

© Шварковський І.В., Бриндак І.А., Москалюк О.П., Шварковська А.І.

УДК: 616.364-089.819

Шварковський І.В., Бриндак І.А., Москалюк О.П., Шварковська А.І.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", кафедра хірургії № 2 (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Резюме. У статті наведені перші результати функціонування центру ендоскопічної хірургії на Буковині. Точна доопераційна діагностика патології жовчовивідних шляхів сприяє оптимізації хірургічної тактики, зменшує частоту ускладнень у післяопераційному періоді. Детально проаналізовано патологію жовчовивідних шляхів у прооперованих хворих. Описані методи оперативного втручання, що виконували пацієнтам, вивчені випадки післяопераційних ускладнень та особливості ведення післяопераційного періоду в таких хворих.

Ключові слова: механічна жовтяниця, холедохолітіаз, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія.

Вступ

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) набуває все більшого поширення в лікуванні захворювань жовчовивідних шляхів та підшлункової залози. Вивчення лікувально-діагностичних можливостей ЕРХПГ та ускладнень, які супроводжують цей метод, дозволило переглянути показання та протипоказання до його використання, основними з яких є видалення конкрементів з жовчовивідних протоків та проведення стентування в разі обтурації протоків новоутвореннями як самих протоків так і оточуючих тканин [1, 5, 9]. Окремий великий розділ роботи складають хронічні панкреатити, що супроводжуються формуванням кіст підшлункової залози та стриктур вірсунгової протоки, що виникають внаслідок перенесеного панкреонекрозу. Дисфункція сфінктера Оді (ДСО) є окремою нозологічною одиницею, лікування якої тривалий час знаходилося в полі зору тільки терапевтів, однак сьогодні ДСО привертає до себе все більше уваги з боку ендоскопічних хірургів. У той же час, виконання суто діагностичних ЕРХПГ є менш обґрунтованим з огляду на серйозність ускладнень які супроводжують цей метод та високу діагностичну цінність не інвазивних методів, таких як магнітно-резонансна комп'ютерна томографія та ендоскопічне ультразвукове дослідження [4, 7, 8].

Серед ускладнень ЕРХПГ виділяють кровотечі, перфорацію дванадцятипалої кишки або спільної жовчної протоки, гострий панкреатит, холангіт. Згідно з літературними даними, частота їх виникнення становить від 4,2 до 9,8% і залежить значною мірою від досвіду хірурга-ендоскопіста, технічного забезпечення, перебігу захворювання та особливостей анатомічної будови, летальність варіює в межах 3,2-6,1% [2, 3, 6].

Критерієм якості виконання ЕРХПГ є чіткий вибір показань до втручання, відсоток успішних канюляцій бажаної протоки та низький рівень ускладнень. Мета роботи полягає у вивченні ефективності й безпечності ендоскопічних методів лікування патології панкреатобіліарної системи.

Матеріали та методи

Центр ендоскопічної хірургії ВДНЗ України "Буко-

винський державний медичний університет" розпочав свою роботу з січня 2016 року, усі оперативні втручання були виконані однією бригадою на ендоскопічній відеосистемі OLYMPUS EVIS EXERA II. За вказаний період виконано 141 оперативне втручання, з яких у трьох випадках спроба канюляції була невдалою - 2,12%, що зумовлено вираженим папілостенозом, ще у чотирьох пацієнтів оперативне втручання проведено в два етапи. На першому етапі, після невдалої канюляції, виконана ендоскопічна голкова сфінктеротомія, а після триденного курсу протизапальної та антибактеріальної терапії хворі оперовані вдруге і втручання було проведено в потрібному обсязі. Основним способом доступу до спільної жовчної протоки була її канюляція з використанням стандартного папілотому та введенням провідника, що виявилось ефективним у 138 пацієнтів (97,87%). У разі виникнення ускладнень з канюляцією ми використовували "presscut" техніку голковим папілотомом, що дозволяло досягти доступу до спільної жовчної протоки. Конкременти з жовчовивідних шляхів видаляли балонним літоекстрактором у 74 випадках, кошик Дормія виявився ефективним у 16 випадках.

Антибіотикопрофілактику проводили цефалоспоринами IV покоління внутрішньом'язово 2 г. Подальшу потребу у проведенні антибіотикотерапії визначали залежно від конкретної клінічної ситуації. З метою пригнічення перистальтики та розслаблення сфінктерів травного каналу використовували внутрішньовенне введення гіосцину бутилбромід. Після проведення оперативного втручання, за умови відсутності розвитку ускладнень, усі пацієнти перебували в стаціонарі впродовж 24 годин.

Результати. Обговорення

У групі з 141 хворого було 83 жінки, що становило 58,86%, осіб чоловічої статі було 58, середній вік становив 63,49 років і коливався від 22 до 91 років. Первинні оперативні втручання виконані у 109 хворих (77,9%), у 32 вони носили повторний характер. Канюляція бажаної протоки за допомогою провідника досягнута у 93 пацієнтів (65,95%), типова ендоскопічна папі-

Таблиця 1. Показання до проведення ЕРХПГ.

Показання	n	%
Холедохолітаз у поєднанні з механічною жовтяницею	71	50,35
Холедохолітаз без жовтяниці	6	4,25
Новоутворення підшлункової залози	27	19,14
Новоутворення жовчовивідних шляхів	14	9,92
Новоутворення р. Vategy	6	4,25
Гострий біліарний панкреатит	5	3,52
Хронічний панкреатит	2	1,40
Дисфункція сфінктера Одді	3	2,11
Наявність жовчної нориці	7	4,92
Загалом	141	100

лосфінктеротомія з використання папілостома pull - type виконана у 83 (58,86%) хворих, ще у 26 доступ до бажаної протоки отримано за допомогою папілостома needle-knife - type.

Найбільш типовим показанням для проведення ендоскопічних втручань була механічна жовтяниця, що зумовлена наявністю конкрементів у спільній жовчній протоці в 71 хворого (50,35%), холедохолітаз без ознак жовтяниці відзначали в 6 (4,25%) (табл. 1), новоутворення гепатопанкреатодуоденальної зони виявлені нами у 47 пацієнтів (33,33%), ретельне обстеження дозволило диференціювати захворювання головки підшлункової залози у 27 хворих (19,14%), новоутворення позапечінкових жовчних шляхів мали місце в 14 (9,92%), пухлинне ураження р. Vategy верифіковано у 6 пацієнтів (4,25%).

Обсяг проведеного втручання визначали відповідно до встановленого інтраопераційно діагнозу, з урахуванням відомостей додаткових методів обстеження в передопераційному періоді. Екстракція конкрементів з позапечінкових жовчовивідних шляхів проведена 77 хворим (54,60%), у 5 наших спостереженнях трапився вклинений конкремент в р. Vategy.

У випадках, коли під час виконання ЕРХПГ верифіковано конкременти холедоха більше 12 мм, ми проводили папілосфінктеротомію з дилатацією ампулярного відділу балоном до 10-13-15 мм, що визначалось інтраопераційно індивідуально в кожному випадку і було застосовано нами у 38 (26,95%) хворих (рис. 1 А).

Ендобілярне стентування проведено у 49 (34,75%) хворих, зокрема, у 47 причиною стентування були новоутворення підшлункової залози та позапечінкових жовчних шляхів, у 2 - стент "pig tail" був встановлений через наявність функціонуючої жовчної нориці внаслідок перенесеної холецистектомії та залишених конкрементів великого розміру в спільній жовчній протоці. Більшість стентів були поліпропіленові - 48, в одній хворій встановлено непокритий стент, що має здатність саморозширюватися, заміна стенту проведена в 16 (11,34%) хворих. Панкреатичний стент був встановле-

ний у хворого зі стриктурою вірсунгової протоки та сформованою кістою підшлункової залози (рис. 1 В). У семи хворих (4,9%) виконання ЕРХПГ дозволило визначити правильний діагноз. Це стосується хворих, в яких парапапілярний дивертикул з контрастом був розцінений як новоутворення головки підшлункової залози. У решті випадків помилково визначений діагноз холедохолітазу був змінений на новоутворення жовчовивідних проток.

Визначаючи ступінь тяжкості виконання ендоскопічного втручання, ми брали до уваги ступінь стенозу р. Vategy, який був у 29 наших хворих (20,56%), діаметр холедоха (варіював від 5 до 25 мм і в середньому становив 12,37 мм) та розмір конкрементів (у наших спостереженнях коливався від 3 до 25 мм, середній розмір становив 7,86 мм, однак статистично вірогідних показників не отримано). Через складність виконання доступу до холедоха 7 хворих були прооперовані в два етапи (4,9%): після виконаної на першому етапі голкової папілосфінктеротомії ми проводили протизапальну антибіотикотерапію тривалістю від 3 до 7 днів, після чого у 4 пацієнтів за допомогою другого етапу досягнуто каналізацію холедоха, у 3 хворих друга спроба виявилася невдалою.

Аналіз 141 клінічного випадку дозволив виявити розвиток ускладнень, зокрема, що виникли безпосередньо під час оперативного втручання або у післяопераційному періоді. До першої групи (5 спостережень - 3,54%) віднесена кровотеча з періампулярної ділянки та перфорація дванадцятипалої кишки. У наших випад-

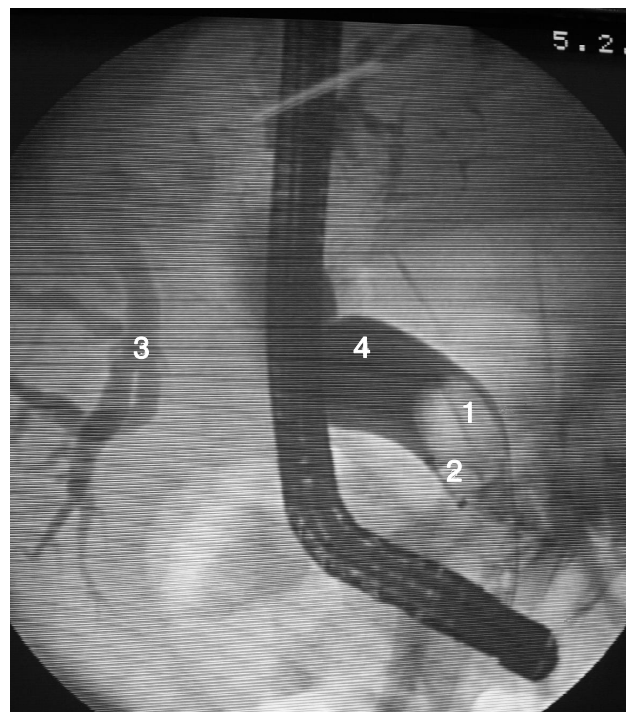


Рис. 1 А. Холедохолітаз.

Примітки: 1 - великий конкремент холедоха; 2 - літоекстракційний балон; 3 - розширені внутрішньопечінкові ходи; 4 - дилатований холедох.

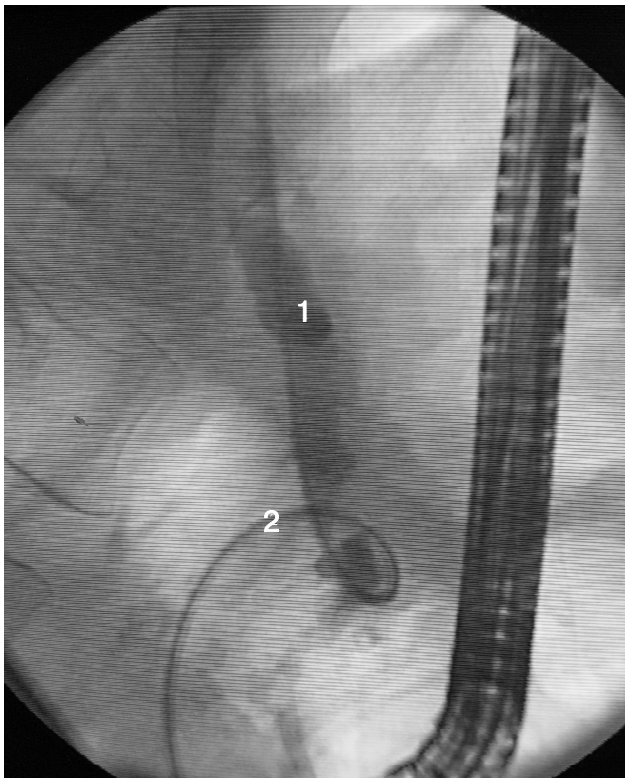


Рис. 1 В. Стриктура вірсунгової протоки.

Примітки: 1 - кістозно змінена вірсунгова протока; 2 - стент.

Таблиця 2. Ускладнення, пов'язані з ЕРХПГ.

Ускладнення	n	%
Кровотеча	3	2,12
Панкреатит	4	2,82
Перфорація ДПК	2	1,41
Холангіт	2	1,41
Дислокація стента	2	1,41
Загалом	13	9,21

ках кровотеча виникала внаслідок виконаної балонної дилатації холедоха і була зупинена внутрішньовенним введенням 500 мг транексамової кислоти безпосередньо на операційному столі. Перфорацію ДПК в заочеревинний простір під час операції верифіковано у 2 хворих (1,41%). Завдяки вчасному розпізнаванню ускладнення, проведений консервативний комплекс лікування дозволив уникнути лапаротомії і привів до одужання хворих. Другу групу ускладнень становили такі, що виникли в післяопераційному періоді - 8 хворих (5,63%), зокрема 4 панкреатити, які, на нашу думку, зумовлені потрапленням контрасту до вірсунгової протоки, перебіг двох з них призвів до розвитку панкреонекрозу. У двох прооперованих розвинувся гнійний холангіт, який потребував інтенсивного лікування і закінчився одужанням, ще у двох хворих, яким проведено ендобіліарне дренивання впродовж перших 5-7 діб констатовано дислокацію стенту, що потребувало повторного втручання.

Ендоскопічні оперативні втручання на жовчовивід-

них шляхах - це високотехнологічна малоінвазивна га-лузь хірургії, де трапляються (як і за умови будь-яких інших ендоскопічних операцій) специфічні ускладнення, уникнення яких або мінімізація наслідків можливі лише за чіткого дотримання показань до використання, наявності потрібного обладнання та інструментарію, а також досконалій техніці хірурга-ендоскопіста.

Нами проаналізовано результати ендоскопічного втручання, виконаного в Центрі ендоскопічної хірургії ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", уточнено показання та методи корекції ускладнень. Усі 141 втручання були виконані з лікувальною метою, винятково діагностичних втручань вдалося уникнути завдяки ретельному обстеженню хворих на доопераційному етапі й чіткому обґрунтуванню показань до самого втручання. Відпрацювання хірургічної техніки, використання провідників та накопичений досвід складних канюляцій дозволили зменшити кількість вірсунгографії і знизити кількість пост-ЕРХПГ панкреатитів. У разі, коли уникнути контрастування головної панкреатичної протоки не вдавалося, втручання завершували встановленням панкреатичного стента. Використання сучасного електрохірургічного блоку з функцією "endo-cut" дозволило уникнути кровотечі, зумовленої розтином ампули, а випадки, зумовлені дилатацією ампули після часткового її розсічення, були ефективно керовані медикаментозно.

Двоетапні оперативні втручання проведені у 7% хворих і зумовлені анатомічними особливостями будови р. Vateri та патологічними змінами через основне захворювання. Така тактика ендоскопічного втручання має право на існування оскільки дозволяє досягти канюляції бажаної протоки у разі, коли вимушене відтермінування ліквідації механічної жовтяниці можливе. Власний досвід показав, що використання "pre-cut" сфінктеротомії є цілком можливим і достатньо ефективним доступом до загальної жовчної протоки, і як правило повторна спроба канюляції через 3-7 діб, є більш легкою та частіш за все вдалою. Стосовно розвитку "pre-cut" індукованого пост-ЕРХПГ панкреатиту остаточного консенсусу не досягнуто, оскільки раннє усунення біліарної гіпертензії є доведеним профілактичним чинником запобігання панкреатиту. За нашими даними, успішна первинна канюляція виконана у 102 хворих, що становить 72,34%.

Загальна кількість ускладнень після ендоскопічних втручань становила 13 спостережень (9,21%), найбільш частим виявився пост-ЕРХПГ панкреатит, який діагностовано у 4 хворих (2,82%), заочеревинна перфорація ДПК констатована у 2 (1,41%), кровотеча та холангіт - у 4 хворих.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Ендоскопічні методи корекції патології жовчовивідних шляхів впевнено довели високу ефективність в поєднанні з малою травматичністю і повинні бути пріо-

ритетними.

2. Чітке визначення показань до ендоскопічних втручань, використання провідників під час канюляції дозволяє зменшити кількість ускладнень притаманних да-

ному методу.

Перспективним залишається розробка безпечних способів канюляції бажаної протоки, як з використанням двох провідників, так і з precut методикою.

Список літератури

1. Возможности современной профилактики острого панкреатита после проведения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии / А.Н. Тарасов, А.В. Васильев, Т.Е. Дорофеева [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2014. - № 11. - С. 57-60.
2. Ендоскопічне дренування біліарної системи при гострій обтурації спільної жовчної протоки / П.В. Огородник, В.І. Коломійцев, О.І. Кушнірук [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2013. - № 8. - С. 24-29.
3. Зайцева А. О. Перипапиллярный дивертикул как причина постхолецистэктомического синдрома / А.О. Зайцева, Д.А. Кутявина, М.Н. Климентов // Проблемы науки. - 2016. - № 12. - С. 51-54.
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. Сайфутдинов И. М. Пути профилактики осложнений при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах / И.М. Сайфутдинов, Л.Е. Славин // Казанский медицинский журнал. - 2016. - № 1. - С. 26-31.
6. Ушаков А. А. К вопросу о ведении больных с острым билиарным панкреатитом / А.А. Ушаков, В.И. Овчинников, Д.А. Бабушкин // International jor. of exper. educ. - 2016. - № 4. - С. 424-426.
7. Юсиф-Заде К. Р. К диагностике и лечению заболеваний билиарной системы методом эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии / К.Р. Юсиф-Заде // Российский медицинский журнал. - 2015. - № 4. - С. 36-38.
8. Complications of ERCP. ASGE Standards of Practice Committee / M.A. Anderson, L. Fisher, R. Jain [et al.] // Gastrointest. Endosc. - 2012. - № 75. - P. 467-473.
9. Kahaleh M. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications / M. Kahaleh, M. Freeman // Clin. Endosc. - 2012. - № 45. - P. 305-312.

Шкварковський І.В., Бриндак І.А., Москалюк А.П., Шкварковський А.І.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Резюме. В статье показаны первые результаты функционирования центра эндоскопической хирургии на Буковине. Точная дооперационная диагностика патологии желчевыводящих путей способствует оптимизации хирургической тактики, уменьшает частоту осложнений в послеоперационном периоде. Детально проанализирована патология желчевыводящих путей у прооперированных больных. Описаны методы оперативных вмешательств, которые выполнялись пациентам, изучены случаи послеоперационных осложнений и особенности ведения послеоперационного периода у таких больных.

Ключевые слова: механическая желтуха, холедохолитиаз, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Shkvarkovskyi I.V., Bryndak I.A., Moskaliuk O.P., Shkvarkovska A.I.

RESULTS OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF BILIARY DUCT DISEASES

Summary. The paper shows the first results of the operation center of endoscopic surgery in Bukovina. Accurate preoperative diagnosis of biliary tract pathology helps optimize surgical treatment, reduces the incidence of complications in the postoperative period. A detailed analysis biliary tract pathology in operated patients was performed. The methods of surgical interventions performed in patients were described, cases of postoperative complications and postoperative care peculiarities in these patients were studied.

Key words: jaundice, choledocholithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Рецензент - д.мед.н., проф. Польовий В.П.

Стаття надійшла до редакції 30.11.2016р.

Шкварковський Ігор Володимирович - д.мед.н., проф., професор кафедри хірургії № 2 ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(066)0055066; doctorigor@i.ua

Бриндак Іван Анатолійович - лікар-хірург хірургічного відділення № 1 Лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці; +38(095)4287886; bryndak@mail.ru

Москалюк Олександр Петрович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії № 2 ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(050)9806137; doc_sasha@mail.ru

Шкварковська Анастасія Ігорівна - студентка ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"; +38(050)2036314; shkvarkovska@mail.ru

© Федчишен О.П.

УДК: 616.248-053.2:577.161.2-008.64

Федчишен О.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра педіатрії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ВМІСТ 25-ГІДРОКСИХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Резюме. Уданому дослідженні було встановлено вміст 25-гідроксихолекальциферолу (25(OH)D₃) в сироватці крові дітей, хворих на різні форми бронхіальної астми. Для досягнення поставленої мети нами обстежено 200 дітей, хворих на БА, віком