

В. М. Ратчик, Н. В. Пролом, О. В. Зеленюк,
Д. В. Орловський, С. О. Тарабаров

ТАКТИЧНІ ПИТАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ І МАЛОІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБИ

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпропетровськ, Україна

УДК 616-089+616.381-072.1+616.366-003.7

В. М. Ратчик, Н. В. Пролом, А. В. Зеленюк, Д. В. Орловський, С. А. Тарабаров
ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕША-
ТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпропетровськ, Україна

В отделении хирургии органов пищеварения ГУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за период 2010–2014 гг. лапароскопические операции выполнены 1339 больным с различными формами желчнокаменной болезни. Внедрены инструментальные методы до- и интраоперационного контроля состояния желчевыводящих протоков, одно- и двухмоментные лапароскопические, транспапиллярные и эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе. Сфинктеросберегающие вмешательства у больных с холедохолитиазом составили 28,1 %. Осложнения возникли в послеоперационном периоде у 15 (1,1 %) больных: кровотечение в брюшную полость — 7, желчеистечение — 6, ятрогенное повреждение гепатикохоледоха — 2. Летальных случаев не было.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, лапароскопические операции, осложнения.

UDC 616-089+616.381-072.1+616.366-003.7

V. M. Ratchik, N. V. Prolom, O. V. Zelenyuk, D. V. Orlovskiy, S. O. Tarabarov
TACTICAL QUESTIONS OF LAPAROSCOPIC AND MINI-INVASIVE INTERVENTION AT
GALLSTONE DISEASE

Institute of Gastroenterology NAMS of Ukraine, Dnipropetrovsk, Ukraine

Aim. Development of treatment management and estimation of direct results at application of laparoscopic and endoscopic methods of treatment of gallstone disease.

Material and methods. 1143 patients with calculary cholecystitis and 196 patients — with choledocholithiasis and their complications were operated in the department of surgery of organs of digestion of the Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine for period 2010–2014.

Results of researches. The instrumental methods of co- and intraoperative control are inculcated the states of hepatopancreatobiliary zone, one-step and two-step laparoscopic, transpapillary and endobiliary interferences at choledocholithiasis. Sphincter-saving operation for patients with choledocholithiasis made up 28.1%. Complications took place in 15 (1.1%) patients: bleeding in an abdominal region — 7, bile leakage — 6, paratherapeutic damage of hepaticus — 2. There were no lethal cases.

Conclusions. Surgery of patients with a gallstone disease and choledocholithiasis with the use of laparoscopic one or two-stage management on the basis of sphincter-saving operation and mini-invasive puncture-draining operation improved results of treatment in 96% cases.

Key words: gallstone disease, choledocholithiasis, laparoscopic operations, complications.

Останніми роками у зв'язку з впровадженням малоінвазивних технологій змінилися підходи до тактики та техніки проведення операцій у хворих на калькульозний холецистит і холедохолітиаз [1]. Нові хірургічні втручання з використанням лапароскопічного обладнання дозволили суттєво змінити співвідношення між відкритими і лапароскопічними операціями, зменшити кількість ускладнень. Тим же часом частка та-

ких грізних із них, як ушкодження позапечінокових жовчних проток, залишається досить високою: 0,5–2,7 %, за даними зарубіжних авторів, і 0,2–1,75 %, згідно з даними вітчизняних хірургів [2; 3]. Також простежується прагнення багатьох авторів максимально знизити застосування ендоскопічної папілосфінтеротомії (ЕПСТ), що дозволяє у більшості пацієнтів зберегти сфінктерний апарат великого дуо-

денального сосочка й уникнути негативних наслідків двоетапної тактики [4].

Отже, незважаючи на розв'язання деяких проблем, розглядаються актуальні питання, які стосуються методик інтраопераційної ревізії жовчних шляхів, вибору оптимальних етапів корекції жовчовідтікання, способів контролю і закінчення операцій, профілактики інтра- та післяопераційних ускладнень [5; 6].



Характер оперативних втручань у обстежених хворих

Оперативні втручання	n (%)
Калькульозний холецистит	
ЕРХПГ, ЛХЕ	50 (4,4)
ЛХЕ, інтраопераційна холангіографія	8 (0,7)
ЛХЕ	1067 (93,4)
ЛХЕ, зовнішнє дронування ЗЖП	33 (2,4)
Конверсія	—
Холецистектомія	16 (1,4)
Лапаротомія, ХЕ, гепатикохоledoхоєюностомія з виключеною за Ру петлею тощої кишки	2 (0,2)
Усього	1143 (100)
Хоledoхолітіаз із хронічним калькульозним холециститом	
Сфінктерозберігаючі	—
ККХС + хоledoхолітотомія, БДСО, зовнішній дренаж ЗЖП	4 (2,04)
Ендоскопічна ретроградна БДСО з літекстракцією + ЛХЕ	12 (6,1)
ЛХЕ, літекстракція, БДСО, зовнішнє дронування хоledoхо	39 (19,9)
Сфінктероруйнуючі	—
ЕПСТ, літекстракція + ЛХЕ, зовнішнє дронування хоledoхо за Холстедом	101 (51,5)
ЕПСТ, літекстракція + ЛХЕ, хоledoхолітотомія, зовнішній дренаж ЗЖП	30 (15,3)
Конверсія	—
Лапаротомія, ХЕ, гепатикоєюностомія з вимкнутою за Ру петлею тощої кишки	10 (5,1)
Усього	196 (100)
Разом	1339 (100)

Примітка. Знак «+» відображає двоетапне хірургічне втручання.

Мета роботи — розробити тактику й оцінити безпосередні результати при застосуванні лапароскопічних й ендоскопічних методів лікування жовчокам'яної хвороби.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за період 2010–2014 рр. 1143 пацієнтам з приводу калькульозного холециститу (КХ) і 196 хворим з приводу хоledoхолітіазу та їх ускладнень виконано хірургічне лікування.

Інструментальна діагностика проводилася на апаратах УЗД (“Kransbiller Sonoscor 30”, Німеччина; “TOSHIBA XARIO SSA-660A”, Японія), за необхідності з подальшим застосуванням методів прямої візуалізації — ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ, фібродуоденоскоп з боковою оптикою — JF1T30 “Olympus”, Японія) і КТ (апарат “TOSHIBA AKVILION MULTI TSX 101A”, Японія). Інтраопераційну холангіографію виконували за допомогою рентгеноустановки “MCA PLUS” (Італія).

Результати дослідження та їх обговорення

У 67 (5,9 %) пацієнтів із КХ з механічною жовтяницею, пов'язаною із загостренням процесу та його розповсюдженням на гепатодуоденальну зв'язку, з білірубінемією ($41,3 \pm \pm 0,41$) мкмоль/л у доопераційному періоді проводили ЕРХПГ, а при її неможливості у 8 (0,7 %) хворих — інтраопераційну холангіографію. При виключенні наявності конкрементів у загальній жовчній протоці (ЗЖП) виконували лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ), а при дилатації ЗЖП більше 10 мм —

ЛХЕ із зовнішнім дронуванням ЗЖП за Холстедом (табл. 1).

У 39 (19,9 %) хворих на хоledoхолітіаз із КХ і білірубінемією менше 100 мкмоль/л лікування здійснювали одноментними методами: ЛХЕ з інтраопераційним контролем, ревізією і санацією позапечінкових жовчних проток. У 4 (2,0 %) хворих з білірубінемією більше 200 мкмоль/л виконували жовчовідведення шляхом кризьшкірної кризьпечінкової холангіостомії. Другий етап лікування — ЛХЕ, хоledoхолітотомія з літоекстракцією й антеградною

балонною дилатацією сфінктера Одді (БДСО), зовнішнім дронуванням ЗЖП.

Двоментні методи нами були використані у 143 (73,0 %) пацієнтів, при цьому сфінктерозберігаючі методи у вигляді ендоскопічної ретроградної БДСО з видаленням конкрементів кошиком Дорміа виконано у 12 (6,1 %) хворих (діаметр конкрементів ЗЖП — до 10 мм). Проведено ЕРХПГ з ЕПСТ, літоекстракцією, літотрипсією 131 (66,8 %) хворому, а другий етап — ЛХЕ з інтраопераційною холангіографією. У 101



(77,1 %) хворого з поодинокими конкрементами діаметром до 6 мм санацію ЗЖП здійснювали через куксу міхурової протоки. Наявність у 30 (22,9 %) хворих конкрементів ЗЖП більше 6 мм зумовлювала виконання супрадуоденальної холедохотомії з ревізією та літоекстракцією.

У ході лапароскопічних втручань конверсію виконано 18 (1,6 %) хворим. Причиною у 13 (1,2 %) хворих були деструктивні зміни жовчного міхура, у 3 (0,3 %) пацієнтів — холецистодуоденальна нориця, у 2 (0,2 %) — ятрогенна травма ЗЖП. У 8 (4,1 %) хворих з резидуальним холедохолітіазом у післяопераційному періоді застосовано ендоскопічні транспаплярні методи екстракції конкрементів. Ефективність використання приведених методів сягала 96 %.

Ускладнення виникли в післяопераційному періоді у 15 (1,1 %) із 1339 хворих: кровотеча у черевну порожнину у 7 пацієнтів, жовчовитікання — у 6, ятрогенне ушкодження гепатикохоледоха — у 2. Летальних випадків не було.

У 7 (0,5 %) хворих у післяопераційному періоді діагностовано внутрішньочеревну кровотечу. Виконано релапароскопію, припинення кровотечі, санацію та дренажу черевної порожнини. У 2 випадках кровотеча була з передньої черевної стінки (з ділянки епігастрального порту), у 2 — після розділення спайкового процесу (з сальника) та у 3 — з додаткової артерії у зоні запального процесу гепатодуоденальної зв'язки в ділянці ложа жовчного міхура.

Жовчовитікання діагностовано у 6 (0,4 %) пацієнтів. У 4 випадках воно припинилося мимовільно в терміни від 2 до 5 діб (кількість жовчі за добу

близько 250 мл). У 2 хворих, після підтвердження цілісності магістральних проток (ЕРХПГ), виконана релапароскопія з кліпуванням додаткової протоки в ділянці ложа жовчного міхура.

Ушкодження гепатикохоледоха трапилося у 2 (0,1 %) пацієнтів і було виявлене під час операції, що призвело до виконання реконструктивного втручання: гепатикоєюностомії з вимкнутою довгою (60–90 см) петлею порожньої кишки за Ру.

Висновок

Комплексне хірургічне лікування хворих на КХ і холедохолітіаз із застосуванням лапароскопічної одно- або двомоментної тактики на основі сфінктерозберігаючих і сфінктероруйнівних втручань у 96 % випадків дозволяє поліпшити результати та забезпечити ефективність використання наведених методів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев Ю. Г. Минилапаротомный доступ в хирургическом лечении желчекаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. – 2013. – № 3. – С. 95–97.
2. Nationwide epidemiological study of severe gallstone disease in Taiwan / J. Huang, C. H. Chang, J. L. Wang [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2009. – Vol. 22, N 9. – P. 117–119.
3. Нечитайло М. Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Нечитайло, В. В. Грубник. – М., 2005. – 424 с.
4. Иващенко А. В. Некоторые вопросы эпидемиологии желчекаменной болезни у пациентов молодого возраста в свете 20-летнего опыта лапароскопической холецистэктомии / А. В. Иващенко // Клінічна хірургія. – 2012. – № 10. – С. 45–48.
5. Славин Л. Е. Лапароскопическая холецистэктомия / Л. Е. Славин // Практическая медицина. – 2010. – № 41. – С. 30–35.
6. Десятерик В. І. Діагностика та лікування гострих ускладнень жовчнокам'яної хвороби на тлі механічної

жовтяниці / В. І. Десятерик, О. В. Котов, Є. С. Шевченко // Український журнал хірургії. – 2014. – № 1 (24). – С. 140–147.

REFERENCES

1. Aliyev Yu.G. Minilaparotomic access of surgery treatment of gallstone disease. *Khirurgiya* 2013; 3: 95-97.
2. Huang J., Chang C.H., Wang J.L. et al. Nationwide epidemiological study of severe gallstone disease in Taiwan. *BMC Gastroenterol* 2009; 22 (9): 117-119.
3. Nychitaylo M.E. *Minimal'no invazivnaya khirurgiya patologii zhelchnykh protokov* [Minimum invasion surgery of pathology of bilious channels]. Moscow, 2005. 424 p.
4. Ivaschenko A.V. Some questions of epidemiology of gallstone disease for the patients of young age under 20-years-old experience of laparoscopic cholecystectomy. *Clinichna khirurgiya* 2012; 10: 45-48.
5. Slavin L.E. Laparoscopic cholecystectomy. *Prakticheskaya meditsina* 2010; 41: 30-35.
6. Desyaterik V.I., Kotov O.V., Shevchenko E.S. Diagnostics and treatment of acute complications of cholelithiasis on a background a mechanical icterus. *Ukrainskyi zhurnal khirurgii* 2014; 1 (24): 140-147.

Надійшла 1.04.2015

Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. В. Грубник

