

УДК 616.366-003.7:616.361-071-089

© В.Г. ЯРЕШКО, Ю.О. МІХЕЄВ, М.С. ПЕРЕГУДА, П.І. ПОПОВ, Л.М. БАМБИЗОВ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

## Можливості лапароскопічних методик у лікуванні ускладненої жовчнокам'яної хвороби

V.H. YARESHKO, YU.A. MIHEYEV, M.S. PEREHUDA, P.I. POPOV, L.M. BAMBYZOV

Zaporizhian National Academy of Postgraduate Education

### POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC METHODS IN TREATMENT OF COMPLICATED GALLBLADDER DISEASE

У клініці в період з 2003 до 2009 року прооперовано 3266 хворих із ЖКХ і її ускладненнями. Переважній кількості з цих хворих – 689 (93,5 %) були виконані ендоскопічні втручання для відновлення прохідності жовчних шляхів. Успішне ендоскопічне втручання (папілотомія, літоекстракція, стентування) дозволило 211 (30,6 %) хворим у подальшому другим етапом виконати лапароскопічну холецистектомію з приводу калькульозного холециститу. Таким чином, провідним методом лікування ускладненої ЖКХ є лапароскопічні та ендоскопічні методики, які в комплексному використанні забезпечують їх ефективність майже у 90 % хворих, мінімізуючи післяопераційну летальність, ускладнення, значно покращують якість післяопераційного та реабілітаційного періодів.

There were operated 3266 patients with gallbladder disease and its complications in a clinic in a period from 2003 to 2009. For the prevailing amount among these patients 689 (93,5 %), were executed endoscopic interventions for proceeding in communicating of bilious ways. Successful endoscopic interference (papillotomy, lithoextractions, stenting) was allowed 211 (30,6 %) patients in future at the second stage to execute laparoscopic cholecystectomy concerning a calculary cholecystitis. Thus, the leading method of treatment of complicated gallbladder disease are laparoscopic and endoscopic methods which in complex use provide their efficiency practically in 90 % of patients, minimizing postoperation lethality, complication, considerably improve quality of postoperation and rehabilitation periods.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Кількість хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) неухильно зростає, особливо її ускладнених форм [1, 4]. Найбільш частим із них є холангіолітиаз, який в більшості випадків приводить до непрохідності жовчних шляхів з розвитком механічної жовтяниці, гострого холангіту, біліарного панкреатиту та інших ускладнень [3, 4]. Проблема холангіолітиазу зумовлена тим, що вимагає комплексного підходу з використанням як сучасних інструментальних методів, так і, в окремих випадках, традиційних операцій із відкритою ревізією печінкових проток і великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК). Це пов'язано з частішим проявом хвороби в осіб літнього і старечого віку та специфічними ускладненнями – конкрементами великих розмірів, внутрішніми білідигестивними норицями, що в більшості випадків робить неможливим використання при лікуванні цих хворих ендоскопічних і лапароскопічних методик [2, 4]. Крім того, при оперативному

лікуванні холангіолітиазу будь-яким методом завжди залишається великий ризик залишення конкрементів, навіть після ретельної ревізії жовчних проток і ВСДК. Тому для кінцевого позитивного результату лікування ускладненої ЖКХ необхідно використовувати всі лікувально-діагностичні можливості малоінвазивних методик, не виключаючи з арсеналу хірургії і відкриті лапаротомні операції, а також їх сумісне використання.

**Мета роботи:** удосконалення хірургічної тактики при ускладненій ЖКХ на основі раціонального поєднаного застосування ендоскопічних, лапароскопічних і лапаротомних втручань.

**Матеріали і методи.** У клініці кафедри хірургії з курсом гнійно-септичної хірургії Запорізької медичної академії післядипломної освіти на базі Запорізького обласного центру хірургії печінки, підшлункової залози і жовчних проток у період з 2003 до 2009 року прооперовано 3266 хворих із ЖКХ та її ускладненнями. Чоловіків було 1035

(31,7 %), жінок – 2231 (68,3 %) у віці від 21 до 86 років, середній вік склав (64,7±8,2) року. Діагностична програма при ускладненій ЖКХ включала визначення клініко-лабораторних і біохімічних показників, ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), рентгенологічне дослідження.

При неускладненій ЖКХ холецистектомія без втручань на жовчних протоках виконана 2529 хворим. Із приводу хронічного холециститу оперовано 1941 хворого, гострого – 588. Більшість операцій – 2864 (87,6 %) виконано лапароскопічним методом. При ускладненій ЖКХ у 737 (22,6 %) пацієнтів найчастіше зустрічався холедохолітаз із стенозом ВСДК у 451 (61,2 %) хворого, стеноз ВСДК у 147 (19,9 %) пацієнтів, холангіолітаз у 139 (18,9 %) хворих. Основними ускладненнями захворювання були механічна жовтяниця, холангіт, гострий біліарний панкреатит. Переважній кількості з цих хворих – 689 (93,5 %) були виконані ендоскопічні втручання для відновлення прохідності жовчних шляхів. Успішне ендоскопічне втручання (папілотомія, літоекстракція, стентування) дозволило 211 (30,6 %) хворим у подальшому другим етапом виконати лапароскопічну холецистектомію з приводу калькульозного холециститу. При конкрементах великих розмірів адекватно відновлено прохідність ВСДК ендоскопічним методом 21 хворому проведено лапароскопічне видалення конкрементів із проток через холедохотомію із зовнішнім їх дрениванням. Традиційна лапаротомія з повним відновленням протокової прохідності була показана 93 (12,6 %) хворим.

#### Результати досліджень та їх обговорення.

З використаних методів діагностики ускладненої ЖКХ ультразвукове дослідження майже в 100 % випадків діагностувало наявність конкрементів у жовчному міхурі, дилатацію позапечінкових жовчних проток у 94,12 % хворих, прямі ознаки холедохолітазу (тіні конкремента з акустичною доріжкою) у 48,6 % хворих. ЕРХПГ дозволяла виявити конкременти та/чи стриктури жовчних проток, стеноз ВСДК в 98,7 % випадків. Механічна жовтяниця при ЖКХ була виявлена у 689 (93,5 %) хворих із рівнем білірубінемії в середньому (143,1±4,7) мкмоль/л. Гострий біліарний панкреатит відмічався при вклинених конкрементах ВСДК у 43 (5,8 %) пацієнта з гіперамілаземією, в середньому (105,4±11,3) г/год.л. Гострий гнійний холангіт діагностований у 287 (39,1 %) хворих. Ендоскопічні транспапільярні втручання виконані 689 (93,5 %) хворим. З них ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) проведена 687 (98,4 %)

хворим, ендоскопічна супрапапілярна холедоходуоденостомія – 2 (0,3 %) пацієнтам. Назобіліарне дренивання виконано 92 (13,3 %) хворим, стентування гепатикохоледоха – 17 (2,5 %), з них у 6 пацієнтів із тяжкою супутньою патологією і неможливістю ендоскопічної холедохолітоекстракції. У всіх випадках після ендоскопічної санації жовчних шляхів були усунені явища холангіту і механічної жовтяниці. Ефективними ендоскопічні втручання у вигляді усунення стенозу, літоекстракції або самостійного відхождення конкрементів після ЕПСТ виявилися у 598 (86,8 %) хворих.

Надалі це дозволило другим етапом, після усунення біліарної гіпертензії, виконати лапароскопічну холецистектомію 211 хворим. Ці операції виконувалися в першу добу 13 (6,1 %) хворим, другу-третю – 34 (16,1 %), третю-п'яту – 42 (19,9 %), п'яту-десяту добу – 91 (43,1 %) пацієнту, десяту та більш пізніші терміни – 31 (14,6 %) хворому.

Лапароскопічна холедохолітотомія виконана 23 хворим. Передумовами успішного виконання лапароскопічних холедохолітотомій були наявність одного або двох великих конкрементів гепатикохоледоха, чітко підтверджених рентгеноконтрастним дослідженням із відновленою прохідністю ВСДК ендоскопічним методом. З цієї групи 14 хворим перед операцією було встановлено назобіліарний дренаж, ще двом – біліарний стент, що дозволило завершити лапароскопічну холедохолітотомію “глухим швом” холедоха. У решті випадків операція завершувалася зовнішнім дрениванням холедоха за Холстедом–Піковським. Двом хворим лапароскопічна холедохолітотомія виконана з приводу резидуального холангіолітазу після лапароскопічної холецистектомії в терміни двох років після першої операції.

При використанні ендоскопічних транспапільярних втручань у 24 (3,5 %) хворих відмічені такі ускладнення: гострий панкреатит – 22 (3,2 %) пацієнти, кровотеча із зони розтину ампули ВСДК – 2 (0,3 %) хворих з одним летальним випадком (0,1 %).

Після лапароскопічної холедохолітотомії у 2 (8,7 %) хворих виявлений резидуальний холедохолітаз у ранньому післяопераційному періоді, який усунений в 1 хворого повторно лапароскопічною операцією і в 1 пацієнта – відкритою лапаротомною холедохолітотомією.

При неможливості виконання малоінвазивних втручань (операції на шлунку і дванадцятипалій кишці, стенози пілоробульбарної зони різної етіології, великі парапапілярні дивертикули, тубулярні стенози ВСДК, синдром Міріззі, внутрішні біліодигестивні

нориці, стриктури жовчних проток, необхідність виконання реконструктивних білідигестивних анастомозів, окремі симультанні операції) традиційна лапаротомна операція виконана 93 хворим із післяопераційною летальністю 2,3 %.

Таким чином, провідним методом лікування ускладненої ЖКХ є лапароскопічні та ендоскопічні методики, які в комплексному використанні забезпечують їх ефективність майже у 90 % хворих, мінімізуючи післяопераційну летальність, ускладнення, значно покращують якість післяопераційного та реабілітаційного періодів.

**Висновки.** 1. Ускладнена ЖКХ зустрічається у 22,6 % хворих і найбільш часто проявляється холангіолітіазом зі стенозом ВСДК (61,2 %), ізольованим стенозом ВСДК (19,9 %), холангіолітіазом без стенозу ВСДК (18,9 %).

2. Для досягнення максимально позитивного в лікуванні ускладненої ЖКХ необхідне раціональне поєднання лікувально-діагностичних можливостей ендоскопічних, лапароскопічних і лапаротомних методик, оскільки кожна в більшості випадків самостійно не може усунути всіх причин, що призвели до ускладнень захворювання.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холецистит. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 279 с.
2. Дзюбановський І.Я., Савчук О.Я. Досвід відеоендоскопічних втручань у хворих на холедохолітіаз // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 8. – С. 129–131.
3. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Комплексное лечение об-

- турационной желтухи и гнойного холангита при желчнокаменной болезни // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2–3. – С. 73.
4. Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Огородник Я.П. Миниинвазивная санация желчных протоков при холедохолітіазе. Результаты и профилактика осложнений // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4–5. – С. 74.

Отримано 10.08.10