

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЗА УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ПОВАЖНОГО ВІКУ

М. Ю. Ничитайло, О. Є. Каніковський, Я. В. Карий, Ю. В. Бабійчук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Реферат. Проаналізовані результати хірургічного лікування 440 хворих на ускладнені форми жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Ускладнений перебіг гострого калькульозного холециститу спостерігався у 165 (37,5%) хворих, хронічного – у 150 (34,1%), захворювання жовчних проток діагностовані у 125 (28,4%). Мініінвазивні оперативні втручання виконані у 360 (81,8%) хворих, відкриті – у 80 (18,2%), ускладнення виникли відповідно у 6 (1,7%) випадках і 8 (10,0%), померли 2 (2,5%) хворих. Встановлено пріоритетність застосування мініінвазивних втручань з приводу ускладнених формах ЖКХ у пацієнтів поважного віку.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба; лапароскопічна і відкрита холецистектомія; ендоскопічна папілосфінктеротомія; хворі поважного віку.

SURGICAL TACTICS IN COMPLICATED FORMS OF BILIARY CALCULOUS DISEASE IN ELDERLY PATIENTS

M. Yu. Nychytaylo, O. Ye. Kanikovskiy, Ya. V. Karyi, Yu. V. Babiychuk

Vinnitsya National Medical University named after M. I. Pyrogov

Abstract. Results of surgical treatment of 440 patients, suffering complicated forms of biliary calculous disease, were analysed. Complicated course of acute calculous cholecystitis was observed in 165 (37.5%) patients, and a chronic one – in 150 (34.1%), the bile ducts diseases were diagnosed in 125 (28.4%) patients. Minimally operative interventions were performed in 360 (81.8%) patients, and the open – access operations – in 80 (18.2%), while in 6 (1.7%) complications have

occurred and 2 (2.5%) patients died. A priority of application of minimally invasive interventions for complicated forms of biliary calculous disease in elderly patients was established.

Key words: biliary calculous disease; laparoscopic and open cholecystectomy; endoscopic papillosphincterotomy; elderly patients.

Вступ. Захворюваність на ЖКХ серед населення Європи складає 17–25 %, у віці старше 60 років – 35–55% і протягом останніх десятиліть має тенденцію до зростання, особливо її ускладнені форми [2, 3]. У 12–25 % хворих ЖКХ ускладнюється холедохолітіазом. Серед хворих на ускладнену ЖКХ 65–70% становлять особи похилого і старечого віку [1]. Не дивлячись на успіхи біліарної хірургії, проблема відновлення прохідності жовчних проток вирішена не повністю. На сьогодні поряд з традиційними операціями впроваджуються малоінвазивні втручання, спрямовані на корекцію ускладненої біліарної патології [6, 7]. Розвиток малоінвазивних технологій дозволив розширити показання і можливість виконання оперативних втручань у хворих похилого та старечого віку з ускладненими формами ЖКХ [5]. Однак, залишаються невизначеними критерії вибору малоінвазивних і відкритих втручань при патології жовчних проток [4].

Мета дослідження: проаналізувати ефективність мініінвазивних і відкритих оперативних втручань з приводу ускладнених форм ЖКХ у пацієнтів похилого й старечого віку.

Матеріали і методи дослідження. В період 2002–2016 рр. у хірургічній клініці медичного факультету № 2 лікували 440 пацієнтів з приводу ускладнених форми ЖКХ. Чоловіків було 138 (31,4%), жінок – 302 (68,6%). За класифікацією ВООЗ, хворих похилого віку (60–75 років) було 282 (64,1%), старечого віку (75–90 років) – 147 (33,4%), довгожителів (старше 90 років) – 11 (2,5%). Тривалість захворювання від 1 міс до 30 років.

Ускладнений перебіг гострого калькульозного холецистити спостерігали у 165 (37,5%) хворих, в тому числі емпієму жовчного міхура – у 68 (15,5%),

паравезикальний інфільтрат – у 74 (16,8%), паравезикальний абсцес – у 18 (4,1%), жовчний перитоніт – у 5 (1,1%). Ускладнений перебіг хронічного холециститу відзначений у 150 (34,1%) хворих, в тому числі склеротичний жовчний міхур – у 53 (12,0%), водянка жовчного міхура – у 39 (8,9%), надмірний спайковий процес – у 58 (13,2%). Ураження жовчних проток діагностовані у 125 (28,4%) хворих: холедохолітіаз – у 66 (15,0%), стриктура спільної жовчної протоки (СЖП) – у 4 (0,9%), стенозуючий папіліт – у 17 (3,9%), синдром Mirizzi – у 10 (2,3%), білідигестивні нориці – у 5 (1,1%), хронічний індуративний панкреатит – у 5 (1,1%), кіста головки підшлункової залози – у 3 (0,7%), виразка дванадцятипалої кишки (ДПК), що пенетрувала в гепатодуоденальну зв'язку (ГДЗ) – у 1 (0,2%), постхолецистектомічний синдром – у 14 (3,2%). Обтураційна жовтяниця (ОЖ) виявлена у 120 (27,3%) хворих.

Супутні захворювання діагностовані у 324 (73,6%) пацієнтів: ішемічна хвороба серця – у 63 (14,3%), гіпертонічна хвороба – у 54 (12,3%), хронічні обструктивні захворювання легень – у 40 (9,1%), дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія – у 36 (8,2%), цукровий діабет – у 25 (5,7%), пептична виразка шлунка і ДПК – у 21 (4,8%), варикозна хвороба нижніх кінцівок – у 46 (10,5%), облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок – у 39 (8,8%). У 204 (46,4%) пацієнтів спостерігали поєднання супутніх захворювань.

Скринінг–методом діагностики патології жовчного міхура і жовчних проток було трансабдомінальне ультразвукове дослідження (ТУЗД), яке проводили всім хворим. Ехографічне дослідження виконували на діагностичному апараті Lodgiq–500 PRO Series GE. У хворих при ОЖ здійснювали гастродуоденофіброскопію (ГДФС) з використанням гастродуоденофіброскопа 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 куксу міхурової протоки або при пункції жовчних проток. При неможливості канюляції великого сосочка (ВС) ДПК проводили ендоскопічне ультразвукове дослідження (ЕУЗД) з використанням діагностичного апарата Olympus Exera EU M 60 та магнітно-резонансну томографію (МРТ) на комп'ютерному томографі Somatom–CR.

Результати та їх обговорення. ТУЗД було інформативним у виявленні холецистохоледохолітіазу та первинній діагностиці біліарної гіпертензії. Інформативність ТУЗД у діагностиці ускладнених формах ЖКХ склала 298 (67,7%). У 28 (6,4%) випадках незадовільні результати ТУЗД зумовлені: вираженим метеоризмом – у 8 (1,8%), ожирінням – у 6 (1,4%), спайковим процесом – у 6 (1,4%), наявністю множинних дрібних конкрементів (діаметром менше 3 мм) у термінальному відділі СЖП – у 5 (1,1%), аерохолією – у 3 (0,7%). У таких ситуаціях застосовували ЕУЗД. Також ЕУЗД дозволяло об'єктивно оцінити співвідношення діаметрів конкременту і термінального відділу СЖП.

У 120 (27,3%) хворих при ОЖ проведення ГДФС дало можливість оцінити форму і розміри ВС ДПК, характер і кількість жовчі, яка виділялась, а також визначитись з можливістю подальшого виконання ЕРПХГ. ГДФС також застосовували для проведення диференційної діагностики ОЖ за наявності вклиненого конкремента у дистальному відділі СЖП і ураження ВС ДПК.

Для контрастування жовчних проток у 73 (16,6%) хворих проведено ЕРПХГ. Діагностовано холедохолітіаз у 45 (10,2%), стенозуючий папіліт – у 17 (3,9%) і рецидивний холедохолітіаз – у 11 (2,5%). Проведення ЕРПХГ виявилось неможливим у 20 (4,5%) хворих: за наявності конкремента в ампулі ВС ДПК – у 6 (1,4%), парапапілярного дивертикулу – в 8 (1,8%), раку ВС ДПК – у 4 (0,9%), алергії на контрастну речовину – у 2 (0,4%). У таких ситуаціях застосовували

ЕУЗД як менш інвазивним методом діагностики непрохідності жовчних проток порівняно з ЕРПХГ. Ускладнення після ЕРПХГ виникли у 6 (1,4%) хворих: гострий панкреатит – у 3 (0,7%), гострий холангіт – у 1 (0,2%) і кровотеча з ВС ДПК – у 2 (0,4%) при поєднанні ЕРПХГ з ЕПСТ.

ІОХГ виконана у 40 (9,1%) хворим шляхом введення контрасту в жовчні протоки через куксу міхурової протоки у 20 (4,5%), при пункції жовчних проток – у 14 (3,2%) під час виконання відкритої холецистектомії (ВХЕ). Під час здійснення лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) ІОХГ проводили шляхом катетеризації міхурової протоки у 6 (1,4%) хворих. Діагностовано холедохолітиаз у 21 (4,7%), синдром Mirizzi – у 10 (2,3%), стриктуру СЖП – у 4 (0,9%) і білідигестивні нориці – у 5 (1,1%). У 4 (0,9%) хворих спостерігали ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки: гострий панкреатит – у 3 (0,7%) і гострий холангіт – у 1 (0,2%).

МРТ проведена у 12 (2,7%) хворих. Для діагностики резидуального холедохолітиазу застосовували МРТ за неможливості проведення ЕРПХГ і ЕУЗД у 3 (0,7%) хворих після резекції шлунку за Більрот II. Також МРТ здійснювали для виявлення протокової гіпертензії при хронічному індуративному панкреатиті у 5 (1,1%) хворих та діагностики кіст підшлункової залози – у 3 (0,7%), виразки ДПК, що пенетрувала у ГДЗ – у 1 (0,2%).

За ускладненого перебігу гострого і хронічного калькульозного холецистити мініінвазивні втручання виконали у 360 (81,8%) хворих. Під час ЛХЕ у 63 (14,3%) хворих при гострому холециститі через наявність щільного паравезикального інфільтрату захопити кишеню Hartmann і провести латеральну тракцію було не можливо. За таких ситуацій мобілізацію жовчного міхура розпочинали з латеральної стінки на медіальну в проекції шийки жовчного міхура (пат. України 77985). У 39 (8,9%) пацієнтів за наявності водянки і 68 (15,4%) – емпієми жовчного міхура було утруднене його захоплення через напруження, що потребувало проведення пункції та евакуації

вмісту. Лапароскопічну санацію і дренування підпечінкового заглиблення здійснено за наявності паравезикального абсцесу у 8 (1,8%) хворих.

У 33 (7,5%) хворих за наявності холедохолітіазу застосовано двохетапну тактику (ЛХЕ з ендоскопічними транспапілярними втручаннями у ранньому післяопераційному періоді). Першим етапом у 3 (0,7%) пацієнтів за наявності одиночних конкрементів діаметром до 5 мм, що локалізувались у дистальних відділах СЖП, здійснено ендоскопічну гідростатичну папілярну балонну дилатацію ВС ДПК, у 30 (6,8%) хворих – ЕПСТ. У 12 (2,7%) хворих відзначене самостійне відходження конкрементів діаметром до 10 мм. Літоекстракцію з використанням корзинки Дорміа (Olympus FG–22Q, Boston scientific trapezoid RX) виконано у 10 (2,3%) хворих. За наявності множинних конкрементів застосовували літоектрактори з провідником (Boston Scientific Trapezoid RX With Guidewire PT2). Механічну літотрипсію здійснювали за допомогою літотріптора Olympus BML–201Q у 8 (1,8%) хворих за діаметра конкрементів 10–20 мм, після чого фрагментовані конкременти видаляли корзинкою Дорміа. Через наявність ОЖ проводили повторну дозовану ЕПСТ, оскільки швидка біліарна декомпресія могла спричинити прогресування печінкової недостатності. Другим етапом виконували ЛХЕ.

Одноетапні операції (ЛХЕ з подальшим втручанням на жовчних протоках) виконували за наявності нещільного паравезикального інфільтрату в 11 (2,5%) хворих, клои СЖП виділяли без технічних труднощів. У 4 (0,9%) хворих за наявності конкрементів до 5 мм, що локалізувалися нижче місця впадіння міхурової протоки у загальну печінкову протоку, виконано ЛХЕ і літоекстракцію через куксу міхурової протоки балонним з використанням балонного катетера Фогарті. При синдромі Mirizzi I типу в 7 (1,6%) хворих виконано ЛХЕ з зовнішнім дренуванням СЖП через міхурову протоку.

У 53 (12,0%) хворих при хронічному холециститі через склеротичні зміни стінок жовчного міхура спостерігали високе розташування міхурової протоки та артерії. За таких ситуацій мобілізували жовчний міхур з його латеральної

стілки на медіальну в проекції кишені Hartmann (пат. України 77985). За виражених склеротичних змінах не прагнули до повної мобілізації основного стовбура міхурової артерії, а кліпували судини, що чітко переходили на стінку жовчного міхура (артерії II, III порядку). Надмірний спайковий процес у над- та підпечінковому заглибленні у 58 (13,2%) хворих утруднював виконання ЛХЕ. Спайки розсікали на відстань, необхідну для мобілізації жовчного міхура і препаровки міхурової протоки та артерії.

У 10 (2,3%) пацієнтів при холедохолітіазі та у 17 (3,9%) – при стенозуючому папіліті, діагностованих до операції, застосовано двохетапну тактику (ЕПСТ з подальшою ЛХЕ). Проміжок часу між ЕПСТ та ЛХЕ був небільше 2–3 діб, що зменшувало ризик міграції конкрементів з жовчного міхура у СЖП.

Конверсія застосована у 10 (2,3%) хворих за неможливості верифікації трубчасто-порожнистих структур трикутника Кало протягом 30 хв. Трансректальна мінілапаротомія здійснена у 8 (1,8%) хворих, в тому числі з приводу щільного паравезикального інфільтрату – у 3 (0,7%), склерозованого жовчного міхура – у 3 (0,7%) та надмірного спайкового процесу в підпечінковому заглибленні – у 2 (0,4%). Верхня серединна лапаротомія виконана в 1 (0,2%) хворого – через пошкодження правої печінкової артерії, в 1 (0,2%) – з приводу синдрому Mirizzi II типу.

Одноетапні відкриті оперативні втручаннями на жовчних протоках виконані у 70 (15,9%) хворих. У 18 (4,1%) хворих з холедохолітіазом здійснено холедохолітотомію через наявність конкрементів понад 20 мм, що не вдалось видалити через транспапілярний доступ.

Для літоекстракції з подальшою дозованою декомпресією жовчних проток після операції застосовували зонд–обтуратор позапечінкових жовчних проток (пат. України 104826). Після холецистектомії зонд–обтуратор вводили через куксу міхурової протоки у СЖП для проведення літоекстракції. Після усунення холедохолітіазу та контролю повноти холедохолітотомії повторно заводили

зонд у СЖП. Після операції поступово зменшували об'єм балона–обтуратора, що давало можливість здійснювати дозовану декомпресію жовчних проток.

При непрохідності термінального відділу СЖП у 16 (3,6%) хворих за наявності холедохолітіазу, у 5 (1,1%) – хронічного індуративного панкреатиту, у 3 (0,7%) – кісти головки підшлункової залози сформований холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою (пат. 85986). Для попередження витікання жовчі у черевну порожнину з лінії сформованого анастомозу застосовували У–подібний дренаж (пат. України 101302). Після формування білідигестивного анастомозу бічні дренажальні трубки розташовували по боках сформованого анастомозу та фіксували двома лігатурами до навколишніх тканин для попередження їх зміщення. Дренаж виводили на передню черевну стінку через контрапертуру та під'єднували до постійного відсмоктувача (5–10 см вод. ст.). Застосування вакуумного пристрою дало можливість попередити жовчевитікання у черевну порожнину.

ВХЕ з гепатикосюностомією на виключеній за Roux петлі порожньої кишки виконана у 7 (1,6%) хворих: у 4 (0,9%) – за наявності стриктури СЖП, у 3 (0,7%) – синдрому Mirizzi II типу. У 5 (1,1%) пацієнтів за наявності білідигестивних норниць виконано ВХЕ і зашивання дефекту кишки. Санацію й дренажування черевної порожнини здійснювали за наявності паравезикального абсцесу у 10 (2,3%) хворих, жовчного перитоніту – у 5 (1,1%). В 1 (0,2%) хворого при виразці ДПК, що пенетрувала у ГДЗ, виконані висічення виразки та пластику СЖП на Т–подібному дренажі.

Ускладнення після мініінвазивних втручань виникли у 6 (1,7%) хворих: кліпування загальної печінкової протоки – в 1 (0,3%), неспроможність кукси міхурової протоки – у 1 (0,3%), кровотеча з правої печінкової артерії – у 1 (0,3%), гострий панкреатит – в 1 (0,3%) і кровотеча з ВС ДПК після ЕПСТ – у 2 (0,5%). Всі пацієнти живі.

Ускладнення після відкритих оперативних втручань спостерігали у 8 (10,0%) хворих: пошкодження СЖП – у 1 (1,2%), неспроможність кукси міхурової протоки – у 2 (2,5%), витікання жовчі з СЖП – у 3 (3,8%), неспроможність швів білідигестивного анастомозу – у 2 (2,5%). Померли 2 (2,5%) хворих внаслідок обширного інфаркту міокарда і масивної тромбоемболії легеневої артерії.

За даними статистичного аналізу встановлена статистично значуща різниця частоти ускладнень після мініінвазивних і відкритих оперативних втручань ($t_{\text{табл}} \leq t_{\text{розр}}; 3,29 \leq 5,29; p = 0,001$).

Висновки

1. Застосування мініінвазивних оперативних втручань з приводу ускладнених формах ЖКХ у пацієнтів похилого і старечого віку є пріоритетним, дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень на 8,3%.

2. При поєднанні гострого калькульозного холециститу з холедохолітіазом доцільно застосовувати двохетапні оперативні втручання (ЛХЕ з ендоскопічними транспапільярними втручаннями у ранньому післяопераційному періоді) та ЕПСТ з подальшою ЛХЕ за хронічного перебігу холециститу.

3. Одноетапні операції (ЛХЕ з подальшим втручанням на жовчних протоках) доцільно виконувати у хворих з приводу гострого холециститу, ускладненого нещільним паравезикальним інфільтратом, та за відсутності склерозованого жовчного міхура і надмірного спайкового процесу при хронічному холециститі.

Література

1. Cholecystocholedocholithiasis: a case–control study comparing the short– and long–term outcomes for a “laparoscopy–first” attitude with the outcome for sequential treatment (systematic endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy) / R. Costi, A. Mazzeo, F. Tartamella // *Surg. Endoscop.* – 2010. – Vol. 24. – P. 51–62.
2. Hospital cost categories of one–stage versus two–stage management of common bile duct stones / B. Topal, K. Vromman, R. Aerts // *Surg. Endoscop.* – 2010. – Vol. 24. – P. 413–416.
3. Laparoscopic cholecystectomy: analysis of 619 consecutive cases in a Caribbean setting / D. Dan, D. Harnanan, R. Maharaj // *J. Natl. Med. Assoc.* – 2009. – Vol. 101, № 4. – P. 355–360.
4. Metaanalysis of endoscopy and surgery versus surgery alone for common bile duct stones with gallblader in situ / E. Clayton, S. Connor, N. Alexakis, E. Leandros // *Br. J. Surg.* – 2006. – Vol. 93. – P. 1185–1191.
5. Recurrent lithiasis after surgical treatment of elderly patients with choledocholithiasis / Li Zhe–Fu, Chen Xiao–Ping // *Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int.* – 2007. – Vol. 6. – P. 67–71.
6. Single–incision laparoscopic cholecystectomy: the first 100 outpatients / J. Jr. Erbella, G. M. Bunch // *Surg. Endoscop.* – 2010. – Vol. 24, № 5. – P. 1958–1961.
7. Two–stage vs single–stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones / J. Lu, Y. Cheng, X. Xiong // *World J. Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 28, № 24. – P. 3156–3166.