

**МІНІІНВАЗИВНІ ТА ВІДКРИТІ СПОСОБИ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ
ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І
СТАРЕЧОГО ВІКУ**

О.Є. Каніковський, Я.В. Карий, О.І. Бондарчук, Ю.В. Бабійчук,
І.В. Павлик, Д.О. Каніковський

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**МИНИИНВАЗИВНЫЕ И ОТКРЫТЫЕ МЕТОДЫ БИЛИАРНОЙ
ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

О.Е. Каниковский, Я.В. Карый, О.И. Бондарчук, Ю.В. Бабийчук,
И.В. Павлик, Д.О. Каниковский

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

**MINIINVASIVE AND OPEN METHODS OF BILIARY DECOMPRESSION
IN ELDERLY PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE**

O.E. Kanikovskiy, Ya.V. Karyi, O.I. Bondarchuk, Yu.V. Babiychuk, I.V. Pavlyk,
D.O. Kanikovskiy

National Pyrogov Memorial Medical University, Vinnitsa

Резюме. Мета роботи – вивчення ефективності мініінвазивних і відкритих способів біліарної декомпресії при механічній жовтяниці (МЖ) у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. У період з 2002 до 2014 року в хірургічній клініці було проліковано 105 хворих на МЖ. Вік хворих – від 60 до 90 років. МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 88 (83,8%), злоякісного – у 17 (16,2%).

Результати та обговорення. Одноетапні оперативні втручання на жовчних протоках проведено у 42 (40,0%), двохетапні – у 63 (60,0%) хворих. Ускладнення після одноетапних втручань діагностовано у 8 (19,0%), після двохетапних – у 4 (6,3%) випадках. Помер 1 (2,4%) хворий.

Висновки. Застосування сучасних методів діагностики прохідності жовчних проток дає можливість скоротити терміни встановлення діагнозу та вибрати оптимальну стратегію лікування МЖ. Використання мініінвазивних способів біліарної декомпресії при МЖ у хворих похилого і старечого віку дає змогу знизити частоту післяопераційних ускладнень удвічі. Двохетапна хірургічна тактика при МЖ у хворих старше 60 років є пріоритетною.

Ключові слова: механічна жовтяниця, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Резюме. Цель работы – изучить эффективность миниинвазивных и открытых методов билиарной декомпрессии при механической желтухе (МЖ) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2014 годы в хирургической клинике пролечено 105 больных с МЖ. Возраст больных – от 60 до 90 лет. МЖ доброкачественного происхождения наблюдалась у 88 (83,8%), злокачественного – в 17 (16,2%).

Результаты и обсуждение. Одноэтапные оперативные вмешательства на желчных протоках проведены в 42 (40,0%), двухэтапные – у 63 (60,0%) больных. Осложнения после одноэтапных вмешательств диагностированы у 8 (19,0%), после двухэтапных – в 4 (6,3%) случаях. Умер 1 (2,4%) больной.

Выводы. Применение современных методов диагностики проходимости желчных протоков дает возможность сократить сроки постановки диагноза и выбрать оптимальную тактику лечения МЖ. Применение миниинвазивных методов билиарной декомпрессии при МЖ у больных пожилого и старческого возраста дает возможность снизить частоту послеоперационных осложнений в

2 раза. Двухэтапная хирургическая тактика при МЖ у больных старше 60 лет является приоритетной.

Ключевые слова: механическая желтуха, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Summary. The aim – to examine the effectiveness of open and miniinvasive methods of biliary decompression in obstructive jaundice in elderly patients.

Materials and methods. From 2002 to 2014 in the surgical clinic were treated 105 patients with obstructive jaundice. The age of patients ranged from 60 to 90 years. Comorbidities diagnosed in all patients benign origin of jaundice was observed in 88 (83,8%), malignant – in 17 (16,2%).

Results and discussion. One-stage surgery tactics were used in 42 (40,0%) cases, in 63 (60,0%) – two-stage surgery. Complications after one-stage surgery were in 8 (19,0%) cases, in patients with two-stage surgical tactics – in 4 (6,3%) cases. Mortality were 1 (2,4%).

Conclusions. Use of modern methods in diagnosing of bile duct permeability enables a diagnosis as soon as possible and choose the optimal treatment strategy of obstructive jaundice. The use of miniinvasive methods of biliary decompression in elderly patients reduces the postoperative complications incidence in two times. Two-stage surgical tactics in obstructive jaundice in this age group of patients are priority.

Key words: obstructive jaundice, laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.

Вступ. У останні десятиріччя відзначається зростання показників поширеності ЖКХ, особливо її ускладнених форм. Серед них МЖ вважається однією з найбільш важких ускладнень [2, 3]. Розвиток мініінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання хірургічних втручань у хворих похилого і старечого віку [5, 6, 7]. На сьогодні

при лікуванні МЖ застосовуються як одноетапні, так і двохетапні мініінвазивні оперативні втручання. Відсутність чіткої тактики лікування хворих з даною патологією є причиною досить високих показників післяопераційних ускладнень (15–60%) і летальності (15–30%) [1, 4].

Мета роботи – вивчення ефективності мініінвазивних і відкритих способів біліарної декомпресії при МЖ у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. У період з 2002 до 2014 року в хірургічній клініці медичного факультету № 2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова проходило лікування 105 хворих на МЖ. Вік хворих – від 60 до 90 років. Жінок було 66 (62,9%), чоловіків – 39 (37,1%). Тривалість МЖ до 14 днів діагностовано у 37 (35,2%), від 14 до 30 днів у 53 (50,5%), більше 30 днів у 15 (14,3%) випадках.

МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 88 (83,8%) хворих, зляккісного – у 17 (16,2%). Причиною МЖ доброякісного генезу були: холедохолітіаз – у 57 (54,3%), синдром Міриззі – у 5 (4,8%), стриктура спільної жовчної протоки (СЖП) – у 4 (3,8%), стенозувальний папіліт – у 18 (17,1%), хронічний індуративний панкреатит – у 3 (2,8%) і виразка дванадцятипалої кишки (ДПК), що пенетрує в гепатодуоденальну зв'язку – у 1 (0,9%) випадку. Пухлинний генез МЖ був обумовлений: раком голівки підшлункової залози – у 10 (9,5%), раком великого сосочку (ВС) ДПК – у 2 (1,9%), раком гепатикохоледоха – у 2 (1,9%) та метастази раку іншої локалізації у ворота печінки – у 3 (2,8%) хворих.

Супутню патологію діагностовано в усіх хворих, а саме: ішемічна хвороба серця – у 32 (30,5%), гіпертонічна хвороба – у 25 (23,8%), хронічні обструктивні захворювання легень – у 20 (19,0%), дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія – у 18 (17,1%), цукровий діабет – у 16 (15,2%), пептична виразка шлунка і ДПК – у 8 (7,6%), варикозна хвороба та хронічний тромбофлебіт нижніх кінцівок – у 26 (24,8%) і облітерувальний атеросклероз судин нижніх кінцівок – у 22 (20,9%). У 62 (59,0%) випадках

спостерігалось поєднання двох і більше супутніх захворювань.

Результати та обговорення. Для діагностики МЖ застосовували загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. До індикаторів холестазу відносили: підвищення рівня переважно прямої фракції білірубіну, холестерину і лужної фосфатази.

Інструментальні методи обстеження включали: ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ), інтраопераційну холангіографію (ІОХГ), магнітно-резонансну томографію (МРТ) та фіброгастродуоденоскопію (ФГДС).

Скринінг-методом діагностики патології жовчних проток було трансабдомінальне УЗД, яке проводилось у всіх хворих. Ехографічне дослідження гепатодуоденальної ділянки виконували на діагностичному апараті Lodgiq-500 PRO Series GE. За допомогою УЗД виявляли розширення жовчних проток (діаметр СЖП більше 10 мм свідчив про наявність біліарної гіпертензії) та наявність в них конкрементів (від 3 до 20 мм). У той же час кількість конкрементів у СЖП була точно встановлена при виконанні ЕРПХГ. При проведенні УЗД діагностовано причину МЖ у 69 (65,7%) хворих.

У всіх хворих на МЖ проводили ФГДС за допомогою фіброгастро-дуоденоскопа Pentax-290V. Оцінювали форму, розміри ВС ДПК, а також характер і кількість жовчі, яка виділяється. ФГДС давала змогу провести диференційну діагностику МЖ між вклиненим конкрементом термінального відділу СЖП і патологією ВС ДПК, а також визначитися з можливістю подальшого проведення ЕРПХГ. За допомогою ФГДС діагностовано рак ВС ДПК у 2 (1,9%) та пенетруючу виразку ДПК – у 1 (0,9%) випадку.

Для прямого контрастування жовчних проток застосовано ЕРПХГ у 50 (47,6%) хворих з використанням 30% водорозчинного контрасту в об'ємі 20–40 мл. Діагностовано холедохолітиаз у 32 (30,5%) та стенозувальний папіліт – у 18 (17,1%) хворих. Виконання ЕРПХГ було не можливим за наявності

конкременту в ампулі ВС ДПК у 3 (2,8%), парафатеріального дивертикулу – в 5 (4,8%), раку ВС ДПК – у 2 (1,9%) і стану після резекції шлунка за Більрот - II – у 2 (1,9%).

ІОХГ проведено 23 (21,9%) хворим. Для цього вводили 10–20 мл 30% водорозчинного контрасту в жовчні протоки через куксу міхурової протоки у 11 (10,5%) та через холедохотомічний отвір у 8 (7,6%) випадках під час проведення відкритої холецистектомії (ВХЕ). При виконанні лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) ІОХГ здійснили шляхом катетеризації міхурової протоки у 4 (3,8%) хворих. Діагностовано холедохолітаз у 12 (11,4%), синдром Міриззі – у 5 (4,8%), стриктуру СЖП – у 4 (3,8%) і рак гепатикохоледоха – у 2 (1,9%).

МРТ для діагностики холедохолітазу здійснювали на томографах Somatom-CR у разі неможливості проведення ЕРПХГ у 8 (7,6%) та при патології підшлункової залози у 13 (12,4%) хворих: рак голівки підшлункової залози – у 10 (9,5%) і хронічний індуративний панкреатит – у 3 (2,8%).

У 63 (60,0%) хворих з гіпербілірубінемією понад 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ понад 14 днів та декомпенсованою супутньою патологією проводили двохетапні оперативні втручання. На першому етапі здійснено ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) у 35 (33,3%) хворих з холедохолітазом. У 15 (14,3%) випадках відбулось самостійне відходження конкрементів діаметром 8-10 мм. Літоекстракцію корзинкою Дорміа (Olympus FG-22Q, Boston scientific trapezoid RX) виконано у 7 (6,7%) хворих. При множинних конкрементах застосовували літоектрактори з провідником (Boston scientific trapezoid RX with guidewire PT2). У 13 (12,4%) випадках, при розмірах конкрементів (10-20 мм), проводили механічну літотрипсію за допомогою літотріптора Olympus BML-201Q. Після чого фрагментовані конкременти видалялись корзинкою Дорміа. Також ЕПСТ застосовано у 18 (17,1%) хворих з стенозувальним папілітом. Через наявність МЖ проводили

повторні дозовані ЕПСТ. Оскільки, швидка ліквідація МЖ призводила до прогресування печінкової недостатності. У 10 (9,5%) випадках за наявності гнійного холангіту виконано ЕПСТ та назобіліарне дренивання, яке давало змогу проводити етапну декомпресію і санацію жовчних проток. Після ліквідації МЖ та гнійного холангіту (в середньому – через 10-14 днів) проводили ЛХЕ. Як перший етап ендоскопічні транспапілярні втручання застосовувались для декомпресії жовчних проток вразі неможливості проведення радикального втручання.

Ускладнення після 63 двохетапних оперативних втручань спостерігались у 4 (6,3%) випадках: у вигляді гострого панкреатиту в 3 (4,8%) і кровотечі з ВСД у 1 (1,6%). Летальних випадків не було.

У 42 (40,0%) хворих з рівнем білірубіну нижче за 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ не більше 14 днів, компенсованою або субкомпенсованою супутньою патологією, а також за відсутності гнійного холангіту виконували одноетапні оперативні втручання. У 4 (3,8%) хворих з холедохолітіазом проведено ЛХЕ і літоекстракцію через куксу міхурової протоки зондом Фогарті. При синдромі Міриззі I типу в 2 (1,9%) випадках проведено ЛХЕ та зовнішнє дренивання СЖП. У 2 (1,9%) хворих на рак ВС ДПК здійснено ендобіліарне стентування (діаметр стенту – 7 Fr). В інших 34 (32,4%) випадках виконано відкриті оперативні втручання на жовчних протоках. ВХЕ з холедохолітотомією проведено у 4 (3,8%) хворих при наявності 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 протоків (патент на винахід № 104826). При непрохідності дистальних відділів СЖП у 4 (3,8%) випадках сформовано холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою. ВХЕ з гепатікоєюностомією на виключеній петлі тонкої кишки за Roux проведено в 15 (14,3%) хворих: у 4 (3,8%) – з стриктурою СЖП, у 3 (2,8%) – з синдромом

Міризі II типу, в 6 (5,7%) – з раком голівки підшлункової залози і у 2 (1,9%) – з раком гепатикохоледоха. Також у хворих з раком голівки підшлункової залози виконано панкреатодуоденальну резекцію у 3 (2,8%) та антеградне стентування СЖП у 1 (0,9%) випадку. При хронічному індуративному панкреатиті у 3 (2,8%) хворих сформовано антирефлюксий холедоходуоденоанастомоз. У 3 (2,8%) випадках проведено бужування та стентування гепатикохоледоха через наявність метастазів раку іншої локалізації у воротах печінки. У 1 (0,9%) хворого з виразкою ДПК, що пенетрує у гепатодуоденальну зв'язку, виконано резекцію шлунка за Більрот II.

Ускладнення після 42 одноетапних втручань спостерігались у 8 (19,0%) випадках: неспроможність кукси міхурової протоки у 2 (4,8%), жовчепідтікання з СЖП у 3 (7,1%), неспроможність білідигестивного анастомозу в 2 (4,8%) та нагноєння післяопераційної рани у 1 (2,4%). Помер 1 (2,4%) хворий з МЖ, де причиною смерті став інфаркт міокарду.

Висновки

1. Застосування УЗД, ЕРПХГ, МРТ для діагностики прохідності жовчних проток дає можливість скоротити терміни встановлення діагнозу та вибрати оптимальну стратегію лікування МЖ.

2. Використання мініінвазивних способів біліарної декомпресії при МЖ у хворих похилого і старечого віку дає змогу знизити частоту післяопераційних ускладнень удвічі.

3. Двохетапна хірургічна тактика при МЖ у хворих старше 60 років є пріоритетною. Одноетапну корекцію доцільно використовувати при гіпербілірубінемії нижче за 100 мкмоль/л, тривалості МЖ не більше 14 днів, наявності компенсованої або субкомпенсованої супутньої патології, а також за відсутності гнійного холангіту.

Література

1. Балалыкин А. С., Гвоздик В. В., Звягинцев В. В. Эндоскопическая диагностика и лечение доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка // Матер. третьего междунар. хирургического конгр. «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России». – Москва, 2007. – С. 145.

2. Гойда С. М. Тенденції поширеності жовчнокам'яної хвороби серед населення України // Український медичний часопис. – 2011. – № 4. – С. 112–113.

3. Даценко Б. М. Обтурационная желтуха – патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – № 14 (1). – С. 15–18.

4. Дудин А. М., Греджев Ф. А., Коссе Д. М., Каплун А. И., Матвиенко В. А. Транспапиллярные вмешательства у больных с осложненным холедохолитиазом // Матер. Всеукраїнської наук.-практ. конференції «Скліфософські читання». – Полтава, 2013. – Т. 13, Випуск 1 (14). – С. 91–93.

5. Ефименко Н. А., Кулиев С. А. Хирургическая тактика лечения осложненных форм желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Клиническая медицина. – 2011. – Т. 89, № 2. – С. 48–52.

6. Майстренко Н. А., Довганюк В. С., Феклюнин А. А. Выбор рациональной хирургической тактики у больных с желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2010. – Т. 169, №3. – С. 71–77.

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