



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2(89) 2018

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 20183-9983ПР від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 4 від 12.03.2018 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 14.03.2018 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Обл.-вид. арк. 16.15. Тираж 300 пр.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірєва, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, просп. Леніна, 58, к. 106 Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2018

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
Т. Г. Григор'єва
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасечнікова
Б. І. Пєєв
В. П. Полевой
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флоріян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андрєєщев (Київ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)
М. Г. Кононенко (Суми)
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)
В. О. Шапринський (Вінниця)
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)

И. А. Криворучко,
Д. Э. Лопатенко

Харьковский национальный
медицинский университет

© Криворучко
И. А., Лопатенко Д. Э.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЁННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Резюме. Нами изучены результаты лечения 188 больных с холедохолитиазом, осложнённым механической желтухой, с применением эндоскопических миниинвазивных технологий. Механическая желтуха была уст ранена у 178 (94,7 %) пациентов. Осложнениями вмешательства были: кровотечения, острый панкреатит и не превышали 11,7 %. Основными факторами, препятствующими проведению канюляции БДС, были анатомические изменения в области БДС, связанные с длительным холелитиазом, наличие стриктур терминального отдела холедоха и тяжелое общее состояние больного.

Ключевые слова: миниинвазивное вмешательство, холедохолитиаз, эндоскопическая папилотомия.

Введение

Последние десятилетия исследования отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют об увеличении заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [2, 4]. Эта хирургическая патология одна из наиболее распространенных и значимых в современном обществе. Осложнения ЖКБ возникают в 12–13 % случаев [1]. Холедохолитиаз (ХЛ) регистрируется в 8,1–21,8 % случаев [3, 5, 6]. За последние годы отмечается значительный рост случаев ХЛ, большую часть составляют больные старческого возраста, что обусловлено длительностью заболевания [1, 3]. В группе пожилых больных (старше 60 лет) частота достигает 28,1 % [2]. Высокая степень операционно-анестезиологического риска приводит к высоким показателям послеоперационных осложнений и летальности. Общая смертность при различных операциях внутреннего дренирования варьирует от 2 до 11 %.

В настоящее время при существующем многообразии вариантов лечебной тактики большинство зарубежных и отечественных авторов считают оптимальным двухэтапное лечение больных с механической желтухой, обусловленной ХЛ [7]. На первом этапе выполняют эндоскопическую декомпрессию и санацию желчных протоков. Восстановление проходимости желчных протоков позволяет купировать клинические и воспалительные проявления болезни, подготовить больного к выполнению второго, основного этапа хирургического лечения в сравнительно безопасном периоде. Такая тактика лечения позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и уровень летальности [1, 2].

Цель работы

Провести анализ эффективности эндоскопических хирургических вмешательств у пациентов с ЖКБ, осложнённой ХЛ.

Материалы и методы исследований

Проведен анализ результатов лечения 188 больных с ЖКБ, осложнённой ХЛ и механической желтухой, находившихся на стационарном лечении в КУОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» г. Харькова, в лечении которых применялись эндоскопические технологии. Данные по распределению больных по полу и возрасту приведены на рис. 1.

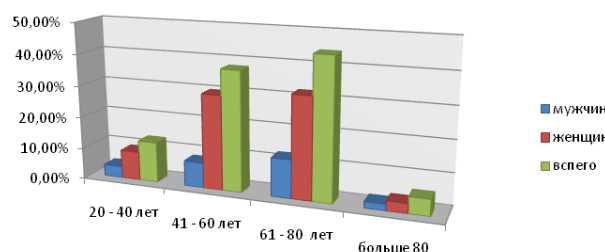


Рис. 1. Распределение больных по возрасту и полу

Среди больных мужчины составляли – 49 (25,9 %) человек, женщины – 139 (74,1 %). Возраст больных варьировал от 20 до 87 лет (в среднем $64,1 \pm 3,7$).

Причинами ХЛ у наших больных были: острый холецистит – 40 (21,3 %), хронический калькулёзный холецистит – 77 (41 %); резидуальный ХЛ в раннем постхолецистэктомическом периоде – у 21 (11,0 %) больного; ХЛ у больных в позднем постхолецистэктомическом периоде – у 50 (26,7 %).

Больные были госпитализированы в различные сроки от начала заболевания: от 12 ч до 14 сут. (в среднем $6,2 \pm 1,7$) суток). Всем пациентам при госпитализации выполнены ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, проведены лабораторные исследования; уровень билирубина у пациентов варьировал от 37,0 до 625,0 мкмоль/л (в среднем $86,7 \pm 3,8$).



Эндоскопическое вмешательство выполняли в оборудованном рентгеноскопической установкой кабинете с помощью стандартных видеодуоденоскопов с боковой оптикой фирмы Olympus (Япония). Для выполнения эндоскопической папилотомии (ЭПТ) использовали два вида папилотомов: лукообразный (натяжной – pulltype) и торцевой (от себя – push type) фирмы Olympus (Япония). В зависимости от анатомических особенностей и клинической целесообразности после осмотра области большого дуоденального сосочка (БДС) выполняли эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ), с экстракцией конкрементов, которую при необходимости дополняли дренированием или стентированием желчных путей. Критериями успешного лечения были: исчезновение механической желтухи с нормализацией показателей уровня билирубина в крови, отсутствие конкрементов при ретроградной холангиопанкреатографии и контрольном УЗИ, отсутствие осложнений, требующих дополнительных вмешательств либо продолжения терапии в стационаре.

В случае невозможности одномоментного разрешения желтухи, в каждом отдельном клиническом случае, индивидуально принималось решение либо о повторном эндоскопическом вмешательстве, либо о необходимости открытого оперативного вмешательства.

Результаты исследований и их обсуждение

Полностью ликвидировать ХЛ и добиться разрешения механической желтухи удалось у 178 (94,7 %) пациента.

Больным произведены различные варианты сочетанных и комбинированных вмешательств: папилотомия была дополнена литоэкстракцией и механической литотрипсией, дренированием полихлорвиниловым или нитиновым стентом в различных комбинациях.

Попытки восстановить пассаж желчи и полностью устранить причину механической желтухи были неудачными у 10(5,3 %) больных при удачно выполненной канюляции БДС и ЭПСТ. Данной категории больных выполняли открытое оперативное вмешательство с холедохотомией и наружным дренированием холедоха. Причинами неэффективности эндоскопического вмешательства были:

1. Крупные конкременты (1,5 см и более), что не позволило провести литэкстракцию – 5 пациентов. Таким больным выполняли холецистэктомию и холедохолитотомию, в 1 случае холецистэктомию в сочетании с пластикой холедоха и ушиванием холедигестивного свища;

2. Сужения терминального отдела холедоха. Причинами были: рубцовые стриктуры – 2 пациента; сдавление его воспаленной поджелудочной железой при сопутствующем панкре-

атите – 2 пациента; сдавление терминального отдела холедоха опухолью головки поджелудочной железы – 1 пациент. Этим больным был наложен холедоходуоденоанастомоз. При этом следует отметить, что 3-м пациентам этой группы удалось установить билиарный дренаж, что позволило добиться снижения желчной интоксикации и подготовить больных к оперативному лечению.

Осложнения эндоскопических вмешательств отмечены у 22 (11,7 %) больных. Самым частым осложнением было кровотечение из области папилотомной раны – 15 пациентов. Клинические признаки кровотечения проявились непосредственно в момент папилотомии у 12(80 %) пациентов; спустя 4–12 часов после вмешательства у 3 (20 %). Всем больным произведена эндоскопическая электрокоагуляция краев разреза в комбинации с инъекционным введением физиологического раствора хлорида натрия и аминокaproновой кислоты в область кровотечения. В результате принятого комплекса мер у 14 (93,3 %) пациентов удалось остановить кровотечение. В 1 случае эндоскопическими методами остановить кровотечение не удалось, что потребовало экстренной лапаротомии. В связи с продолжающимся кровотечением выполнена лапаротомия, дуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу.

Острый панкреатит развился у 7 (3,7 %) пациентов. Возникало данное осложнение в сроки до 4 суток после проведения ЭПСТ. Клинически проявлялся опоясывающими болями различной степени интенсивности, приступами рвоты, повышением температуры. Подтверждался лабораторными (амилаза мочи, крови) и инструментальными (УЗИ, КТ) диагностическими методами. Была проведена консервативная терапия острого панкреатита по принятой в клинике схеме лечения. Во всех случаях острый панкреатит удалось купировать в сроки от 1 до 5 суток.

Отдельно отмечено 16 случаев, когда выполнить катетеризацию Papilla Vaterine представлялось возможным технически. Причины были следующие:

- атипичное расположение БДС;
- расположение БДС в приводящей (отводящей) петле у больных после резекции желудка;
- расположение БДС в крае (дне) дивертикула или между юктапапиллярными дивертикулами;
- раковое поражение БДС;
- тяжесть состояния больного и тяжелая коагулопатия на фоне гипербилирубинемии и выраженной интоксикации.

Выводы

Анализируя результаты эндоскопических вмешательств, можно сделать вывод, что эндоскопические вмешательства эффективны и малотравматичны при лечении механической желтухи, обусловленной ХЛ. Однако их выполнение возможно только квалифи-

цированными специалистами, владеющими всем объемом эндоскопических оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках, в условиях специализированных клиник, где есть возможность быстрой конверсии в открытое оперативное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименко Г. А. Холедохолитиаз. Диагностика и оперативное лечение / Г.А. Клименко – М. : «Медицина». – 2000. – 224 с.
2. Руководство по хирургии жёлчных путей. II - изд. // Под ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. – М. : Издательский дом Видар-М, 2009. – 568 с.
3. Микробиологические аспекты хирургической патологии билиарной системы / В. А. Черкасов, Н. А. Зубарева, П. Я. Сандаков, Э. С. Горовиц // – Весник хирургии – 2003. – Т. 162, №2. – С. 109–113.
4. Echo-endoscopy versus endoscopic retrograde cholangiography for the diagnosis of choledocholithiasis: the influence of the size of the stone and diameter of the common bile duct / M.V. Ney [et al.] // Arq Gastroenterol. 2005 Oct-Dec; 42 (4):239–43. Epub 2006 Jan 19.
5. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography management of common bile duct stones in a surgical unit / C. M. Chen [et al.] // ANZ J Surg. – 2005 Dec;75 (12): 1070–2.
6. Mergner K. Natural History and Pathogenesis of Gallstones. Diseases of Gallbladder and Bile Ducts: diagnosis and treatment / K. Mergner, H. Gerke // Blackwellsience. – 2001. –Vol. 346. – P. 169–176.
7. Nonoperative imaging techniques in suspected biliary tract obstruction / F. Tse, J. S. Barkun, J. Romagnuolo [et al.] // HPB (Oxford). – 2006. – Vol. 8, N 6. – P. 409–425.

**РЕЗУЛЬТАТИ
ЕНДОСКОПІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ
ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ
УСКЛАДНЕНОГО
НА МЕХАНІЧНУ
ЖОВТЯНИЦЮ**

*І. А. Криворучко,
Д. Е. Лопатенко*

Резюме. Вивчено результати лікування 188 хворих з холедохолітиазом, ускладнений на механічну жовтяницю, із застосуванням ендоскопічних мініінвазивних технологій. Механічну жовтяницю було усунено у 178 (94,7 %) пацієнтів. Ускладненнями втручання були: кровотечі, гострий панкреатит і не перевищували 11,7 %. Основними чинниками, що перешкоджають проведенню канюляції БДС, були анатомічні зміни в області БДС, пов'язані з тривалим холелітиазом, наявність стриктур термінального відділу холедоха і важкий загальний стан хворого.

Ключові слова: мініінвазивне втручання, холедохолітиаз (ХЛ), ендоскопічна папілотомія (ЕПТ).

**RESULTS OF ENDOSCOPIC
TREATMENT OF
CHOLEDOCHOLITHIASIS,
COMPLICATED BY
MECHANICAL JAUNDICE**

*I. A. Krivoruchko,
D. E. Lopatenko*

Summary. In this article we studied the results of treatment with endoscopic mini-invasive technologies of 188 patients with choledocholithiasis complicated by mechanical jaundice. Mechanical jaundice was eliminated in 178 (94.7 %) patients. Complications of the intervention included bleeding, acute pancreatitis, and did not exceed 11.7 %. The main factors hindering the cannulation of large duodenal papilla were anatomical changes in the large duodenal papilla area associated with prolonged cholelithiasis, the presence of strictures of the terminal section of the choledochus and the severe general condition of the patient.

Key words: minimally invasive intervention, choledocholithiasis, endoscopic papillotomy.