

УДК 616.366-003.7-07-089.163/.166

*В.В. Петрушенко, Т.А. Кадоцук, С.І. Андросов, І.В. Павлик,
В.А. Рауцкіс, С.С. Стукан***ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ АТИПОВИХ ФОРМАХ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ***Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

Ціль дослідження – покращення результатів хірургічного лікування хворих на атипівий холедохолітаз. За період з 1975 по 2010 рр. під нашим спостереженням знаходилося 7882 хворих на жовчнокам'яну хворобу, з них у 2112 (26,8%) виявлено конкременти гепатикохоледоху. В тому числі, у 780 пацієнтів з холедохолітазом було діагностовано його атипівий перебіг. Основне значення в діагностиці атипівого холедохолітазу до операції надаємо РХПГ, під час операції – інтраопераційній холангіографії і УЗД. Хірургічне втручання залежало від ступеня розширення холедоха: у хворих з нерозширеним гепатикохоледохом у 10,1% виконані реконструктивні, а у 89,9% відновні операції, у тому числі у 34,8% пацієнтів конкременти були видалені без розтину протоки. У хворих з помірним розширенням перевагу надавали відновним операціям (26,6%), у 8,1% – реконструктивні втручання. При значному розширенні реконструктивні втручання склали 58,75%, а відновні – тільки 6,5%.

Ключові слова: атипівий холедохолітаз, реконструктивні та відновні операції.

Жовчнокам'яна хвороба являється однією з найбільш поширених патологій серед хронічних захворювань органів травлення і частота її безперервно зростає. По даним ВООЗ на жовчнокам'яну хворобу страждає близько 20% жінок та 10% чоловіків світу.[4]

В Україні за останні 10 років кількість операцій з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) зросла на 43% і на даний момент складає 6,69‰ на 10 тис. населення, або близько 32 тисяч оперативних втручань в рік. Частота холедохолітазу при ЖКХ складає за даними різних авторів від 5 до 23% та прогресивно збільшується з віком. Це зумовлює ріст кількості оперативних втручань на жовчовивідних шляхах, за останні 10 років на 56%, що складає 0,89‰ на 10 тис. населення, або близько 4100 оперативних втручань в рік. Післяопераційна летальність в цілому при ЖКХ складає 0,25%, а після операцій на жовчовивідних протоках 2,1% [4].

Класична клінічна картина холедохолітазу (ХЛ) характеризується біллю в правому підребір'ї, механічною жовтяницею, холангітом, а також розширенням діаметру гепатикохоледоха. Відсутність однієї або декількох ознак розглядається нами як атипівий форма ХЛ [1-3].

До- і інтраопераційна діагностика холедохолітазу складна. Найбільші діагностичні труднощі виникають при атипівих формах,

які нерідко є джерелом резидуального холедохолітазу. Виявлення резидуального холедохолітазу після хірургічного лікування обумовлено відсутністю абсолютно надійного методу діагностики конкрементів в жовчних протоках, відсутністю єдиної доктрини як в діагностиці, так і в лікувальній тактиці при доброякісних захворюваннях жовчних шляхів, а також відсутністю єдиного погляду на вибір способу завершення холедохотомії у хворих з атипівими формами перебігу холедохолітазу, серед яких на особливу увагу заслуговує питання хірургічної тактики при нерозширеному гепатикохоледоху [5-7].

Ціль дослідження – покращення результатів хірургічного лікування хворих на атипівий ХЛ шляхом застосування комплексної інструментальної інтраопераційної діагностики і хірургічної тактики.

Матеріал та методи

За період з 1975 по 2010 рр. під нашим спостереженням знаходилося 7882 хворих на ЖКХ, з них у 2112 (26,8%) виявлено конкременти гепатикохоледоха (ГХ). В тому числі, у 780 пацієнтів з холедохолітазом було діагностованого атипівий перебіг, а 273 з них потребували повторних операцій з приводу рецидивного і резидуального холедохолітазу (ХЛ). За нашими даними, атипівий перебіг відзначався у 36,9% хворих на ХЛ і 9,8% хво-

рих на ЖКХ. Повторні втручання виконані у 3,4% пацієнтів.

З 780 хворих з атипovими формами холедохолітазу 644 (82,6%) склали жінки і 136 (17,4%) – чоловіки, що складає 1:4,7.

Клінічні прояви ХЛ, який мав атипovий перебіг, відрізняється непостійністю окремих симптомів. З 780 оперованих хворих у 86,9% відмічено відсутність холангіту, у 67,9% – механічної жовтяниці, у 29,7% ХЛ протікав без розширення гепатикохоледоха, у 3,1% – без больового синдрому. Проте для атипovого перебігу холедохолітазу більш характерна відсутність не одного симптому, а 2 або декількох. У 60,2% хворих були відсутні механічна жовтяниця і холангіт. Відсутність механічної жовтяниці, холангіту і розширення гепатикохоледоха спостерігалось у 22,4% первинно оперованих хворих. Рідше спостерігалися безбольові форми захворювання. Так, холедохолітаз без холангіту і больового синдрому виявлений у 1,9% хворих, а безбольовий перебіг за відсутності механічної жовтяниці – у 1,5%. Надалі у усіх 780 хворих з атипovим перебігом холедохолітаза при комплексному інструментальному обстеженні знайдені конкременти в просвіті жовчних протоків, відповідно, відсутність одного або декількох ознак ХЛ не повинно стати причиною відмови від наполегливого пошуку конкрементів в ГХ під час операції.

Результати та обговорення

Складність доопераційної діагностики при атипovому перебігу холедохолітазу полягає в різноманітності його клінічних проявів, відсутності патогномонічного симптому, наявності безсимптомних форм. Холедохолітаз може також протікати під «маскою» інших захворювань. Методи до- і інтраопераційної діагностики холедохолітазу неоднакові по складності виконання і ефективності. Тому, провідним принципом разом з забезпеченням абсолютної безпеки для хворого являється проведення обстеження «від простого до найбільш складного» методу [5].

УЗД виконано 91% пацієнтів. З них прямі і непрямі ознаки холедохолітазу виявлено у 75%, а псевдонегативні результати дослідження отримані в 13%, і пояснювалися вираженістю рубцьово-інфільтративних змін в гепатодуоденальній зв'язці, що могло служити причи-

ною спотворення ехо-сигналу, особливо після повторних операцій.

Пряме контрастування позапечіткових жовчних шляхів до операції здійснювалося за допомогою РХПГ, яка виконана у 35% хворих. З них, у 28% отримані дані, що свідчать про наявність холедохолітазу, проте у 5% контрастована тільки протока підшлункової залози, а у 2% отримані псевдонегативні результати дослідження.

Доопераційні методи діагностики разом з клінічними, лабораторними і функціональними результатами обстеження дозволяють обґрунтувати покази до операції. Проте визначити усі тонкощі характеру і об'єму патологічного процесу можна тільки при проведенні комплексного інтраопераційного дослідження.

Під час операції огляд і пальпаторне дослідження позапечіткових жовчних шляхів виконуються для отримання комплексної інформації про стан гепатодуоденальної зони в цілому, наявності і міри вираженості запальних змін в суміжних органах і тканинах.

Комплексне інтраопераційне інструментальне обстеження починали з вимірювання діаметру гепатикохоледоха. Розширення гепатикохоледоха є ознакою жовчної гіпертензії, яка, як правило, викликається холедохолітазом, звуженням великого дуоденального сосочка (ВДС) або їх поєднанням. Різна міра розширення гепатикохоледоха виявлена у усіх повторно оперованих хворих. Серед первинно оперованих пацієнтів у 89 (11,4%) хворих гепатикохоледох не був розширений, діаметр протоки не перевищував норму (8 мм). В ході подальшого дослідження у всіх цих хворих було знайдено конкременти в його просвіті, що підтвердило можливість наявності холедохолітазу при нерозширеному холедосі і недопустимості обмеження інструментального дослідження тільки точним виміром діаметру ГХ.

Екстрахоледохеальна трансліюмінація з діагностичною метою виконана у 89 (11,4%) хворих. Це дослідження продемонструвало свої високі діагностичні можливості, особливо у первинно оперованих хворих при розташуванні конкрементів у вільній частині гепатикохоледоха. Діагностична здатність трансліюмінації дещо знижена при повторних операціях із-за вираженості інфільтративно-адгезивних змін гепатодуоденальної зв'язки.

Найбільш важливим і інформативним діагностичним дослідженням під час операції залишається інтраопераційна холангіографія, яка виконана у 749 хворих (96,02%) з атиповими формами ХЛ (АС №1183072). Рентгенологічні методи інтраопераційної діагностики дозволили в 94,5% визначити абсолютні покази до холедохотомії.

Аналіз результатів комплексного інтраопераційного дослідження у хворих з атиповими формами холедохолітіазу визначає хірургічну тактику, яка залежить від характеру змін гепатикохоледоха, його діаметру, прохідності великого дуоденального сосочка, наявності змін в підшлунковій залозі, кількості конкрементів, наявності холангіту.

На підставі багаторічного виконання комплексного інтраопераційного дослідження у хворих на доброякісні захворювання жовчних шляхів вироблений діагностичний алгоритм. Після огляду і пальпації приступали до інструментального дослідження, починаючи його з точного виміру діаметру гепатикохоледоха. Після цього виконували інтраопераційну холангіографію, в основному через куксу міхурової протоки (КМП) або пункцію у повторно оперованих хворих, коли кукса протоки не виявлялася. За відсутності патологічних змін за даними рентгенологічного дослідження подальше інструментальне дослідження припиняли. При щонайменшому сумніві в достовірності рентгенологічного дослідження виконували інтраопераційне ультразвукове дослідження, після чого виконували зондування гепатикохоледоха еластичними, що калібрувалися, і акустичними зондами, пальпацію гепатикохоледоха на зонді. У складних діагностичних ситуаціях вдавалися до діагностичної холедохотомії.

Послідовне комплексне інтраопераційне інструментальне дослідження у всіх 780 хворих з атиповим і резидуальним ХЛ дозволило знайти конкременти в ГХ у 775 (99,36%) хворих, у 5 (0,64%) довелося виконати діагностичну холедохотомію. Причиною відмови від холедохотомії при первинній операції було успішне видалення конкрементів з ГХ ретроградно трансдуоденальним доступом після папілосфінктеротомії (ПСТ). У 18 повторно оперованих хворих з раніше виконаним ХДА проведена дуоденотомія і через функціонуючий анастомоз видалені великі конкременти з піданастомозного «мішка».

Після холедохотомії приступали до видалення конкрементів. Найбільш атравматичним слід признати їх вимивання струменем рідини під тиском за допомогою порожнистих зондів. Певні складнощі виникали при видаленні фіксованих конкрементів, особливо розташованих в термінальному відділі ГХ і в ампулі великого дуоденального сосочка, що у 437 (56%) пацієнтів було приводом для ПСТ за допомогою розробленого нами пристрою (АС 1106494).

Надзвичайно важливим і обов'язковим етапом кожної операції з приводу ХЛ являється контроль за повнотою видалення конкрементів. З цією метою проводимо ревізію ГХ балонним зондом, контрольну інтраопераційну холангіографію, інтраопераційне УЗД, а також фістулографію на 8-11 добу безпосередньо перед видаленням зовнішнього дренажа з жовчних протоків.

Усе різноманіття способів завершення холедохотомії принципово можна розділити на відновні і реконструктивні операції. При відновних зберігаються природні умови відтоку жовчі в дванадцятипалу кишку: глухий шов холедоха, шов холедоха у поєднанні з тимчасовим зовнішнім дренажуванням через КМП, трансдуоденальна ПСТ, тимчасове зовнішнє дренажування за допомогою Т-подібного дренажа, виконання ендохоледохеальних маніпуляцій і корекції стенозу ВДС без розтину ГХ з наступним тимчасовим зовнішнім дренажуванням через КМП.

В результаті реконструктивних втручань створюються нові умови відтоку жовчі в ДПК: накладання антирефлюксного супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза (СДХДА) (Патент №85986) з тимчасовим зовнішнім дренажуванням гепатикохоледоха через КМП, одно- або двоментне постійне подвійне внутрішнє дренажування.

Особливу увагу приділяли вибору хірургічної тактики у хворих з нерозширеним гепатикохоледохом. Так, у 31 хворого (34,8%) відмовилися від виконання холедохотомії, з них у 16 достатній просвіт КМП дозволив видалити конкременти петлею Дорміа з наступним контролем за повнотою літотомії і нормальною прохідністю ВДС. Операція завершена зовнішнім дренажуванням через КМП. У 9 з них конкременти були видалені через КМП, проте звуження папіли було приводом для ТДПСТ.

У 6 – із-за вузького просвіту КМП видалити камені через куксу не представлялося можливим, у них конкременти були видалені петлею Дорміа або балонним зондом через розітнуту папілу з трансдуоденального доступу.

У інших 58 пацієнтів з нерозширеним гепатикохоледохом камені були видалені через холедохотомний отвір. У 23 хворих холедохотомію завершили ушиванням стінки гепатикохоледоха однорядним швом в поєднанні з тимчасовим дрениванням через куксу міхурової протоки. У 26 спостереженнях при пору-

шенні прохідності папіли виконано ушивання стінки холедоха, ТДПСТ і зовнішнє дренивання через КМП. При супутньому холангіті операцію завершували тимчасовим дрениванням Т-подібним дренажем, а при порушенні прохідності папіли поряд з Т-подібним дрениванням проводили ТДПСТ. У 6 хворих зважаючи на високий операційний ризик був накладений антирефлюксний СДХДА, у 3 пацієнтів виконано постійне подвійне внутрішнє дренивання: ТДПСТ і антирефлюксний СДХДА.

Таким чином, з 89 хворих з нерозширеним

Таблиця 1.

Способи завершення холедохотомії в первинно оперованих хворих з різним ступенем розширення холедоха

Спосіб завершення холедохотомії	Розширення холедоха		Всього
	11-15	16 і більше	
Шов холедоха, дренивання через КМП	15 (8,7%)	6 (2,4%)	21(5,0%)
Шов холедоха, ТДПСТ, дренивання через КМП	74 (42,8%)	21 (8,6%)	95(22,7%)
Дренивання Т-подібним дренажем	15(8,7%)	6 (2,4%)	21(5,0%)
Дренивання Т-подібним дренажем, ТДПСТ	13 (7,4%)	12 (4,9%)	25(6,0%)
СДХДА, дренивання через КМП	28 (16,2%)	90 (36,6%)	118(28,2%)
Подвійне внутрішнє дренивання, дренивання через КМП	28 (16,2%)	110(45,1%)	138(33,1%)
Всього	173(41,4%)	245(58,6%)	418 (100%)
Відновні операції	117 (28%)	45 (10,8%)	162(38,8%)
Реконструктивні операції	56 (13,4%)	200(47,8%)	256(61,2%)

Таблиця 2.

Характер оперативних втручань в повторно оперованих хворих в залежності від ступеня розширення холедоха

Спосіб завершення холедохотомії	Розширення холедоха		Всього
	11-15	16 і більше	
Зовнішнє дренивання холедоха Т-подібним дренажем	16(23,9%)	-	16
ТДПСТ, зовнішнє дренивання холедоха Т-подібним дренажем	33 (49,25%)	-	33
ТДПСТ, шов холедоха, дренивання Т-подібним дренажем	18 (26,85%)	-	18
СДХДА	-	116 (56,3%)	116
Подвійне внутрішнє дренивання	-	90 (43,7%)	90
Всього	67(24,5%)	206(75,5%)	273(100%)
Відновні операції	67 (24,5%)	-	67(24,5%)
Реконструктивні операції	-	206(75,5%)	206(75,5%)

ГХ тільки у 10,1% виконані реконструктивні операції, спрямовані на створення нових умов відтоку жовчі, а у 89,9% вони носили відновний характер, у тому числі у 34,8% пацієнтів конкременти були видалені без розтину просвіту ГХ.

Хірургічне втручання у хворих з різною мірою розширення холедоха не відрізнялося від загальноприйнятого, причому у хворих з помірним розширенням ГХ (11-15 мм) перевагу надавали відновним операціям (26,6%), і тільки у 8,1% виконано реконструктивні втручання. При значному розширенні ГХ (більше 15 мм) реконструктивні втручання склали 58,75%, а відновні – тільки 6,5% (табл. 1, 2).

Безпосередні результати хірургічного лікування хворих з атипovими формами перебігу ХЛ і повторно оперованих хворих сприятливі. Різні післяопераційні ускладнення спостерігались у 15,1% хворих, серед них переважали післяопераційні панкреатит (у 13) і резидуальний ХЛ (у 5). З неспецифічних ускладнень найчастіше зустрічались легеневі (у 11). При повторних втручаннях ускладнення розвинулись у 4,1% хворих і носили неспецифічний характер.

Після операції померли 3 хворих (1,2%) з атипovими формами ХЛ: 2 – померло від тромбоемболії легеневої артерії, 1 пацієнт похилого віку від прогресування гепатоцелюлярної недостатності.

Віддалені результати прослідкували у 86,4% пацієнтів, від 3 до 15 років. Віддалені результати хірургічного лікування хворих з атипovими формами холедохолітазу і повторно оперованих цілком сприятливі: хороші у 83,9%, задовільні у 13,6%, незадовільні у 2,4%. Незадовільні результати були обумовлені в основному важкою супутньою патологією.

Таким чином, добрі результати хірургічного лікування свідчать про правильно вибрану хірургічну тактику у хворих з атипovими формами холедохолітазу.

Висновки

1. Атипovі форми холедохолітазу зустрічаються, за нашими даними, у 9,0% хворих на ЖКХ і 33,5% хворих холедохолітазом. Вони є основною причиною резидуального холедохолітазу.

2. Основне значення в діагностиці атипovого холедохолітазу має комплексне інстру-

ментальне дослідження. Найбільш інформативними методами діагностики є: до операції – УЗД та РХПГ, під час операції – інтраопераційні холангіографія і по показам УЗД.

3. За наявності конкрементів в нерозширеній загальній жовчній протоці найбільш виправдано видалення конкрементів під час операції без розтину просвіту гепатикохоледоха шляхом використання спеціальних зондів, що проводяться через куксу міхурної протоки або ретроградно через розітнуту папіллу під час операції.

4. При різній мірі розширення гепатикохоледоха, а також у повторно оперованих хворих видалення конкрементів слід поєднувати з виконанням різних видів постійного внутрішнього дренивання (антирефлюксий СДХДА, подвійне внутрішнє дренивання).

5. Віддалені результати хірургічного лікування хворих з атипovими формами перебігу холедохолітазу залежать від своєчасності виконання операції, а також правильного вибору способу оперативного втручання. Добрий результат отримано у 83,9%, задовільний – у 13,6% і незадовільний – у 2,4% оперованих.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ АТИПИЧНЫХ ФОРМАХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*В.В. Петрушенко, Т.А. Кадошук,
С.И. Андросов, И.В. Павлик, В.А. Рауцкис,
С.С. Стукан*

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с атипичным холедохолитиазом. За период с 1975 по 2010 гг. под нашим наблюдением находилось 7882 больных с желчнокаменной болезнью, из них в 2112 (26,8%) обнаружены конкременты гепатикохоледоха. В том числе, у 780 пациентов диагностировано атипичный холедохолитиаз. Основное значение в диагностике атипичного холедохолитиаза до операции представляем РХПГ, во время операции – интраоперационной холангиографии и УЗД. Вид хирургического пособия зависел от степени расширения холедоха: у больных с нерасширенным гепатикохоледохом в 10,1% выполнены реконструктивные, а в 89,9% восстановительные операции, в том числе у 34,8% пациентов конкременты были удалены без рассечения протока. У больных с умеренным расширением преимущество предоставляли восстановительным операциям (26,6%), в 8,1% выполнили реконструктивные вмешательства. При значительном расширении реконструктивные вмешательства выполнены 58,75%, а восстановительные – только 6,5% пациентов.

Ключевые слова: атипичный холедохолитиаз, реконструктивные и восстановительные операции.

ADVANCED DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF ATYPICAL CHOLEDOCHOLYTHIASIS

V.V. Petrusenko, T.A. Kadoschuk, S.I. Androsov, I.V. Pavlyk, V.A. Rauckis, S.S. Stukan

The purposes of investigation were improvement of results of treatment patients with atypical choledocholithiasis. We treated 7882 patients with gallstone disease from 1975 till 2010, in 2112 (26,8%) were choledocholithiasis. 780 patients had atypical choledocholithiasis. The most effective methods for diagnostic of atypical choledocholithiasis were: before surgery – retrograde cholangiopancreatography; during operation – intraoperative cholangiography and ultrasound investigation. Type of surgical approach depend from the stage of common bile duct dilation. Patients with normal size of choledoch in 10,1% had reconstructive and in 89,9% – restoration surgery, including 34,8% patients operated without choledochotomy. Patients with moderate dilation of choledoch in 26,6% had restoration surgery and in 8,1% – reconstructive; and patients with major dilation we did 58,75% reconstructive operations, only 6,5% patients from that group had restoration surgery.

Key words: atypical choledocholithiasis, reconstructive and restoration surgery.

ЛІТЕРАТУРА

1. Полулях И.Ф. Особенности дооперационной и интраоперационной диагностики атипичного холедохолитиаза / И.Ф. Полулях, С.М. Антонюк, В.В. Хацко и др. // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2008. – Т. 1, № 12. – С. 309-317.
2. Милонов О.Б. Диагностика и хирургическое лечение атипичных форм холедохолитиаза / О.Б. Милонов, Т.А. Кадошук, С.И. Андросов // Хирургия. – 1988. – № 5. – С. 69-76.
3. Кадошук Т.А. Хирургическая тактика при атипичных формах холедохолитиаза / Т.А. Кадошук, О.Е. Каниковский, С.И. Андросов, В.В. Петрушенко // Анналы хир. гепатологии. – 2006. – Т.11, №3. – С. 88.
4. Фомін П.Д. Про стан хірургічної допомоги населенню України за 2008 рік та перспективи її розвитку / П.Д. Фомін, В.В. Бойко, М.П. Брусніцина, В.К. Логачов // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2. – С. 9-17.
5. Rosing D.K. Cholangitis: analysis of admission prognostic indicators and outcomes / D.K. Rosing, C. De Virgilio, A.T. Nguyen [et al.] // Am. Surg. – 2007. – Vol. 73, № 10. – P. 949-954.
6. Lee J.G. Diagnosis and management of acute cholangitis / J.G. Lee // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2009. – Vol. 6, № 9. – P. 533-541.
7. Li V.K. Optimal timing of elective laparoscopic cholecystectomy after acute cholangitis and subsequent clearance of choledocholithiasis / V.K. Li, J.L. Yum, Y.P. Yeung // Am. J. Surg. – 2010. – № 4. – P. 20381787.

Стаття надійшла 28.02.2011