

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ ПРИ СКЛАДНІЙ АНАТОМІЇ ПАРАПАПІЛЯРНОЇ ДІЛЯНКИ І ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ХОЛЕДОХА

М.П. Павловський, Я.Р. Дутка, В.І. Коломійцев

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра хірургії № 1 (зав. - акад. АМН України М.П. Павловський)

Реферат

Мета роботи - у статті наведено результати лікування 112 хворих на холедохолітиаз, у яких при ендоскопічному обстеженні стверджено складну анатомію парапапілярної ділянки та дистального відділу холедоха. Ендоскопічне ретроградне малоінвазивне втручання провести у цих пацієнтів не вдалося, а якщо проводилося, то безпосередні результати були незадовільними і вимагали подальшого операційного втручання.

Матеріал і методи

Проаналізовано, і класифіковано анатомічні причини можливої невдачі ретроградних транспапілярних втручань на біліарній системі. Труднощі виконання ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії були пов'язані: з анатомічними особливостями шлунка та дванадцятипалої кишки (парапапілярний дивертикул, виражений набряк слизової при панкреатиті, гіпертрофовані складки слизової оболонки кишки, деформація внаслідок зростів та стенозу ворота); з попередніми операціями на шлунку і дванадцятипалій кишці - резекція шлунка за Білрот-II та Білрот-I, гастректомія; з особливостями папіли (стеноз та/або деформація великого дуоденального соска, довгий інтрамуральний хід папіли); з особливостями дистального відділу холедоха (деформація та тубулярний стеноз холедоха).

Результати й обговорення

У 79 (70,5%) пацієнтів для дренивання біліарної системи застосували білідигестивні анастомози - холедоходуоденостомію та холедохоеюностомію, у 33 (29,5%) - виконано різні варіанти зовнішнього дренивання жовчних проток. Також визначено показання до різних видів операційних втручань.

Висновки

Труднощі виконання ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії у цих хворих частіше пов'язані з парапапілярними дивертикулами (34,0%) та звуженням загальної жовчної протоки дистальніше конкремента у холедохи (17,5%). При добрій прохідності великого дуоденального соска, показано зовнішнє дренивання гепатикохоледоха з наступною фістулохолангіографією на 6-7 добу для контролю прохідності жовчних проток. При сумнівній або відсутній прохідності папіли пацієнтам показано накладання білідигестивних анастомозів.

Ключові слова: холедохолітиаз, папілосфінктеротомія, білідигестивні анастомози

Abstract

SURGERY IN PATIENTS WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS WHO HAVE

ANATOMICAL ABNORMALITIES OF THE PARAPAPILLARY ZONE AND THE DISTAL PART OF THE COMMON BILE DUCT

M.P. PAVLOVSKY, Ya. R. DUTKA, V.I. KOLOMIYTSYEV

The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

The aim - the surgical results of 112 patients with choledocholithiasis who had unsuccessful endoscopic therapy because of anatomical abnormalities of the parapapillary zone or the distal part of the common bile duct were analyzed.

Materials and methods

The anatomical variations related to failed endoscopic therapy were analyzed and classified. Difficulties in the performance of ERCP were related to anatomical features of the stomach and duodenum, including: parapapillary diverticula, severe edema of the intestinal mucosa with pancreatitis, hypertrophy of intestinal mucosal folds, scars, and pyloroduodenal stenosis; previous operations on the stomach or duodenum (gastrectomy, B-II); abnormalities of the papilla of Vater (stenosis or deformation); and abnormalities of the distal part of the common bile duct.

Results and Discussion

In 79 (70.5%) patients, a biliodigestive anastomosis was performed, but in 33 (29.5%) patients, external biliary drainage was used. The indications for surgery and its results were discussed.

Conclusions

Difficulties in performance of ERCP in these patients were more often related to parapapillary diverticula (34.0%) and narrowing of the distal part of the common bile duct (17.5%). In cases of good bile passage through the duodenal papilla, external drainage of the common bile duct is indicated; papilla obstruction is an indication for biliodigestive anastomosis.

Key words: choledocholithiasis, sphincterotomy, biliodigestive anastomosis

Вступ

У діагностиці і лікуванні жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітиазом, широке розповсюдження отримала ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія (ЕРХПГ) з наступною папілосфінктеротомією (ПСТ) [1, 2, 4, 8]. Висока діагностична точність ЕРХПГ, що сягає 84-97%, терапевтична ефективність транспапілярних втручань та мінімальна травматичність дали можливість цьому методу зайняти провідне місце в лікуванні хворих на холедохолітиаз [3, 5, 9].

Проте, не зважаючи на великий досвід малоінвазивних ендобіліарних втручань та їх ефективність для пацієнта, не обходиться без ускладнень і незадовільних результатів. Однією з основних причин невдалого ендоскопічного втручання на жовчних протоках є анатомо-топографічні зміни парапапілярної ділянки та дистального відділу холедоха внаслідок тривалого перебігу захворювання або з інших причин [2, 4].

У більшості таких хворих хірургічна корекція вимагає відкритих операційних втручань [3, 5, 6]. Методи хірургічної корекції захворювання іноді також недостатньо обґрунтовані [1, 2, 5].

Матеріал і методи

Проаналізовано результати обстеження і хірургічного лікування 113 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітіазом, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці в період від 2000 до 2011 рр. Жінок було 59 (52,7%), чоловіків - 53 (47,3%); середній вік хворих - $62,5 \pm 12,2$ років.

Усім пацієнтам проведено загальні аналізи крові та сечі, визначено в сироватці крові активність лужної фосфатази, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази та амілази, рівень білірубину та його фракцій. Із інструментальних методів обстеження для підтвердження діагнозу холедохолітіазу застосовано ультрасонографію, комп'ютерну томографію та ендоскопічне обстеження з метою з'ясування умов для ендоскопічної ретроградної холангіографії. За результатами ендоскопічного обстеження у цих хворих стверджено складну анатомію парапапілярної ділянки і дистального відділу холедоха.

Труднощі виконання ЕРХПГ були пов'язані:

- з анатомічними особливостями шлунка та дванадцятипалої кишки - парапапілярний дивертикул, виражений набряк слизової при панкреатиті, гіпертрофовані складки слизової оболонки кишки, деформація внаслідок зростів та стенозу воротаря;
- з попередніми операціями на шлунку і дванадцятипалій кишці - резекція шлунка за Більрот-II та Більрот-I, гастректомія;
- з особливостями папіли - стеноз та/або деформація великого дуоденального соска (ВДС), довгий інтрамуральний (у стінці дванадцятипалої кишки) хід папіли;

- з особливостями дистального відділу холедоха - деформація та тубулярний стеноз холедоха (зуження загальної жовчної протоки дистальніше конкремента).

Серед цих пацієнтів було 33 (29,5%) з парапапілярними дивертикулами, 17 (15,2%) - з тубулярним стенозом дистальної частини холедоха, 15 (13,4%) - з попередніми операціями на шлунку та дванадцятипалій кишці, 13 (11,6%) - з деформацією дистального відділу холедоха, 13 (11,6%) - із стенозом або деформацією папіли, 8 (7,1%) - з розміщенням папіли під або поміж гіпертрофованих складок слизової кишки, 6 (5,4%) - з деформацією шлунка і дванадцятипалої кишки внаслідок зростів та стенозу воротаря, 4 (3,6%) - з вираженим набряком складок слизової дванадцятипалої кишки при панкреатиті, 3 (2,7%) - з довгим інтрамуральним ходом папіли у стінці дванадцятипалої кишки.

Законтрастувати жовчні протоки вдалося у 65 (58,0%) хворих, з них проведено літоекстракцію у 4 (6,2%), ендоскопічне стентування - у 2 (3,1%) і назобіліарний дренаж ще у 2 (3,1%) хворих з гнійним холангітом.

Після обстеження і встановлення діагнозу всіх пацієнтів оперовано - виконано холецистектомію, відновлення прохідності жовчних проток і накладання біліодигестивного анастомозу або зовнішнє дренивання біліарного дерева.

Результати й обговорення

У приготуванні хворих до операційного втручання важливу роль відводили консервативній терапії, яка включала детоксикаційне, гепатопротекторне, антибактерійне лікування, корекцію водно-електролітного і білкового обміну та лікування супровідної патології.

Найбільшу групу - 79 (70,5%) - склали хворі, яким для дренивання біліарної системи застосували біліодигестивні анастомози. У 73 (92,4%) пацієнтів при ревізії жовчний міхур із запальними змінами, містив конкременти. Гепатикохоледох був поширений до 8-35 мм. Холецистектомію виконано "від шийки" або, при неможливості диференціювати анатомічні структури в ділянці трикутника Кало - "від дна". Ревізію гепатикохоледоха проводили через окремий холедохотомний отвір або через куку міхурової протоки, після чого виконували холедохоліто-

екстракцію з інструментальною ревізією прохідності папіли та правої і лівої печінкових проток. У 4 (5,1%) пацієнтів, яким раніше проведено холецистектомію та резекцію шлунка за Більрот II після розділення зростів виділено гепатикохоледох, який був поширений до 10-17мм. Ревізію гепатикохоледоха проводили через окремий холедохотомний отвір. У 2 (2,5%) хворих цієї групи був постхолецистектомічний синдром, синдром кукси міхурової протоки. Після роз'єднання зростів у черевній порожнині виявлено куксу жовчного міхура, яку перев'язано і пересічено біля місця впадіння у холедох. Ревізію жовчної протоки проводили через окремий холедохотомний отвір.

Після літоекстракції та ревізії жовчних проток у всіх цих хворих стверджено добру прохідність дольових печінкових проток і сумнівну або недостатню прохідність ВДС.

У 72 (91,1%) пацієнтів проведено холедоходуоденостомію, у інших 7 (9,7%) - холедохоеюностомію на виключеній за Ру петлі тонкої кишки.

У 33 (29,5%) хворих, у яких при інтраопераційній ревізії після літоекстракції стверджено добру прохідність дольових печінкових проток і папіли, проведено зовнішнє дренування гепатикохоледоха. З них у 27 (81,8%) пацієнтів проведено зовнішнє дренування холедоха за Вишневським-Робсоном, Піковським та Холстедом. У цій групі пацієнтів перевагу надавали дренуванню позапечінкових жовчних проток у проксимальному напрямку. Дренування через куксу міхурової протоки у трьох хворих використали при незначно розширеній або товстостінній та неширокій загальній жовчній протоці.

Зовнішнє дренування холедоха Т-подібним дренажем за Кером здійснено у 6 (18,2%) пацієнтів. У чотирьох з них при ревізії стверджено спайковий процес у підпечінковому просторі, жовчний міхур із запальними змінами, який містив конкременти. Гепатикохоледох був поширений до 9-20мм з явищами холангіту. У однієї хворої був постхолецистектомічний синдром, синдром кукси міхурової протоки. Ревізію жовчної протоки та літоекстракцію проводили через окремий широкий холедохотомний отвір, зшиваючи гепатикохоледох на Т-подібному дренажі.

У післяопераційному періоді на 6-7 добу пацієнтам із зовнішніми дренажами гепатикохо-

ледоха проводили фістулохолангіографію, під час якої стверджено рівномірне заповнення і звуження жовчних проток та потрапляння контрасту у дванадцятипалу кишку.

В одного (0,9%) хворого з холедохолітіазом, ускладненим гнійним холангітом та мікроабсцесами печінки після зовнішнього дренування жовчної протоки післяопераційний період ускладнився перитонітом, внаслідок перфорації стінки тонкої кишки. Проведено релапаротомію з ушиванням перфораційного отвору, проте наростала поліорганна недостатність, яка стала причиною смерті пацієнта.

Видалення зовнішнього дренажу жовчних проток проводили через 1-2 місяці після контрольної ультрасонографії та фістулохолангіографії, під час яких стверджено відсутність конкрементів у жовчних протоках, нормальний їх діаметр та потрапляння контрасту у дванадцятипалу кишку.

Висновки

1. Труднощі виконання ЕРХПГ у хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітіазом частіше пов'язані з парапілярними дивертикулами (34,0%) та звуженням загальної жовчної протоки дистальніше конкремента у холедоху (17,5%).
2. При добрій прохідності великого дуоденального соска, ствердженій при інтраопераційній ревізії, показано зовнішнє дренування гепатикохоледоха з наступною фістулохолангіографією на 6-7 добу для контролю стану і прохідності жовчних проток.
3. При сумнівній або відсутній прохідності папіли пацієнтам показано накладання біліодигестивних анастомозів: холедоходуоденостомії та гепатикохоледохоеюностомії на виключеній за Ру петлі тонкої кишки.

Література

1. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Амеличкин М.А. и др. Особенности анатомии терминального отдела желчного протока в свете применения современных эндоскопических транспапиллярных операций // Эндоскопическая хирургия. - 2007. - №6. - С.3-9.
2. Бородач А.В. Морфофункциональные особенности большого дуоденального сосочка и сфинктера Одди // Анналы хирургической гепатологии. - 2001. - Т.6. - №6. - С.146-151.
3. Брискин Б.С., Титова Г.П., Эктов П.В. Парапапиллярные

- дивертикулы и их влияние на лечебную тактику хірурга // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №6. - С.40-44.
4. Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Беляев В.В. Современная тактика лечения холедохолитиаза // Клінічна хірургія. - 2006. - №8. - С.13-16.
 5. Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Підмурняк О.О., Дейниченко А.Г. Ускладнення мініінвазійних транспапільярних втручань на жовчних протоках // Хірургія України. - 2007. - №3. - С.32-35.
 6. Baron T.H., Harewood G.C. Endoscopic balloon dilation of the biliary sphincter compared to endoscopic biliary sphincterotomy for removal of common bile duct stones during ERCP: a metaanalysis of randomized, controlled trials // Am. J. Gastroenterology. - 2004. - V.99. - P.1455-1460.
 7. Kaw M., Al-Antably Y., Kaw P. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy // Gastrointest. Endosc. - 2002. - Vol. 56; № 1. - P. 61-65.
 8. Sugawa C., Park D.H., Lukas C.E. et al. Endoscopic sphincterotomy for stenosis of the sphincter of Oddi // Endoscopy. - 2001. - V.15. - №9. - P.1004-1007.
 9. Toda N., Saito K., Wada R. et al. Endoscopic sphincterotomy and papillary balloon dilation for bile duct stones // Hepatogastroenterology. - 2005. - V.52. - №63. - P.700-704.
 10. Tzovaras G., Shukla P., Kow L. et al. What are the risks of diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography? // Aust. N. I. J. Surg. - 2002. - V.70. - №11. - P.788-782.