

XOLESTOXOLEDOXOLITIAZIN DIAQNOSTİKASINA VƏ AZINVAZİV CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNƏ MÜASİR BAXIŞLAR

BAYRAMOV N.Y., ASLANOVA K.D., RZAYEV T.M.,
QƏHRƏMANLI Ş., RÜSTƏM Ə.M.

Azərbaycan Tibb Universitetinin I-cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

*Modern look at diagnostic and noninvasive Surgical Treatment of cholecystocholedocholithase
Bayramov NY, Aslanova KD, Rzaev TM, Gakhramanli S., Rustam A.M*

Summary: The study resulted in 81 patients with intact and inflammatory concretions common bile ducts by noninvasive surgical procedures. Two-stage endo/laparoscopic + LChE and 40 - single-stage laparocholedochoscopic surgeries were performed in 41 patients. ERCP was used only for the removal of stenosis and strictures in large stranded duodenal ulcer colon after the EPST. Eradication was made by 95.0% of the calendars (laparocholedochoscopic group), 87.8%. Other qualitative (the frequency and severity of complications requiring repeated surgical complications, the lack of need for repeated anesthesia and operations, also associated with endoscopic complications operations) and quantitative (time of operation, inpatient treatment time, financial costs) indicators were much better in the one-stage group.

Key words: cholecystocholedocholithiasis, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, laparoscopic cholecystectomy, choledochoscopy, choledochoscopic choledocholithotomy

Современные взгляды на диагностику и азинвазивное
хирургическое лечение холецистохоледохолитаза
Байрамов Н.Ю., Асланова К.Д., Рзаев Т.М., Гахраманли С., Рустам А.М.

Резюме: Исследование проводилось по результатам лечения 81 пациента с осложненными и интактными камнями общего желчного протока малоинвазивными хирургическими методами. У 41 пациента были выполнены двухэтапные эндо/лапароскопические+ЛХЭ и у 40 – одноэтапные лапарохоледохоскопические операции. ЭРПХГ использовался только для извлечения камней при стенозе и стриктурах большого сосочка двенадцатиперстной кишки после ЭПСТ. Эрадикация камней составила 87,8% против 95,0% (лапаро/холедохоскопическая группа). Другие качественные (частота и тяжесть осложнений, требующие повторные хирургические вмешательства, отсутствие необходимости в повторной анестезии и операции, также связанные с эндоскопическими операциями осложнения) и количественные (время операции, время стационарного лечения, финансовые расходы) показатели были намного лучше в одэтапной группе.

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, лапароскопическая холецистэктомия, холедохоскопия, холедохоскопическая холедохолитотомия.

Açar sözlər: xolesistoxoleдохolitiaz, endoskopik retrograd xolangipankreatikografiya, laparoskopik xolesistektomiya, xoleдохoskopiya, xoleдохoskopik xoleдохolitotomiya.

Giriş. İnkişaf etmiş ölkələrin yaşlı əhalisinin 10-15%-nin öd kisəsində daşlar olur [1, 2]. Konkret olaraq 60 yaşdan yuxarı hər 4, 70 yaşdan yuxarı hər 3 insandan birində öddəşi xəstəliyi müəyyən edilir [3, 4]. Rusiyada yaşlı əhalinin 21%-də öd kisəsi daşları rast gəlir [5]. Xolelitiazın çoxmərkəzli italyan tədqiqatları (MICOL) İtaliyanın 10 əyalətinin 30-69 yaşlı 33 min əhalisini əhatə etmiş, xolesistolitiazın ümumi tezliyi qadınlar arasında 18,8%, kişilər arasında 9,5% olmuşdur [6]. İnsan sağlamlığı və qidalanması üzrə 3-cü Milli tədqiqatın məlumatlarına görə ABŞ-da 20-74 yaşlı qadınların 14,2, kişilərin 6,3 milyonunda xolesistolitiaz müəyyən edilmişdir [7].

Öddəşi xəstəliyi xəstələrin təxminən yarısında kəskin və xroniki xolesistit, 10-15% hallarda mexaniki sarılıq, xoleдохolitiaz, kəskin pankreatit və s. kimi ağır patoloji vəziyyətlərlə ağırlaşır [8, 9]. Öddəşi xəstəliyinin ağırlaşmalarının diaqnostikası və müalicəsinə dair ən son tövsiyələr (Tokio -2007, SAGES – 2010, Tokio -2013, WSES – 2016, EASL -2016) belə bir çox mürəkkəb, ziddiyyətli məsələlərin həllini özündə ehtiva etmir [10-15].

Məqsəd. Xolesistoxoleдохolitiazın diaqnostikasının, tək- və ikimərhələlicərrahi müalicəsinin nəticələrinin öyrənilməsi.

Material və metodlar. Klinik tədqiqat 2013-2017-ci illərdə Azərbaycan Respublikası Dövlət Gömrük Komitəsinin Mərkəzi Gömrük Hospitalının cərrahiyyə və Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris Cərrahiyyə Klinikasının orqan transplantasiyası şöbələrində ümumi öd axarının ağırlaşmış və intakt daşlarına görə azinvaziv cərrahi müalicə olunmuş 81 xəstənin müalicəsinin nəticələri əsasında aparılmışdır. Xoleдохolitiazla ağırlaşmış öddəşi xəstəliyinə görə cərrahi əməliyyat olunmuş xəstələrin yaş göstəriciləri 1 sayılı cədvəldə təqdim edilmişdir.

Xoledoxolitiazla ağırlaşmış öddəsi xəstəliyinə görə cərrahi əməliyyat olunmuş xəstələrin yaş göstəriciləri

Xəstələrin yaş	Endo/laparoskopik (laparo/endoskopik) (n=41)		Laparoxoledoxoskopik (n=40)	
	Mütləq	%	Mütləq	%
≤ 20	2	4,9	1	2,5
21-40	9	21,95	12	30,0
41-60	18	43,9	15	37,5
61-70	8	19,5	7	17,5
>71	4	9,75	5	12,5
Ortalama yaş	57,45± 3,2		57,8± 3,55	
Cəmi	41	100	40	100

Tədqiqatın xarakterinə görə xəstələr 2 qrupa ayrılmışdır. I qrupa (endo/laparoskopik və ya laparo/endoskopik qrup) aid 40 xəstədə ERXPQ+EPST yolu ilə daşların çıxarılması, sonra laparoskopik xolesistektomiya (LXE) – 27, və əksinə (14 xəstə) əməliyyatlar, II qrupun (laparo/xoledoxoskopik qrup) xəstələrində (40) birmomentli əməliyyatlar (LXE, xoledoxoskopik xoledoxolitotomiya (XLT) və (və ya) yan yol əməliyyatları yerinə yetirilmişdir.

Statistik işləmələr. Kəmiyyət dəyişənləri Pearson-un χ^2 meyarı ilə analiz olunmuş, qruplararası müqayisə üçün Manna-Withni testi (U) istifadə edilmişdir. Orta kəmiyyətlərin müqayisəsi üçün Studentin t meyarı online kalkulyatorla, uğursuz nəticələrin və ağırlaşmaların risk amilləri isə reqression Cox metodu ilə hesablanmışdır. Statistik hesablamalar və təhlil SPSS Inc. Statistika proqramının 22.0 versiyası ilə aparılmışdır.

Öddəsi xəstəliyi və ya şübhə zamanı xəstələr protokol üzrə mərhələli müayinə olunmuş-lar. Müayinə prosesi 2 prinsip üzrə qurulmuşdur: öd kisəsində iltihab, daşlar və ağırlaşmaların təyini; xoledoxun vəziyyətinin qiymətləndirilməsi. İlk mərhələdə klinik, laborator (ALT, AST, γ -QT, QF, bilirubin, α -amilaza) və US müayinələrinin nəticələri qiymətləndirilmiş və xoledoxolitiazla şübhə əlamətlərinin axtarışına başlanılmışdır. II mərhələdə xoledox patologiyasına şübhə dərəcəsinə uyğun müayinə planı seçilmişdir. Yüksək şübhə olduqda (sarılıq, kəskin xolesistit, xolestaz, pankreatit və xolangitin klinik-laborator əlamətləri, USM-də genişlənmiş xoledox və (və ya) xoledoxdaxili exopozitiv kütlə) dəqiqləşdirici müayinə kimi maqnit-rezonans xolangioqrafiya (MR-XQ) aparılmışdır. Xoledoxolitiaz, xoledoxun distal hissəsinin və böyük duodenal məməciyin patologiyalarına (darlıq, striktura) yüksək şübhə (MR-XQ, endoskopik USM) diaqnostik-müalicəvi ERXPQ+EPST-yə göstəriş hesab edilmişdir. Orta şübhə hallarında (ALT, AST-nin artımı, xolestaz enzimləri və bilirubin normal göstəriciləri, USM-də normal diametrli xoledox) əməliyyatdaxili müayinə üsullarının (xolangioqrafiya (ƏdXQ) və (və ya) xoledoxoskopiya) icra ediləcəyi nəzərə alınaraq diaqnostika prosesi tamamlanmışdır. Anamnezdə və (və ya) hazırda sarılıq, pankreatit, kəskin xolesistit, xolangit əlamətləri və laborator dəyişikliklər olmayan xəstələrdə USM zamanı xoledox patologiyası aşkar edilməyən aşağı riskli xəstələrdə xoledox əməliyyatdaxili vizual dəyərləndirilmişdir. Əməliyyat vaxtı xoledoxun, kisə axarının genişlənməsi və kisədaxili kiçik daşlar (<3 mm) müəyyən edildikdə ƏdXQ aparılmışdır.

Xolesistoxoledoxolitiazda 2 növ cərrahi yanaşma olmuşdur:

➤ İkimərhələli endo/laparoskopik üsul 2 variantda yerinə yetirilmişdir: a) ERXPQ və EPST yolu ilə daşların çıxarılması, 2-3 gün sonra isə LXE; b) LXE (bu əməliyyat zamanı daş müəyyən edildikdə və ya xəstənin ümumi vəziyyəti əməliyyatın həcmi artırmağa imkan vermədikdə) və transsistik(transxoledoxeal) kateterin qoyulması, 2-3 gün - 1 həftə sonra ERXPQ və EPST yolu ilə daşların çıxarılması;

➤ Birmərhələli laparo/xoledoxoskopik yanaşma - öd kisəsinin axarı və xoledoxun disseksiyası, transsistik (xoledoxotomik) fibroxoledoxoskopiya (3 mm-, 3,8 mm-, 5 mm-lik), təzyiq altında su şırnağı ilə ümumi öd axarından daşların, palçıqabənər kütlələrininiki barmaq bağırsağa (OBB) qovulması, tutucular və basketlə qalmış daşların çıxarılması, pərcimlənmiş daşların mexaniki litotriptorla sındırılması, xaric edilməsi və (və ya) OBB-a itələnməsi, qaraciyərdən kənar öd yollarının ümumi xoledoxoskopik təftişi, şübhə zamanı ƏdXQ, daş(lar) aşkar edildikdə xoledoxoskop yardımı ilə çıxarılma, birincili xoledoxorafiya və ya T-drenaj qoyulması, əməliyyatın XE ilə tamamlanması.

Qaraciyərəlti (kiçik piylik kisəsidaxili) drenajı 1-2 gün sonra ifrazat xaric olunmadıqda və ya ödlü deyilsə çıxarılmışdır. T-drenaj qoyulmuş xəstələrə 1 və 2 həftə sonra kontrastlı XQ çəkilmiş, relikt daş(lar), distal striktur və öd sızıntısı olmadıqda, drenaj 1-2 gün müddətində bağlanmış, klinik əlamətlər baş vermədikdə o, çıxarılmışdır.

Nəticələr. Xolesistoxoledoxolitiazlı 57 xəstədə (70,4) xoledoxun daş(lar)ı əməliyyatını müayinələrə, xüsusilə MR-XQ, 15-də xəstələrdə əlavə olaraq və ya MR-XQ aparılmadan endoskopik USM ilə dəqiqləşdirilmiş, 36-da ERXPQ, 5-də isə kontrol ƏdXQ (XS) zamanı tapılmışdır. Xoledoxun genişlənməsi - 45 (52,3%), sarılıq - 31 (36,0%), biliar sancılar - 18 (20,9%) və kəskin xolesistit - 12 xəstədə (14,8%) müəyyən edilmişdir.

İkimərhələli endo/laparoskopik (laparo/endoskopik) və əksinə müdaxilə olan 27 xəstədə laparoskopiyadan əvvəl, 14-də isə LXE-dən sonra ERXPQ+EPST edilmişdir. Bu xəstələrdən 36-da (87,8%) daşlar təmizlənmiş, 4-də isə təkrar ERXPQ+EPST ilə xaric edilmişdir. Əməliyyat müddəti 35-120 dəq (orta hesabla $65,0 \pm 8,5$ dəq), yatış müddəti $3,55 \pm 1,7$ gün təşkil etmişdir.

Laparoxoledoxoskopik qrupda 37+1 xəstədə (95,0%) xoledoxoskopiya ilə daşlar aşkar edilmiş və çıxarılmışdır. Daşlar 23 xəstədə transsistik, 15-də isə xoledoxotomik yollaxaric edilmişdir. 5 xəstədə (10,9%) təkrar xoledoxoskopik təftişdən sonra daş şübhəsi olduğundan ƏdXQ icra edilmiş, onlardan 1-də daş aşkar edilmiş və xaric edilmişdir. 2 xəstədə palçıqabənzər kütlə xoledox yuyulmaqla təmizlənmişdir. 5 xəstədə (8,7%) daşların ekstrak-siyasından sonra xoledoxun keçiriciliyi yetərli olmadığına görə yan yol əməliyyatı (xoledoxoduodenoanastomoz qoyulması) yerinə yetirilmişdir. Əməliyyat müddəti 52-167 dəq (orta hesabla $104,5 \pm 12,9$ dəq), yatış müddəti $4,6 \pm 1,2$ gün təşkil etmişdir (cədvəl 2).

Cədvəl 2

Mühüm intra- və postoperasion göstəricilər

	ERXPQ+St və Lap XE n=41	Lap XE və xoledoxolitotomiya n=40
Daşların çıxarılması	87,8% (36/41)*	95,0% (37+1/40)*
Transsistik	-	23
Xoledoxotomik	-	15
Yan yol əməliyyatları	-	5
Əməliyyat müddəti (dəq)	$65,0 \pm 8,5$	$104,5 \pm 12,9$
Yatış müddəti (gün)	$3,55 \pm 1,7$ (LXE-siz)	$4,6 \pm 1,2$

* $p < 0,05$ - qruplararası müqayisədə statistik fərq etibarlıdır.

Endo/laparoskopik qrupda T92 Dindo təsnifatına görə (18) yüngül dərəcəli ağırlaşmalar (I və II dərəcəli) daha çox rast gəlməmişdir [16]. III dərəcəli ağırlaşmalar 5 xəstədə (12,2%) inkişaf etmişdir. Ümumilikdə 11 xəstədə (27,5%) 23 ağırlaşma (56,1%) qeyd edilmişdir. Pankreatitdə çox müşahidə olunmuşdur (5 xəstədə). 1 xəstədə ERXPQ zamanı OBB-in yatrogen travmatik perforasiyası, 3-də ERXPQ zamanı və az sonra qanaxma olmuşdur. Qanaxma hadisələri konservativ dayandırılmış, perforasiyaya görə laparotomiya (T-drenaj qoyulması, retroduodenumun drenajı) və relaparotomiya (pilorun təcrid edilməsi, qastroeyunostomiya, qarın boşluğunun sanasiyası və drenajı) əməliyyatları icra edilmişdir. Letal nəticə olmamışdır.

Laparoxoledoxoskopik qrupun 6 xəstəsində (13,0%) 11 ağırlaşma (27,5%) inkişaf etmişdir. Ağırlaşmaların hamısı I və II dərəcəli olmuş, konservativ üsullarla aradan qaldırılmışdır (cədvəl 2). Letal nəticə olmamışdır. IV və V dərəcəli ağırlaşmalar hər 2 qrupda rast gəlməmişdir.

Bütün xəstələrdə 1, 3, 6 və 12 ay sonra kontrol müayinələr (baxış, klinik-laborator, USM) aparılmışdır.

Beləliklə, öd kisəsi və xoledox daşlarında aparılan 2azinvaziv əməliyyat taktikasının müqayisəsi göstərir ki, birmərhələli LXE və xoledoxoskopik XLT ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi nöqtəyi-nəzərindən digər yanaşma taktikası ilə müqayisədə böyük üstünlüklərə malikdir.

Müzakirə. Xolesistoxoledoxolitiazın və ağırlaşmalarının geniş yayılmasına, diaqnostika-müalicə prosesində böyük uğurlar qazanılmasına baxmayaraq xəstəliyin diaqnostikası və müalicəsinə münasibətdə əhəmiyyətli ziddiyyətlər, mübahisəli məsələlər hələ də qalmaqdadır. 2007- və 2013-cü illərin Tokio tövsiyələrində (TG07 və TG13) KKKX-nin diaqnostikası üçün obyektiv parametrləri dəqiqləşdirmək üçün cəhdlər edilsə də [10, 11, 13] diaqnozun vahid meyarı kimi ultrasəs əlamətlərinin, həmçinin laborator testlərin diaqnostik dəyərliliyi barədə diskussiyalar davam edir. KKKX zamanı xarici öd axarlarında yanaşı mümkün daşların aşkar edilməsinin zəruriliyi və metodikası, yüksək cərrahi risk qrupuna aid xəstələrin çeşidi, müalicə variantlarının və müalicə taktikasının seçimi kimi böyük fikir ayrılıqları qalmaqdadır. Bu səbəblərə görə Ümumdünya təcili Cərrahiyyə Cəmiyyətinin (WSES) tövsiyələrinə görə USM zamanı ümumi öd axarında (ÜÖA) daşların vizualizasiyası diaqnozun formalaşdırılmasında əhəmiyyətli meyardır [14]. Lakin daşların mövcudluğunun dolayı US əlamətləri (ÜÖA-nın diamet-rinin genişlənməsi) KKKX-li xəstələrdə xoledoxolitiazın verifikasiyası üçün yetərli deyil və bu xəstələrdə diaqnos-tikanın davamı tələb olunur. Son illərdə USM-nin diaqnostik imkanları haqqında sanballı meta-analiz tədqiqatı aparılmışdır: müayinənin həssaslığı 0,73 (95% inam indeksi (İİ): 0,44-0,90), spesifikliyi 0,91 (95% İİ: 0,84-0,95) olmuşdur [17]. Boys et al. retrospektiv tədqiqatlarında KKKX-lə yanaşı xoledoxolitiaz olmayan və olan xəstələrdə USM zamanı ÜÖA-nın diametri müvafiq surətdə 5,8 və 7,1 mm ($P=0,004$) həddlərində ölçülmüşdür [18]. 10 mm-

dən çox diametr 39%, 9,9 mm-dən az diametr isə 14% hadisələrdə xoledoxolitiazla bağlı olmuşdur. Müəlliflərə görə diametrin dəyişiklikləri xoledoxolitiaz riski yüksək olan xəstələrin seçimində etibarlı meyar ola bilməz. Əsas biokimyəvi parametrlərin (ALT, AST, QQT, bilirubin) və USM-nin nəticələrinin birgə təhlili KKK-li xəstələrdə xoledoxolitiazın mövcudluğunun qiymətləndirilməsi baxımından mühümdür. KKK fonunda xoledoxolitiaz üçün mövcud əksər proqnostik şkalalar spesifik deyil və onların klinik praktikada istifadəsi şübhəli hesab edilir [19, 20]. Hətta eyni göstərici müəlliflər tərəfindən fərqli qiymətləndirilir. Hugrier et al. görə ÜÖA-nın diametrinin 12 mm-dən çox, kisədaxili daşların ölçülərinin 10 mm-dən az olması, yaşlı xəstə və qabarıq simptomatika xoledoxolitiaz ehtimalını artırır [21]; Barkun et al. görə 55-dən yuxarı yaş, bilirubin artmış miqdarı, genişlənmiş ÜÖA xoledoxolitiazın mühüm əlamətləridir [22]; Menezes görə - 55-dən yuxarı yaş, xəstənin kişi olması, qalxan xolangit, ÜÖA-nın genişlənməsi və qaraciyərin fermentativ aktivliyinin yüksəlməsi xoledoxolitiaz lehinə əsas əlamətlərdir [9]. Bir qədər fərqli fikirlər digər tədqiqatçıların (Soltan et al., Sarli et al., Sun et al. və b.) əsərlərində də əksini tapmışdır [23, 24]. Amerika Qasrointestinal Endoskopistlər Cəmiyyəti (ASGE) və Amerika Qasrointestinal Endoskopik Cərrahlar Cəmiyyəti (SAGES) dərc edilmiş klinik şkalaları ümumiləşdirərək xoledoxolitiazın inkişafının 3-səviyyəli bölgüsünü təklif etdilər: aşağı risk (bütün xəstələrin 50%-i) zamanı – xoledoxolitiazın diaqnostik axtarışı aparılmamalı, xəstələr cərrahi müalicə edilməlidir; mülayim riskli xəstələrdə 2-ci səviyyə müayinələrə başlanılmalıdır - əməliyyatı MR-XQ və ya endoskopik USM, yaxud əməliyyat vaxtı laparoskopik USM və ya laparoskopik XQ – bu taktika əməliyyat vaxtı və ya sonra ÜÖA daşlarının xaric edilməsi qərarının verilməsi üçün əsasdır; yüksək riskli xəstələrdə əməliyyatı diaqnostik və endoskopik retroqrad XQ (ERXPQ) aparılması tövsiyə olunur [25]. WSES bu tövsiyələrə əsaslanaraq xoledoxolitiaz riskinin stratifikasiyasını məsləhət görür. WSES görə KKK-li xəstələrdə xoledoxolitiazın diaqnostikası üçün ASGE və SAGES tövsiyələri ən əlverişli vəsaitdir. Lakin bu tövsiyələr əsasında diaqnostik axtarış (diaqnostik ERXPQ) zamanı yüksək riskli xəstələrin yalnız 50%-də xoledoxolitiaz aşkar edilir. Yəni, həmin xəstələrin digər yarısı invaziv, vaxt itkisi tələb edən bahalı və eksplorator müayinəyə məruz qalır, onların müəyyən hissəsində isə hətta endoskopik manipulyasiyaya bağlı ağırlaşmalar və təhlükəli hallar baş verir. Bu səbəbdən WSES həmin tövsiyələrə korrektələr etmişdir: yalnız xoledoxolitiazın USM əlamətləri və ümumi bilirubin səviyyəsi 4 mq/dl-dən çox olan xəstələr yüksək risk qrupuna aid edilmişdir və ancaq həmin xəstələrə diaqnostik və endoskopik retroqrad ERXPQ tövsiyə olunur. Ümumi bilirubin səviyyəsi 1,8-4 mq/dl olan xəstələr mülayim risk qrupuna aid edilir. Ona görə də bu qrup xəstələrdə müayinə prosesi MRT-XQ və endoskopik USM, yaxud intraoperasion laparoskopik USM və ya XQ ilə tamamlanmalıdır. Belə taktika ERXPQ-nin ağırlaşmalarından qaçmağa xidmət edir [14].

SAGES protokoluna görə ikimərhələli endo/laparoskopik (laparo/endoskopik) və birmomentli laparoxoledoxoskopik üsullar bir-birinə yaxın effektiv nəticələrə malikdirlər. Maddi-texniki təchizat səviyyəsi və klinik təcrübədən asılı olaraq bu üsullar ilk seçim müalicəsi kimi tətbiq edilə bilər [25]. EASL (2016) protokoluna görə ikimərhələli endo/laparoskopik yanaşma ilk seçimdir, birmərhələli laparoxoledoxoskopik üsul isə ikimərhələli üsul uğursuz nəticələndikdə tətbiq edilməlidir [15]. ABŞ alimlərinin bəzi tədqiqatlarının nəticələrinə görə xəstələrin 5%-də [26, 27], digərlərinə görə isə 52%-də açıq yanaşma tətbiq edilir [15]. Avropa-Afrika sorğusuna görə birmərhələli laparoxoledoxoskopik yanaşma 12% xəstələrdə istifadə edilməkdədir (28). ABŞ tədqiqatçılarına görə 1998-2016-cı illər ərzində ikimərhələli azinvaziv yanaşmanın tərəfdarları artmaqda, laparoxoledoxoskopik və açıq üsulların tərəfdarları isə azalmağa davam edir [1]. Bizim tədqiqatda isə WSES tövsiyələrinə və EASL protokoluna skeptik yanaşılmış, ERXPQ hətta yüksək risk qrupuna aid xəstələrdə belə ucdantutma aparılmamışdır. Belə ki, ERXPQ tərəfindən yalnız müalicəvi məqsədlə, əvvəlki pillə müayinələrində (fistuloqrafiya, MRT-xolangioqrafiya, endoskopik USM) xoledoxun terminal hissəsinin və Vater məməciyinin xoşxassəli üzvi darlığı (stenozu, strikturu) müəyyən edilmiş xəstələrdə və artıq LXE olunmuş, lakin bu və digər səbəblərdən xoledoxun eksplorasiyası aparılmayan xəstələrdə (I qrup) yerinə yetirilmişdir. Nəticədə endo/laparoskopik qrupun 36 xəstəsində (87,8%) daşların endoskopik eradikasiyası mümkün olmuşdur.

Azsayılı populyasiyada birmərhələli laparo/xoledoxoskopik müalicə taktikasının təhlükəsizliyi və effektivliyi qismən öyrənilmişdir [29] və ədəbiyyat məlumatlarına görə öd axarlarının daşlarının təmizlənməsi 85-97,3%, ağırlaşmaların tezliyi 3,7-33%, ümumi letallıq 0,3-0,8% hədlərindədir [30, 31]. Bizim tədqiqatda bu göstəricilər müvafiq olaraq 95,0%, 13,0% və 0% (laparo/xoledoxoskopik qrupda) təşkil etmişdir.

Əksər tədqiqatlarda, o cümlədən randomizə olunmuş, metanaliz və kohort çalışmalarında birmomentli laparoxoledoxoskopik əməliyyatların və ikimərhələli endo/laparoskopik (laparo/endoskopik) əməliyyatların nəticələri bir-birinə yaxın olmuşdur. Ən son randomizə olunmuş tədqiqatların birində [32] birmərhələli əməliyyatın ağırlaşmaları endo/laparoskopik və ya əksinə əməliyyatlarla müqayisə edilmişdir: 4,7%-ə qarşı 13,3%; uğurlu daşçıxarma tezliyi 97%-ə qarşı 93%. Bizim göstəricilərin yüksəkliyi (13,0%-ə qarşı 27,5%, 95,0%-ə qarşı 87,8%) Dindo T92 təsnifatı əsasında çox rast gəlin I və II dərəcəli ağırlaşmaların nəzərə alınması ilə əlaqədardır. Belə ki, əksər tədqiqatlarda çox rast gəlin klassik ağırlaşmaların böyük hissəsi əməliyyatdan sonrakı dövrün təbii gedişi kimi qiymətləndirilir. Digər 2 metanaliz çalışmalarında isə bu 2 tip əməliyyatların nəticələrinin müqayisəsi zamanı daşçıxarma, ağırlaşma, letallıq, əməliyyat müddəti və xəstəxanada qalma müddəti kimi parametrlər üzrə

ciddi fərqlər olmamış, lakin birmomentli əməliyyatlarda təkrar anesteziya və təkrar əməliyyatın aparılmaması müsbət məqam hesab edilmişdir [33, 34].

Miniinvaziv əməliyyatların müalicə xərcləri qeyri-dövlət xəstəxanalarının (Dövlət Gömrük Komitəsinin MKH və Azərbaycan Tibb Universitetinin TCK) 2016-cı il mühasibat sənədləri əsasında hesablanmışdır. İkimərhələli əməliyyatların ümumi maliyyə xərcləri 2300-2750 manat (orta hesabla $2355,20 \pm 49,50$ manat), laparoxoledoxoskopik qrupda isə 1100-1590 manat (orta hesabla $1250,85 \pm 24,0$ manat) təşkil etmişdir.

Beləliklə, bizim tədqiqatın nəticələrinə görə ağrışmamış və ağrışmış (KKX, mexaniki sarılıq, pankreatit, xolangit, öd sancısı və s.) xoledoxolitiaz zamanı birmərhələli laparo/xoledoxoskopik taktikanın seçilməsi vaxt itkisinin qarşısını almaq və maliyyə xərclərini azaltmaq, xüsusilə ERXPQ ilə bağlı ağrışmalardan uzaqlaşmaq baxımından məqsədəuyğundur. Son tövsiyələrindən fərqli olaraq artıq əməliyyat (açıq və ya laparoskopik XE) keçirmiş xəstələrdə, relikt daşlar müəyyən edildikdə, həmçinin xoledoxun distal və Vater məməciyinin xoşxassəli darlıqlarında ÜÖA daşlarının ERXPQ yolu ilə çıxarılması daha məqbuldur. Yəni, bizim tədqiqatlara görə əməliyyatönu və ya sonrası diaqnostik (müalicəvi) ERXPQ tövsiyə olunan yüksək riskli xəstələr qrupuna aid xəstələrdə həmin müayinə (müalicə üsulu) intraoperasion diaqnostik və daşçıxarıcı xoledoxoskopiya ilə müvəffəqiyyətlə əvəzlənə bilər.

Nəticələr:

1. İkimərhələli əməliyyat qrupu ilə müqayisədə birmərhələli laparo/xoledoxoskopik qrupun xəstələrində daşların eradikasiyası tezliyi yüksəkliyi seçilmişdir: 87,8% (endo/laparoskopik qrup) qarşı 95,0%.

2. Endo/laparoskopik qrupla müqayisədə birmərhələli laparo/xoledoxoskopik qrupdaxıl müalicənin kəmiyyət (əməliyyat müddəti, stasionar müalicə müddəti, maliyyə xərcləri) və keyfiyyət göstəriciləri (ağrışmaların tezliyi və ağırlıq dərəcəsi, təkrar cərrahi müdaxilə tələb etmə səviyyəsi, təkrar anesteziya zərurəti və risklərinin olmaması, endoskopik əməliyyatın ağrışmalarının və risklərinin olmaması) üstün olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT:

1. Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? //Curr Gastroenterol Rep. 2005;7:132-40.
2. Bayramov N.Y. Öd yollarının cərrahi xəstəlikləri. Bakı. Qismət. 2003. – 320 s.
3. De Mestral C, Rotstein OD, Laupacis A, Hoch JS, Zagorski B, Nathens AB. A population-based analysis of the clinical course of 10,304 patients with acute cholecystitis, discharged without cholecystectomy. J Trauma Acute Care Surg. 2013;74(1):26-30. discussion 30-1.
4. Ko CW, Lee SP. Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease//Gastrointest Endosc. 2002;56(6):S165-9.
5. Пауткин Ю.Ф. Хирургия желчных путей /Ю.Ф. Пауткин, А.Е. Климов. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство». 2007. – 368 с., Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: в 2 т. /Редкол.: А.Е. Борисов (гл. ред.) и др. – СПб: Скифия. – 2003. – Т. 2: Заболевания желчевыводящей системы /А. Е. Борисов и др. – 2003. – 560 с.
6. Attili AF, Carulli N, Roda E, Barbara B, Capocaccia L, Menotti A, et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (M.I.COL.) //Am J Epidemiol. 1995;141(2):158.
7. Everhart JE, Khare M, Hill M, Maurer KR. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States //Gastroenterology. 1999;117(3):632.
8. Strasberg SM. Acute calculous cholecystitis //N Engl J Med. 2008;358:2804-11.
9. Menezes N, Marson LP, debeaux AC, Muir IM, Auld CD. Prospective analysis of a scoring system to predict choledocholithiasis//Br J Surg. 2000;87(9):1176-81.
10. Miura F, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Wada K, Hirota M, et al. Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines//J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14:27-34.
11. Lee S-W, Yang S-S, Chang C-S, Yeh H-J. Impact of the Tokyo guidelines on the management of patients with acute calculous cholecystitis//J Gastroenterol Hepatol. 2009;24: 1857-61.
12. Wayne D. Overby, Keith N. Apeltgren, William Richardson, Robert Fanelli. SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery //Surg Endosc (2010) 24:2368–2386
13. Yokoe M, Takada T, Strasberg S, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis //Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013;20: 35-46.

14. Ansaloni L., Pisano M., Coccolini F. et al. WSES guidelines on acute calculous cholecystitis //World J Emerg Surg 2016;11:25, DOI 10.1186/s13017-016-0082-5.
15. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones//J Hepatol (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2016.03.005>
16. Dindo D., Demartines N., Clavien P-A. Classification of Surgical Complications. A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey //Annals of Surgery. Vol. 240. No 2. August 2004.-205-13
17. Gui L., Liu Y., Qin J., Zheng L., Huang YJ., He Y., et al. Laparoendosc Adv Surg Tech A. Laparoscopic Common Bile Duct Exploration Versus Open Approach in Cirrhotic Patients with Choledocholithiasis: A Retrospective Study//J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2016 Dec; 26(12):972-977. Epub 2016 Aug 10.
18. Boys JA, Doorly MG, Zehetner J, Dhanireddy KK, Senagore AJ. Can ultrasound common bile duct diameter predict common bile duct stones in the setting of acute cholecystitis? //Am J Surg. 2014;207:432.
19. Lui D Cao F., Liu J., Xu D., Wang Y., Li F. Risk factors for bile leakage after primary closure following laparoscopic common bile duct exploration: a retrospective cohort study//BMC Surg. 2017 Jan.5;17(1):1.
20. Hua J., Meng H., Yao L., Gong J., Xu B., Yang T., Sun W., et al. Five hundred consecutive laparoscopic common bile duct explorations: 5-year experience at a single institution// Surg Endosc. 2016 Dec 30.
21. Huguier M, Bornet P, Charpak Y, Houry S, Chastang C. Selective contraindications based on multivariate analysis for operative cholangiography in biliary lithiasis//Surg Gynecol Obstet. 1991;172(6):470-4.
22. Barkun AN, Barkun JS, Fried GM, Ghitulescu G, Steinmetz O, Pham C, et al. Useful predictors of bile duct stones in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy //Ann Surg. 1994;220:32-9.
23. Soltan HM, Kow L, Toouli J. A simple scoring system for predicting bile duct stones in patients with cholelithiasis //J Gastrointest Surg. 2001;5(4):434-7.
24. Sun XD, Cai XY, Li JD, Cai XJ, Mu YP, Wu JM. Prospective study of scoring system in selective intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy //World J Gastroenterol. 2003;9(4):865-7.
25. ASGE Standards of Practice Committee, Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis//Gastrointest Endosc. 2010;71(1):1-9. 10.1016/j.gie.2009.09.041.
26. Du JW., Jin JH., Hu WX., Wang ZX., Zhao HP. Comparison of three surgical patterns for cholecysto-cholecystocholedocholithiasis. // Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2017 Jan.24;97(4):276-279.
27. Wandling MW., Hungness ES., Pavey ES., Stulberg JJ., Schwab B., Yang AD, et al. Nationwide Assessment of Trends in Choledocholithiasis Management in the United States From 198 to 2013//JAMA Surg. 2016 Dec 1;151(12):1125-1130.
28. Vannijvel M., Lesurtel M., Bouckaert W., Houben B., Knol J., Vangertruyden G. et al. A survey of European-African surgeons management of common bile duct stones. HPB (Oxford). 2016 Dec;18(12):959-964.
29. Bayramov N.Y., Qədirova A.S. Xolesisto-xoledoxolitiazın müalicəsində müasir istiqamətlər //Cərrahiyyə, 2011, No 2, 46-9
30. Feng Q., Huang Y., Wang K., Yuan R., Xiong X., Wu L. Laparoscopic Transcystic Common bile Duct Exploration: Advantages over Laparoscopic Choledochotomy. PLoS Choledochotomy. PLoS One. 2016 Sep 26;11(9).
31. Quaresima S., Balla A., Guerrieri M., Gampagnacci R., Lezoche E., Paganini AM. A 23 year experience with laparoscopic common bile duct exploration. HPB (Oxford) //2017 Jan;19(1):29-35.
32. Barreras Gonzales JE., Torres Pena R., Ruiz Torres J., Martinez Alfonso MA., Brizuela Quintanilla R., Morera Perez M. Endoscopic versus laparoscopic treatment for choledocholithiasis: a prospective randomized controlled trial// Endosc IntOpen. 2016 Nov;4(11):E1188-E1193.
33. Prasson P., Bai X., Zhang Q., Liang T. One-stage laproendoscopic procedure versus two-stage procedure in the management for gallstone disease and biliary duct calculi: a systemic review and meta-analysis// Surg Endosc. 2016 Aug;30(8):3582-90.
34. Zhu HY., Xu M., Shen HJ., Yang C., Li F., Li KW. et al. A meta-analysis of single-stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones//Clim Res Hepatol Gastroenterol. 2015 Oct;39(5):584-93.

Rəyçi: Akad. M.A. Topçubaşov adına ECM-nin professoru:

t.e.d. M.M. Məmmədov

Redaksiyaya 13.03.2018-ci il tarixində daxil olmuşdur.