

**Ключевые слова:** *очаговые поражения печени, аргонплазменная коагуляция, непаразитарные кисты печени.*

**Usenko O.Yu., Petrushenko V.V., Stoika V.I., Hrebenuk D.I., Stukan S.S.**  
**ELECTROSURGERY TREATMENT NON - PARASITICAL HEPATIC CYSTS**

**Summary.** *The article include analysis of treatment non - parasitica cysts using argonplasma coagulation in laparoscopic and in conventional surgical treatment. Demonstrated better results of treatment non-parasitica hepatic cysts in laparoscopic treatment using argon plasma coagulation on liver parenchyma, compared to conventional surgical treatment.*

**Key words:** *focal lesions of the liver, argonplasma coagulation, non-parasitica hepatic cysts.*

*Рецензент - д.мед.н., проф. Шапринський В.О.*

*Стаття надійшла до редакції 23.11.2015 р.*

*Усенко Олександр Юрійович - д.мед.н., проф., директор ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова" НАМН України; +38 044 454-20-50; o.usenko@shalimov.org*

*Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.мед.н., проф., проректор з наукової роботи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-32-16; science@vsmu.vinnica.ua*

*Стойка Вадим Іванович - аспірант кафедри хірургії №1 з курсом "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 911-90-95; stoikavadim@i.ua*

*Гребенюк Дмитро Ігорович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії №1 з курсом "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 595-44-83; Doctor.Svo@gmail.com*

*Стукан Сергій Степанович - асистент кафедри хірургії №1 з курсом "Основи ендоскопічної та лазерної хірургії" Вінницького*

© Шварковський І.В., Москалюк О.П., Бриндак І.А., Русак О.Б.

УДК: 616.361-002+616.36-008.5-007.272]-079.4-089.819

**Шварковський І.В., Москалюк О.П., Бриндак І.А., Русак О.Б.**

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", кафедра хірургії та урології (Театральна площа, 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

## РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕТРОГРАДНОЇ ХОЛАНГІОПАНКРЕАТОГРАФІЇ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

**Резюме.** *В статті показано перший досвід виконання ендобіліарних операцій у хворих з механічною жовтяницею різного генезу. Точна доопераційна діагностика причини механічної жовтяниці сприяє оптимізації хірургічної тактики, зменшує частоту ускладнень в післяопераційному періоді. На клінічному прикладі показано високу ефективність ендобіліарних втручань, які не потребують застосування наркозу, не спричиняють значної оперативної травми, в діагностично-лікувальному процесі. Це дозволяє уникнути виконання відкритих операцій та покращити безпосередні й віддалені результати лікування хворих на механічну жовтяницю. Акцентовано увагу на клінічних особливостях у випадку діагностики парапапілярного дивертикулу дванадцятипалої кишки.*

**Ключові слова:** *механічна жовтяниця, стенозуючий папіліт, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія.*

### Вступ

Число хворих з патологією гепатопанкреатобіліарної системи зростає в усьому світі. Механічна жовтяниця (МЖ) є важким ускладненням захворювань органів гепатопанкреатобіліарної системи, при яких порушується відтік жовчі на різних рівнях жовчовивідних проток. Різні причини МЖ, важкий стан хворих значно ускладнюють діагностику, внаслідок чого 18-45% пацієнтів госпіталізуються в спеціалізовані хірургічні стаціонари із значним запізненням, тому встановлення правильного діагнозу в них затримується. Важливість проблеми механічної жовтяниці також підкреслює високий рівень летальності при даній патології, що сягає 25-43%, особливо при пізньому зверненні хворих в стаціонар [1, 6].

Найчастіше причиною механічної жовтяниці є порушення прохідності жовчовивідних шляхів на фоні холелітіазу або онкологічної патології, а саме при пухлинах підшлункової залози чи жовчовивідних шляхів. Серед доброякісних причин МЖ стенозуючий папіліт

(СП) великого дуоденального сосочка зустрічається в 15-19% хворих. СП найчастіше є причиною розвитку хронічного запалення в ділянці великого дуоденального сосочка як наслідок жовчокам'яної хвороби, холангіту, панкреатиту чи парапапілярного дивертикула дванадцятипалої кишки [2, 3].

Обстеження хворих на МЖ на доопераційному етапі досить складне, іноді може вимагати спеціальних методів обстеження, однак своєчасне встановлення причини МЖ визначає подальшу хірургічну тактику, призводить до зменшення частоти післяопераційних ускладнень [5].

Однією з проблем діагностики МЖ є відсутність високоточного та неінвазивного дослідження. Сонографія, що є найпоширенішим методом діагностики патології гепатопанкреатобіліарної системи чітко встановлює причину МЖ лише в 64-78% хворих, залежно від професійності спеціаліста та умов проведення дослідження [4]. Проведення магнітнорезонансної томог-

рафії дає більшi діагностичні можливості для встановлення причини МЖ, однак вимагає відповідної підготовки хворого та не завжди може бути виконане в ургентному порядку [3].

Відповідно до збільшення кількості хворих з механічною жовтяницею зростає і число хірургічних втручань при даній патології. Декомпресія біліарної системи є пріоритетним завданням у лікуванні даної категорії хворих. Впровадження у клінічну практику ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) з наступною ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) для діагностики та лікування хворих з МЖ дозволяє покращити результати лікування даної патології, особливо у хворих з важкою супутньою патологією [4].

*Мета* - на клінічному прикладі показати високу діагностичну та лікувальну цінність і поділитись першим досвідом проведення ЕРХПГ та ЕПСТ у хворих з МЖ невстановленого генезу в складних для діагностики випадках.

### Матеріали та методи

За 2 місяці функціонування центру ендоскопічної хірургії м. Чернівці, створеного за сприяння ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", виконано 23 ендоскопічних втручання хворим з механічною жовтяницею різного генезу. Середній вік пацієнтів становив  $61,9 \pm 18,97$  років, чоловіків було 6, жінок - 17. З них 14 (60,9%) хворих прооперовано з приводу холедохолітазу, 6 (26,1%) хворих з приводу пухлини головки підшлункової залози, 3 (13,0%) хворих з приводу пухлини жовчовивідних шляхів.

### Результати. Обговорення

На нашу думку, свідченням високої діагностичної цінності ЕРХПГ може слугувати таке клінічне спостереження. Хвора Р., 60 років госпіталізована до хірургічного відділення ОКУ "Лікарня швидкої медичної допомоги - університетська лікарня" м. Чернівці з підозрою на захворювання головки підшлункової залози, механічною жовтяницею. На догоспітальному етапі зверталась до гастроентеролога, проведені догоспітальні сонографічні дослідження причину МЖ не встановили.

При госпіталізації - скарги на жовтушність шкіри та склер, біль в правому підребер'ї, періодичне блювання, свербіж шкіри, наявність темної сечі та світлих випорожнень, загальну слабкість. Об'єктивно - загальний стан середньої тяжкості, виражена жовтушність шкіри та склер, розчухи на шкірі живота. Дихальна та серцево-судинна системи без особливостей. Живіт бере участь в акті дихання, пальпаторно м'який, болючий в правому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини негативні. Фізіологічні відправлення - сеча темна, випорожнення світлі. Лабораторно - загальний аналіз крові без особливостей, загальний аналіз сечі - без патології, крім виявлених жовчних пігментів. Серед



Рис. 1. Дуоденоскопія: 1 - устя парапапілярного дивертикула; 2 - великий дуоденальний сосочок; 3 - нижньо-горизонтальний відділ дванадцятипалої кишки.



Рис. 2. Ендоскопічна ретроградна холангіографія: 1 - розширений просвіт холедоха; 2 - екстравазація контрасту в просвіт парапапілярного дивертикула.

біохімічних показників варто відмітити рівень білірубіну сироватки крові - 255 мкмоль/л (прямий - 200 мкмоль/л), інші біохімічні показники, коагулограма та рівень трансаміназ - без особливостей.

Проведене госпітальне сонографічне дослідження виявило непрямі ознаки біліарної гіпертензії: розширення гепатикохоледоха до 14 мм з наявністю зліпка до 10 мм., хронічні зміни жовчного міхура. В ділянці

головки підшлункової залози виявлено гіпоехогенне утворення з нерівним, нечітким контуром розмірами до 25 мм.

Для подальшої верифікації діагнозу виконано комп'ютерну томографію з оральним контрастуванням. За даними останньої виявлено: розширення гепатикохоледоха до 16 мм без включень. У ділянці головки підшлункової залози виявлено інфільтрат до 37 мм з нечіткими контурами. Встановлено попередній діагноз: Захворювання головки підшлункової залози? Псевдотуморозний панкреатит? Механічна жовтяниця. Проведення консервативної терапії виявилось неефективним - рівень білірубину сироватки крові зріс до 380 мкмоль/л (прямий - 240 мкмоль/л).

Хворій проведено ЕРХПГ з використанням відеоендоскопічного комплексу Evis Exera II 180, ("Olympus", Японія) під контролем рентгенівського апарата Siremobil 2000 ("Siemens", Німеччина). При виконанні дуоденоскопії в нисхідному відділі ДПК виявлено устя парапапілярного дивертикула дванадцятипалої кишки діаметром до 2,5 см (рис. 1).

Великий дуоденальний сосочок (ВДС) розташований по медіальному контуру устя дивертикула. З технічними труднощами виконано канюлізацію ВДС. При ЕРХПГ діагностовано розширення холедоха до 13 мм, включень не містить. Виявлено екстравазацію контрасту в просвіт парапапілярного дивертикула (рис. 2).

ЕПСТ провели за допомогою папілостома KD-411Q-0725 ("Olympus", Японія). Отримано відтік темної жовчі зі зліпками та дрібними конкрементами. З метою забезпечення адекватного відтоку жовчі виконано балонну дилатацію дистального відділу холедоха з подальшою балонною ревізією холедоха, іншої патології не виявлено. Заключний діагноз - парапапілярний ди-

вертикул ДПК. Стенозуючий папіліт. Механічна жовтяниця. Мікролітіаз. Утворення головки підшлункової залози, що діагностували лікарі, які проводили сонографію та комп'ютерну томографію, виявилось парапапілярним дивертикулом. Діагноз новоутворення головки підшлункової залози знятий.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Через 2 доби після операції рівень білірубину сироватки крові становив 133,5 мкмоль/л (прямий - 94,0 мкмоль/л). Хвора в задовільному стані виписана на амбулаторне лікування.

Дуоденальні дивертикули найчастіше розташовуються по внутрішньому контуру ДПК і найчастіше діагностуються в парапапілярній ділянці. За даними літератури парапапілярні дивертикули призводять до стенозуючого папіліту та дивертикуласоційованої дисфункції сфінктера Одді [4]. Проведення звичайного рентгенологічного дослідження чи сонографії рідко встановлює діагноз даного захворювання. Частіше всього парапапілярні дивертикули ДПК вдається виявити при виконанні ЕРХПГ.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, ЕРХПГ та ЕПСТ є високоефективними діагностично-лікувальними методами, які не потребують застосування наркозу, не спричиняють значної оперативної травми, що дозволяє уникнути виконання відкритих операцій та покращити безпосередні й віддалені результати лікування хворих на МЖ.

Перспективним вважаємо подальше використання сучасних ендоскопічних методів дослідження та лікування хворих на механічну жовтяницю, що дозволяє правильно обрати тактику лікування даних пацієнтів.

### Список літератури

1. Миниинвазивные технологии в хирургии желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой / В.А. Грушка, Н.Г. Головкин, Г.И. Охрименко [и др.] // *Зарождение. мед. з.* - 2011. - № 4. - С. 98-101.
2. Ничитайло М. Е. Минимальноинвазивная хирургия желчных путей / Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. - К.: Здоров'я, 2005. - 424 с.
3. Результаты эндоскопических вмеша-
4. Рідкісні випадки патології дванадцятипалої кишки як причини доброякісної обструкції жовчовивідних шляхів / Л.М. Когут, С.Ю. Лисюк, О.І. Кушнірук, М.А. Когут // *Шпитальна хірургія.* - 2015. - № 1. - С. 101-104.
5. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary Pancreatitis / U.R. Folsch, R. Nitsche, R. Ludtke [et al.] // *N. Engl. J. Med.* - 2007. - Vol. 336. - P. 237-242.
6. Yang J. Endoscopic biliary stenting for irretrievable common bile duct stones: Indications, advantages, disadvantages, and follow-up results / J. Yang, J.-Y. Peng, W. Chen // *Surgeon.* - 2012. - Vol. 10, № 4. - P. 211-217.

*Шкварковський І.В., Москалюк А.П., Бриндак І.А., Русак О.Б.*

### РОЛЬ ЕНДСКОПІЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

**Резюме.** В статье представлен первый опыт выполнения эндобилиарных операций у больных с механической желтухой различного генеза. Точная дооперационная диагностика причины механической желтухи способствует оптимизации хирургической тактики, уменьшает частоту осложнений в послеоперационном периоде. На клиническом примере показана высокая эффективность эндобилиарных вмешательств, не требующих применения наркоза, не вызывающих значительной оперативной травмы, в диагностическом и лечебном процессе. Это позволяет избежать выполнения открытых операций и улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с механической желтухой. Акцентируется внимание на клинических особенностях в случае диагностики парапапиллярного дивертикула двенадцатиперстной кишки.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, стенозирующий папиллит, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

*Shkvarkovsky I.V., Moskaliuk O.P., Brindak I.A., Rusak O.B.*

**ROLE OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BILIARY TRACT DISEASES**

**Summary.** *The article shows the first experience of endobiliary operations in patients with obstructive jaundice of various origins. Accurate preoperative diagnosis of the causes of obstructive jaundice helps to optimize surgical treatment, reduces the incidence of complications in the postoperative period. In clinical example shows high efficiency endobiliary interventions, that not required narcosis, don't cause significant operative trauma, in a diagnostic and treatment process. This avoids the execution of open surgery and improves immediate and long-term outcomes of patients with obstructive jaundice. The attention is focused on the clinical features of the case diagnosis parapapillary diverticulum of the duodenum.*

**Key words:** *jaundice, constrictive papillitis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.*

*Рецензент - д.мед.н., проф. Сидорчук Р.І.*

*Стаття надійшла до редакції 24.11.2015 р.*

*Шкварковський Ігор Володимирович - д.мед.н., проф., проф. кафедри хірургії та урології ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38 066 005-50-66; doctorigor@list.ru*

*Москалюк Олександр Петрович - асистент кафедри хірургії та урології ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38 050 980-61-37; doc\_sasha@mail.ru*

*Бриндак Іван Анатолійович - лікар-хірург ОКУ "Лікарня швидкої медичної допомоги"; +38 095 428-78-86; bryndak@mail.ru*

*Русак Олег Богданович - к.мед.н., доцент кафедри хірургії та урології ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38 095 387-27-60; rusak@bsmu.edu.ua*

© Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Холодов И.Г., Шевченко В.Г.

УДК: 617.55./553+618.13]-072.1-089.844

*Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Холодов И.Г., Шевченко В.Г.* ООКМЦ, ОНМедУ, кафедра хирургии №2 с курсом детской хирургии (ул. Судостроительная, 1а, Одесса, Украина, 65010)

**БЕЗГАЗОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В СИМУЛЬТАННОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА**

**Резюме.** *В работе проанализированы результаты оперативного лечения 84 пациентов, перенесших симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства на фоне сопутствующей соматической патологии. Исследуемую группу составили 36 пациентов, оперированных с использованием авторской технологии лапаролифтинга, контрольную - 48 пациентов, оперированных по классической технологии с наложением карбоксиперитонеума. Определены варианты оптимальных оперативных доступов, изучена структура и частота послеоперационных осложнений, особенности течения раннего послеоперационного периода. Выявлено, что симультанные лифтинговые лапароскопические операции имеют ряд неоспоримых преимуществ: снижаются частота и тяжесть послеоперационных осложнений, интенсивность послеоперационного болевого синдрома, количество обострений сопутствующих хронических заболеваний, продолжительность пребывания в стационаре после операции.*

**Ключевые слова:** *симультанная лапароскопия, безгазовая лапароскопия, лапаролифтинг.*

**Введение**

С увеличением продолжительности жизни и развитием диагностических возможностей частота выявления сочетанных заболеваний, требующих оперативного лечения в последние годы остается стабильно высокой. По данным ВОЗ, в симультанных операциях нуждаются до 63% пациентов, поступающих в хирургический стационар [1, 2, 3, 4]. Стремительно развивающиеся видеэндоскопические технологии, позволяющие выполнять все более и более сложные операции, вывели проблему симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости на новый качественный уровень. В тоже время, с увеличением объема операций увеличивается и время воздействия неразрывно связанного с лапароскопической хирургией на напряженного карбоксиперитонеума на кардиопульмональный гомеостаз. Последнее обстоятельство ограничивает широкое применение симультанных лапарос-

копических операций на органах брюшной полости у пациентов со сниженными функциональными резервами. "Безгазовая" лапароскопия, призванная решить эту проблему, на сегодняшний день не применяется широко ввиду отсутствия простых и доступных систем лапаролифтинга.

*Цель работы:* оптимизировать лечебную тактику при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости у пациентов с высоким индексом полиморбидности за счет применения разработанной лифтинговой системы.

**Материалы и методы**

В отделении хирургии Одесского областного клинического медицинского центра на базе кафедры хирургии № 2 ОНМедУ в период с 2011 по 2016 года выполнены 84 симультанные лапароскопические опе-