

Вибір тактики лікування ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби у похилому і старечому віці

O. YE. KANIKOVSKIY, YA. V. KARYI, YU. V. BABIYCHUK

M. I. Pyrohov Vinnytsia National Medical University

CHOICE OF TREATMENT TACTICS OF COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE AGE

У статті представлено результати хірургічного лікування 380 хворих на ускладнені форми жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу спостерігався у 149 (39,2 %) пацієнтів, хронічного – у 136 (35,8 %). Патологію жовчних проток діагностовано у 95 (25,0 %) хворих. Малоінвазивні операційні втручання проведено у 320 (84,2 %) пацієнтів, відкриті – у 60 (15,8 %). Ускладнення після малоінвазивних втручання спостерігали у 4 (1,2 %) хворих, після відкритих – у 6 (10,0 %). Померли 2 (3,3 %) пацієнти. За результатами проведеного дослідження показано, що застосування малоінвазивних втручання при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетним.

The article adduces the results of surgical treatment of 380 patients with complicated forms of the gallstone disease (GSD). The complicated course of an acute calculous cholecystitis was observed in 149 (39.2 %) patients, and chronic one was in 136 (35.8 %) patients. Bile duct pathology was diagnosed in 95 (25.0 %) patients. Minimally invasive surgical interferences were performed in 320 (84.2 %) patients, and open surgical interferences were performed in 60 (15.8 %) patients. Complications following after minimally invasive surgical interferences were observed in 4 (1.2 %) cases, and after open surgical interferences were in 6 (10.0 %) cases. 2 (3.3 %) patients died. The results of the study demonstrated that minimally invasive surgical interferences in complicated forms of the GSD in elderly and senile patients are with the highest priority.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Захворюваність на ЖКХ протягом останніх десятиліть має тенденцію до зростання, особливо її ускладнені форми [1]. Серед хворих на ускладнену ЖКХ 65–70 % становлять особи похилого і старечого віку [2]. На сьогодні поряд з традиційними операціями впроваджуються малоінвазивні втручання, спрямовані на корекцію ускладненої біліарної патології [4]. Розвиток малоінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання операційних втручання у хворих похилого та старечого віку з ускладненим перебігом ЖКХ [5]. Однак залишаються невизначеними критерії вибору малоінвазивних втручання при ускладнених формах ЖКХ у цій віковій групі [3].

Мета роботи: визначити ефективність малоінвазивних та відкритих операційних втручання при лікуванні ускладнених форм ЖКХ у похилому і старечому віці.

Матеріали і методи. Протягом 2002–2015 рр. у хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова лікувалися 380 хворих на

ускладнені форми ЖКХ. Чоловіків було 115 (30,3 %), жінок – 265 (69,7 %). Вік хворих – від 60 до 90 років. Тривалість захворювання від 1 міс. до 28 років.

Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу спостерігали у 149 (39,2 %) пацієнтів: емпієму жовчного міхура – у 59 (15,5 %), паравезикальний інфільтрат – у 68 (17,9 %), паравезикальний абсцес – у 17 (4,3 %) і жовчний перитоніт – у 5 (1,3 %). Ускладнений перебіг хронічного холециститу констатовано у 136 (35,8 %) хворих: склеротичний жовчний міхур – у 46 (12,1 %), водянку жовчного міхура – у 32 (8,4 %), надмірний злуковий процес – у 40 (10,5 %), синдром Міриззі – у 10 (2,6 %) та білідигестивні нориці – у 8 (2,1 %). Патологію жовчних проток діагностовано у 95 (25,0 %) хворих: холедохолітіаз – у 72 (18,9 %), стриктуру спільної жовчної протоки (СЖП) – у 4 (1,0 %) і стенозувальний папіліт – у 19 (5,0 %). Обтураційну жовтяницю (ОЖ) констатовано у 87 (22,9 %) хворих. Її причиною були: холедохолітіаз – у 58 (15,3 %), синдром Міриззі – у 5 (1,3 %), стриктура СЖП – у 4 (1,0 %), стенозувальний папіліт – у 16 (4,2 %), хронічний індуративний панкреатит – у 3 (0,8 %) і виразка дванадцятипалої кишки (ДПК) з пенетрацією в гепатодуоденальну зв'язку – в 1 (0,2 %) хворого.

Скринінг-методом діагностики патології жовчного міхура і жовчних проток було трансабдомінальне ультразвукове дослідження (ТУЗД), яке проводили всім хворим. Ехографічне дослідження виконували на діагностичному апараті Lodgic-500 PRO Series GE. У хворих на ОЖ здійснювали фіброгастроуденоскопію (ФГДС) за допомогою фіброгастроуденоскопа Pentax-290V. Для прямого контрастування жовчних проток проводили ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ) з використанням 30 % водорозчинного контрасту об'ємом 20–40 мл та 5–10 мл для контрастування головної протоки підшлункової залози. Для контрастування жовчних проток під час операції виконували інтраопераційну холангіографію (ІОХГ) шляхом введення 10–20 мл 30 % контрастної речовини через куску міхурової протоки або при пункції жовчних проток. При неможливості канюляції великого сосочка (ВС) ДПК проводили ендоскопічне ультразвукове дослідження (ЕУЗД) за допомогою діагностичного апарата Olympus Exera EU M 60 та магнітно-резонансну томографію (МРТ) на комп'ютерному томографі Somatom-CR.

Результати досліджень та їх обговорення. ТУЗД було інформативним при виявленні холецистохоледохолітіазу та при первинній діагностиці біліарної гіпертензії. Інформативність ТУЗД у діагностиці ускладнених форм ЖКХ склала 256 (67,4 %). У 25 (6,6 %) випадках незадовільні результати ТУЗД були зумовлені: вираженим метеоризмом – 6 (1,6 %), ожирінням – 5 (1,3 %), злуковим процесом – 6 (1,6 %), наявністю множинних дрібних конкрементів (менше 3 мм) у термінальному відділі СЖП – 5 (1,3 %), аерохолією – 3 (0,8 %). У таких випадках застосовано ЕУЗД. Також ЕУЗД дозволяло об'єктивно оцінити співвідношення діаметрів конкремента і термінального відділу СЖП.

У 87 (22,9 %) хворих на ОЖ ФГДС дала можливість оцінити форму і розміри ВС ДПК, характер та кількість жовчі, яка виділялась, а також визначитися з можливістю подальшого виконання ЕРПХГ. ФГДС також застосовували для проведення диференційної діагностики ОЖ між вклиненным конкрементом у дистальному відділі СЖП і патологією ВС ДПК.

Для контрастування жовчних проток проведено ЕРПХГ у 59 (15,5 %) хворих. Діагностовано холедохолітіазу у 38 (10,0 %) пацієнтів, стенозуювальний папіліт – у 16 (4,2 %) і резидуальний холедохолітіаз – у 5 (1,3 %). Однак, виконати ЕРПХГ не було можливості у 13 (3,4 %) хворих: при наявності конкремента в ампулі ВС ДПК у 5 (1,3 %), парафатеріального дивертикула – у 4 (1,0 %), раку ВС ДПК – у 2 (0,5 %) і алергії на контрастну речовину – у 2 (0,5 %). У даних випадках застосовано ЕУЗД, яке є менш інвазивним методом діагностики протокової патології порівняно з ЕРПХГ. Ускладнення після ЕРПХГ спостерігали у

5 (1,3 %) хворих: гострий панкреатит – у 3 (0,8 %), гострий холангіт – у 1 (0,3 %) і кровотечу з ВС ДПК – у 1 (0,3 %) при поєднанні ЕРПХГ з ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ).

ІОХГ проведено 38 (10,0 %) пацієнтам шляхом введення контрасту в жовчні протоки через куску міхурової протоки у 17 (4,5 %) і при пункції жовчних проток у 10 (2,6 %) осіб при виконанні відкритої холецистектомії (ВХЕ). Під час проведення лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) ІОХГ здійснювали шляхом катетеризації міхурової протоки в 11 (2,9 %) хворих. Діагностовано холедохолітіазу у 16 (4,2 %), синдром Міриззі – у 10 (2,6 %), стриктуру СЖП – у 4 (1,0 %) і білідигестивні нориці – у 8 (2,1 %). У 3 (0,8 %) пацієнтів спостерігали ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки: гострий панкреатит у 2 (0,5 %) і гострий холангіт у 1 (0,3 %).

МРТ для діагностики холедохолітіазу проведено в разі неможливості виконання ЕРПХГ і ЕУЗД у 4 (1,0 %) випадках після резекції шлунка за Більрот II. Також МРТ застосовано для визначення протокової гіпертензії при хронічному індурацівному панкреатиті у 3 (0,8 %) хворих.

При ускладненому перебігу гострого калькульозного холециститу проведено малоінвазивні втручання у 135 (35,5 %) випадках. Під час ЛХЕ у 56 (14,7 %) хворих через наявність щільного паравезикального інфільтрату захопити кишеню Hartmann і провести латеральну тракцію було неможливо. У таких випадках розпочинали мобілізацію жовчного міхура з латеральної стінки на медіальну в проекції шийки жовчного міхура (патент України на корисну модель № 77985). У 17 (4,5 %) хворих при наявності холедохолітіазу застосовано двохетапну тактику (ЛХЕ з подальшою ЕПСТ у ранньому післяопераційному періоді). У 7 (1,8 %) пацієнтів після ЕПСТ відбулось самостійне відходження конкрементів діаметром 5–10 мм. Літоекстракцію корзинкою Dormia (Olympus FG-22Q) виконано у 5 (1,3 %) хворих. При розмірах конкрементів 10–20 мм проводили механічну літотрипсію за допомогою літотриптора Olympus BML-201Qu5 (1,3 %) пацієнтів. За наявності ОЖ виконували повторні дозовані ЕПСТ, оскільки швидка біліарна декомпресія призводила до прогресування печінкової недостатності. У 8 (2,1 %) хворих при наявності гнійного холангіту здійснено ЕПСТ і назобілярне дренивання, яке дало змогу провести етапну декомпресію та санацію жовчних проток. Одноетапні операції (ЛХЕ з наступним втручанням на жовчних протоках) проводили за наявності нещільного паравезикального інфільтрату в 11 (2,9 %) пацієнтів, коли без технічних труднощів виділялась СЖП. У 4 (1,0 %) хворих з конкрементами СЖП до 5 мм проведено ЛХЕ і літоекстракцію корзинкою Dormia через куску міхурової протоки. ЛХЕ зі зовнішнім дрениванням СЖП здійснено у 7 (1,8 %) хворих при синдромі Міриззі I типу.

При ускладненому перебігу хронічного калькульозного холецистити проведено малоінвазивні операції у 185 (48,7 %) хворих. У 46 (12,1 %) пацієнтів через склеротичні зміни стінок жовчного міхура спостерігали високе розташування міхурової протоки й артерії. У таких випадках мобілізували жовчний міхур з його латеральної стінки на медіальну в проекції кишені Hartmann (патент України на корисну модель № 77985). Надмірний злуковий процес у над- та підпечінковому просторах у 40 (10,5 %) хворих утруднював проведення ЛХЕ. Розсічення злук проводили на відстань, необхідну для мобілізації жовчного міхура і препарування міхурової протоки та артерії. У 22 (5,8 %) пацієнтів з холедохолітазом і у 16 (4,2 %) зі стенозуювальним папілітом, які були діагностовані до операції, застосовано двохетапну тактику (ЕПСТ із подальшою ЛХЕ). Проміжок часу між ЕПСТ та ЛХЕ був мінімальним (2–3 доби), що зменшувало ризик міграції конкрементів з жовчного міхура у СЖП. Одноетапні втручання (ЛХЕ з цистиколітомією) проводили за відсутності склеротичного жовчного міхура і надмірного злукового процесу в 6 (1,7 %) хворих з холедохолітазом.

Одноетапні відкриті операційні втручання на жовчних протоках проведено у 60 (15,8 %) пацієнтів. У 16 (4,2 %) хворих з холедохолітазом виконано холедохолітомію через наявність конкрементів більше 20 мм, які не вдалось видалити через транспапілярний доступ. Для проведення літоекстракції з подальшою дозованою декомпресією жовчних проток у післяопераційному періоді застосовували зонд-обтуратор позапечінкових жовчних проток (патент на винахід № 104826). Після холецистектомії зонд-обтуратор вводили через куксу міхурової протоки у СЖП для проведення літоекстракції. Після ліквідації холедохолітазу та контролю повноти холедохолітомії повторно заводили зонд у СЖП. У післяопераційному періоді поступово зменшували об'єм балона-обтуратора, що давало можливість проводити дозовану декомпресію жовчних проток. При непрохідності термінального відділу СЖП у 12 (3,2 %) хворих з холедохолітазом і у 3 (0,8 %) з хронічним індуративним панкреати-

том сформовано холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою (патент на винахід № 85986). ВХЕ з гепатикоєноностомією на виключеній за Roux петлі порожньої кишки проведено у 7 (1,8 %) пацієнтів: в 4 (1,0 %) зі стриктурою СЖП і у 3 (0,8 %) – із синдромом Міриззі II типу. У 8 (2,1 %) пацієнтів з білідигестивними норицями виконано ВХЕ й ушивання дефекту кишки. Санацію та дренажування черевної порожнини проведено за наявності паравезикального абсцесу в 9 (2,3 %) і жовчного перитоніту в 5 (1,3 %) хворих.

Ускладнення після 320 малоінвазивних втручань спостерігали у 4 (1,2 %) пацієнтів: неспроможність кукси міхурової протоки – в 1 (0,3 %), гострий панкреатит – у 2 (0,6 %) і кровотечу з ВС ДПК після ЕПСТ – в 1 (0,3 %). Летальних випадків не було. Ускладнення після 60 відкритих операційних втручань діагностували у 6 (10,0 %) хворих: неспроможність кукси міхурової протоки – в 1 (1,7 %), жовчовитікання із СЖП – у 2 (3,3 %), неспроможність білідигестивного анастомозу – в 2 (3,3 %) та нагноєння післяопераційної рани – у 1 (1,7 %). Померли 2 (3,3 %) пацієнти після відкритих операцій, де причиною смерті став обширний інфаркт міокарда – 1 (1,7 %) та масивна тромбоемболія легеневої артерії – 1 (1,7 %).

Висновки. 1. Застосування малоінвазивних операційних втручань при ускладнених формах ЖКХ у хворих похилого і старечого віку є пріоритетним, що дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень на 8,8 % та післяопераційну летальність на 3,3 %.

2. ТУЗД є інформативним методом первинної діагностики біліарної гіпертензії. Для об'єктивної оцінки співвідношення діаметрів конкремента і термінального відділу СЖП доцільно застосовувати ЕУЗД. Порівняно з ЕРПХГ ЕУЗД є менш інвазивним методом діагностики патології жовчних проток, оскільки не викликає ускладнень, пов'язаних із введенням контрасту.

3. Проведення літоекстракції доцільно доповнювати методом дозованої декомпресії жовчних проток у післяопераційному періоді.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гойда С. М. Тенденції поширеності жовчнокам'яної хвороби серед населення України / С. М. Гойда // Український медичний часопис. – 2011. – № 4. – С. 112–113.
2. Грубник В. В. Особенности лапароскопических вмешательств у больных с калькулёзным холециститом на фоне цирроза печени / В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук, А. С. Дюжев // Клінічна хірургія. – 2007. – № 1. – С. 16–19.
3. Ковальчук О. Л. Прогнозування ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на цирроз печінки / О. Л. Ковальчук, В. В. Грубник // Шпитальна хірургія. – 2010.

– № 3. – С. 8–12.

4. Кондратенко П. Г. Лапароскопическая холецистэктомия после острого гнойного холангита желчнокаменной этиологии: индивидуализированный либо протокольный подход? / П. Г. Кондратенко, Ю. А. Царульков // Український журнал хірургії. – 2011. – № 4 (13). – С. 205–210.

5. Leung E. Biloenteric fistula et laparoscopic cholecystectomy: review of ten year's experience / E. Leung, P. Kumar // Surgeon. – 2010. – Vol. 8, № 2 – P. 67–70.

Отримано 29.01.15