

УДК 616.36-008.51-089.819

Міні-інвазивні методи лікування хворих на механічну жовтяницю доброякісного генезу

Ю.С. СЕМЕНЮК, О.М. ВІВСЯННИК

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

MINIINVASIVE METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE

YU.S. SEMENYUK, O.M. VIVSYANNYK

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

Вивчено результати лікування 83 пацієнтів із великими конкрементами холедоха (розмірами від 1,5 до 3-х см) віком від 62 до 90 років методом екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ) після проведення попередньої ендоскопічної папілосфінктеротомії і зовнішнього дренирування холедоха. Показано, що в комплексному лікуванні жовчнокам'яної хвороби ЕУХЛ є ефективним і малотравматичним методом, який не мав ускладнень навіть у пацієнтів із тяжкою супутньою патологією.

The results of treatment of 83 patients aged from 62 to 90 with big concrements of coledoch (sized from 1,5 to 3 centimeters) were studied by the method of extracorporeal shock-and-wave lithotripsy after previous endoscopic papillosphincterotomy and external drainage of choledoch. It was demonstrated that in complex treatment of cholelithiasis the extracorporeal shock-and-wave lithotripsy was effective and nontraumatic method, which had no complications even in patients with serious concomitant pathology.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Найбільш складною проблемою хірургії жовчних шляхів є лікування холедохолітазу, частота якого при жовчнокам'яній хворобі складає, за даними різних авторів, від 10 до 35 % [6, 7]. Із запровадженням у хірургічній практиці міні-інвазивних технологій методом вибору у лікуванні холедохолітазу є ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) [1, 4] з наступною тракцією конкрементів, самостійним відходженням конкрементів у просвіт дванадцятипалої кишки. При неадекватності розміру папілогомного отвору розмірам виявленого конкремента (або конкрементів) іноді проводиться механічна літотрипсія м'яких конкрементів звичайним кошиком Дорміа [2, 3]. Для літотрипсії великих щільних конкрементів застосовують спеціальні механічні літотриптери (посилений кошик Дорміа), однак і цей метод має обмежені можливості. Великий конкремент не завжди вдається захопити кошиком, і не завжди захоплений щільний конкремент руйнується на фрагменти, також може виникнути проблема ятрогенного, інструментального пошкодження. Тому і постає питання пошуку інших сучасних, малотравматичних, високоефективних технологій. Одним із варіантів є метод екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, після проведення попередньої ендоскопічної папілосфінктеротомії [1, 2, 5], та біліарної декомпресії.

Матеріали і методи. Із застосуванням малоінвазивних оперативних методик проліковано понад 450 пацієнтів із холедохолітазом. 356-ти з них проведена ЕПСТ із наступною екстракцією або механічною літотрипсією і екстракцією фрагментів, досить часто спостерігалось самостійне відходження дрібних конкрементів та їх фрагментів у просвіт дванадцятипалої кишки після створення адекватного отвору термінального відділу холедоха.

У 83 пацієнтів віком від 62 до 90 років екстракція конкрементів через їх значні розміри (до 3 см у діаметрі) і велику вірогідність ускладнень не проводилася. У пацієнтів цієї групи спостерігались різні ускладнення, резидуальні камені після перенесеної холецистектомії; деякі з них госпіталізовані невдовзі після лапаротомної холецистектомії із зовнішнім дренируванням холедоха, у більшості мала місце механічна жовтяниця, яка нерідко супроводжувалася гнійним холангітом. Крім того, у хворих діагностована супутня патологія, зокрема ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, порушення серцевого ритму, дихальна недостатність І-ІІ ст., тому традиційне хірургічне втручання шляхом лапаротомії мало високий операційно-анестезіологічний ризик.

Враховуючи наявні ускладнення, а також виражену супутню патологію, прийнято рішення для лікування цієї групи пацієнтів використати метод ЕУХЛ.

ЕУХЛ проводили одразу або на 2-3 добу (у хворих із тяжким загальним станом, зумовленим гнійним холангітом і вираженою механічною жовтяницею) після встановлення назобіліарного зонда в холедох вище конкремента. В більшості випадків конкремент визначався в ретродуоденальному і супрадуоденальному сегментах холедоха та інтрапанкреатичному сегменті. Зонд забезпечував контрастування холедоха під час літотрипсії, а також пасаж жовчі назовні на етапі підготовки пацієнта до ЕУХЛ. Також була можливість проведення через зонд санації жовчовивідних шляхів та попередження інших можливих ускладнень.

У 17 випадках ЕУХЛ виконували з приводу резидуального холедохолітіазу після лапаротомної холецистектомії з зовнішнім дренажуванням холедоха за Піковським.

Після звичайної передопераційної підготовки і премедикації в положенні пацієнта на животі під рентгенотелевізійним контролем при контрастуванні холедоха 30 % розчином тріомбразу проводилася літотрипсія на установці для літотрипсії "Litostar Multiline" фірми "Simens".

Одномоментне хвильове навантаження складало 4-5 тис. імпульсів потужністю 4-6 ум. од.

Результати досліджень та їх обговорення.

Ефективність втручання визначали безпосередньо за допомогою рентгеноконтролю. В 49 випадках

фрагментація конкрементів спостерігалася вже під час першого сеансу літотрипсії, в 19-ти пацієнтів потрібно 2 сеанси, в 9 випадках – 3 сеанси. У 23 пацієнтів відходження зруйнованого конкремента у просвіт дванадцятипалої кишки спостерігалася безпосередньо під час проведення літотрипсії. У 45 пацієнтів фрагменти каменів відійшли самостійно на 2-4 добу, у 9-ти проводилася додаткова тракція залишкових фрагментів кошиком Dormia.

У 6 хворих ЕУХЛ була неефективною навіть після 3-х сеансів. Ймовірно, успішній літотрипсії завадила висока щільність конкрементів. Цим пацієнтам проведено встановлення назобіліарного зонда фірми "Olimpus" в холедох вище конкремента, досягнуто біліарної декомпресії та виконано консервативну корекцію супутньої патології. Досягнуто стабілізації загального стану та проведено класичні лапаротомні втручання. Післяопераційних ускладнень не спостерігали.

Висновки. 1. Великі конкременти холедоха при жовчнокам'яній хворобі зустрічаються часто (за нашими даними, до 10 % від усіх хворих із холедохолітіазом).

2. Ефективність ЕУХЛ складає близько 90 %, набутий досвід дозволяє вважати ЕУХЛ методом вибору в пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою, ускладненою холедохолітіазом із великими конкрементами, з тяжкою супутньою патологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С., Василенко Ю.В., Авалиани М.В., Оноприев А.В. Современные принципы лечения холедохолитиаза // Оперативная эндоскопия пищеварительного тракта // Тезисы Всесоюзной конференции (Москва). – М., 1989. – С. 59-60.
2. Брискин Б.С., Иванов А.Е., Ивлев В.П., Шимкевич В.В. Дистанционная литотрипсия в сочетании с эндоскопической папилотомией при холедохолитиазе // Вестник хирургии. – 1997. – № 1. – С. 40-45.
3. Бронштейн А.С., Ярыгин В.М., Арефьев А.Е. и др. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия в комплексном лечении больных с камнями желчного пузыря // Клиническая медицина. – 1991. – Т. 69, № 9. – С. 45-48.
4. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В. Эндоскопическое механическое разрушение конкрементов гепатикохоледоха // Анналы науч. центра хирургии. – 1993. – № 2. – С. 52-55.
5. Гаркавенко В.А., Шипова Е.А., Капранов С.А. Эндоскопическая литотрипсия в комплексном лечении желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тезисы VII Всерос. съезда хирургов. – Ленинград, 1989. – С. 174-175.

6. Егиев В.Н., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Семенов М.В. Новые технологии в лечении холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 1. – С. 64-87.
7. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Е., Дьяченко В.В. Современные подходы к лечению холедохолитиаза // Клиническая хирургия. – 1997. – № 4. – С. 120-128.
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: Здоров'я, 1993. – 512 с.
9. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т. 2. – С. 117-122.