

## РОЛЬ ТА МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З "ВАЖКИМ" ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Дзвонковський Т.М., Дзвонковська Т.Т.

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Україна

### Summary

In 65 patients with "severe" choledocholithiasis endoscopic lithotripsy, lithoextraction and biliary draining were performed. The effectiveness of endoscopic treatment depended on size, quantity and density of the stones, and from the condition of terminal part of choledochus as well. In 92.3% of patients with "severe" choledocholithiasis endoscopic treatment was successful.

Key words: choledocholithiasis, endoscopic lithotripsy.

### Вступ

На сучасному етапі розвитку біліарної хірургії правильна тактика лікування хворих на жовчечкам'яну хворобу (ЖЖХ), ускладненою холедохолітіазом (ХЛ), неможлива без застосування сучасних ендоскопічних технологій [2,4].

Стандарти якості обстеження і лікування таких хворих, крім загальнопринятих методів діагностики, передбачають в обов'язковому порядку проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ). Остання, крім діагностичної цінності, дає можливість визначити найбільш оптимальний підхід в лікуванні кожного конкретного хворого [1,5,7]. Це особливо актуально у випадках "важкого" ХЛ, т.б. виявлення в жовчечковому каналі великих чи множинних каменів, а також невеликих каменів в поєднанні з термінальним тубулярним стенозом жовчачого каналу або т.з. "непідготовленості" його дистального відділу. На думку більшості авторів, а також на нашу думку, застосування ендоскопічної літоотрипси (ЕЛТ) є найбільш ефективним в лікуванні таких хворих [2,4,6,7].

Метою нашої роботи було показати роль та можливості ЕЛТ при лікуванні хворих з "важкими" каменями жовчачого каналу.

### Матеріали і методи

На базі відділення малоінвазивної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні за період з 2007-2009 рр. було проведено 867 ЕРХПГ у хворих з ЖЖХ, ускладненою ХЛ. Серед них, у 65 хворих віком від 38 до 88 років, діагностовано "важкий" ХЛ. З них у 29 хворих були крупні одиничні камені діаметром від 18 до 30 мм. У 17 хворих мали місце невеликі множинні камені від 14 до 22 мм в діаметрі, що заповнювали просвіт гепатикохоледоху майже на всьому протязі. У решті 19 пацієнтів виявлені дещо менші по діаметру камені (8-12 мм) на фоні тубулярного стенозу або т.з. "непідготовленого" дистального відділу жовчачого каналу.

На догоспітальному етапі всі хворі обстежені згідно стандартів якості. Майже у всіх випадках ендоскопічне втручання було проведено в першу добу після поступлення хворого в стаціонар. ЕРХПГ проводили з використанням дуоденоскопів *TJF-20i*, *TJF-V70 Olympus* та рентгенапаратів *Siemens BV-300i* і *Apellem EvoR*. Для проведення ЕЛТ використовували механічні літоотрипси фірми *Olympus* різних типів: *BML-1Q* — *BML-3Q* та кошечки від них різної величини та жорсткості. Папілотомію, літоотрипсію, дренажування жовчечких шляхів виконували ендоскопічними інструментами різних типів та модифікацій.

### Результати та їх обговорення

Для верифікації діагнозу на догоспітальному етапі всім хворим проводилася ультразвукова діагностика (УЗД) органів черевної порожнини з прищільним оглядом гепатопанкреатобіліарної зони. При цьому достовірність виявленої патології при УЗД складала 90,8%.

Розходження в діагнозі були у 6 (9,2%) хворих з м'якими каменями. У цих хворих виявлено значне розширення жовчачого каналу в внутріпечінкових жовчечких протоках з неоднорідним внутріпросвітним вмістом по типу складу без чітких даних за наявності конкрементів. Папілотомію майже у всіх хворих проводилася струнним електродом від устя сопочка до межі прикриваючої складки. При важкій канюляції, внаслідок заповнення ампули і устя сопочка жовчечкою замазкою чи потовщеною внутріампулярною слизовою, вдавалися до препапілотомії голчастим електродом від устя або на верхівці складки.

У 3 (4,6%) хворих мала місце активна триваюча кровотеча з країв папілотомії, що змусило припинити втручання, незважаючи на всі можливі методи ендоскопічного гемостазу, і перенести операцію на пізніший термін.

У 29 пацієнтів з крупними одиничними каменями використовували літоотрипсію з м'яким кошечком діаметром 32 мм. Завдяки своїй м'якості, струни кошечки більш легко і симетрично охоплювали камінь, тим самим забезпечувалася повноцінна ЕЛТ. Хоча з першої спроби ефективно захопити і фрагментувати камінь вдалося у 18 (62,1%) хворих. У всіх решту випадків, крім одного, це вдалося з 3-ї і більше спроби. При цьому приходилося застосовувати різні типи кошечок.

В одного хворого тривалі спроби ефективно захопити крупний камінь були безуспішні. Враховуючи похилий вік його (83 роки) і важку супутню патологію, ризик лапаротомії був дуже високим. Тому хворому встановлено ендобіліарний пластиковий стент 12 F, з яким він спостерігається нами уже більше року.

Дещо інша тактика проведення ЕЛТ була у 17 хворих з крупними множинними каменями. Так спочатку, ми старалися видалити кошечком Дорміа невеликі і середні камені, при умові їх дистального розміщення. Це дало можливість збільшити простір між шільноприлягаючими крупними каменями, для більш ефективного, почергового їх захоплення і фрагментації. В залежності від шільності та форми каменів використовували літоотрипсію як з м'якими, так і жорсткими кошечками.

В 3 пацієнтів шільноприлягаючі камені не дали можливості відкритися і розправитися пелюстками кошечки. Розділити їх між собою вдалося балоном для літоотрипсії. Після чого, у 2 хворих камені були успішно захоплені, фрагментовані і видалені. В одного хворого так і не вдалося ефективно їх захопити, тому ЕЛТ була тільки частковою.

Ми переконалися, що для зручності і ефективності видалення фрагментованих каменів, а також заради збереження самого дуоденоскопа, краще користуватися звичайним кошечком Дорміа. Найбільші труднощі в проведенні ЕЛТ і літоотрипсії виникли у 19 хворих з невеликими каменями та тубулярним стенозом чи т.з. "непідготовленості" дистального відділу жовчачого каналу. Тубулярний термінальний стеноз жовчачого каналу протязі від 20 до 40 мм в основному був зумовлений двома причинами: гострий набряковий чи хронічний індуративний панкреатит.

При гострому набряковому та хронічному індуративному панкреатиті в стадії загострення, які мали місце відповідно у 7 і 4 хворих, ми старалися не зразу застосовувати активну літоотрипсію і особливо "проблемну" літоотрипсію. При найменших труднощах у їх проведенні подальші інструментальні маніпуляції припиняли, а операцію завершену встановленням ендобіліарного стента. Як правило на 3-5 добу, після стихання явищ гострого панкреатиту, механічної жовтяниці чи гнійного холангіту, втручання проводили повторно з більш активною тактикою. Тим не менше, у 2 і 11 пацієнтів з тубулярним стенозом не вдалося ефективно фрагментувати камені для безпечного їх видалення.

У решті 8 з 19 пацієнтів мала місце т.з. "непідготовленість" дистального відділу жовчачого каналу. Під терміном "непідготовленість" ми мали на увазі звуження в інтрапанкреатичній частині жовчачого каналу до межі інтрамуральної на протязі 5-10 мм, оскільки камені ще не встигли судити опуститися, т.б. "підготувати" її. У цих хворих, крім адекватної, широкої папілотомії, нами застосовувалася балонна дилатація "непідготовленої" частини жовчачого каналу. Ретельно проведена ЕЛТ (до мінімальних фрагментів) та акуратна, пофрагментна літоотрипсія дала можливість у 7 із 8 хворих провести повну санацію жовчечких шляхів.

В одного хворого на фоні вираженого і протяжного звуження дистальної частини жовчачого каналу, множинні, шільні і частково фрагментовані камені періодично вклинювалися при спробах активної літоотрипсії. Від повторного втручання ми відмовилися, т.я. у даного хворого мав місце біліарний панкреатит та гнійний холангіт, а шанс фрагментувати шільні камені був невеликий.

Таким чином, у 5 (7,7%) хворих з "важким" ХЛ не вдалося провести ефективне ендоскопічне лікування. Один пацієнт, як згадувалося вище, був стенозований і спостерігається нами більше року. У 3 із 4 хворих була проведена успішна лапаротомія. Один хворий на 4 добу після лапаротомії помер від наростаючої печінково-ниркової недостатності. Отже, результати проведеного лікування хворих з "важким" ХЛ показали добрі результати (92,3%) застосування ЕЛТ, як сучасного, малотравматичного і ефективного методу.

### Висновки

ЕЛТ дозволяє у 92,3% хворих з "важким" ХЛ досягнути добрих результатів. У хворих з гострим панкреатитом, при неефективності ЕЛТ чи "проблемній" літоотрипсії, краще встановити стент і повторити ендоскопічне втручання в пізній термін. При тубулярному стенозі та "непідготовленості" дистального жовчачого каналу важливо провести ретельну ЕЛТ і пофрагментну літоотрипсію.

### Література

- Еременко В.П., Майстренко Н.А., Нечай А.И., Нечай И.А., Стукалов В.В. (1999) Гепатобилиарная хирургия. (Санкт-Петербург). 268 с.
- Грубнік В.В., Пушпендра Шарма, Ільяшенко В.В. (1998) Ендоскопічні втручання у хворих на холедохолітіаз. Шпитальна хірургія. 3: 63-64
- Майстренко Н.А., Стукалов В.В. (2000) Холедохолітіаз. (Санкт-Петербург). 288 с.
- Сасно В.Ф., Ничитайло М.Е., Дяченко В.В. і др. (1996) Применение малоинвазивных операций в лечении холелитиаза, осложненного обтурационной желтухой. Клин. хирургия. 4: 6-7
- Chi-Leung M.B., Sheung-Tat., Wong J. (1998) Primary biliary stones: diagnosis and management. *Wld. J. Surg.* 22: 1162-1166
- Natale C., Musto V., Perfetto D. (1997) Recurrent or residual calculus of the common bile duct: problems of diagnosis and treatment. *G. Chir.* 18 (10): 678-680
- Wojtun S., Gil J., Gietka W., Gil M. (1997) Endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis: a prospective single-center study on the short-term and long-term treatment results in 483 patients. *Endoscopy.* 29 (4): 258-265

## РЕНТГЕН-ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Дронов О.І., Насташенко І.Л., Ковальська І.О., Любенко Д.Л., Федорук В.І., Швець Ю.П.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра загальної хірургії №1, Київ, Україна

### Summary

There were 6112 cases of endoscopic retrograde pancreatocolangiography (ERPCG) in patients with different pancreatic diseases analyzed. 2646 (43.3%) of which presented malignant tumors and 3466 (56.7%) — benign diseases. The most frequent indication for ERPCG among non-malignant diseases was acute biliary pancreatitis 638 (18.4%) and complicated chronic pancreatitis 2489 (71.8%). In patients with malignant tumors ERPCG was performed in order to evaluate location and extent of the lesion as well to apply minimal invasive therapeutic procedures.

Key words: pancreatitis, cancer, diagnostic, endoscopic retrograde pancreatocolangiography.

### Вступ

Варіабельність анатомічної будови ПЗ та її протокової системи ускладнює диференційну діагностику патологічних станів ПЗ в тому числі і під час проведення ЕРПХГ [1]. За даними літератури в 64,8-73,1% випадків зустрічається так звана класична панкреатограма [2], при якій контрастується тільки головна панкреатична протока (Вірсунова протока) (рис. 1).

В 29,7-34,2% випадків під час проведення дуоденоскопії окрім великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) візуально виявляється малий сосочок дванадцятипалої

кишки (МСДК), яким в дванадцятипалу кишку (ДПК) відкривається додаткова панкреатична протока (Санторінієва протока) [3] (рис. 2).

Діагностично складними є 0,8-2,1% випадків варіанту анатомічної будови протокової системи ПЗ при якому під час формування не відбулося її роздлення. З існуючих методів діагностики тільки ЕРПХГ дозволяє встановити наявність *pancreas divisum* [4]. Складність та небезпечність діагностики *pancreas divisum* при цьому полягає в тому, що під час введення контрастної речовини в її протоку, з метою отримання звичної за звичною панкреатограмою, в останній штучно створюється достатньо високий тиск. Це призводить до механічного пошкодження — розрив найбільш слабких термінальних ділянок протокової системи залози — ацинусів та виходу контрастної речовини безпосередньо в її паренхіму. Рентгенологічно така паренхімографія представляється у вигляді "симптому хмари" (рис. 3). Клінічне визначення "симптому хмари" супроводжується загостренням явищ панкреатиту після ЕРПХГ та потребує проведення відповідної терапії.

До небезпечних прогнозованих наслідків ЕРПХГ відносять випадки потрапляння звідомо інфекційної контрастної речовини в недреновані порожнини (кісти, жовчні протоки). Вони передбачають необхідність активізації лікувальної тактики з застосуванням невідкладних (протягом 24 годин після дослідження) оперативних методів декомпресії недренованих порожнин через безпеку розвитку гнійних ускладнень.