

© Є. Д. ХВОРОСТОВ, С. О. БИЧКОВ, Р. М. ГРИНЬОВ, О. І. ЦІВЕНКО

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

## Міні-інвазивні методи лікування жовчнокам'яної хвороби, що ускладнена механічною жовтяницею

YE. D. KHVOROSTOV, S. O. BYCHKOV, R. M. HRYNYOV, O. I. TSIVENKO

Kharkiv National University by V. N. Karazin

### MININVASIVE METHODS OF TREATMENT OF CHOLELITHIASIS, COMPLICATED WITH MECHANICAL JAUNDICE

Автори представили аналіз 617 хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена механічною жовтяницею. Причиною механічної жовтяниці були: холедохолітіаз – 466 хворих (75,5 %) і синдром Мірізі – 151 пацієнт (24,5 %). Доведено, що лапароскопічна холецистектомія у поєднанні із ендоскопічною санацією холедоха є операцією вибору у хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена холедохолітіазом, що було виконано у 85,4 % хворих на холедохолітіаз. При неможливості санації холедоха ендоскопічними методами операцією вибору є лапароскопічна холецистектомія із міні-лапаротомією, холедохолітотомією, зовнішнім дрениванням холедоха або холедоходуоденоанастомозом.

Authors represent the analysis of 617 patients with the cholelithiasis complicated with mechanical jaundice. The cause of mechanical jaundice was: choledocholithiasis – 466 patients (75,5 %) and Mirizzi syndrome – 151 patients (24,5 %). It was proved that laparoscopic cholecystectomy in combination with endoscopic sanation of choledochus is operation of choice in patients with cholelithiasis complicated with choledocholithiasis, that was executed in 85,4 % of patients with choledocholithiasis. At impossibility of endoscopic methods of sanation of choledochus, laparoscopic cholecystectomy is operation of choice with minilaparotomy, choledocholithotomy, outward choledocheal drainage or choledochoduodenostomosis.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є одним із найпоширеніших хірургічних захворювань органів черевної порожнини. В даний час захворюваність на різні форми ЖКХ, що ускладнені механічною жовтяницею, невпинно збільшується. Вслід за застосуванням лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) при хронічному холециститі, у міру накопичення досвіду, ЛХЕ стала використовуватися і при ускладнених формах ЖКХ, що поставило перед хірургами низку дискусійних проблем: обсяг і характер доопераційного обстеження хворих, терміни і вибір методу операції, необхідність інтраопераційного обстеження позапечінкових жовчних шляхів, технічні принципи виконання операції та ін. Механічна жовтяниця спостерігається у 10–15 % хворих на ЖКХ [1, 3, 4]. Звідси зрозуміло, що суттєве значення в кінцевому результаті лікування хворих на ЖКХ має своєчасна діагностика причини механічної жовтяниці, вибір методу її корекції і санація позапечінкових жовчних шляхів [2, 5].

**Мета роботи:** розробити діагностичну і лікувальну тактику у хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена механічною жовтяницею з використанням міні-інвазивних технологій.

**Матеріали і методи.** У клініці хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна з 1994 року було проліковано 617 хворих на ЖКХ, що ускладнена механічною жовтяницею. У це дослідження нами були включені пацієнти, причиною механічної жовтяниці у яких були: холедохолітіаз – 466 хворих (75,5 %) і синдром Мірізі (СМ) – 151 пацієнт (24,5 %). Вік хворих коливався від 26 до 76 років. Жінок було 467 (75,7 %), чоловіків – 150 (24,3 %).

Діагностична програма включала в себе клініко-лабораторне обстеження, УЗД, ФГДС, ЕРХПГ.

У 436 (93,6 %) хворих холедохолітіаз виявлено в доопераційному періоді і в 30 (6,4 %) пацієнтів діагностовано при виконанні інтраопераційної холангіографії. Метод УЗД дозволив встановити холедохолітіаз у 391 (83,9 %) хворих і в 75 (16,1 %) пацієнтів запідозрити холедохолітіаз.

**Результати досліджень та їх обговорення.** ЛХЕ в поєднанні з попередньою ендоскопічною санацією холедоха (папілотомія, холедохолітотракція, назобіліарне дренивання) була виконана у 394 (84,5 %) хворих на холедохолітіаз. Термін між ендоскопічною санацією холедоха і ЛХЕ становив 2–3 дні, що доз-

волило знизити ризик повторної міграції конкрементів із жовчного міхура до холедоха.

Хворим, яким холедохолітіаз не вдалося усунути ендоскопічними методами, була виконана ЛХЕ з подальшою з міні-доступу холедохолітотомією із зовнішнім дренажуванням холедоха – 61 пацієнт (13,1 %) і холедоходуоденостомозом – 11 пацієнтів (2,4 %).

Після виконання ЛХЕ з інтраопераційною холангіографією визначали можливість хірургічної корекції холедохолітіазу з міні-доступу. Міні-лапаротомія в правому підребер'ї у всіх випадках забезпечувала адекватний доступ до зони втручання і дозволяла поєднувати одночасне застосування відкритих і лапароскопічних хірургічних методів під безпосереднім контролем зору і використанням відеоендоскопічної техніки. Виконували холедохолітотомію, інструментальну ревізію гепатикохоледоха, після зняття кліпси з куки міхурової протоки (під час ЛХЕ на куку міхурової протоки накладали одну кліпсу) встановлювали зовнішній дренаж холедоха за Холстедом-Піковським, накладали шви на холедохотому рану і виконували контрольну інтраопераційну холангіографію. Підпечінковий простір дрениували трубчасто-гумовим дренажем через контрапертуру в місці розташування троакара на 4–6 см нижче реберної дуги по правій передній пахвовій лінії, міні-лапаротому рану зашивали наглухо. В 11 (2,4 %) хворих при ширині холедоха понад 2 см було виконано холедохолітотомію з міні-лапаротомного доступу з холедоходуоденостомією за Юрашем-Виноградовим.

У групі хворих із СМ при оцінці результатів УЗД ми надавали особливого значення таким основним ознакам, які були встановлені нами самостійно, – розширенню і деформації стінки гепатикохоледоха в місці прилягання жовчного міхура, відсутності локації стінки жовчного міхура в ділянці прилягання до гепатикохоледоха. При ЕРХПГ патогномонічним для СМ вважали характерне здавлення ззовні загальної жовчної протоки або наявність холецистохоледохеальної норичі. СМ I типу було діагностовано у 128 (84,8 %) пацієнтів, СМ II типу – у 23 (15,2 %) хворих. При СМ I типу виконали ЛХЕ у 112 (87,5 %) хворих, у 16 (12,5 %) пацієнтів здійснювали конверсію. При СМ II типу виконано традиційну холецистектомію з пластикою холедоха на Т-подібному дренажі, якщо розміри дефекту не перевищували 33 % його кола (7 випадків). При більших розмірах дефекту в 14 випадках виконали гепатикоєюностомію за Ру і 2 хворим застосували

холедоходуоденостомію за Юрашем-Виноградовим. При виконанні оперативних втручань із лапаротомного доступу в 2 випадках відзначено нагноєння лапаротомної рани. Летальних випадків не було.

Корекція холедохолітіазу збільшувала тривалість оперативного втручання на 30–55 хв, однак звільняла хворого від травматичного лапаротомного доступу, що позитивно впливало на перебіг післяопераційного періоду.

Через 4–6 днів після ЛХЕ хворих виписували з клініки. При поєднанні ЛХЕ з міні-лапаротомією середня тривалість післяопераційного періоду склала (7,2±1,4) дня, працездатність відновлювалася через 20–25 днів.

У пацієнтів, яким виконували ЛХЕ, не було відмічено післяопераційних ускладнень. У разі виконання оперативного втручання з лапаротомного доступу в 2 пацієнтів відзначили нагноєння операційної рани і в 3 – післяопераційну пневмонію. Летальних випадків не було.

**Висновки.** 1. ЛХЕ в поєднанні з ендоскопічною санацією холедоха є операцією вибору у хворих на ЖКХ, ускладнену механічною жовтяницею, що було виконано у 75,7 % хворих на холедохолітіаз.

2. Термін між ендоскопічною санацією холедоха і ЛХЕ повинен бути мінімальним (2–3 дні), що дозволяє знизити ризик повторної міграції конкрементів із жовчного міхура в холедох.

3. У хворих, яким неможливо провести санацію холедоха ендоскопічними методами (конкременти великих розмірів, анатомічні особливості ВДС та інші причини), операцією вибору є ЛХЕ з міні-лапаротомією, холедохолітотомією, зовнішнім дренажуванням холедоха або холедоходуоденостомією.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальша розробка алгоритмів діагностичних і лікувальних заходів при виявленні синдрому Мірізі дозволить уникнути великої кількості пошкоджень позапечіночних жовчних проток та інших життєво важливих анатомічних структур, зменшити частоту переходу на лапаротомію при ускладнених формах холецистити і виключити ускладнення, пов'язані з порушеннями жовчовідтоку. Перспективним напрямком подальших досліджень є широке впровадження повністю лапароскопічних методик для лікування даної патології.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Діагностично-лікувальна тактика з використанням міні-інвазивних технологій при механічній жовтяниці, зумовленій холедохолітіазом / М. Е. Нечитайло, Ю. М. Захараш, П. В. Огородник [та ін.] // Хірургія України, 2008. – № 5. – С. 5–13.
2. Лищенко А. Н. Одноетапное лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, из минилапаротомного доступа / А. Н. Лищенко, Е. А. Ермаков // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 77–83.
3. Лупальцев В. И. Ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии / В. И. Лупальцев // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. – 2004. – Вип. 7, № 614. – С. 48–51.

4. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. Е. Нечитайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук и др. – К. : Здоров'я, 2005. – 424 с.
5. Бойко В. В. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / В. В. Бойко, Г. А. Клименко, А. В. Малоштан. – Харьков : Нове слово, 2008. – 216 с.

Отримано 11.08.12