

Пролигіна Інна Валеріївна - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; prolyginainna@yandex.ua

Балабуєва Серафима Володимирівна - к.мед.н., доц. кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова,; +38 0432 27-29-49

© Бабійчук Ю.В.

УДК: 616.366 - 003.7-089.12

**Бабійчук Ю.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії медичного факультету №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## МАЛОІНВАЗИВНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

**Резюме.** Узагальнені результати хірургічного лікування 281 хворого з приводу механічної жовтяниці різноманітного генезу, яким виконані ендоскопічні транспапільярні втручання. Механічна жовтяниця доброякісного генезу спостерігалась у 253 (90%) пацієнтів, злаякісного генезу у 28 (10%). Серед хворих на механічну жовтяницю доброякісного генезу найбільш часто зустрічався холедохолітіаз - 201 (71,5%) випадків, стенозуючий папіліт - 19 (6,8%) випадків, рубцеві стриктури позапечіткових жовчних шляхів - 11 (3,9%) випадків, стиснення протоку при хронічних панкреатитах - 3 (3,9%) випадки, при післяопераційних деформаціях позапечіткових жовчних шляхів - 3 (3,9%) випадків, при холангіті - 14 (5%) випадків, доброякісних пухлинах великого дуоденального сосочка - 2 (0,7%) випадки. Пухлинна природа захворювання обумовлена раком головки підшлункової залози у 12 (4,3%) хворих, пухлинною дуоденального сосочку у 7 (2,5%) хворих, пухлинами воріт печінки і метастазами раку іншої локалізації в печінку у 9 (3,2%) хворих. У хворих виконувались ретроградна холангіопанкреатографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія з механічною літотрипсією та частковою літоекстракцією, ендобіліарне стентування. Ускладнення під час транспапільярних втручань виникли у 38 (13,5%) хворих. Ендоскопічні транспапільярні втручання є першим етапом допомоги хворим з механічною жовтяницею і в разі неможливості радикального вирішення ситуації повинні забезпечувати декомпресію жовчовивідних шляхів.

**Ключові слова:** механічна жовтяниця, холедохолітіаз, ендоскопічна папілосфінктеротомія; літоекстракція; літотрипсія, назобіліарне дренирування.

### Вступ

Механічна жовтяниця (МЖ) вважається однією з найбільш важких проблем хірургічних захворювань печінки та позапечіткових жовчних шляхів. Проблеми діагностики і диференціальної діагностики причин обтурації жовчних шляхів не втратили актуальності і в даний час. Хірургічні втручання у хворих МЖ, що виконуються за екстреними показаннями, супроводжуються великою кількістю ускладнень, а летальність досягає 15 - 30%, що в 4 рази вище, ніж у тих випадках, коли МЖ вдається ліквідувати до операції [Ничитайло, Грубник, 2005]. Величезний досвід, накопичений зарубіжними і вітчизняними хірургами, показує, що синдром МЖ виникає у 15 - 40% хворих з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) і у всіх хворих, що мають пухлинне ураження жовчних шляхів [Борисенко и др., 2012; Огородник та ін., 2012]. Декомпресія біліарної системи є однією з головних цілей і найважливішим компонентом лікувальних заходів у цих пацієнтів. Мета роботи - проаналізувати причини механічної жовтяниці у хворих похилого та старечого віку, особливості перебігу та результати лікування ендоскопічними транспапільярними методами.

### Матеріали та методи

З 2003 по 2013 роки в ендоскопічному кабінеті обласного клінічного госпіталю для інвалідів Великої Вітчизняної війни проведено 281 втручання з приводу МЖ різного генезу. Вік хворих від 52 до 93 років, у середньому (65±11) років. Чоловіків було 112 (39,9%), жінок -

244 (60,1%). МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 253 (90%) пацієнтів, злаякісного генезу у 28 (10%). Серед МЖ доброякісного генезу найбільш часто зустрічався холедохолітіаз 201 (71,5%) випадків, стенозуючий папіліт - 19(6,8%) випадків, рубцеві стриктури позапечіткових жовчних шляхів 11 (3,9%) випадків, стиснення протоку при хронічних панкреатитах 3 (3,9%) випадків, при післяопераційних деформаціях позапечіткових жовчних шляхів 3 (3,9%) випадків, при холангіті - 14 (5%) випадків, доброякісних пухлинах великого дуоденального сосочка (ВДС) - 2 (0,7%) випадки. Пухлинна природа захворювання обумовлена раком головки підшлункової залози (ПЗ) у 12 (4,3%) хворих, пухлиною ВДС у 7 (2,5%), пухлинами воріт печінки і метастазами раку іншої локалізації в печінку у 9 (3,2%) пацієнтів. Тривалість МЖ до 10 днів діагностовано у 76 (27%) хворих, від 10 до 30 днів у 190 (67,6) хворих, більше 30 днів у 15 (5,3%) хворих. Рівень вмісту загального білірубину до 34 мкмоль/л діагностовано у 11 (3,9%) хворих, від 34 до 85 мкмоль/л у 130 (46,3%), від 86 до 169 мкмоль/л у 72 (25,6%), від 170 до 300 мкмоль/л у 52 (18,5%), більше 300 мкмоль/л у 16 (5,7%) хворих. У всіх пацієнтів застосовувалось: загальні клінічні аналізи, біохімічні дослідження крові, коагулограма, час згортання крові, ультразвукове дослідження печінки, підшлункової залози, внутрішньо- та позапечіткових жовчних протоків, комп'ютерна томографія без та з контрастуванням, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ).

## Результати. Обговорення

У всіх хворих в залежності від причини та перебігу захворювання були використані різні методи транспапільярних втручань. Найбільш розповсюдженою причиною МЖ були різні форми холедохолітазу. У 186 (66,1%) пацієнтів наявність конкрементів в холедоку встановлено при ультразвуковому (УЗ) дослідженні. Як правило, досвідчений лікар УЗ діагностики встановлював розміри камінців від 4 до 15 мм. Е той же час кількість камінців в холедоку точно була встановлена тільки при проведенні ЕРХПГ. Зменшення діаметра зальної жовчної протоки ми спостерігали в 169 (90,8%) випадків (до 6 мм). У 17 (9,1%) хворих холедох мало зменшився в діаметрі, що частіше зустрічалось у пацієнтів з множинним холедохолітазом та конкрементами більше 20 мм. У 207 (81,8%) хворих була виконана ЕРХПГ, типова та атипова ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) виконана у 234 (92,5%) хворих. У 20 пацієнтів відбулося самостійне відходження конкрементів, як правило, це були одиничні конкременти до 8 - 10 мм в діаметрі або сладж. У 130 хворих вдалося провести літоекстракцію корзиною Дорміа (Olympus FG-22Q, Boston scientific trapezoid RX). Повна ревізія та літоекстракція виконана у 186 пацієнтів. При множинних конкрементах зручно використовувати літоектрактори з провідником (Boston scientific trapezoid RX with guidewire PT2). Використання провідників зручніше при проведенні однотипних маніпуляцій, при зміні інструменту використання провідника (0,035" flexible tip guidewire) дозволяє швидше та прогнозованіше канюлювати холедох. У 15 пацієнтів була виконана літотріпсія звичайною корзиною Дорміа, у 19 літотріпсія єдиного конкременту виконана літотріптором Olympus BML - 201Q, в 2 хворих виконана літотріпсія 4 камінців діаметром від 15 до 25 мм. Захват конкрементів покращується при введенні проксимально розчину контрастної речовини або теплої фізіологічного розчину, що прижимає конкременти дистально. В більш ніж 42% випадків конкременти були видалені одноментно, в 58% за 2 - 3 процедури. В 2 випадках балотуючи конкременти до 8 мм в діаметрі видалено літоекстракцією через бебі-холедохоскоп, після повної папілосфінктеротомії. Введення бебі-холедохоскопа значно полегшується при використанні провідника. В 10 випадках на протязі 1 - 2 років спостерігалось рецидивування конкрементів холедоку, у 90% хворих з рецидивами в анамнезі була виконана холецистектомія. В 1 пацієнта рецидив множинних конкрементів (8 шт, діаметр більше 20 мм) спостерігався на протязі 6 місяців, що найімовірніше було пов'язано з рубцевою деформацією термінального відділу холедоку після папілосфінктеротомії. У 15 (5,9%) хворих літоекстракцію провести не вдалось через наявність великої кількості конкрементів (більше 10, розміри більше 30 мм). У 2 хворих ЕПСТ та літоекстракція виконані під загальною анестезією, що значно покращує релаксацію стінки кишки та зменшує перистальтику.

Інші доброякісні причини МЖ зустрічались рідше. У 19 (7,5%) хворих діагностовано стенозуючий папіліт, підвищення рівня загального білірубину в середньому складав 40 - 90 мкмоль/л, розширення холедоку від 7 до 10 мм. У всіх пацієнтів виконана повна папілосфінктеротомія, що привела до зменшення рівня білірубину до норми на протязі 7 - 10 днів. У 11 (4,3%) хворих спостерігались стриктури дистального відділу холедоку, у 3 (1,2%) післяопераційні деформації холедоку (холецистектомії, гастректомії, захворювання під печінкового простору). Транспапільярні втручання в цих випадках не дали позитивного результату, хворим виконані інші хірургічні втручання. Дивертикули стінки дванадцятипалої кишки були у 31 (12,2%) хворого, у 15 вдалось канюлювати втягнутий та змінений ВДС, у 11 пацієнтів проведена неповна папілосфінктеротомія. В 2 випадках фатерів сосок вдалось канюлювати через бебі-холедохоскоп. В 16 випадках канюляція не вдалась. У 4 пацієнтів з дивертикулу видалено фітобезори від 20 до 40 мм в діаметрі, які при ультразвуковому дослідженні сприймались як конкременти холедоку. В 2 (0,8%) випадках спостерігались доброякісні пухлини холедоку.

Злоякісні пухлини, як причина МЖ зустрічались набагато рідше - у 28 (10%) хворих. У 12 (42,8%) хворих були пухлини головки підшлункової залози, у 7 (25%) хворих пухлини ВДС, у 9 (32,1%) пацієнтів метастатичні процеси та пухлини під печінкового простору. У 6 (21,4%) хворих МЖ злоякісної етіології перебігала з гнійним холангітом. У 13 хворих була виконана неповна папілосфінктеротомія та назобілярне дренажування для декомпресії жовчовивідних шляхів та підготовки до оперативного втручання. У 1 хворого виконано стентування холедоку. У 8 пацієнтів стентування не вдалось через повну обтурацію загальної жовчної протоки (загальний білірубін більше 400 мкмоль/л., тривалість МЖ більше 1 місяця, діаметр холедоку 8-14 мм).

Ускладнення під час транспапільярних втручань виникли у 38 (13,5%) хворих. У 19 хворих виникла кровотеча з папілотомної рани. Для припинення кровотечі використовували електрокоагуляцію та консервативні методи зупинки. У 3 хворих виник реактивний панкреатит. В 10 випадках було вклинення корзини Дорміа. В 6 випадках вдалось зняти шляхом проштовхування корзини проксимально, розтягуванням холедоку 40 мл теплої фізіологічного розчину. В 3 випадках використано механічний літотріптор Olympus BML-110A. Холангіт виник у 2 хворих, у 4 виникло загострення вже наявного холангіту.

## Висновки та перспективи подальших розробок

1. Застосування ендоскопічних транспапільярних втручань у хворих похилого та старечого віку ефективно в 82% випадків і є методом вибору в умовах сучасного хірургічного стаціонару із сучасним ендоскопічним обладнанням.

2. Ендоскопічні транспапільярні втручання є першим етапом допомоги хворим з механічною жовтяницею і у випадку неможливості радикального вирішення ситуації повинні забезпечувати декомпресію жовчовивід-

них шляхів.

Використання сучасних методів дослідження прохідності жовчовивідних шляхів дозволяє вибрати оптимальну стратегію лікування механічної жовтяниці.

### Список літератури

- Борисенко В.Б. Динамика морфологических изменений холедоха, печени и других внутренних органов при моделировании механической желтухи в эксперименте /В.Б.Борисенко, С.Г.Белов, Н.И.Горголь //Харківська хірургічна школа. - 2012. - №1. - С. 56-61.
- Галлингер Ю.И. Эндоскопическое лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом и папиллостенозом /Ю.И.Галлингер, М.В.Хрусталева, В.И.Карпенкова // Материалы междунар. конф. хирургов, посвящ. 80-летию проф. В.В.Виноградова. - М., 2000. - С. 140-141.
- Ендоскопічні транспапільярні методи лікування холедохолітіазу, спричиненого множинними конкрементами /П.В.Огородник, А.Г.Дейниченко, Д.І.Христюк [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2012. - №1. - С. 10-13.
- Ничитайло М.Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков /М.Е.Ничитайло, В.В.Грубник. - К.: Здоровья, 2005. - 424 с.
- Обґрунтування показів до методів корекції біліарної гіпертензії /О.Е.Каніковський, О.В.Харчук, Ю.П.Гнатюк [та ін.] //Актуальні проблеми сучасної медицини. - 2009. - Т.11, №1(33). - С. 59-63.
- Complications of endoscopic biliary sphincterotomy /M.L.Freeman, D.B. Nelson, S.Sherman [et al.] //New Engl. J. Med. - 1996. - Vol.335. - P. 909-918.

**Бабійчук Ю.В.**

### МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Резюме.** Обобщены результаты хирургического лечения 281 больного по поводу механической желтухи разного генеза, которым выполнены транспапиллярные вмешательства. Механическая желтуха доброкачественного генеза встречалась у 253 (90%) больных, злокачественного генеза у 28 (10%) больных. Среди больных с механической желтухой доброкачественного генеза чаще встречался холедохолитиаз - 201 (71,5%) случаев, стенозирующий папиллит - 19 (6,8%) случаев, рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей - 11 (3,9%) случаев, компрессия протока при хронических панкреатитах - 3 (3,9%) случаев, при послеоперационных деформациях внепеченочных желчных путей - 3 (3,9%) случаев, при холангите - 14 (5%) случаев, доброкачественных опухолей большого дуоденального сосочка - 2 (0,7%) случая. Злокачественная природа механической желтухи обусловлена раком головки поджелудочной железы у 12 (4,3%) больных, опухолью дуоденального сосочка у 7 (2,5%) больных, опухолями ворот печени и метастазами ворот печени и метастазами рака в печень у 9 (3,2%) больных. У пациентов выполнялась ретроградная панкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия з механической литотрипсией та литоэкстракцией, эндобилиарное стентирование. Осложнения во время выполнения транспапиллярных вмешательств возникли у 38 (13,5%) больных. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются первым этапом помощи пациентам с механической желтухой и в случае невозможности радикального разрешения ситуации должны обеспечивать декомпрессию желчевыводящих путей.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, холедохолитиаз, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, литотрипсия, назобилиарное стентирование.

**Babichuk I. V.**

### MINIMALLY INVASIVE ENDOSCOPIC TRANSPUPILLARY INTERVENTIONS IN CASE OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

**Summary.** The results of surgical treatment of 281 patients that underwent transpupillary interventions for obstructive jaundice of different genesis were summarized. Obstructive jaundice of benign genesis was observed in 253 (90%) patients, of malignant genesis - in 28 (10%) patients. Among the patients with obstructive jaundice of benign genesis the choledocholithiasis was revealed more often - 201 (71,5%) cases, stenotic papillitis manifested in 19 (6,8%) of cases, corrosive strictures of extrahepatic biliary tracts - in 11 (3,9%) cases, duct compression caused by chronic pancreatitis - in 3 (3,9%) cases, postoperative deformations of extrahepatic biliary tracts - in 3 (3,9%) cases, cholangitis - 14 (5%) cases, benign tumours of the major duodenal papilla - in 2 (0,7%) cases. The malignant nature of obstructive jaundice was caused by cancer of the head of the pancreas in 12 (4,3%) patients, by tumour of the duodenal papilla - in 7 (2,5%) patients, by tumors of the porta hepatis and cancer metastases in liver in 9 (3,2%) patients. The patients underwent retrograde pancreatography, endoscopic papillosphincterotomy and mechanical lithotripsy and lithoextraction, endobiliary stenting. Complications during transpupillary interventions occurred in 38 (13,5%) patients. Endoscopic transpupillary interventions constitute the first stage of assistance to patients with obstructive jaundice and if radical solution of the situation is impossible they should provide biliary decompression.

**Key words:** obstructive jaundice, choledocholithiasis, endoscopic papillosphincterotomy, lithoextraction, lithotripsy, nasobiliary stenting.

Стаття надійшла до друку 24.11.2013 р.

Бабійчук Юрій Валерійович - к.м.н., доц. кафедри хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 961-16-68