

© Петрушенко В. В., Пашинський Я.М., Собко В.С., Ткачук О.В.

УДК: 616.34-007.64: 616.36-008.51

Петрушенко В.В.¹, Пашинський Я.М.¹, Собко В.С.¹, Ткачук О.В.²

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра хірургії № 1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), КЗ КОР "Київська обласна клінічна лікарня" (вул. Баговутівська, 1, м. Київ, Україна, 04107)

УСКЛАДНЕННЯ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИВЕРТИКУЛАМИ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Резюме. Метою нашої роботи було покращення результатів лікування холедохолітазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки з використанням мініінвазивних хірургічних технологій, традиційних видів оперативних втручань. Проаналізовано результати лікування 145 хворих із механічною жовтяницею доброякісного генезу та дивертикулами дванадцятипалої кишки. Мініінвазивні транспапільярні втручання є альтернативою для лікування холедохолітазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки. Незважаючи на успішність лікування холедохолітазу у пацієнтів з парапапільярними дивертикулами вимагає оптимізації з метою зменшення кількості ускладнень.

Ключові слова: дивертикул дванадцятипалої кишки, механічна жовтяниця, холедохолітаз, папілосфінктеротомія.

Вступ

Дванадцятипала кишка - найбільш поширене місце локалізації дивертикулів після ободової кишки (25% усіх хворих з дивертикулами шлунково-кишкового тракту) [2]. Із розвитком ендоскопічних та рентгенологічних методів діагностики частота дуоденальних дивертикулів збільшилась і становить за даними різних авторів від 0,016 до 6% хворих, яким виконувалось рентген-контрастне дослідження шлунку та тонкої кишки [2]; від 9 до 25% серед хворих, яким виконана ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія; у 22-23% випадків - за результатами аутопсій. У жінок вони зустрічаються частіше, ніж у чоловіків, при чому у 30% спостережень ДДК у жінок бувають множинними. Більше 95% дивертикулів розвиваються з внутрішнього, або панкреатичного, боку дуоденальної підкови у низхідній, нижній горизонтальній та висхідній її частинах, 70% усіх дуоденальних дивертикулів займають юкстапапільярне розташування (не далі, ніж 2 см від великого дуоденального сосочка) [3].

У теперішній час актуальним залишається питання поєднання ДДК і холедохолітазу, особливо "складного". У 57% - 80% пацієнтів при цьому виявляють перипапіль-

ярні дивертикули. Сучасні ендоскопічні методи корекції холедохолітазу та його ускладнень дозволили покращити результати лікування: знизили рівень ускладнень та летальність у порівнянні з оперативними втручаннями [1]. Разом з тим, при наявності ДДК, в умовах змінених анатомічних взаємозв'язків органів панкреато-біліарної зони, проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) значно утруднене та виникає збільшений ризик розвитку ускладнень ендоскопічних оперативних втручань. Поширеність цієї патології, відсутність єдиного алгоритму лікування в умовах коморбідності, поява та впровадження у клінічну практику нових технологій лікування, - неповний перелік причин підвищеної уваги науковців до проблеми механічної жовтяниці в умовах дивертикулів дванадцятипалої кишки.

Мета - покращання результатів лікування холедохолітазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки з використанням мініінвазивних хірургічних технологій, традиційних видів оперативних втручань.

Матеріали та методи

Матеріалами нашого дослідження стали результати

лікування 145 хворих із механічною жовтяницею доброякісного ґенезу та дивертикулами дванадцятипалої кишки, пролікованих на базі кафедри хірургії №1 ВНМУ ім. М. І. Пирогова та обласній клінічній лікарні м. Києва протягом 2013-2015 років. Усі хворі розділені на 2 групи: в дослідну групу включено 60 (41,4%) хворих, яким проводилися транспапілярні втручання; 85 (58,6%) хворим виконувалися відкриті традиційні оперативні втручання, що і склали контрольну групу. Хворі обох груп мали вік від 40 до 75 років, серед пацієнтів було 40 (38%) чоловіків та 105 (62%) жінок. Хворих дослідної групи розділено на 2 підгрупи: 37 пацієнтів з перипапілярними дивертикулами та 23 пацієнта з парапапілярними.

Для підтвердження діагнозу використовувалися клініко-лабораторні методи дослідження, УЗД ОЧП, комп'ютерна томографія, інтраопераційна холангіографія.

Пацієнтам в контрольній групі було проведено відкриту холецистектомію (ХЕ) із холедоходуоденоанастомозом (ХДА). При виконанні ендоскопічних втручань у хворих дослідної групи виконувати ЕПСТ канюляційним методом. Папілотомний розріз при цьому здійснюється в межах стінки дивертикулу, паралельно повздожній складці при довжині розрізу не більше 10-15 мм. При юктапапілярних дивертикулах має місце здавлення, деформація та стенозування термінального відділу холедоха без зміни довжини інтрамурального відділу протоку. В таких випадках ЕПСТ проводилося в два етапи: спершу дозована папілотомія торцевим електродом, а потім - канюляційним методом виконується адекватна для літоекстракції папілосфінктеротомія.

Усім хворим перед проведенням ендоскопічних втручань проводилася премедикація, спрямована на седацію пацієнта, знеболення, зниження секреції підшлункової залози, а також зменшення перистальтики з метою створення адекватних умов для проведення операції: Діазепам 10мг внутрішньом'язово; Налбуфін 10-20 мг внутрішньом'язово; Октреотид 0,1мг підшкірно; Бутилскополамін 40 мг внутрішньовенно.

Результати. Обговорення

Серед пацієнтів контрольної групи ускладнення зареєстровано у 29 випадках (35%). У 12 пацієнтів (14,7%) виникли явища гострого панкреатиту, які були ліквідовані на 5-7 добу інтенсивної терапії. Дане ускладнення обумовлене близькістю анатомічних структур та створення вірсунготензії в умовах холедохолітазу. У 15 (17,4%) хворих зафіксовано післяопераційний холангіт, що вимагав призначення спазмолітичної та антибактеріальної терапії протягом 5 днів. Кровотеча виникла у 2 (2,9%) пацієнтів. Таких ускладнень, як неспроможність білідигестивних анастомозів та жовчний перитоніт, що вимагають виконання релапаротомії не зафіксовано (табл. 1). Тривалість проведених ліжко-днів у контрольній групі в середньому становить 14±2 дня.

Аналізуючи дані дослідної групи, було виявлено такі ускладнення: гострий панкреатит, кровотеча із папілотом-

Таблиця 1. Ускладнення при відкритих оперативних втручаннях.

Ускладнення	Ускладнення		p
	абс.	%	
Гострий панкреатит	12	14,7	<0,05
Кровотеча	2	2,9	<0,1
Холангіт	15	17,4	<0,05
Неспроможність білідигестивних анастомозів	0	0	<0,1
Жовчний перитоніт	0	0	<0,1
всього	29	35	<0,05

Примітки: p - рівень значущості, >0,1 - статистично достовірних відмінностей не виявлено; <0,1 - відмінності знайдені на рівні статистичної тенденції; <0,05 - знайдено статистично достовірні (значущі) відмінності; <0,01 - відмінності знайдені на високому рівні статистичної значущості; <0,001 - відмінності знайдені майже на абсолютному рівні статистичної значущості.

Таблиця 2. Ускладнення при транспапілярному втручанні.

Ускладнення	Перипапілярні		Парапапілярні		p
	абс.	%	абс.	%	
Гострий панкреатит	2	5,4	2	8,6	<0,05
кровотеча	1	2,7	0	0	<0,05
холангіт	0	0	0	0	<0,1
всього	3	8,1	2	8,6	<0,05
Успішні втручання	79%		100%		>0,05

Примітки: p - рівень значущості, >0,1 - статистично достовірних відмінностей не виявлено; <0,1 - відмінності знайдені на рівні статистичної тенденції; <0,05 - знайдено статистично достовірні (значущі) відмінності; <0,01 - відмінності знайдені на високому рівні статистичної значущості; <0,001 - відмінності знайдені майже на абсолютному рівні статистичної значущості.

ного розрізу. Гострий панкреатит спостерігався у 2 (5,4%) пацієнтів із наявними перипапілярними дивертикулами, тоді як при наявності парапапілярних цей показник становить 8,6%. В одному випадку (2,7%) транспапілярне втручання ускладнилося кровотечею із папілотомного розрізу. При парапапілярних досягнення успіху при ЕПСТ було 100%, а при перипапілярних - у 79% випадків (табл. 2). Тривалість лікування становила 5±2 доби.

Нижчий рівень успішних втручань у пацієнтів з перипапілярними дивертикулами обумовлений анатомічним розташуванням великого дуоденального сосочка (ВДС), відношенням жовчного та панкреатичного протоків до дивертикулу ДПК. Також однією з вагомих причин невдачі ендоскопічного втручання є дивертикуліти, які, протікаючи в більшості випадків латентно, супроводжуються перипроцесом, сприяючи розвитку стенозів термінального відділу холедоха, що ускладнює канюляцію ВДС.

При порівнянні загальної частоти ускладнень серед пацієнтів контрольної та дослідної групи відмічається

нижчий їх рівень при транспапілярному втручанні. Незважаючи на різний алгоритм лікування, як в контрольній, так і в дослідній групі ускладнення вимагали додаткової медикаментозної корекції. Менша тривалість лікування у дослідній групі в порівнянні з контрольною показує більшу економічну вигідність транс папілярних втручань.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Мініінвазивні транспапілярні втручання (ЕПСТ та різновиди) - альтернатива для лікування холедохолітіазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки.

2. Відкриті оперативні втручання економічно затратні, більш травматичні. Виконання останніх виправдане при невдачах ендоскопічного лікування чи ускладнених випадках.

3. Ендоскопічне лікування холедохолітіазу у пацієнтів з парапапілярними дивертикулами при дотриманні методологічних та технологічних рекомендацій, незважаючи на успішність, вимагає оптимізації з метою зменшення кількості ускладнень.

У перспективах подальших досліджень - оптимізація ендоскопічного лікування холедохолітіазу у пацієнтів з перипапілярними дивертикулами, зменшення показників ускладнень та їх стандартизація.

Список літератури

1. Диагностическая эффективность эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии при механической желтухе / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, М. Д. Семин [и др.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 1998. - Т. 2, № 3. - С. 51-55.
2. Pimparkar B. D. Diverticulosis of the small intestine / B. D. Pimparkar // Gastroenterology. [3rd ed.]; Ed. Bockus Henry L. - Philadelphia: WB SaundersCo, 1976. - P. 437-458.
3. Clinical analysis and literature review of massive duodenal diverticular bleeding / W.Y. Yin, H.T. Chen, S.M. Huang [et al.] // World J. Surg. - 2001. - Vol. 25. - P. 848-855.

Петрушенко В.В., Пашинский Я.Н., Собко В.С., Ткачук О.В.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДИВЕРТИКУЛАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Резюме. Целью нашего исследования было улучшения результатов лечения холедохолитиаза у пациентов с дивертикулами двенадцатиперстной кишки с использованием миниинвазивных хирургических технологий, традиционных видов оперативных вмешательств. Проанализировано результаты лечения 145 больных с механической желтухой доброкачественного генеза та дивертикулами двенадцатиперстной кишки. Мини инвазивные транспапілярные вмешательства - альтернатива лечения холедохолитиаза у пациентов с дивертикулами двенадцатиперстной кишки. Несмотря на успех, лечения холедохолитиаза у пациентов с парапапілярными дивертикулами требует оптимизации с целью уменьшения количества осложнений.

Ключевые слова: дивертикул двенадцатиперстной кишки, механическая желтуха, холедохолитиаз, папиллосфинктеротомия.

Petrushenko V., Pashinsky Y., Sobko V., Tkachuk O.

COMPLICATIONS OF TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS WITH DUODENAL DIVERTICULUM

Summary. The objective of our work was to improve the results of treatment for the choledocholithiasis in the patients with duodenal diverticulum using mini-invasive surgical technologies and traditional operations. We have taken and analyzed 145 cases of mechanical nonmalignant genesis jaundice and duodenal diverticulum. Mini-invasive transpapillary interventions are the alternative method of treatment for choledocholithiasis in the patients with duodenal diverticulum. Despite the success, the treatment of choledocholithiasis in the patients with parapapillary diverticulum requires the optimization to reduce the amount of complications.

Key words: duodenal diverticulum, obstructive jaundice, choledocholithiasis, papillosphincterotomy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шапринський В.О.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2015р.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.мед.н., проф., проректор з наукової роботи Вінницького національного університету імені М. І. Пирогова; +38 0432 35-32-16; science@vsmu.vinnica.ua

Пашинський Ярослав Миколайович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; pashinsky29@gmail.com

Собко Вадим Сергійович - асистент кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; sv_eskulap@bk.ru

Ткачук Ольга Володимирівна - лікар-інтерн хірургічного відділення КЗ КОР "Київської обласної клінічної лікарні", пошукач; olia-tkachuk@i.ua