин, А.Е. Новосельцев, Г.Г. Гвиниашвили // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 74.
9. Визначення оперативної тактики при обтураційній жовтяниці, обумовленій холедохолітіазом / І.Я. Дзюбановський, В.І. Максимлюк, О.І. Дзюбановський [та ін.] // *Український журнал хірургії*. — 2011. — № 4. — С. 110-113.
10. Внутренние желчные свищи / [Тимербулатов В.М., Гаринов Р.М., Хунафин С.Н., Нурмухамедов А.А.]. — М.: Триада-Х, 2003. — 160 с.
11. Габриэль С.А. Эффективность эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в условиях многопрофильного лечебного учреждения / С.А. Габриэль // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. — 2010. — № 1. — С. 29-33.
12. Галей М.М. Малоінвазивні хірургічні втручання при обтураційній жовтяниці непухлинного генезу / М.М. Галей // *Шпитальна хірургія*. — 2003. — № 2. — С. 118-119.
13. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. — М.: Видар-М, 2006. — 568 с.
14. Глебов К.Г. Эндоскопическое лечение папиллостеноза / К.Г. Глебов, А.Е. Котовский // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2010. — Т. 15, № 1. — С. 34-36.
15. Гринев Р.Н. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириззи / Р.Н. Гринев // *Вісник Харківського національного університету*. — 2006. — Т. 614. — С. 52-54.
16. Дерябина Е.А. Пути оптимизации эндоскопических транспапиллярных методов диагностики и лечения больных с механической желтухой / Е.А. Дерябина, А.Н. Тарасов, О.Б. Рассохова // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 3. — С. 82-83.
17. Дзвонковський Т.М. Роль та можливості ендоскопічної літотрипсії в лікуванні хворих з «важким» холедохолітіазом / Т.М. Дзвонковський, Т.Т. Дзвонковська // *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*. — 2010. — Т. 14, № 2. — С. 29.
18. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириззи / Т.И. Тамм, С.Г. Белов, А.Я. Бардюк [и др.] // *Український журнал хірургії*. — 2013. — № 3. — С. 95-98.
19. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мириззи / В.И. Грязнов, В.В. Перфильев, С.П. Щепкин [и др.] // *Хирургия*. — 2008. — № 11. — С. 31-34.
20. Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при парапапиллярном дивертикуле / А.Е. Котовский, Г.А. Уржумцева, К.Г. Глебов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2009. — Т. 14, № 1. — С. 68-74.
21. 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.

22. Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз (обзор зарубежной литературы) / Б.А. Балагуров, Е.Ж. Покровский, А.М. Станкевич [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2009. — № 4. — С. 45-50.
23. Захараш М.П. Діагностично-лікувальна тактика у хворих з механічною жовтяницею, обумовленою пошкодженням та рубцевими стриктурами жовчних протоків / М.П. Захараш, А.В. Скумс, М.Ю. Ничитайло // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2008. — Т. 12, № 2. — С. 17-21.
24. Кондратенко П.Г. Прогнозирование и лечение осложненных транспилярных вмешательств / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Клінічна хірургія. — 2009. — № 7-8. — С. 71-74.
25. Кондратюк О.П. Особливості діагностики та вибір хірургічної тактики у хворих з синдромом Міріцці / О.П. Кондратюк // Клінічна хірургія. — 2001. — № 10. — С. 19-21.
26. Кононенко С.Н. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности миниинвазивных технологий, направленных на ее ликвидацию / С.Н. Кононенко, С.В. Лимончиков // Хирургия. — 2011. — № 9. — С. 4-10.
27. Лечение механической желтухи, осложненной холангитом у больных с крупным холедохолитиазом / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мьельников, 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.
28. Малаханов С.Н. Осложнения, ошибки и неудачи эндоскопических чрессочковых вмешательств / С.Н. Малаханов, С.А. Балалыкин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — № 2. — С. 47-50.
29. Малоинвазивное лечение стриктуры гепатиконоаноанстомоза / А.В. Воробей, С.В. Александров, Е.И. Вижинис [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 1. — С. 119.
30. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / [Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. и др.]. — К.: Здоров'я, 2005. — 424 с.
31. Нерешенные вопросы лечения холедохолитиаза / Шаповальянц С.Г., Ардасенов Т.Б., Паньков А.Г. [и др.] // Вестник хирургии. — 2011. — Т. 170, № 6. — С. 98-102.
32. Ничитайло М.Ю. Етіопатогенетичні аспекти синдрому Міріцці та сучасні погляди на методи хірургічного лікування / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк // Шпитальна хірургія. — 2002. — № 1. — С. 139-144.
33. Особенности анатомии терминального отдела желчного протока в свете применения современных эндоскопических чреспилярных операций / А.С. Балалыкин, Вл.В. Гвоздик, М.А. Амеличкин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2007. — № 6. — С. 3-9.
34. Причины незадовільних результатів ендоскопічної діагностики та лікування хворих з обструкцією жовчних протоків / О.І. Дронов, І.Л. Насташенко, В.П. Польовий [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2009. — Т. 8, № 4. — С. 26-28.
35. Ревякин В.И. Тактика рентген-эндоскопического лечения холедохолитиаза / В.И. Ревякин, С.В. Гринев, В.С. Прокушев // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 2. — С. 3-5.
36. Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой / Ф.Г. Назыров, Л.П. Струссский, А.В. Девятов [и др.] // Новости хирургии. — 2011. — Т. 19, № 4. — С. 36-41.
37. Рентгенхирургические вмешательства при небластоматозной билиарной обструкции / А.И. Дронов, И.Л. Насташенко, А.И. Насташенко [и др.] // Хірургія України. — 2013. — № 2. — С. 29-34.
38. Савельев В.С. Синдром Мирицци (диагностика и лечение) / В.С. Савельев, В.И. Ревякин. — М.: Медицина, 2003. — 112 с.
39. Синдром Мирицци: диагностика и хирургическое лечение / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.М. Дудин [и др.] // Український журнал хірургії. — 2012. — № 2. — С. 115-118.
40. Стукало А.А. Назобилиарное дренирование при крупных конкрементах и холангитах / А.А. Стукало // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова, 15-17 октября 2003 г. — М., 2003. — С. 202-203.
41. Тактические и технические аспекты современного лечения больных с синдромом Мирицци (сообщение 2) / С.Б. Шейко, Н.А. Майстренко, А.С. Прядко [и др.] // Вестник хирургии. — 2009. — № 4. — С. 25-29.
42. Харламов Б.В. Хирургическое лечение большого парафатерального дивертикула, осложненного гипертензией желчных путей и холангитом / Б.В. Харламов, В.Д. Федоров, М.В. Борушко // Хирургия. — 2007. — № 10. — С. 55-57.
43. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных с измененной анатомией билиодуоденальной области / С.Г. Шаповальянц, Т.Б. Ардасенов, Е.Д. Федоров [и др.] // Хирургия. — 2011. — № 10. — С. 35-38.
44. Хотиняну В.Ф. Хирургическое лечение больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков / В.Ф. Хотиняну, А.Г. Фердохлеб, А.В. Хотиняну // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, № 1. — С. 61-65.
45. Шідловський В.О. Діагностика і хірургічне лікування внутрішніх жовчних норичь / В.О. Шідловський, І.М. Дейкало, О.В. Шідловський // Шпитальна хірургія. — 2006. — № 3. — С. 61-65.
46. Эндоскопическое транспилярное стентирование желчных протоков самораскрывающимися эндопротезами / К.Г. Глебов, Т.Г. Дюжева, Н.А. Петрова [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2012. — Т. 17, № 3. — С. 65-75.
47. Abou-Saif A. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholeodocheal fistula and gallstone ileus / A. Abou-Saif, F.H. Al-Kawas // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — V. 97. — P. 249-254.
48. Advances in endoscopic ultrasound-guided biliary drainage: a comprehensive review / S. Sarkaria, H.-S. Lee, M. Gaidhane [et al.] // Gut and Liver. — 2013. — V. 7, № 2. — P. 129-136.
49. Advances in therapeutic endoscopic treatment of common bile duct stones / U. Seitz, A. Varpaye, S. Bohnacker

- [et al.] // *World J. Surg.* — 1998. — V. 22, № 11. — P. 1133-1144.
50. Agrawal R. Diagnostic and therapeutic endoscopy of biliary diseases / R. Agrawal // *Practical. Gastroenterology.* — 2011. — № 7. — P. 30-38.
51. Ampulla of Vater: comprehensive anatomy, MR imaging of pathologic conditions, and correlation with endoscopy / T.U. Kim, S. Kim, J.W. Lee [et al.] // *Eur. J. Radiol.* — 2010. — V. 66, № 1. — P. 48-64.
52. A multi-center, U.S. experience of single balloon, double balloon, and rotational overtube enteroscopy-assisted ERCP in long limb surgical bypass patients / R.J. Shah, M. Smolkin, A.S. Ross [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2010. — V. 71. — P. 134-135.
53. Analysis of plastic stents in the treatment of large common bile duct stones in 45 patients / Z. Fan, R. Hawes, C. Lawrence [et al.] // *Dig. Endosc.* — 2011. — V. 23, № 1. — P. 86-90.
54. An analysis of the factors associated with the development of complications in patients undergoing precut sphincterotomy: a prospective, controlled, randomized, multicenter study / G. Manes, P. Di Giorgio, A. Repici [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2009. — V. 104, № 10. — P. 2412-2417.
55. Appraisal of diagnosis and surgical approach for Mirizzi syndrome / Y. Cui, Y. Liu, Z. Li [et al.] // *ANZ J. Surg.* — 2012. — V. 82. — P. 708-713.
56. Biliary sphincterotomy dilation for the extraction of difficult common bile duct stones / J. Garcia-Cano, L.T. Arana, C. Ayllon [et al.] // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 2009. — V. 101, № 8. — P. 541-545.
57. Biliary stenting in the management of large or multiple common bile duct stones / A. Horiuchi, Y. Nakayama, M. Kajiyama [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2010. — V. 71, № 7. — P. 1200-1203.
58. Chung J.W. Endoscopic papillary balloon dilation for removal of choledocholithiasis: indications, advantages, complications, and long-term follow-up results / J.W. Chung, J.B. Chung // *Gut Liver.* — 2011. — V. 5, № 1. — P. 1-14.
59. Colton J.B. Quality indicators, including complications of ERCP in a community setting: a prospective study / J.B. Colton, C.C. Curran // *Gastrointest. Endosc.* — 2009. — V. 70, № 3. — P. 457-467.
60. Complications related to endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a comprehensive clinical review / M.L. Silveira, M.J. Seamon, B. Porshinsky [et al.] // *J. Gastrointest. Liver Dis.* — 2009. — V. 18, № 1. — P. 73-82.
61. Costagna G. What to do when the papilla bleeds after endoscopic sphincterotomy? / G. Costagna // *Endoscopy.* — 2006. — № 1. — P. 31-38.
62. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo Clinic experience / Y. Erben, L.A. Benavente-Chenhalls, J.M. Donohue [et al.] // *J. Am. Coll. Surg.* — 2011. — V. 213. — P. 114-119.
63. Dolay K. Easy sphincterotomy in patients with Billroth II gastrectomy: a new technique / K. Dolay, A. Soyly // *Turk. J. Gastroenterol.* — 2008. — V. 19. — P. 109-113.
64. Double-balloon enteroscopy application in biliary tract disease its therapeutic and diagnostic functions / Y.C. Chu, C.C. Yang, Y.H. Yeh [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2008. — V. 68. — P. 585-591.
65. Endoscopic papillary large balloon dilation in Billroth II gastrectomy patients with bile duct stones / C.W. Choi, J.S. Choi, D.H. Kang [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2012. — V. 27. — P. 256-260.
66. Endoscopic sphincterotomy for stenosis of the sphincter of Oddi / C. Sugawa, D.H. Park, C.E. Lukas [et al.] // *Endoscopy.* — 2001. — V. 15, № 9. — P. 1004-1007.
67. Endoscopic treatment of difficult bile duct stones by using a double-lumen basket for laser lithotripsy — a case series / J.E. Lee, J.H. Moon, H.J. Choi [et al.] // *Endoscopy.* — 2010. — V. 42, № 2. — P. 169-172.

Отримано 20.04.14 ■

Дутка Я.Р., Чулкин С.Н.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, г. Львов, Украина

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ТРУДНОСТЕЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме. Современные эндоскопические транспапиллярные вмешательства не всегда позволяют эффективно корректировать билиарную патологию, что часто связано с различными причинами. Несмотря на малую травматичность, они остаются трудоемкой и сложной процедурой, о чем свидетельствует определенный процент неудач и осложнений. В литературном

обзоре освещены основные причины трудностей и неудач эндоскопического лечения пациентов с билиарной патологией, их частота и определены методы их диагностики и профилактики.

Ключевые слова: эндоскопические транспапиллярные вмешательства, билиарная патология, хирургическое лечение.

Dutka Ya.R., Chuklin S.M.

Lviv National Medical University named after Danylo Galytsky, Lviv, Ukraine

CAUSES OF UNACCEPTABLE RESULTS AND DIFFICULTIES OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN BILE DUCTS PATHOLOGY (LITERATURE REVIEW)

Summary. Modern endoscopic transpapillary interventions are not always effective to correct biliary pathology that is often associated with a variety of causes. Despite the low invasiveness, they are still time-consuming and complicated procedure, as evidenced by a certain percentage of failures and complications. In the literature re-

view there are considered the main causes of the difficulties and failures of endoscopic treatment in patients with biliary pathology, their incidence, and defined methods of their diagnosis and prevention.

Key words: endoscopic transpapillary interventions, biliary pathology, surgical treatment.