

Перший досвід виконання ендобіліарних втручань на Буковині

I. V. SHKVARKOVSKIY, I. A. BRYNDAK, O. P. MOSKALIUK

Bukovynian State Medical University

THE FIRST EXPERIENCE OF ENDOBILIARY SURGERY IN BUKOVYNA

У статті показано перший досвід виконання ендобіліарних операцій у хворих з механічною жовтяницею різного генезу на Буковині. Точна доопераційна діагностика причини механічної жовтяниці сприяє оптимізації хірургічної тактики, зменшує частоту ускладнень у післяопераційному періоді. Проаналізовано етіологічні причини механічної жовтяниці, показано особливості перебігу даного захворювання. На клінічному матеріалі (35 хворих) доведено високу ефективність ендобіліарних втручань, які не потребують застосування наркозу, не спричиняють значної операційної травми в діагностично-лікувальному процесі. Це дозволяє уникнути виконання відкритих операцій та покращити безпосередні й віддалені результати лікування хворих на механічну жовтяницю.

The article shows the first experience of endobiliary operations in patients with obstructive jaundice of various etiology in Bukovyna. Accurate preoperative diagnosis of the causes of obstructive jaundice helps to optimize surgical treatment, reduces the incidence of complications in the postoperative period. The analysis of etiological causes of obstructive jaundice and characteristic of progress of the disease are shown. In clinical material (35 patients) showed 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 operations and improve immediate and long-term outcomes in patients with obstructive jaundice.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Число хворих з патологією гепатопанкреатобіліарної системи зростає в усьому світі [1, 2]. Найбільша частка цієї патології припадає на жовчнокам'яну хворобу і її ускладнення. Холедохолітиаз, як причина механічної жовтяниці (МЖ), становить від 29,7 до 83,2 % [3]. Висока летальність при механічній жовтяниці, що досягає 25–43 %, пояснюється пізньою діагностикою, внаслідок чого 30–40 % хворих оперують пізніше 14-ї доби від моменту прояву МЖ [4, 5].

На жаль, сьогодні в Україні використання ендоскопічного ресурсу при даній патології не відповідає вимогам часу, що пов'язано як з недостатнім забезпеченням закладів спеціальним обладнанням, так і нестачею підготовлених фахівців. Натомість виконання ендоскопічних втручань на жовчовивідних шляхах є одним із маркерів статусності та конкурентної спроможності хірургічного чи ендоскопічного відділення лікарні [6].

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія є основою ендобіліарних втручань [1, 3]. Це малоінвазивний та відносно швидкий метод діагностики і лікування хворих із захворюваннями органів гепатопанкреатобіліарної ділянки. Хірур-

гічні втручання, які виконуються під рентгенотелевізійним та ендоскопічним контролем, є більш ощадними та менш травматичними. Перевагами цих операцій є зменшення тривалості перебування хворих у стаціонарі, зменшення кількості ускладнень, відсутність потреби глибокого наркозу, низька операційна травма [4].

Розвиток механічної жовтяниці при обструктивних процесах в органах гепатопанкреатобіліарної зони зумовлює виникнення патологічних змін не тільки в печінці, але й в інших органах із розвитком поліорганної недостатності, що призводить до високої (41–53 %) летальності [2].

Найчастіше причиною механічної жовтяниці є порушення прохідності жовчовивідних шляхів на фоні холелітіазу або онкологічної патології, а саме при пухлинах підшлункової залози чи жовчовивідних шляхів [2, 4]. Серед доброякісних причин МЖ стенозуючий папіліт великого дуоденального сосочка зустрічається в 15–19 % хворих. Стенозуючий папіліт найчастіше є причиною розвитку хронічного запалення в ділянці великого дуоденального сосочка як наслідок жовчнокам'яної хвороби, холангіту, панкреатиту чи парапапілярного дивертикула дванадцятипалої кишки.

Мета роботи: проаналізувати перший досвід виконання ендобіліарних втручань хворим на МЖ на Буковині, вивчити етіологію, характер перебігу захворювання та можливості міні-інвазивного лікування даної патології.

Матеріали і методи. Із січня 2016 р. ендобіліарні втручання при МЖ різного генезу почали виконувати в новоствореному центрі ендоскопічної хірургії Вищого державного навчального закладу України “Буковинський державний медичний університет”, який діє на базі обласної комунальної установи “Лікарня швидкої медичної допомоги – університетська лікарня” м. Чернівці. Операції проводяться за допомогою відеоендоскопічного комплексу Evis Exera II 180 (“Olympus”, Японія) під контролем рентгенівського апарата Siremobil 2000 (“Siemens”, Німеччина). Для виконання папілосфінктеротомії, літоекстракції, ендодренування ми використовуємо інструменти та витратні матеріали таких фірм – “Olympus”, Японія; “Cook Medical”, США; “Boston Scientific”, США; “Endo-Flex”, Німеччина.

За час функціонування центру ендоскопічної хірургії на Буковині виконано 39 ендоскопічних втручань хворим з механічною жовтяницею різного генезу. Середній вік пацієнтів становив $(61,5 \pm 18,01)$ року, чоловіків було 9 (25,7 %), жінок – 26 (74,3 %).

Результати досліджень та їх обговорення. Захворювання, які стали причиною механічної жовтяниці, були такими: жовчнокам’яна хвороба, ускладнена холедохолітазом, – 23 (65,8 %), пухлина підшлункової залози і дистального відділу холедоха – 9 (25,7 %), рак проксимального відділу холедоха (пухлина Клацкіна) – 3 (8,5 %).

У 13 хворих (37,2 %) виявлено стенозуючий папіліт великого дуоденального сосочка, причому 11 (31,5 %) випадків із холедохолітазом, а в двох хворих (5,7 %) на фоні пухлини жовчних шляхів.

У 5 (14,3 %) хворих із холедохолітазом та стенозуючим папілітом виявлено парапапілярний дивертикул дванадцятипалої кишки різних розмірів.

Всім хворим виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію та ендоскопічну папілосфінктеротомію. При потребі виконували балонну дилатацію термінального відділу холедоха. У хворих на холедохолітаз літоекстракцію проводили за допомогою балонного літоекстрактора – 17 (48,6 %) пацієнтів, що, на нашу думку, є більш ефективним за умови наявності конкрементів до 7 мм, а при виконанні балонної дилатації може бути використано і при більшому розмірі конкрементів або кошика Дорміа – 6 (17,2 %) випадків.

У хворих з пухлинами підшлункової залози та жовчовивідних шляхів виконували ендодренування холедоха поліпропіленовими стентами діаметром від 8,5 до 10 Fr довжиною від 5 до 13 см.

Розмір гепатикохоледоха під час операції коливався від 26 до 10 мм, середнє значення – $(13,0 \pm 3,68)$ мм. У хворих з холедохолітазом виявлено від 1 до 6 каменів із середнім діаметром $(8,5 \pm 5,26)$ мм.

Середня тривалість проведеної операції становила $(51,9 \pm 37,57)$ хв. Середній рівень білірубину сироватки крові до операції складав $(118,6 \pm 23,46)$ мкмоль/л. Падіння даного показника виявлено в усіх хворих після проведеного втручання. На 2 добу після операції рівень білірубину сироватки крові становив $(61,2 \pm 16,38)$ мкмоль/л.

В анамнезі у 2 хворих з холедохолітазом було виконано операційне втручання, а саме – холецистектомію та холецистектомію з накладанням холедоходуоденоанастомозу.

4 хворих оперовано двічі: один випадок дислокації стенту в просвіт дванадцятипалої кишки після ендодренування з приводу пухлини загальної жовчовивідної протоки. В другому випадку в хворого з пухлиною головки підшлункової залози через виражену деформацію дванадцятипалої кишки та термінального відділу холедоха після виконання папілосфінктеротомії завести провідник в холедох не вдалось. Стентування холедоха проведено другим етапом після короткотривалого курсу протизапальної терапії.

Ще двоє хворих оперовано в 2 етапи через неможливість канюляції великого сосочка дванадцятипалої кишки внаслідок наявності стенозуючого папіліту. В таких випадках на першому етапі виконували супрапапілярну папілосфінктеротомію з подальшим призначенням протизапальної терапії.

Серед ускладнень ендобіліарних втручань, які ми спостерігали, була перфорація ретроперитонеального відділу дванадцятипалої кишки з розвитком медіастинальної емфіземи в одному випадку. Ще в одного хворого виникла внутрішньокишкова кровотеча під час проведення папілосфінктеротомії. Дані ускладнення вдалося ліквідувати консервативним шляхом, обидва хворі виписані з одужанням, повторних операційних втручань не проводили.

У решти хворих післяопераційний період перебігав без ускладнень. Середній післяопераційний ліжко-день становив $3,4 \pm 1,36$. Хворим з калькульозним холециститом у подальшому виконували лапароскопічну холецистектомію.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Висновок. Ендобіліарні втручання є високоєфективними діагностично-лікувальними методами, які не потребують застосування наркозу, не спричиняють значної операційної травми, що дозволяє уникнути виконання відкритих операцій та покращити безпосередні й віддалені результати лікування хворих на МЖ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой / Ф. Г. Назыров, Л. П. Струсский, А. В. Девятов [и др.] // *Новости хирургии.* – 2011. – Т. 19, № 4. – С. 36–41.
2. 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.
3. 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.
4. Ендоскопічне дренування біліарної системи при гострій обтурації спільної жовчної протоки / П. В. Огородник, В. І. Колонійцев, О. І. Кушнірук [та ін.] // *Клінічна хірургія.* – 2013. – № 8. – С. 24–29.
5. Ильченко А. А. 10 лет классификации желчнокаменной болезни: основные итоги научно-практического применения / А. А. Ильченко // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* – 2012. – № 4. – С. 3–6.
6. Endoscopic extraction of large common bile duct stones / G. Stefanidis, C. Christodoulou, S. Manolakopoulos, R. Chuttani // *World J. Gastrointest. Endosc.* – 2012. – Vol. 4, № 5. – P. 167–179.

Отримано 02.03.16