



М. Ю. Ничитайло,
А. І. Годлевський,
С. І. Саволюк

УДОСКОНАЛЕННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ НЕПУХЛИННОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Національний інститут
хірургії та трансплантології
АМН України, м. Київ

Вінницький національний
медичний університет
імені М. І. Пирогова

© М. Ю. Ничитайло,
А. І. Годлевський, С. І. Саволюк

Резюме. Здійснюється аналіз результатів хірургічного лікування 496 хворих з ускладненими непухлинними обтураційними жовтяницями залежно від обраної тактики біліарної декомпресії та періопераційного лікування. Доводиться ефективність розробленої програми лікування та профілактики післяопераційних ускладнень через прогнозування ризику їх виникнення шляхом спостереження маркерів із підрахунком опрацьованих діагностичних індексів та системи оптимізованої оцінки тяжкості стану хворого.

Ключові слова: *непухлинна обтураційна жовтяниця, прогнозування післяопераційних ускладнень, програма превентивного лікування та профілактики, оцінка тяжкості стану, вибір тактики лікування.*

Вступ

Покращення результатів хірургічного лікування ускладнених непухлинних обтураційних жовтяниць (НПОЖ) лежить у площині об'єктивного прогнозування наслідків хірургічної корекції та розвитку ускладнень із розробкою адекватних принципів тактики та періопераційного консервативного супроводу [1]. Оцінка ефективності лікувальної тактики в ранньому післяопераційному періоді здійснюється за розвитком гнійно-септичних ускладнень (ГСУ) та печінкової недостатності (ПН), прогресування якої залежить від вихідної тяжкості стану та неоднозначного впливу методів біліарної декомпресії на функціональний стан печінки [6], особливо в групі високого операційно-анестезіологічного ризику, ускладнених та критичних НПОЖ [2, 3]. Віддалені післяопераційні наслідки оцінюються за критеріями якості життя, що пов'язані із впливом обраного методу оперативної корекції на функціональний стан гепатобіліарної системи [5]. Тому обґрунтування принципів лікувальної тактики, що включає вибір якісного складу медикаментозної терапії для профілактики розвитку прогнозованих ускладнень та оптимального методу біліарної декомпресії на основі визначення його післяопераційного впливу на вихідний стан функції печінки, є пріоритетним напрямком підвищення ефективності лікування НПОЖ [4].

Мета дослідження: оцінка ефективності оптимізованої хірургічної тактики та періопераційного лікування ускладнених НПОЖ шляхом прогнозування розвитку ускладнень на основі об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого та спостереження прогностично значущих метаболічних маркерів.

Матеріали та методи

Аналізуються результати хірургічного лікування 496 хворих із НПОЖ, оперованих у клініці кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І. Пирогова за 2000—2010 рр. Середній вік хворих становив $61,7 \pm 0,61$ року; жінок було 309 (62,3 %) ($62,4 \pm 0,79$

року, чоловіків — 187(37,7 %) ($60,6 \pm 0,96$) року. Гострий холецистит (ГХ) констатовано в 148(29 %) хворих. Середній вік $63,6 \pm 0,95$ року, жінок — 84(56,8 %) ($63,8 \pm 1,31$) року, чоловіків — 64(43,2 %) ($63,5 \pm 1,38$) року: флегмонозний ГХ — в 123 (83,1 %), гангренозний — у 25(16,9 %) випадків. У 13,5 % (20) пацієнтів спостерігався перитоніт: обмежений — у 7,4 % (11), дифузний та загальний — в 6,1 % (9). Поєднання з холангітом визначено в 104 (70,3 %) випадків, середній вік хворих $63,3 \pm 1,17$ року, жінок — 55 (52,9 %) ($63,0 \pm 1,76$) року, чоловіків — 49 (47,1 %) ($63,7 \pm 1,50$) року. Причини НПОЖ: холедохолітиаз 95,3 % (141) випадків, його поєднання зі стриктурами — в 4,7 % (7): за Bismuth I — 2,7%(4), Bismuth II — 2%(3). Сформовано контрольну (70) та основну (78) групи. Тяжкий стан відзначено в 24 % (35) хворих; критична НПОЖ — в 38 % (56); субкомпенсована ПН — в 35 % (52), декомпенсована — в 12 % (18). Супровідна патологія спостерігалася в 78 % (115) хворих: 1—42 % (62), 2—19 % (28), 3—14 % (21).

Із діагнозом «хронічний холецистит» в аналіз включено 300 (59 %) випадків НПОЖ, середній вік хворих $60,5 \pm 0,84$ року, жінок — 196 (65,3 %) ($61,1 \pm 1,04$), чоловіків — 104 (34,7 %) ($59,2 \pm 1,4$). Причини НПОЖ: холедохолітиаз — в 88,3 % (265) випадків, його поєднання із тубулярним стенозом холедоха — в 15 (5 %): Bismuth I — 10 (3,3 %), Bismuth II — 5 (1,7 %), зі стриктурами — 15(5 %): Bismuth I — 8 (2,7 %), Bismuth II — 6 (2 %), Bismuth III — 1 (0,3 %) та стенозуючим папілітом — 5 (1,7 %). Холангіт спостерігався в 138(46 %) випадків, середній вік хворих — $61,9 \pm 1,33$, жінок 88 (63,8 %) ($63,3 \pm 1,68$), чоловіків — 50 (36,2 %) ($59,4 \pm 2,2$). Тяжкий стан — в 28 %(84) випадків; критична НПОЖ — в 42 %(126); субкомпенсована ПН — в 38 %(114), декомпенсована — в 15 %(45). Супровідна патологія була в 82 % (246) випадків: 1 — в 48 % (144), 2 — 21 %(63), 3 — 17 %(51). Відповідно до тактики біліарної декомпресії створено контрольну групу (187) хворих, в якій застосова-



но одномоментну традиційну корекцію: зовнішнє дренавання (113), білідигестивні анастомози (54) та їх комбінацію (20); основну групу (113) хворих з етапною тактикою малоінвазивної ліквідації НПОЖ: мікрохолецистостомія (17), ЕПСТ (76) з холедохолітоекстракцією та назобіліарним дренаванням, лапароскопічна холецистектомія, холедохолітотомія та зовнішнє дренавання (20).

У 48 (9,4%) хворих прояви ПХЕС у вигляді резидуального холедохолітазу були причиною НПОЖ у 32 (66,6%) випадків, його поєднання зі стриктурами — в 9 (18,8%) (Bismuth I — 1 (2,1%), Bismuth II — 6 (12,6%), Bismuth III — 2 (4,2%)), із стенозуючим папілітом — в 5 (10,4%) та стеноз холедоходуоденоанастомозу — в 2 (4,2%). Середній вік хворих — $66,7 \pm 2,73$ року, жінок — 29 (60,4%) ($68,2 \pm 2,61$), чоловіків — 19 (39,6%) ($64,2 \pm 2,73$). Прояви холангіту були в 24 (50%) випадках, середній вік $66,0 \pm 3,02$, жінок 16 (66,7%) ($67,2 \pm 4,23$), чоловіків — 8 (33,3%) ($63,6 \pm 3,42$). Тяжкий стан у 32% (15) випадків; критична НПОЖ — у 42% (20); субкомпенсована ПН — у 40% (19), декомпенсована — у 18% (9). Супровідна патологія — у 80% (38) випадків: 1 — 46% (22), 2 — 18% (9), 3 — 15% (7). Залежно від виду декомпресії створено контрольну групу (22) хворих, декомпресія в якій здійснена білідигестивними анастомозами, та основну (26) хворих зі зовнішньою (20 — відкрита холедохостомія (6), ЕПСТ (14)) та комбінованою (6).

Протягом перед- та післяопераційного лікування оцінювали системне запалення, ендотоксемію, функцію печінки, антиоксидантний дисбаланс, показники імунітету з мультифакторіальним аналізом бази даних та побудовою прогностичної нейронної моделі з елементами нечіткої логіки для визначення прогностично значущих предикторів виникнення ускладнень залежно від тактики (одномоментна, етапна) та методів декомпресії (традиційна та малотравматична зовнішня (мікрохолецистостомія, холангіостомія), внутрішня — гепатико- (ГДА), холедоходуодено- (ХДА) та гепатико- (ГСА) холедохоеюноанастомози (ХСА), комбінована та ендоскопічна (ЕПСТ, стентування, дилатація).

Результати досліджень та їх обговорення

Обробка даних дозволила визначити предиктори з найбільшою прогностичною значущістю для оцінки ризику виникнення післяопераційних ускладнень: 4 маркери системного запалення (фібриноген, інтерлейкіни 1, 6, 10), 3 ендотоксемії (ефективна концентрація альбуміну, гліколізований гемоглобін, сорбційна здатність еритроцитів), 5 — функціонального стану гепатоцитів (сироватковий білок, альбумін, загальний білірубін, його пряма фракція, орнітилкарбомойлтрансфераза), 4 — антиоксидантного дисбалансу (каталаза, церулоплазмін, малоновий діальдегід, трансферин), 1 — вуглеводного (глікемія) та 2 — ліпідного обміну (ліпопротеїни низької, високої щільності),

2 — імунітету (IgA, імунорегуляторний індекс) з їх адаптацією в індекси (спосіб діагностики стану імунологічної реактивності (№40500 10.04.09 Годлевський А.І., Саволук С.І.), функціонального стану печінки та оцінки ефективності методів консервативної корекції (№42319 25.06.09, №42911 27.07.09, №42991 23.03.09), ступеня ендотоксикозу ((№42910 27.07.09, №42993 27.07.09), печінкової дисфункції (№42992 27.07.09) та системних змін гомеостазу (№43766 25.08.09)) і розробити оригінальну шкалу об'єктивної індивідуалізованої передопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень, згідно з якою оцінка тяжкості визначалася сумою балів за анамнестичним (вік, стать, тривалість холестаза, перенесені оперативні втручання на біліарній системі), клінічним (гіпертермія, ступінь декомпенсації соматичної патології, діурез) та лабораторно-інструментальним блоком (лейкоцитоз, прямий та загальний білірубін, сироватковий білок, альбумін, його ефективна концентрація, фібриноген, протромбінний індекс, глікемія, гліколізований гемоглобін; УЗД-критерії ГХ, біліарної гіпертензії), що дозволило стандартизувати хворих у групи низького (12—19 балів), середнього (20—35), високого (36—42) та надвисокого (43 і вище) ризиків виникнення ускладнень і, таким чином, визначити обсяг та склад перед- та післяопераційного лікування з оцінкою їх ефективності, оптимальний за обсягом вид оперативної корекції та необхідність етапного виконання, враховуючи впливи методів декомпресії на постдекомпресійну функцію печінки з акцентами консервативного лікування. Саме тому в основних групах лікування здійснювалося в режимі етапної метаболічної протекції печінки на основі інтраорганного та внутрішньотканевого електрофорезу (№21603 15.03.2007 (мексидол)) та локальної магнітотерапії (№21604 15.03.2007 (мексидол), №32563 26.05.2008 (тіоцетам, лізин-есцинат), №40204 25.03.09 (мексикор (кверцетин)), №42164 25.06.09 (метамакс), №42165 25.06.09 (тивортин) та їх комбінації для посилення лімфодренажно-детоксикаційної функції (магнія сульфат), із корекцією портосистемної гемодинаміки (№31837 25.04.2008) та кисневого режиму гепатоцитів (інтрапортальна медикаментозна (латрен), озонперфузія), ентєральної недостатності (гастроентероколоносанация сорбентами та озонованими розчинами (№32564 26.05.2008), вегетативна блокада), диференційована імунокорекція (№40158 25.03.09), еферентна детоксикація. Особливе значення в лікуванні поєднаних ускладнень (ДКХ, холангіт) приділяється профілактиці ГСУ, що обтяжують перебіг постдекомпресійного періоду, зумовлюючи незадовільні результати лікування, шляхом регіонарного лікувального впливу та створення локальних медикаментозних депо: здійснення щадної дозованої декомпресії, інтрабіліарної санації та перфузії (озонованих антибіотиків, антисептиків, сорбентів) та інтрабілі-



арного електрофорезу через 2-просвітні дренажі зі вмонтованими активними мікроелектродами, які застосовуються для дренивання підпечінкового простору та медикаментозного електрофорезу. Регіонарний вплив реалізується на тлі системної антибактерійної терапії, ефективність якої посилюється ліпосомальним транспортом та спрямованим накопиченням в депо (печінка, біліарна система) за рахунок інфузії лецитину «Ліпін».

Високі значення предикторів післяопераційних ускладнень в контрольній групі після традиційної зовнішньої декомпресії обґрунтувало необхідність застосування в подальшому щадну дозовану декомпресію в основній групі, що реалізовано в дренажі для одночасної дозованої декомпресії, ендобіліарної медикаментозної перфузії та інтраорганного електрофорезу. Застосування біліодигестивних анастомозів супроводжується повільною декомпресією через стадію запалення, проте також характеризується доволі повільною їх динамікою з різницею цих значень, порівнюючи показники після ХДА та ГСА і ХСА. Зменшення негативного впливу на ентеральну та печінкову дисфункцію дозволяє досягти комбінація дозованої зовнішньої та внутрішньої декомпресії, особливо при перитоніті. Виконання малотравма-

тичної та ендоскопічної декомпресії супроводжувалося мінімальним підвищенням та позитивною динамікою предикторів із різницею показників після сфінктерозберігаючих втручань.

Висновки

Традиційні одномоментні втручання супроводжуються значним зростанням та повільною динамікою предикторів ускладнень, що зумовлює незадовільні наслідки лікування, особливо в групі з критичними та ускладненими НПОЖ, хворих похилого віку із супровідною патологією. При застосуванні малоінвазивної дозованої декомпресії відбувається мінімальна активація предикторів, що зумовлює доцільність етапної тактики у хворих із високим операційно-анестезіологічним ризиком, де на 1 етапі виконується декомпресія з інтенсивною стабілізуючою терапією для підготовки до 2 етапу радикальної ліквідації обструкції на тлі суттєвого зниження ризику ускладнень, що дозволило зменшити кількість ГСУ на 11,7%, збільшити частку відтермінованих втручань на тлі подовження передопераційного терміну та зменшення післяопераційної реабілітації та летальності в 3,2 разу від 6,4 до 2%, а при критичних формах на 7,2% — від 12 до 4,8%.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бойко В.В.* Рентгенэндоскопические методы в диагностике и лечении больных с билиарной непроходимостью / В.В. Бойко, И.А. Тарабан, И.А. Дрозд // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 4.1(36). — С.142—143.
2. *Буренко Г.В.* Ендобіліарна декомпресія біліарної системи як метод вибору профілактики органної та поліорганної дисфункції у вікових хворих з токсико-септичним біліарним синдромом / Г.В. Буренко, Ю.О. Супрун, М.М. Стець // Український журнал хірургії. — 2009. — № 4. — С. 22 — 23.
3. *Дзюбановський І.Я.* Роль ендоскопічних транспапілярних втручань в лікуванні холецистохоледохолітіазу у хворих з високим операційним ризиком / І.Я. Дзюбановський, О.Я. Савчук // Шпитальна хірургія. — 2009. — № 3. — С. 60 — 62.
4. *Кондратенко П.Г.* Летальность при остром холангите: факторный анализ и пути снижения риска фатального исхода / П.Г. Кондратенко, Ю.А. Царульков, В.Г. Гурьянов // Український журнал хірургії. — 2009. — № 5. — С. 115 — 120.
5. *Сипливий В.А.* Оценка методов восстановления желчеоттока при холедохолитиазе с позиций качества жизни пациентов / В.А. Сипливый, А.В. Береснев, Е.А. Шаповалов // Клінічна хірургія. — 2007. — № 2 — 3. — С. 81—82.
6. *Хилько С.С.* Оценка эффективности методов печени при холестазах механической природы / С.С. Хилько, В.Н. Старосек, А.К. Влахов // Клінічна хірургія. — 2005. — № 10. — С. 16—18.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ НЕОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

*М. Ю. Ничитайло,
А. И. Годлевский, С. И. Саволук*

Резюме. Проводится анализ результатов комплексного лечения 496 больных с осложненными неопухолевыми обтурационными желтухами в зависимости от выбора тактики билиарной декомпресии и периоперационного лечения. Доказывается эффективность предложенной программы лечения и профилактики послеоперационных осложнений на основании прогнозирования риска их возникновения путем динамического наблюдения маркеров с подсчетом разработанных диагностических индексов и системы оптимизированной оценки тяжести состояния больного.

Ключевые слова: неопухолевая обтурационная желтуха, прогнозирование послеоперационных осложнений, программа превентивного лечения и профилактики, оценка тяжести состояния, выбор тактики лечения.



IMPROVEMENT OF
SURGICAL TACTIC AND
COMPLEX TREATMENT OF
COMPLICATION FORMS WITH
NONCANCER OBSTRUCTIVE
JAUNDICE

*M. Yu. Nychytailo,
A. I. Goglevsky, S. I. Savoljuk*

Summary. Dedicated to analyze of result of surgical treatment of 496 patients with complicated forms of noncancer obstructive jaundice to depend on elected of tactics of biliary decompression and perioperative treatment. In way of made investigation proved high effectiveness elaboration program of treatment and prophylaxis of postoperative complications on the basis of forecasting of risk of their occurrence by means of observation separated markers and estimation of adapted diagnostic index and optimization evaluation of weight state in patients.

Key words: *noncancer obstructive jaundice, prognosis of postoperative complications, program of preventions treatment and prophylaxis, estimation of evaluation of weight state, choice of tactic in treatment.*