

УДК 616.366/367-003.7-072.1]-089

Роль ендоскопічних транспапільярних втручань в лікуванні холецистохоледохолітіазу у хворих з високим операційним ризиком

І.Я. ДЗІУБАНОВСЬКИЙ, О.Я. САВЧУК

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Волинська обласна клінічна лікарня

ROLE OF ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS IN TREATMENT OF CHOLECYSTOCHOLEDOCHOLITHIASIS AT PATIENTS WITH HIGH OPERATION RISK

I.YA. DZIUBANOVSKY, O.YA. SAVCHUK

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky, Volyn Regional Clinical Hospital

Представлено досвід застосування ендоскопічних транспапільярних операційних втручань в лікуванні 127 хворих із холедохолітіазом з високим операційним ризиком. Доведено, що у хворих з високим операційним ризиком після ліквідації холедохолітіазу ендоскопічними транспапільярними втручаннями холецистектомія не є обов'язковою через невисокий ризик виникнення гострого холециститу та рецидивного холедохолітіазу.

The experience of application of endoscopic transpappillary operative interventions in the treatment of 127 patients with choledocholithiasis of high risk is represented. It is proved that in patients with high operation risk after liquidation of choledocholithiasis by means of endoscopic transpappillary interventions, cholecystectomy isn't necessary due to low risk of acute cholecystitis and relapse choledocholithiasis occurrence.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Однією з найгостріших проблем у хірургії жовчних шляхів є лікування холедохолітіазу, частота якого при жовчнокам'яній хворобі складає, за даними різних авторів, від 10 до 35 % [1]. Дискусійним залишається питання лікування холедохолітіазу у хворих із високим операційним ризиком. Класичні хірургічні втручання при холедохолітіазі у таких хворих супроводжуються великою кількістю ускладнень, а летальність досягає 15-30 % [4]. Зростання кількості хворих із прогресуючими проявами печінково-ниркової недостатності та гострого холангіту, декомпенсацією системної супутньої патології та нечіткі критерії вибору способу оперативного лікування й зумовлюють високі показники післяопераційних ускладнень та летальності [2, 3]. У даний період на перше місце в лікуванні холедохолітіазу у хворих із високим операційним ризиком виходять ендоскопічні технології, які все ширше застосовуються в щоденній хірургічній практиці [5, 6].

Мета роботи: вивчення досвіду застосування ендоскопічних транспапільярних оперативних втручань у лікуванні холедохолітіазу у хворих з високим операційним ризиком.

Матеріали і методи. Нами проліковано 127 хворих із холедохолітіазом, у яких операційно-ане-

стезіологічний ризик відповідав III-V класам за шкалою ASA. В цій групі хворих не було пацієнтів із клінічними ознаками гострого деструктивного холециститу.

Жінок було 86 (68 %), чоловіків – 41 (32 %). Вік хворих коливався від 63 до 92 років. Усім хворим проводилась ультрасонографія печінки, жовчного міхура, жовчних проток, при цьому визначали: діаметр внутрішньо- та позапечінкових жовчних проток, товщину їх стінки та вміст просвіту, характер вмісту жовчного міхура, товщину та контурність його стінок. Обов'язковим обстеженням була фібродуоденоскопія з оглядом зони великого дуоденального сосочка (ВДС), при якій визначали: локалізацію, форму, стан слизової ВДС, характер жовчі, яка виділяється з устя, ознаки гнійного холангіту та вклинення конкремента в інтрамуральному відділі загальної жовчної протоки, наявність дивертикулів низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Метою фібродуоденоскопії було встановлення технічних можливостей для проведення ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії і її терміновості при виявленні ознак вклинення конкремента в інтрамуральному відділі загальної жовчної протоки або гострого гнійного холангіту. За класифікацією об'єктивного статусу хворого (ASA), 84 пацієнти належали до III класу, 38 хворих – до IV класу, 5 хворих – до V класу шкали ASA.

Результати досліджень та їх обговорення.

Лікування всіх пацієнтів починали з проведення ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ), під час якої визначали кількість, розміри, відповідність розмірів конкрементів до діаметра дистальних відділів загальної жовчної протоки та можливість проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) достатньої довжини. В таких випадках виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію необхідної довжини з ендоскопічною екстракцією конкрементів – 78 хворих. При конкрементах, розміри яких перевищували діаметр дистальних відділів загальної жовчної протоки та величину папілотомного розрізу, втручання доповнювали транспапільярною механічною літотрипсією (рис. 1) з наступною екстракцією фрагментів конкрементів кошиком Дормія або балончиком типу Фогарті – 20 хворих.

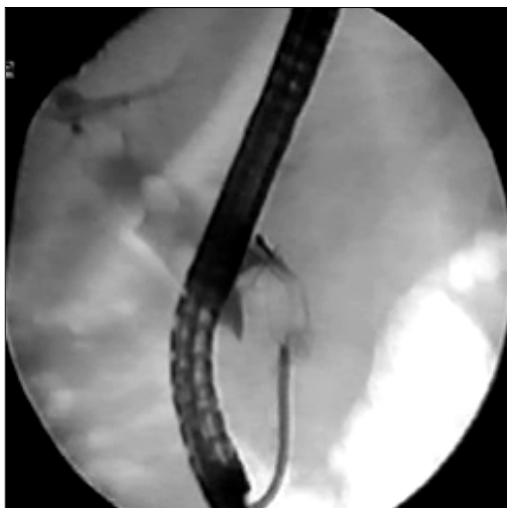


Рис. 1. Механічна літотрипсія при холедохолітазі.

У випадках неефективності механічної літотрипсії виконували назобіліарне дренивання – 11 хворих. Назобіліарний дренаж мав декомпресійну функцію та запобігав вклиненню конкрементів у загальній жовчній протоці. Особливо ефективним назобіліарне дренивання було у хворих із гострим гнійним холангітом, оскільки забезпечувало адекватне дренивання жовчних шляхів із можливістю їх санації та внутрішньопротоковим веденням медпрепаратів (рис. 2). Тривалість назобіліарного дренивання визначалась швидкістю поліпшення загального стану хворого, клініко-лабораторних показників та корекції супутньої патології (3-12 діб).

Цим хворим після ліквідації явищ гнійного холангіту, поліпшення загального стану та лабораторних показників виконували ЕРПХГ в поєднанні з екстракорпоральною ударно-хвильовою літотрипсією та



Рис. 2. Назобіліарне дренивання при холедохолітазі.

екстракцією фрагментів подрібнених конкрементів. Екстракорпоральну ударно-хвильову літотрипсію конкрементів холедоха здійснювали за власною методою (деклараційний патент на винахід № 56847А, 2003 р.) за допомогою апарата “Lithostar 2, Plus” (Siemens). Фрагментація конкрементів була ефективною у 9 хворих, з яких у 3-х пацієнтів проводили 2 сеанси екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, у 2-х хворих – 3 сеанси, у 4-х хворих – 1 сеанс. У 2 хворих фрагментувати конкременти не вдалось. Причинами невдалої літотрипсії були: виражений больовий синдром при проведенні екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії та висока щільність конкрементів – цим хворим виконали ендопротезування холедоха стентами типу Pig-tail діаметром 10-12 Fr. Встановлювали 2-3 стенти.

18 хворим, яким не проведено ендоскопічну папілосфінктеротомію через анатомічні або технічні причини, виконали назобіліарне дренивання з наступним ендопротезуванням жовчних проток після дилатації великого дуоденального сосочка. Встановлювали 1 стент типу Pig-tail діаметром 8-10 Fr. Головною умовою для ендопротезування холедоха було виділення по назобіліарному дренажу чистої прозорої жовчі, що запобігало розвитку непрохідності ендопротеза в ранньому післяопераційному періоді.

Всім 107 хворим, яким вдалось ліквідувати холедохолітаз ендоскопічними транспапільярними втручаннями, холецистектомія не проводилась через тяжку супутню патологію. З них 10 (9 %) хворих госпіталізовані повторно (через 1-9 міс.) із клінічною картиною гострого деструктивного холециститу. За життєвими показаннями проведено лапароскопічну холецистектомію – 7 хворих, класичну холецистектомію – 3 хворих. 4 (4 %) пацієнти госпіталізовані

повторно (через 3-12 міс.) із клінічною картиною холедохолітазу, механічної жовтяниці та гострого гнійного холангіту – проведено ЕРПХГ з ендоскопічною екстракцією конкрементів.

Шість хворих, яким виконано ендопротезування холедоха, прийняті повторно з клінічною картиною механічної жовтяниці, зумовленої непрохідністю ендопротезів – проведено видалення ендопротезів із назобілярним дренажуванням та повторним ендопротезуванням після ліквідації гострого холангіту та поліпшення клініко-лабораторних показників.

Висновки. 1. Застосування ЕРПХГ, ЕПСТ та ендоскопічної екстракції конкрементів у даний час є методом вибору в лікуванні холедохолітазу.

2. Застосування механічної та екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії значно покращує ефективність ендоскопічної екстракції конкрементів жовчних проток.

3. У хворих із високим операційним ризиком, яким неможливо ліквідувати холедохолітаз ендоскопічними транспапільярними втручаннями, ендопротезування жовчних проток створює умови для вільного відтоку жовчі та запобігає вклиненню конкрементів у жовчних протоках.

4. У хворих із високим операційним ризиком після ліквідації холедохолітазу ендоскопічними транспапільярними втручаннями холецистектомія не є обов'язковою через невисокий ризик виникнення гострого холециститу та рецидивного холедохолітазу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С., Василенко Ю.В., Авалиани М.В. и др. Современные принципы эндоскопического лечения холедохолитиаза // Всесоюзная научная конференция по оперативной эндоскопии пищеварительного тракта. – М., 1989. – С. 5-6.
2. Грубник В.В., Ковальчук А.Л., Калинин С.В., Ткаченко А.И. Оптимальный подход к лечению холедохолитиаза в эру лапароскопической хирургии: одно- или двухэтапные операции // Хирургия Украины. – 2007. – № 1. – С. 31-35.
3. Семенюк Ю.С., Вівсянник О.М. Лікування обтураційної жовтяниці доброякісного генезу із використанням міні-інвазивних технологій у пацієнтів похилого і старечого віку //

Шпитальна хірургія. – 2007. – № 3. – С. 68-69.

4. Беляев А.А., Климов А.В. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой желчнокаменного происхождения // Хирургия. – 1988, № 9. – С. 24-27.
5. Chung S.C., Leung J., Leong H. et al. Endoscopic extraction of large common bile duct stones using mechanical lithotripsy basket // Gastrointestinal Endoscopy. – 1991. – Vol. 37. – P. 252.
6. Frimberger E., Weingart J., Kuhner W., Ottenjann R. Einklemmter papillenstein: Mechanische lithotripsie möglich // Dtsch. Med. Wschr. – 1983. – Vol. 108. – P. 38.