

ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ – Проведено аналіз результатів лікування 91 пацієнта із жовчнокам'яною хворобою, ускладненою холедохолітазом. Для інформативності біліарної обструкції та верифікації холедохолітазу було використано ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію і магнітно-резонансну томографію з холангіопанкреатографією. Вибір операційного втручання в умовах жовчнокам'яної хвороби з холедохолітазом базувався на оцінці ступеня тяжкості жовтяниці й дилатації холедоха. Відкриті операційні втручання визнані як одноступінні, були виконані у 52 пацієнтів (57,14 %). Ендоскопічну тактику застосовували у 18 пацієнтів (19,78 %). У 21 (23,07 %) хворого були виконані одноступінні лапароскопічні операції. Проведене дослідження свідчить, що у значній частині пацієнтів конкременти з проток можуть бути видалені при виконанні лапароскопічної їх ревізії, що дає змогу значно скоротити термін перебування в стаціонарі та знизити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень. У хворих похилого та старечого віку для видалення конкрементів виправдано використання ендоскопічної папілосфінктеротомії з літоекстракцією або ендопротезуванням холедоха.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ – Проведен анализ результатов лечения 91 больного желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Для информативности билиарной обструкции и верификации холедохолитиаза была использована эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и магнитно-резонансная томография с холангиопанкреатографией. Выбор оперативного вмешательства в условиях желчнокаменной болезни с холедохолитиазом базировался на оценке степени тяжести желтухи и увеличения холедоха. Открытые операционные вмешательства одноступенные, были выполнены 52 пациентам (57,14 %). Эндоскопическая тактика была применена у 18 пациентов (19,78 %). У 21 (23,07 %) больного были выполнены одноступенные лапароскопические операции. Проведенное исследование свидетельствует, что у значительной части пациентов конкременты с протоков могут быть удалены при выполнении лапароскопической их ревизии, что позволяет значительно сократить пребывания в стационаре и снизить частоту ранних и поздних послеоперационных осложнений. У больных пожилого и старческого возраста для удаления конкрементов оправданно использование эндоскопической папилосфинктеротомии с литоэкстракцией или эндопротезированием холедоха.

SELECTION METHOD OF SURGICAL TREATMENT CHOLELITHIASIS COMPLICATED CHOLEDOCHOLITHIASIS – The analysis of the results of treating 91 patients cholelithiasis complicated choledocholithiasis. For information content of biliary obstruction and choledocholithiasis verification was used endoscopic retrograde pankreatoholanhiohrafy and magnetic resonance imaging with cholangiopancreatography. Choice of operations at the cholelithiasis of choledocholithiasis was based on an assessment

of the severity of jaundice and choledochal dilatation. Open surgeries recognized as a one-stage, were performed in 52 patients (57.14 %). Endoscopic tactic was used in 18 patients (19.78 %). In 21 (23.07 %) patients were performed laparoscopic one-stage operation. The study shows that a significant proportion of patients with duct calculus can be removed when performing laparoscopic their audit, which gives an opportunity to shorten hospital stay and reduce the incidence of early and late after surgery complications. Patients elderly to remove calculus justified the use of endoscopic papillosphincterotomy removal of stones or choledochal arthroplasty.

Ключові слова: холедохолітаз, лапароскопічне лікування.

Ключевые слова: холедохолитиаз, лапароскопическое лечение.

Key words: choledocholithiasis, laparoscopic treatment.

ВСТУП Частота хірургічних втручань з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) займає друге місце після апендектомії. За останнє десятиріччя хірургічна тактика перетерпіла ряд змін, пов'язаних із розробкою і впровадженням лапароскопічної холецистектомії, що стала “золотим стандартом” лікування неускладненого калькульозного холецистити. Достатньо складними і не вирішеними залишаються питання хірургічної тактики при ускладнених формах ЖКХ.

Метою дослідження стала оптимізація хірургічного лікування хворих на калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітазом, із урахуванням операційного ризику і можливостей сучасних діагностичних та малоінвазивних хірургічних технологій.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз результатів лікування 91 пацієнта із жовчнокам'яною хворобою, ускладненою холедохолітазом. У віці 20–59 років було 73 хворих (80,21 %), 60–74 роки – 14 (15,38 %), 75 років і більше – 4 (4,39 %). У терміни до 1 тижня з моменту захворювання надійшло 54,1 % пацієнтів, до 2 тижнів – 36,9 %, до 3 тижнів – 9 %. Чоловіків було 36,26 %, жінок – 63,73 % (табл.1). Хворих з обтураційною жовтяницею (ОЖ) поділили за ступенем тяжкості, яку визначали на основі рівня білірубину при госпіталізації: I ступінь – 45 хворих (49,45 %) – до 100 мкмоль/л; II ступінь – 28 (30,76 %), 100–200 мкмоль/л; III ступінь – 18 (19,78 %), більше 200 мкмоль/л.

У зв'язку з варіабельністю клінічної симптоматики, для більш високої інформативності біліарної обструкції та верифікації холедохолітазу було використано ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ) і магнітно-резонансну томографію з холангіопанкреатографією. Інформативність і чутливість даних методів становила 100 %.

Таблиця 1. Поділ хворих за віком і статтю

Стать пацієнта	Вікова група			Усього
	20–59 років	60–74 роки	75–89 років	
Жінки	46	9	3	58 (63,73 %)
Чоловіки	27	5	1	33 (36,26 %)
Усього	73 (80,21 %)	14 (15,38 %)	4 (4,39 %)	91 (100 %)

Лапароскопічні операції проводили на лапароскопічному обладнанні фірми "Olympus" (Японія) та "KarlStorz" (Німеччина). Проводили біохімічні дослідження для встановлення функціонального стану печінки. Рівень загального білірубину визначали за допомогою набору реактивів для отримання загального та прямого білірубину в сироватці крові за методом Ендрашика (Recommendation on a Uniform Bilirubin Standard, 1962). Ферментативний спектр охоплював визначення активності аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ) за допомогою набору реактивів за методом Райтмана – Френкеля (S. Reitman, S. Frankel, 1957).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Вибір операційного втручання в умовах ЖКХ із холедохолітазом базувався на оцінці ступеня тяжкості жовтяниці й дилатації холедоха (табл. 2).

Відкриті операційні втручання визнані як одноетапні, були виконані у 52 пацієнтів (57,14 %). У 46 (88,46 %) з них проведено холецистектомію з холедоходуоденостомією і у 6 (11,54 %) – холецистектомію з міні-доступу з холедохолітотомією і зовнішнім дрениванням холедоха. Дані операційні втручання були виконані в плановому порядку у хворих молодого та середнього віку з легким і середнім ступенями ОЖ, I–II класами операційно-анестезіологічного ризику (ОАР).

Таблиця 2. Типи операцій залежно від ступеня дилатації холедоха

Тип операційних втручань		Ступінь дилатації холедоха		
		7–11 мм	12–19 мм	20 мм і більше
Відкриті операційні втручання	Холецистектомія з холедоходуоденостомією	24	22	
	Холецистектомія з міні-доступу з холедохолітотомією і зовнішнім дрениванням холедоха		6	
Лапароскопічні операційні втручання	ЛХЕ, ЛХЛТ, інтраопераційна відеоревізія холедоха, глухий шов холедоха	10		
	ЛХЕ, ЛХЛТ, інтраопераційна холангіографія, дренивання холедоха через куксу міхурової протоки	11		
Ендоскопічні методи лікування	ЕПСТ із назобіліарним дрениванням, з наступним ендопротезуванням холедоха			10
	ЕПСТ із літоекстракцією			8
Усього		45 (49,45 %)	28 (30,76 %)	18 (19,78 %)

Ендоскопічну тактику застосовували у 18 пацієнтів (19,78 %), з них 10 проведено ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) з назобіліарним дрениванням, з наступним ендопротезуванням холедоха і у 8 пацієнтів – ЕПСТ з літоекстракцією. Розроблену тактику використали у хворих похилого та старечого віку з тяжким ступенем ОЖ і 4 класом ОАР. Усіх хворих прооперували в екстреному порядку для ліквідації обтураційного холестазу.

У 21 (23,07 %) хворого були виконані одноетапні лапароскопічні операції. З них, у 10 (47,61 %) – лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ), лапароскопічну холедохолітотомію (ЛХЛТ), інтраопераційну відеоревізію холедоха з накладанням глухого шва і у 11 хворих (52,38 %) виконали ЛХЕ, ЛХЛТ, інтраопераційну холангіографію із зовнішнім дрениванням холедоха через куксу міхурової протоки. Характерно, що одноетапні лапароскопічні операційні втручання виконували з легким ступенем ОЖ і I–II класами ОАР у хворих молодого та середнього віку при відсутності гострого холангіту, складних топографоанатомічних умов, високого ризику пошкодження навколишніх структур.

Порівняльний аналіз міні-інвазивних і традиційних методів операційного лікування хворих із холедохолітазом показав, що частота післяопераційних ускладнень при міні-інвазивних втручаннях у 2,9 раза менша, ніж при традиційних і, рівень післяопераційної летальності зменшився в 4,7 раза.

ВИСНОВОК Проведене дослідження свідчить про те, що у значної частини пацієнтів із ЖКХ, ускладненою холедохолітазом, конкременти з проток можуть бути видалені при виконанні лапароскопічної їх ревізії, що дає змогу значно скоротити термін перебування в

стаціонарі та знизити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, поліпшити віддалені результати операційного лікування за рахунок збереження анатомічної і функціональної цілості великого дуоденального сосочка. У хворих похилого та старечого віку з тяжким ступенем ОЖ і 4 класом ОАР для видалення конкрементів із холедоха виправдано використовувати ЕПСТ з літоекстракцією або ендопротезуванням холедоха.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Оптимизация хирургической тактики лечения больных с обтурационной желтухой, обусловленной холедохолитиазом / Л. А. Ковальчук, И. Я. Дзюбановский, И. И. Смачило [и др.] // Актуальные проблемы хирургической гепатологии : материалы конгресса Донецк, 18–20 сентября. — 2013. — С. 107–108
2. Майстренко Н. А. Холедохолитиаз : руководство для врачей / Н. А. Майстренко, В. В. Стуколов // Санкт-Петербург, ЭЛБИ-СПБ, 2000. — 288 с.
3. Оптимальний підхід до лікування холедохолітазу в еру лапароскопічної хірургії: одно- або двохетапні операції? / В. В. Грубнік, О. Л. Ковальчук, С. В. Калінчук, О. І. Ткаченко // Хірургія України. — 2007. — № 1. — С. 36–40.
4. Шляхи оптимізації лікувальної тактики у хворих з жовчнокам'яною хворобою, ускладненою механічною жовтяницею / В. П. Кришень, В. В. Задорожний, О. А. Полюдов [та ін.] // Хірургія України. — 2007. — № 1. — С. 54–57.
5. Выбор метода хирургического лечения холедохолитиаза / Ю. М. Конаненко, Л. Е. Латарья, С. А. Данилов [и др.] // Анналы хир. гепатол. — 2011. — № 16:4. — С. 56–60.
6. Грубнік В. В. Лапароскопические вмешательства на желчных протоках у больных с механической желтухой: преимущества и недостатки / В. В. Грубнік, А. И. Ткаченко : материалы IV з'їзду асоціації лікарів ендоскопістів України, 10–12 червня. — 2010. — С. 50.

Отримано 08.09.14