

УДК 616.367-089.28-06:616.36-002.15



О. Є. Каніковський, О. І. Бондарчук, Я. В. Карий,
Ю. В. Бабійчук, І. В. Павлик, Д. О. Каніковський

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

ВИБІР СПОСОБУ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Мета роботи — вивчити ефективність відкритих і малоінвазивних способів біліарної декомпресії при механічній жовтяниці (МЖ) у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. У період з 2002 до 2013 р. у хірургічній клініці було проліковано 73 хворих на МЖ. Вік хворих — від 70 до 89 років. Двоетапну хірургічну тактику при МЖ застосовано у 39 (53,4 %) випадках. У 34 (46,6 %) хворих проведено одноетапні оперативні втручання.

Результати та обговорення. У 39 (53,4 %) хворих з рівнем білірубіну понад 100 мкмоль/л, з тривалістю МЖ понад 14 днів і серцево-легеневою недостатністю III стадії проводили двоетапні втручання. Ускладнення спостерігали у 3 (7,7 %) хворих. Летальних випадків не було. У 34 (46,6 %) хворих з рівнем білірубіну нижче за 100 мкмоль/л, з тривалістю МЖ не більше 14 днів, компенсованою або субкомпенсованою супутньою патологією, а також за відсутності гнійного холангіту виконували одноетапні втручання. Ускладнення діагностовано у 6 (17,6 %) випадках. Помер 1 (2,9 %) хворий.

Висновки. Застосування малоінвазивних способів біліарної декомпресії при МЖ у хворих похилого і старечого віку дає змогу знизити частоту післяопераційних ускладнень удвічі. Двоетапна хірургічна тактика при МЖ у хворих цієї вікової категорії є пріоритетною.

■

Ключові слова: механічна жовтяниця, лапароскопічна і відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

В останні десятиріччя спостерігається збільшення кількості хворих на механічну жовтяницю (МЖ) через зростання поширеності жовчнокам'яної хвороби [2, 6]. Однією з найскладніших проблем сучасної біліарної хірургії залишається вибір оптимальної хірургічної тактики у хворих на МЖ [4, 5]. Відсутність чіткої тактики лікування хворих на МЖ різного генезу є причиною високих показників післяопераційних ускладнень (15—60 %) і летальності (15—30 %) [1, 3].

Мета роботи — вивчити ефективність відкритих і малоінвазивних способів біліарної декомпресії при механічній жовтяниці у хворих похилого та старечого віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У період з 2002 до 2013 р. у хірургічній клініці проліковано 73 хворих на МЖ. Вік хворих — від 70 до 89 років. Найбільше хворих належали до вікової

групи 70—79 років (43 особи). Жінок було 45 (61,6 %), чоловіків — 28 (38,4 %). Анамнез захворювання — від 3 днів до 6 міс.

Причиною МЖ були: холедохолітіаз — у 37 (50,7 %) хворих, синдром Міріззі — у 5 (6,8 %), стриктура загальної жовчної протоки (ЗЖП) — у 4 (5,5 %), стенозувальний папіліт — у 6 (8,2 %), резидуальний холедохолітіаз — у 6 (8,2 %), хронічний індуративний панкреатит — у 3 (4,1 %), рак головки підшлункової залози — у 8 (10,9 %), рак гепатикохоледоха — в 1 (1,4 %), рак великого сосочка (ВС) дванадцятипалої кишки (ДПК) — у 2 (2,7 %), виразка ДПК, що пенетрує в гепатодуоденальну зв'язку, — в 1 (1,4 %) хворого.

Супутню патологію діагностовано в усіх хворих: ішемічна хвороба серця — у 28 (38,4 %), гіпертонічна хвороба — у 20 (27,4 %), хронічні обструктивні захворювання легень — у 18 (24,7 %), дисциркуляторна атеросклеротична енцефалопатія —

у 13 (17,8%), цукровий діабет — у 10 (13,7%), пептична виразка шлунка і ДПК — у 5 (6,8%), варикозна хвороба та хронічний тромбофлебіт нижніх кінцівок — у 22 (30,1%), облітерувальний атеросклероз судин нижніх кінцівок — у 19 (26,0%). У 62 (84,9%) хворих спостерігали поєднання супутньої патології.

Для діагностики МЖ застосовували загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. Лабораторні методи обстеження: загальний аналіз крові, аналіз білірубину крові, активності трансаміназ, лужної фосфатази, осадові проби печінки, аналіз холестерину, коагулограму, аналіз сечі на жовчні пігменти. Ранньою ознакою розвитку МЖ було підвищення рівня лужної фосфатази та поява жовчних пігментів у сечі. У хворих з тривалою біліарною гіпертензією спостерігали підвищення рівня непрямого білірубину, холестерину, трансаміназ, осадових проб. До індикаторів холестази відносили: підвищення рівня прямого білірубину, холестерину, лужної фосфатази.

Основними методами для діагностики МЖ були інструментальні: ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ), інтраопераційна холангіографія (ІОХГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), фіброгастроуденоскопія (ФГДС). МРТ здійснювали на комп'ютерних томографах Somatom-CR.

У всіх хворих на МЖ проводили ФГДС за допомогою фіброгастроуденоскопа Pentax-290V. Оцінювали форму, розміри ВС ДПК, а також характер і кількість жовчі, яка виділяється. ФГДС давала змогу провести диференційну діагностику МЖ між вклининим конкрементом термінального відділу ЗЖП та патологією ВС ДПК, а також визначитися з можливістю подальшого виконання ЕРПХГ.

Скринінг-методом діагностики патології жовчних проток було трансабдомінальне УЗД, яке проводили в усіх хворих. Ехографічне дослідження гепатодуоденальної ділянки виконували на діагностичному апараті Lodgic-500 Pro Series GE з датчиками частотою 2,5—5,5 МГц. За допомогою УЗД виявляли розширення жовчних проток (діаметр ЗЖП понад 10 мм свідчив про наявність біліарної гіпертензії). Візуалізація у ЗЖП ехопозитивного утворення означала наявність конкрементів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За допомогою УЗД діагностовано причину МЖ у 48 (65,7%) хворих.

Проведення ФГДС дало змогу виявити рак ВС ДПК у 2 (2,7%) хворих та пенетруючу виразку ДПК — в 1 (1,4%).

Для прямого контрастування жовчних проток застосовано ЕРПХГ у 38 (52,0%) випадках. Для контрастування жовчних проток використовували 30% водорозчинний контраст об'ємом 20—40 мл та 5—10 мл для контрастування головної протоки підшлункової залози. Холедохолітиаз діагностовано у

27 (36,9%) хворих, стенозувальний папіліт — у 6 (8,2%), резидуальний холедохолітиаз — у 5 (6,8%) хворих. Виконання ЕРПХГ було неможливим за наявності конкременту в ампулі ВС ДПК у 2 (2,7%) випадках, парафатеріального дивертикулу — у 3 (4,1%), раку ВС ДПК — у 2 (2,7%), стану після резекції шлунка за Більрот-ІІ — у 2 (2,7%).

ІОХГ проведено 20 (27,4%) хворим. Для цього вводили 10—20 мл 30% водорозчинного контрасту в жовчні протоки через куксу міхурової протоки у 10 (13,7%) та через холедохотомний отвір у 6 (8,2%) випадках під час відкритої холецистектомії (ВХЕ). При виконанні лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) ІОХГ здійснили шляхом катеризації міхурової протоки у 4 (5,5%) хворих. За допомогою ІОХГ діагностовано холедохолітиаз у 11 (18,7%) випадках, синдром Міріззі — у 5 (6,8%), стриктуру ЗЖП — у 4 (5,5%) і рак гепатикохоледоха — в 1 (1,4%).

МРТ для діагностики холелітіазу проводили у разі неможливості виконання ЕРПХГ (у 7 (9,6%) хворих) та при патології підшлункової залози (в 11 (15,1%) хворих: рак головки підшлункової залози — у 8 (11,0%) і хронічний індуративний панкреатит — у 3 (4,1%)).

У 39 (53,4%) хворих з рівнем білірубину понад 100 мкмоль/л, з тривалістю МЖ понад 14 днів і серцево-легеневою недостатністю ІІІ стадії проводили двохетапні оперативні втручання. На першому етапі здійснено ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) у 33 (45,2%) хворих з холедохолітиазом. Після ЕПСТ із ЗЖП виділялися конкременти діаметром від 3 до 5 мм. При розмірі конкрементів 10—12 мм в 12 (16,4%) випадках провели механічну літотрипсію і видалили фрагментовані конкременти корзинкою Дорміа. У 6 (8,2%) хворих стенозувальний папіліт також ліквідовано шляхом ЕПСТ. Через наявність МЖ проводили повторні дозовані ЕПСТ, оскільки швидка ліквідація МЖ призводила до прогресування печінкової недостатності. За наявності гнійного холангіту в 10 (13,7%) випадках виконано ЕПСТ та назобіліарне дренивання, яке давало змогу проводити етапну декомпресію і санацію жовчних протоків. Після ліквідації МЖ та явищ гнійного холангіту (в середньому — через 10—14 днів) проводили ЛХЕ.

Ускладнення після 39 двохетапних оперативних втручань спостерігали в 3 (7,7%) випадках: у вигляді гострого панкреатиту — в 2 (5,1%) і кровотечі з ВС ДПК — в 1 (2,6%). Летальних наслідків не було.

У 34 (46,6%) хворих з рівнем білірубину нижче за 100 мкмоль/л, з тривалістю МЖ не більше 14 днів, компенсованою або субкомпенсованою супутньою патологією, а також за відсутності гнійного холангіту виконували одноетапні оперативні втручання. У 4 (5,5%) хворих з холедохолітиазом проведено ЛХЕ і літоекстракцію через куксу міхурової протоки зондом Фогарті. При синдромі Міріззі І типу у 2 (2,7%) випадках проведено ЛХЕ

та зовнішнє дренажування ЗЖП за Еббом. У 2 (2,7 %) хворих на рак ВС ДПК здійснено ендобіліарне стентування. Довжину стента підбирали за результатами попередньої ЕРПХГ, діаметр — 7 Fr. ЕПСТ у післяопераційний період проведено у 6 (8,2 %) хворих за наявності резидуального холедохолітіазу, в решті випадків виконано відкриті оперативні втручання на жовчних протоках. ВХЕ з гепатикоєюностомією на виключеній петлі тонкої кишки за Ру проведено у 16 (21,9 %) хворих: у 4 (5,5 %) зі стриктурою ЗЖП, у 3 (4,1 %) із синдромом Мірізі ІІ типу, у 8 (10,9 %) з раком головки підшлункової залози та в 1 (1,4 %) з раком гепатикохоледоха. При хронічному індуративному панкреатиті у 3 (4,1 %) хворих сформовано холедоходуоденоанастомоз за розробленою антирефлюксною методикою. В 1 (1,4 %) хворого з виразкою ДПК, що пенетрує у гепатодуоденальну зв'язку, здійснено резекцію шлунка за Більрот-ІІ.

Ускладнення після 34 одноетапних оперативних втручань спостерігали у 6 (17,6 %) випадках:

неспроможність кукси міхурової протоки — в 1 (2,9 %), жовчепідтікання із ЗЖП — у 2 (5,9 %), неспроможність білідигестивного анастомозу — у 2 (5,9 %), нагноєння післяопераційної рани — в 1 (2,9 %). Помер 1 (2,9 %) хворий з МЖ, причиною смерті був широкий інфаркт міокарда.

ВИСНОВКИ

Застосування малоінвазивних способів біліарної декомпресії при механічній жовтяниці у хворих похилого і старечого віку дає змогу знизити частоту післяопераційних ускладнень удвічі.

Двохетапна хірургічна тактика при механічній жовтяниці у хворих цієї вікової категорії — пріоритетна.

Одноетапну корекцію доцільно використовувати при гіпербілірубінемії нижче за 100 мкмоль/л, тривалості механічної жовтяниці не більше 14 днів, наявності компенсованої або субкомпенсованої супутньої патології, а також за відсутності гнійного холангіту.

Література

1. Балалыкин А. С., Гвоздик В. В., Звягинцев В. Эндоскопическая диагностика и лечение доброкачественных новообразований большого дуоденального сосочка // Матер. третьего междунар. хирургического конгр. «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России». — М., 2007. — С. 145.
2. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар, 2006. — 558 с.
3. Кондратенко П. Г., Васильев А. А., Элин А. Ф. Экстренная

хирургия желчных путей: Руководство для врачей. — Донецк, 2005. — 434 с.

4. Ничитайло М. Е., Грубник В. В., Ковальчук А. Л. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. — К.: Здоров'я, 2005. — 424 с.
5. Шалимов С. А., Осинский Д. С., Черный В. А. Рак поджелудочной железы. Современное состояние проблемы. — К.: Основа, 2007. — 313 с.
6. Schirmer B. D., Winters K. L., Edlich R. F. Cholelithiasis and cholecystitis // J. Long Term Eff. Med. Implants. — 2005. — Vol. 15. — P. 329—338.

**О. Е. Каниковський, О. И. Бондарчук, Я. В. Карый,
Ю. В. Бабийчук, И. В. Павлик, Д. О. Каниковський**

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

ВЫБОР МЕТОДА БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Цель работы — изучить эффективность открытых и малоинвазивных методов билиарной декомпрессии при механической желтухе (МЖ) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2013 г. в хирургической клинике пролечено 73 больных с МЖ. Возраст больных — от 70 до 89 лет. Двухэтапную хирургическую тактику при МЖ применили в 39 (53,4 %) случаях. У 34 (46,6 %) больных выполнены одноэтапные оперативные вмешательства.

Результаты и обсуждение. У 39 (53,4 %) больных с уровнем билирубина более 100 мкмоль/л, с длительностью МЖ более 14 дней и сердечно-легочной недостаточностью III стадии проводили двухэтапные вмешательства. Осложнения отмечены у 3 (7,7 %) больных. Летальных случаев не было. У 34 (46,6 %) больных с уровнем билирубина менее 100 мкмоль/л, с длительностью МЖ не более 14 дней, компенсированной или субкомпенсированной сопутствующей патологией, а также при отсутствии гнойного холангита выполняли одноэтапные вмешательства. Осложнения диагностированы в 6 (17,6 %) случаях. Умер 1 (2,9 %) больной.

Выводы. Применение малоинвазивных методов билиарной декомпрессии при МЖ у больных пожилого и старческого возраста позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 2 раза. Двухэтапная хирургическая тактика при МЖ для больных данной возрастной категории является приоритетной.

Ключевые слова: механическая желтуха, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папилло-сфинктеротомия.

**O. E. Kanikovskiy, O. I. Bondarchuk, Ya. V. Karyi,
Yu. V. Babiychuk, I. V. Pavlyk, D. O. Kanikovskiy**
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

METHODS OF BILIARY DECOMPRESSION IN ELDERLY PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE

The aim — to examine the biliary decompression open and mini-invasive methods effectiveness in obstructive jaundice in elderly patients.

Materials and methods. From 2002 to 2013, 73 patients with obstructive jaundice were treated in the surgical clinic. The age of patients ranged from 70 to 89 years. Two-stage surgical tactics were used in 39 (53.4 %) cases, in 34 (46.6 %) — one-stage surgery.

Results and discussion. In 39 (53.4 %) patients with bilirubin level more than 100 $\mu\text{mol/l}$, jaundice durations more than 14 days and cardiopulmonary insufficiency III were used two-stage surgical intervention. Complications were in 3 (7.7 %) patients. Mortality were not. In 34 (46.6 %) patients with bilirubin level lower than 100 $\mu\text{mol/l}$, jaundice duration not exceeded 14 days, compensated comorbidity and in the absence of suppurative cholangitis one-stage surgery was performed. Complications were diagnosed in six (17.6 %) cases, mortality were one (2.9 %).

Conclusions. The use of mini-invasive methods of biliary decompression in elderly patients reduces the postoperative complications incidence in two times. Two-stage surgical tactics in obstructive jaundice in this age group of patients are priority.

Key words: obstructive jaundice, laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.