

© М. Ю. НИЧИТАЙЛО, П. В. ОГОРОДНИК, А. Г. ДЕЙНИЧЕНКО, О. П. КОНДРАТЮК, В. П. ШКАРБАН, Ю. О. ХІЛЬКО, О. І. ЛИТВИН, В. А. КОНДРАТЮК, І. Б. БУРА

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Міні-інвазивні транспапільярні втручання в ургентній абдомінальній хірургії

M. YU. NYCHYTAYLO, P. V. OHORODNYK, A. H. DEINYCHENKO, O. P. KONDRATIUK, V. P. SHKARBAN, YU. O. KHILKO, O. I. LYTVYN, V. A. KONDRATIUK, I. B. BURA

O. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology of NAMS of Ukraine

MINIMALLY INVASIVE TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

Вивчено результати ендоскопічного лікування 2305 хворих з холедохолітазом та іктерогенними пухлинами періампулярної зони, що перебували на лікуванні у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу з 2010 до 2016 р. З них малоінвазивні транспапільярні втручання при холедохолітазі виконано у 1690 хворих, при періампулярних пухлинах – у 615 пацієнтів. Ускладнення після ендоскопічних втручань з приводу холедохолітазу виникли у 7,5 % хворих, при періампулярних пухлинах – у 11,7 % пацієнтів. Усі транспапільярні втручання виконували в ургентному порядку з метою ліквідації явищ гнійного холангіту та обтураційної жовтяниці.

Results of endoscopic treatment of 2305 patients with common bile duct stones and periampullary tumors for a 6 year period were studied. There were 1690 transpapillary interventions in patients with choledocholithiasis, and 615 endoscopic operations in patients with periampullary malignancy. Complications of endoscopic operations in patients with choledocholithiasis occurred in 7.5 % patients, and in patients with periampullary malignancy occurred in 11.7 % cases. Endoscopic transpapillary interventions were performed as a matter of urgency to treat suppurative cholangitis and obstructive jaundice.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Найбільш поширеною причиною доброякісної обструкції жовчних проток є ускладнена жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ). Відповідно до повідомлень вітчизняних та зарубіжних авторів, частота цієї патології серед населення розвинутих країн складає 10–15 % [1, 2]. У 12–25 % випадків ЖКХ ускладнюється холедохолітазом, що призводить до виникнення таких грізних ускладнень, як: обтураційна жовтяниця, гострий біліарний панкреатит, гнійний холангіт, абсцеси печінки, сепсис.

Пухлини органів панкреатобіліарної зони сягають 20 % від усіх злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту, з тенденцією до постійного росту захворюваності [3, 5]. Єдиним способом радикального лікування панкреатобіліарного раку є хірургічний, однак операбельність таких хворих, за даними вітчизняної та світової літератури, не перевищує 20–30 % [4].

Основним завданням лікування механічної жовтяниці в ургентній абдомінальній хірургії є декомпресія біліарного тракту. Виконання в таких випадках традиційних відкритих операцій

супроводжується значною кількістю післяопераційних ускладнень і високою летальністю, яка значно підвищується у пацієнтів похилого й старечого віку із тяжкою супутньою патологією та сягає 6–18 % [4, 5]. На сьогодні є очевидною необхідність пріоритетного застосування міні-інвазивних технологій ліквідації біліарної гіпертензії в передопераційному періоді, однак вибір методу, його тривалість та терміни виконання операційного втручання залишаються дискусійними.

Матеріали і методи. Досліджено результати ендоскопічного лікування 2305 хворих із холедохолітазом та іктерогенними пухлинами періампулярної зони, які перебували на лікуванні у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу з 2010 до 2016 р. З них холедохолітаз спостерігали у 1690 хворих, пухлини підшлункової залози – у 340 (57 %) пацієнтів, рак великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) – у 193 (33,4 %) та новоутворення дистального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП) – у 82 (9,6 %) хворих. Серед досліджуваних хворих було 1195 (52 %) жінок і 1110 (48 %) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав (55,7±10,58) року.

5. Щоденний УЗД контроль.

6. Динамічну ЕРПХГ.

Серед хворих на холедохолітиаз вклинені конкременти ВСДК спостерігали у 175 пацієнтів. Конкременти цієї локалізації призводять до розвитку патологічних процесів у всіх органах панкреатобіліарної зони, викликаючи тим самим обтураційну жовтяницю, стійкий больовий синдром, гнійний холангіт та гострий біліарний панкреатит. У нашій клініці всі хворі з ампулярним холедохолітазом підлягали ендоскопічному лікуванню з пріоритетним застосуванням атипової папілотомії (рис. 3).



Рис. 3. Атипова папілосфінктеротомія при вклиненому конкременті ВСДК.

Фіксовані конкременти жовчних проток мали місце у 207 хворих. Складнощі ендоскопічного лікування цієї категорії пацієнтів зумовлені щільною фіксацією конкремента в інтрапанкреатичному відділі ЗЖП, що не дає можливості обійти конкремент інструментом з метою його захоплення та видалення. В цих випадках застосовуємо такі прийоми:

1. Зміщення конкремента в проксимальні відділи жовчних проток біопсійними щипцями або металічним тубусом літотриптора.

2. Дроблення конкремента механічним літотриптором, заведеним в проксимальні відділи жовчних проток повз конкремент по гідрофільному провіднику (рис. 4).

ЕТПВ при синдромі Міріззі виконували у 76 хворих. Механічна літотрипсія була ефективною лише у 29 пацієнтів з цією нозологією. Повноцінне захоплення конкремента літотриптором у цих випадках є неефективним, тому ми виконували крайову літотрипсію шляхом поетапного бокового захоплення конкремента і дроблення його частинами. У решти хворих із синдромом Міріззі за-

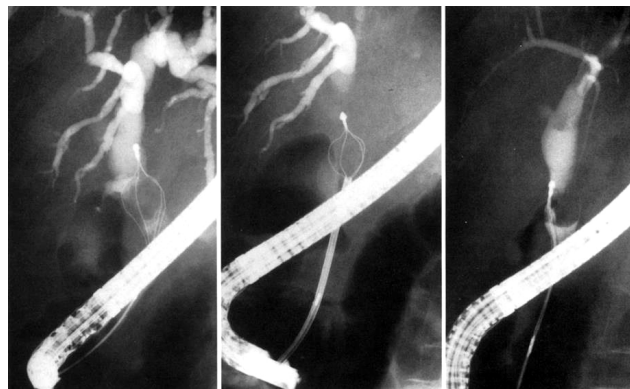


Рис. 4. Етапи механічної літотрипсії.

стосовували різні варіанти назобіліарного дренивання та ендобіліарного тимчасового стентування.

Ускладнення ендоскопічних транспапільярних втручань відмічали у 126 (7,5 %) хворих: кровотечу з країв папілотомної рани – у 66, гострий панкреатит – у 54, вклинення кошика Дормія з конкрементом у дистальному відділі жовчної протоки – у 4 та ретродуоденальну перфорацію – у 2 пацієнтів.

Зупинку кровотечі у 62 хворих виконували ендоскопічно: методом аргонеплазмової коагуляції – у 36, обколюванням зони кровотечі етиловим спиртом – у 21 та ендокліпуванням кровоточивої судини – у 5 випадках. Рентгенендоваскулярну оклюзію застосовували у 3 хворих та хірургічне втручання при неефективності ендоскопічного гемостазу – в 1 пацієнта. Гострий панкреатит після виконання транспапільярних втручань у всіх випадках купіруваний консервативно або ж із застосуванням міні-інвазивних технологій. При вклиненні кошика Дормія з конкрементом холедохолітотомію у 2 випадках виконували з лапароскопічного та в 1 – з традиційного лапаротомного доступу. Для ліквідації ускладнень ретродуоденальної перфорації в 1 хворого встановили ендобіліарний стент, провели зонд за зв'язку Трейца для ентерального харчування, виконували дренивання заочеревинної флегмони під ультразвуковим контролем та призначали масивну антибіотикотерапію. Ще в 1 випадку перфорації дванадцятипалої кишки виконували хірургічне втручання, що полягало в дрениванні і санації заочеревинної флегмони з лапароскопічного доступу.

Ендоскопічні біліодекомпресивні втручання виконано у 615 хворих з іктерогенними пухлинами періампулярної зони.

При злякисній обструкції жовчних проток переважали: безбольова прогресуюча обтураційна жовтяниця, свербіж шкіри, анорексія та симптоми пухлинної інтоксикації. У випадках розпаду пухлини та інфікування жовчі приєднувались симп-

томи обструктивного гнійного холангіту і шлуноково-кишкової кровотечі.

За допомогою ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, ендоельтрасонографії та магнітно-резонансної панкреатикохолангіографії оцінювали локалізацію і розміри пухлини, ступінь її поширення на протокові системи та інвазію пухлинного процесу в сусідні органи й структури.

Як діагностичний та лікувальний метод супрапапілярну холедоходуоденостомію (СПХДС) при пухлинах ВСДК виконано у 115 хворих (рис. 5).

У 78 пацієнтів з переходом неопластичного процесу на дистальний відділ ЗЖП, СПХДС була безуспішною та доповнювалась ендобіліарним стентуванням. У 132 хворих біліодекомпресивні ЕТПВ при пухлинах ВСДК виконували як перший етап підготовки хворого до радикального хірургічного втручання. У 61 випадку нерезектабельного раку ВСДК було проведено нітинолове ендопротезування жовчних шляхів як завершальний етап хірургічного лікування даної категорії хворих.

Ендобіліарне стентування із застосуванням тefлонових та нітинолових ендопротезів виконували у 422 пацієнтів з новоутвореннями підшлункової залози та дистального відділу загальної жовчної протоки. З них у 285 хворих стенти встановлювали як перший етап хірургічного лікування хворих, а у 137 пацієнтів – як завершальний паліативний метод відновлення жовчовідтоку. З метою зниження ризику інфекційних ускладнень всім хворим передопераційно призначали гепатотропні антибіотики, які продовжували вводити 3–5 днів у післяопераційному періоді. В останні роки для забезпечення адекватного дренивання жовчних проток при пухлинах підшлункової залози та дистального відділу ЗЖП застосовуємо лише прямі пластикові стенти діаметром 10 F та довжиною



Рис. 5. Супрапапілярна холедоходуоденостомія при пухлині ВСДК.

не менше 9 см, стенти модифікації double-pigtail аналогічного діаметра та нітинолові ендопротези.

Стентування жовчних проток із застосуванням нітинолових ендопротезів проводили у 198 хворих із періампулярним раком. Перевагами нітинолових стентів є їх більший діаметр (8–10 мм) порівняно з пластиковими, що значно підвищує тривалість їх функціонування, суттєво покращує якість життя пацієнтів із розповсюдженими формами пухлинного процесу, знижуючи кількість необхідних ендоскопічних реінтервенцій в умовах рентгеноопераційної. Враховуючи той факт, що середня тривалість життя хворих при інкурабельній злоякісній обструкції жовчних шляхів складає менше одного року, встановлення нітинолових ендопротезів у більшості випадків забезпечує їх позиттєве функціонування.

Нітинолові стенти з поліуретановим покриттям використовували у 128 хворих з пухлинами підшлункової залози та дистального відділу ЗЖП, без покриття – у 70 пацієнтів (рис. 6).

Ускладнення після ЕТПВ при періампулярних пухлинах спостерігали у 72 (11,7 %) хворих. Кровотечі після ендоскопічних операцій виникли у 26 хворих, гострий панкреатит – у 14 пацієнтів, ретродуоденальна перфорація – у 2 випадках. Зупинку кровотечі у всіх хворих виконували ендоскопічно: методом аргоноплазмової коагуляції – у 15, обколюванням зони кровотечі етиловим спиртом – у 21 та ендокліпуванням кровоточивої судини – у 3 випадках. Слід зауважити, що кровотечі після ЕТПВ спостерігали, як правило, при високих цифрах загального білірубіну крові (більше 500 мкмоль/л) та виражених явищах коагулопатії.

Гострий панкреатит після пластикового ендобіліарного стентування спостерігали у 37 хворих, після нітинолового – у 4 пацієнтів, переважно



Рис. 6. ЕРПХГ. Нітинолове ендопротезування при пухлині головки підшлункової залози.

в групі хворих з пухлинами дистального відділу ЗЖП. У всіх випадках гострий панкреатит купіруваний консервативно.

Для ліквідації ускладнень ретродуоденальної перфорації, що мала місце у 2 хворих, встановлювали зонд за зв'язку Трейца для ентерального харчування, виконували дренажування заочервинної флегмони під ультразвуковим контролем та призначали масивну антибіотикотерапію. В 1 випадку при протоковій супрапапілярній перфорації пластиковий ендобіліарний стент замінили на покритий нітиноловий, що привело до поступової регресії симптомів перфорації та одужання пацієнта.

Проксимальні та дистальні міграції тефлонових ендобіліарних стентів спостерігали у 21 пацієнта.

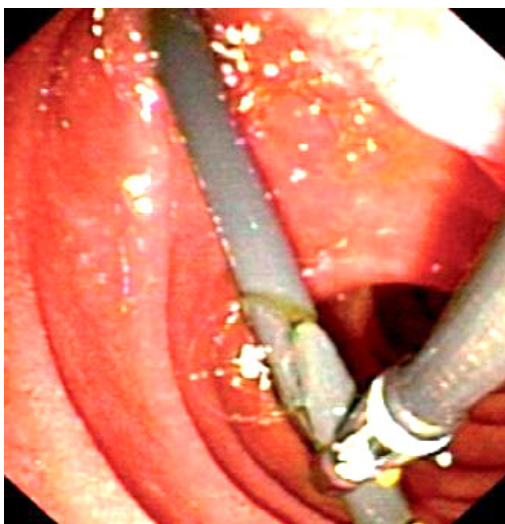


Рис. 7. Часткова дистальна міграція пластикового стенту.

Висновки. 1. У хворих із тривалою та високою обтураційною жовтяницею і вираженою печінковою недостатністю доцільним є проведення передопераційної декомпресії жовчних проток із пріоритетним застосуванням транспапілярного ендоскопічного доступу.

2. Етапні ендоскопічні методи лікування ускладнених форм холедохолітазу дозволяють досягти успіху в лікуванні даної патології у 95 % пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей : в 2-х томах / А. Е. Борисов. – СПб. : Скифия, 2003. – Т. 2. – 560 с.
2. Огородник П. В. Ендоскопічна хірургія дистальної оклюзії загальної жовчної протоки / П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, О. Г. Бойко // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2014. – Т. 18 – С. 19–22.
3. Almadi M. A. Stenting in Malignant Biliary Obstruction. *Gastrointest* / M. A. Almadi, J. S. Barkun, A. N. Barkun // *En-*

doc. Clin. N. Am. – 2015. – Vol. 25(4). – P. 691–711.

ента. При повній дистальній міграції, що мала місце у 9 випадках, стент мігрував у просвіт дванадцятипалої кишки з подальшою його транслокацією по травному тракту. У 7 хворих спостерігали часткову дистальну міграцію стентів у просвіт нижнього відділу дванадцятипалої кишки (рис. 7).

Ще у 5 хворих пластиковий ендопротез мігрував проксимально. Міграції пластикових стентів потребували виконання повторної ендоскопічної корекції розташування ендопротеза в 11 випадках та рестентування – у 8. Ранню обтурацію пластикових стентів спостерігали у 9 хворих (рис. 8).

При ранній обтурації стентів виконували їх інструментальну ревізію та реканалізацію у 6 випадках, а при неефективності – заміну стентів – у 3 хворих.

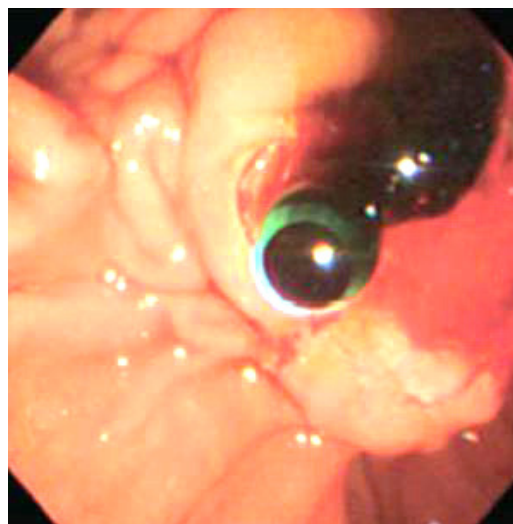


Рис. 8. Обтурація пластикового стенту.

3. Ендоскопічна біліарна декомпресія пластиковими та нітиноловими ендопротезами є ефективним та безпечним завершальним методом хірургічного лікування хворих з інкурабельними формами періампулярного раку.

4. Ендоскопічні транспапілярні втручання при доброякісній та злякисній обструкції жовчних шляхів необхідно виконувати в клініках, укомплектованих сучасним рентгенендоскопічним обладнанням та кваліфікованими спеціалістами.

dosc. Clin. N. Am. – 2015. – Vol. 25(4). – P. 691–711.

4. Malignant biliary obstruction: the current role of interventional radiology / D. Tsetis, M. Krokidis, D. Negru, P. Prassopoulos // *Ann. Gastroenterol.* – 2016. – Vol. 29(1). – P. 33–36.
5. Endoscopic stenting for inoperable malignant biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis / Pu. L. Zorron, E. G. de Moura, W. M. Bernardo [et al.] // *World O. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 21(47). – P. 13374–13385.

Отримано 18.03.16