

І. Я. Дзюбановський,
О. І. Дзюбановський,
І. І. Смачило, М. М. Галей

Тернопільський державний
медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського

© Колектив авторів

НЕВІДКЛАНІ МІНІІНВАЗИНИ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ

Резюме. Проведено лікування 177 хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу. Жовтяничний синдром був ліквідований з допомогою одно- і двоетапного ендоскопічного малоінвазивного операційного втручання 125 пацієнтам. Решту хворим проведено традиційне формування білідигестивних співусть. Порівнявши використані малоінвазивні ендоскопічні методики лікування в багатьох випадках дозволило уникнути операцій з лапаротомного доступу, тим самим суттєво знизити тривалість та підвищило якість лікування пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці.

Ключові слова: білідигестивні співустья, малоінвазивні ендоскопічні методики, обтураційна жовтуха.

Вступ

Механічна жовтяниця — одне з найпоширеніших захворювань органів травлення. За даними ВООЗ, від 10 до 15 % дорослого населення всієї планети страждають на це захворювання [1, 2, 5, 7, 8]. Тільки в США виконується близько 600 тис. операцій в рік, а витрати на лікування цього складають більше 5 млрд доларів. Багато вчених відзначають тенденцію зростання поширеності цього захворювання і зростання його серед молодого населення [2, 5, 6]. Одною з найчастіших причин механічної жовтяниці є холедохолітаз. При первинному зверненні до діагностичних і лікувальних установ у 10-14 % пацієнтів діагностуються конкременти в жовчних протоках [2, 3]. У більшості випадків причиною холедохолітазу є конкременти жовчного міхура, що мігрують в загальну жовчну протоку. Конкременти з жовчного міхура, потрапляючи в холедох, збільшуються в розмірах за рахунок відкладення жовчного пігменту [4, 6] і призводять до обтурації її просвіту з подальшим розвитком механічної жовтяниці та її ускладнень.

Матеріали та методи досліджень

Проведено хірургічне лікування 177 пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці на ґрунті холедохолітазу.

Таблиця 1

Форми перебігу холедохолітазу

Форми перебігу холедохолітазу	Абсолютне число	Відсотки
Жовтянична	140	79,1
Безжовтянична	10	5,65
Ремітуюча	17	9,60
Безсимптомна (латентна)	10	5,65
Всього	177	100

Жовтянична форма холедохолітазу на ґрунті калькульозного холециститу характеризувалась розширенням загального жовчного про-

току (за даними УЗД) і гіпербілірубінемією. Безжовтянична форма — калькульозний холецистит з помірною гіпербілірубінемією, без жовчної гіпертензії. Безсимптомна (латентна) форма — тільки ознаки холедохолітазу на УЗД з помірним підвищенням рівня ферментів крові. Ремітуюча характеризувалась чергуванням жовтяничного періоду з клінікою ремісії.

Обстежено 177 пацієнтів із ОЖ, яка обумовлена холедохолітазом. У віці 20–59 років — 91 хворий (51,4 %), 60–74 роки — 86 (48,6 %). У строки до 1 тижня з появи жовтяниці поступило 54,3 % пацієнтів, до двох тижнів — 36,7 %, до трьох тижнів — 9,0 %. Чоловіків було 37 %, жінок — 63 %.

Для діагностики причин ОЖ виконували ультрасонографію з визначенням ехоцильності печінкової тканини та стінок печінкових протоків, ендоскопічну ретроградну холедохопанкреатографію (ЕРХПГ), фіброгастроудеоскопію, ендоскопічну сонографію, комп'ютерну томографію. Лапароскопічні операції проводили на лапароскопічному обладнанні фірм «Olimpus» (Японія) та «Карл Шторц» (Німеччина).

З метою діагностики функціонального стану печінки нами вивчено рівень загального білірубіну за допомогою набору реактивів для визначення загального та прямого білірубіну в сироватці крові за методом Ендрашика (Recommendation on a Uniform Bilirubin Standard, 1962). Ферментативний спектр охоплював визначення активності аланінамінотрансферази (АЛАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ) за допомогою набору реактивів за методом Райтмана—Френкеля (S. Reitman, S. Frankel, 1957). Лужну фосфатазу (ЛФ) визначали за допомогою набору реактивів за методом, який запропонован J. Kind (J. Kind, 1954). Рівень маркера пошкодження печінки liver fatty acids proteins (L-FABP) визначали за допомогою



набору реактивів фірми Nu Cult biotechnology (Голландія, 2004). Клас операційно-анестезіологічного ризику визначали за шкалою Detsky-Larsen-Goldman (1995).

На першому етапі діагностики проводили рентгенологічний метод обстеження – ЕРХПГ, який точно визначає характер обструкції жовчних протоків та дозволяє провести диференційну діагностику з іншими захворюваннями біліарної системи. Даний метод крім високої (100 %) чутливості у діагностиці також дає можливість проводити лікувальні маніпуляції на жовчних протоках – ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) та ендоскопічну екстракцію конкрементів (ЕЕК). Всім хворим проводили базисне комплексне консервативне лікування, що включало інфузійну антибактеріальну терапію за стандартними схемами ведення. Як правило, усунення холестазу мініінвазивними методами проводили в першу добу після госпіталізації. Другим етапом виконували лапароскопічну холецистектомію.

Результати досліджень та їх обговорення

Аналіз результатів дослідження дозволив нам обґрунтувати критерії вибору хірургічної тактики й удосконалити алгоритм використання малоінвазивних методів операційного лікування за умов поліморбідності та з урахуванням оцінки ступеня тяжкості жовтяниці, класу операційно-анестезіологічного ризику (ОАР) і терміновості операційних втручань. Малоінвазивні ендоскопічні операційні втручання виконано у 125 (70,6 %) хворих. При цьому у 18 (14,4 %) вони були заключними. У 96 (76,8 %) пацієнтів операційні втручання були превентивними, як перший етап з наступним виконанням лапароскопічної холецистектомії, а у 11 (8,8 %) – як перший етап з наступним виконанням відкритих (з лапаротомного доступу) радикальних операційних втручань у зв'язку з протипоказами, чи техніч-

ними труднощами виконання малоінвазивних операційних втручань. Решту пацієнтам 52 (29,4 %) проводили традиційні операційні втручання з літекстракцією та формуванням біліо-дегистивного співустья. Серед яких у 5 (9,6 %) хворих проводили двохетапне операційне втручання, першим етапом у яких була черезшкірна-черезпечінкова холангіостомія під контролем УЗД з наступним формуванням білідигестивного анастомозу на другому етапі. Решту пацієнтам 47 (90,4 %) проводили традиційне одноетапне операційне втручання з літоекстракцією та формуванням холедоходуоанастомозу у 40 (85,1 %) пацієнтів, та холедохо-еюнального співустья на виключення петлі за Ру у 7 (14,9 %) пацієнтів.

Післяопераційні ускладнення відмічались у 5-ти хворих, із них з класичним лапаротомним виконанням у трьох пацієнтів, а при мініінвазивному виконанні у двох.

З них: гнійних холангіт – 1, гостра серцево-судинна недостатність – 2, післяопераційна пневмонія – 1, гострий панкреатит – 1.

Рівень післяопераційної летальності у 177 хворих з обтураційною жовтяницею складав 1,4 %. Причиною смерті хворих була гостра серцево-судинна недостатність.

Висновки

1. Запропонований лікувальний алгоритм у хворих на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу дозволяє отримувати хороші результати через низький рівень післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності.

2. Використання малоінвазивних ендоскопічних методів обстеження та лікування в багатьох випадках дозволяє уникнути операцій з лапаротомного доступу, тим самим суттєво знизити тривалість та підвищити якість лікування пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці не пухлинного генезу.

Таблиця 2

Типи операційних втручань	Ступінь жовтяниці	Клас ОАР	Термін операції	Абс. число	%
Відкриті одноетапні лапаротомні операції					
ХЕ + др-ння холедоха (внутрішнє)	легкий, середній	I-II	Екстрена	40	22,59
Відкриті двохетапні лапаротомні операції					
ЧХС під УЗД контролем – 1 ХЕ + др-ння холедоха (внутрішнє) – 2	середній, тяжкий	IV	екстрена + планова	7	3,95
Мінінвазивні одноетапні операції					
ЕРПХГ, ЕПСТ, НБД+ ендопротезування холедоха;	середній, тяжкий	IV	Екстрена	14	7,90
ЕРПХГ+ЕПСТ+ЕЕК	середній, тяжкий	IV	Екстрена	4	2,25
Мінінвазивні двохетапні операції					
ЕРПХГ+ЕПСТ+ЕЕК –1 етап +ЛХЕ – 2 етап	легкий, середній	I-III	екстрена + планова	92	51,97
ЕРПХГ, ЕПСТ, НБД – 1 етап + ЛХЕ, ЛХЛТ+ інтраопераційна відеоревізія ЖШ + глухий шов холедоха	легкий, середній	I-III	екстрена + планова	4	2,25
Двоетапні (мінінвазивні, лапаротомні) операції					
ЕРПХГ+НБД – 1 етап +ХЕ і ХДА – 2 етап	легкий, середній	I-III	екстрена + планова	5	2,82
ЕРПХГ, НБД – 1 етап, +ХЕ і ХДА – 2 етап	легкий, середній	I-III	екстрена + планова	11	6,21

ЛІТЕРАТУРА

1. Гурин Н. Н. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография в диагностике и лечение желчекаменной болезни и ее осложнений / Н. Н. Гурин, А. И. Солдатов, И. Б. Молчанова // Актуальные вопросы и лечение заболеваний гепатобиллиарной зоны. Эндоскопическая хирургия : Междунар. науч. конф. : тез. докл. — СПб. : Би., 1996. — С. 46–47.
2. Емельянов С. И. Осложнение лапароскопических операций / С. И. Емельянов, И. Э. Хадьков, В. В. Феденко // Эндоскопическая хирургия. — 1999. — № 5. — С. 19–21.
3. Эндоскопична папілосфінктеротомія в діагностиці і лікуванні гострого біліарного панкреатиту / М. П. Павловський, В. І. Коломійцев, І. В. Вервега, І. В. Коломійцев // Практична медицина. — 2002. — № 1. — С. 41–47.
4. Функціональні зміни печінки та їх корекція ентєросгелем в умовах експериментально змодельованого обтураційного холєстазу / М. С. Гнатюк, М. М. Галєй, І. М. Щур, І. Я. Дзюбановський // Шпитальна хірургія. — 2007. — № 2. — С. 61–64.
5. Шалімов А. А. Хірургія підшлункової залози / А. А. Шалімов, С. А. Шалімов, М. Ю. Ничитайло. — Симферополь: Таврида, 1997. — С. 41–42.
6. Preoperative diagnosis of bile duct strictures- comparison of intraductal ultrasonography with conventional endosonography / J. Menzel, C. Poremba, K. H. Dietel [et al.] // Scandinavian Journal of Gastroenterology. — 2000. — Vol. 31, № 1. — P. 77–82.
7. Ramesh H. Endoscopic retrograde cholangiography / H. Ramesh // Am. J. Gastro. — 1997. — Vol. 92, № 7. — P. 1234–1238.
8. The thermodilator: an effective instrument in the palliative therapy concept of malignant bile duct stenosis / U. Weickert, E. Muhlen, J. Janssen, L. Greiner // Endoscopy. — 1999. — Vol. 31, № 3. — P. 260–264.

НЕОТЛОЖНЫЕ
МИНИИНВАЗИВНЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА
У БОЛЬНЫХ
ОБТУРАЦИОННОЙ
ЖЕЛТУХОЙ

*И. Я. Дзюбановский,
О. И. Дзюбановский,
И. И. Смачило, М. М. Галей*

Резюме. Проведено лечение 177 больных обтурационной желтухой доброкачественного генеза. Желтушный синдром был ликвидирован с помощью одно- и двухэтапного эндоскопического малоинвазивного оперативного вмешательства 125 пациентам. Остальным больным проведено традиционное формирование билиодигестивных соустьев. Сравнение использования малоинвазивных эндоскопических методик лечения во многих случаях позволило избежать операций с лапаротомного доступа, тем самым существенно снизить их продолжительность и повысить качество лечения пациентов с синдромом механической желтухи.

Ключевые слова: билиодигестивные соустья, малоинвазивные эндоскопические методики, обтурационная желтуха.

URGENT MINIMALLY
INVASIVE INTERVENTION
IN PATIENTS WITH
OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*I. Yu. Dzyubanovsky,
O. I. Dzyubanovsky,
I. I. Smachilo, M. Galej*

Summary. 177 patients with obstructive jaundice of benign origin were treated. In 125 patients icteric syndrome was eliminated by using one-and two-stage low-invasive endoscopic surgery. The remaining patients underwent traditional formation of bile-digestive anastomoses. Comparing minimally invasive endoscopic methods of treatment in many cases made it possible to avoid laparotomic operations, thereby significantly reduce their duration and increased the quality of life of patients with the syndrome of obstructive jaundice.

Keywords: obstructive jaundice, low-invasive endoscopic surgery, bile-digestive anastomoses.