

DOI 10.31718/2077-1096.21.2.93

УДК: 616.366-003.7

Шевчук М.П., Дудченко М.О., Іващенко Д.М., Кравців М.І., Прихідько Р.А.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ПАСАЖУ ЖОВЧІ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБІ УСКЛАДНЕНІЙ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Хворі з хірургічними захворюваннями печінки та позапечінкових жовчних протоків, непрохідність яких супроводжується механічною жовтяницею, складають найбільш тяжку групу пацієнтів хірургічних стаціонарів. Основною причиною обструкції жовчовивідних шляхів залишається холедохолітаз, на долю якого припадає 30-70%. В епоху домінування ендоскопічної хірургії в лікуванні пацієнтів із механічною жовтяницею, переваги транспапілярних втручань незаперечні. Разом з тим, існують думки про те, що традиційні хірургічні втручання при даному виді патології є операціями відчаю. В зв'язку з цим потребує уточнення роль та місце малоінвазивних втручань у лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену механічною жовтяницею на сучасному етапі. Метою дослідження стало покращення результатів лікування пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою, ускладненою механічною жовтяницею за рахунок оптимізації стратегічних підходів до виконання білодренуючих втручань. Для цього було проведено дослідження, в якому прийняли участь 54 пацієнти, які були розділені на дві групи. В результаті нашого дослідження встановлено, що жовчнокам'яною хворобою, яка ускладнилась механічною жовтяницею частіше страждають жінки 94,4% у порівнянні із чоловіками 5,6%. Відновлення рівня загального білірубіну сироватки крові настає швидше у хворих які були прооперовані малоінвазивним методом, а саме лапароскопічно. Тривалість післяопераційного больового синдрому була вдвічі меншою у пацієнтів другої групи, за рахунок меншої операційної травми. Отримані нами дані підтверджують концепцію, відповідно якій перевагу потрібно надавати малоінвазивним методам оперативних втручань у хворих жовчнокам'яною хворобою, що ускладнилась механічною жовтяницею.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, механічна жовтяниця, ендоскопія, декомпресія жовчовивідних шляхів.

Вступ

Хворі з хірургічними захворюваннями печінки та позапечінкових жовчних протоків, непрохідність яких супроводжується механічною жовтяницею, складають найбільш тяжку групу пацієнтів хірургічних стаціонарів.[1,2]

Щорічно в Україні реєструється збільшення кількості пацієнтів із синдромом механічної жовтяниці різної етіології. Основною причиною обструкції жовчовивідних шляхів залишається холедохолітаз, на долю якого припадає 30-70%. Пухлини гепатобілярної зони залишаються другим по значущості фактором виникнення механічної жовтяниці та складають 15-30% серед причин обтураційної жовтяниці.[3]

Труднощі сучасної диференційної діагностики у даній категорії хворих зумовлені поліетіологічним характером виникнення механічної жовтяниці, відсутністю типових симптомів і лабораторних показників. Характерні для різних причин біліарного блоку. Застосування сучасних високочутливих методів дослідження не виключає діагностичних помилок, які зустрічаються у 10-42% спостережень.[4]

Довготривалий амбулаторний етап обстеження пацієнтів із механічною жовтяницею, помилкова госпіталізація до інфекційних стаціонарів призводять до втрати часу та виникнення ускладнень, таких як: гнійний холангіт, холангіогенних абсцесів печінки, печінкової недостатності та інших. Очевидно, що фактор часу зазвичай являється основним критерієм надання ефективної допомоги хворим з обтурацією жовчовивід-

них шляхів. [4,5]

До 80-х років минулого століття операцією вибору хірургічного лікування хворих холедохолітазом були лапаротомні хірургічні втручання – холецистектомія з наступною холедохотомією та літоекстракцією, які частіше закінчувались формуванням білодегестивного анастомозу, або зашиванням холедохотомного розтину з дренажуванням загальної жовчної протоки.[3]

Традиційні лапаротомні втручання, що направлені на відновлення прохідності жовчовивідних шляхів, які виконуються на висоті «жовтяничного» нападу, зазвичай супроводжуються великою кількістю ускладнень, а летальність сягає 15-40%, тому малоінвазивна тактика хірургічного лікування пацієнтів із механічною жовтяницею на сьогоднішній день являється найбільш оптимальною.[1]

Разом з тим, не дивлячись на досягнуті успіхи, зумовлені впровадженням в клінічну практику мінімально інвазивних методів декомпресії жовчовивідних шляхів і відновлення відтоку жовчі, хірургічна тактика в залежності від етіологічного фактору механічної жовтяниці і рівня біліарної обструкції недостатньо визначена. Відкритими залишаються питання вибору доступу до жовчовивідних протоків, тривалості попередньої декомпресії біліарної системи і термінів виконання радикального оперативного втручання.[3]

В епоху домінування ендоскопічної хірургії в лікуванні пацієнтів із механічною жовтяницею, переваги транспапілярних втручань незаперечні. Разом з тим, існують думки про те, що традицій-

ні хірургічні втручання при даному виді патології є операціями відчаю. В зв'язку з цим потребує уточнення роль та місце малоінвазивних втручань у лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), ускладнену механічною жовтяницею на сучасному етапі.[2]

Таким чином, відсутність в даний час єдиної думки щодо вибору методу декомпресії жовчних протоків при механічній жовтяниці визначає актуальність даної теми і необхідність удосконалення її для лікування пацієнтів даної категорії.[1,3]

Мета дослідження

Покращення результатів лікування пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою, ускладненою механічною жовтяницею, за рахунок оптимізації стратегічних підходів до виконання біліодренуючих втручань.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження стали 54 пацієнти з механічною жовтяницею віком від 39 до 73 років, серед них більшість склали жінки – 51 (94,4%), чоловіки 3 (5,6%), що знаходились на лікуванні у КП «3-я МКЛ ПМР» у період із 2014 по 2019 рр..

Критерії включення в дослідження:

1. Порушення відтоку жовчі спричиненого жовчнокам'яною хворобою.

2. Рівень загального білірубіну сироватки крові $\geq 35,0$ ммоль/л.

3. Пацієнти старші 18 років.

Критерії виключення із дослідження:

1. Механічна жовтяниця спричинена гострим панкреатитом.

2. Механічна жовтяниця пухлинного ґенезу.

3. Стенозуючий папіліт.

4. Жовтяниця вірусної етіології.

Після госпіталізації, на доопераційному етапі, усі пацієнти були обстежені наступними методами: фізикальне обстеження, лабораторна діагностика (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, група крові), ультразвукове обстеження (УЗД), фіброгастродуоденоскопія (ФГДС), магнітно-резонансна томографія із холангіографією (МРТ). В післяопераційному періоді проводились наступні обстеження: рентген холангіографія із йодвмісними контрастними засобами, контроль рівня загального білірубіну сироватки крові на першу, третю, п'яту добу після операції, враховувався об'єм жовчі, що виділявся по дренажу із холедоха.

Проведено ретроспективний аналіз 23 (42,6%) історій хвороб пацієнтів, які знаходились на лікування у хірургічному відділенні КП «3-я

МКЛ ПМР» з 2014 по 2016 рр., та яким була виконана верхньосередина лапаротомія, холецистектомія із зовнішнім дрениванням холедоха, ці пацієнти склали першу групу. До другої групи увійшли 31 (57,4%) хворий, які знаходились на лікування у хірургічному відділенні КП «3-я МКЛ ПМР» з 2017 по 2019 рр., та яким була виконана відеолапароскопічна холецистектомія із зовнішнім дрениванням холедоха.

Середній рівень загального білірубіну сироватки крові на момент госпіталізації у I-ї групи склав $194,3 \pm 9,4$ ммоль/л ($82,7 - 338,4$ ммоль/л), у II-ї групи $182,7 \pm 9,1$ ммоль/л ($74,2 - 289,5$ ммоль/л). На догоспітальному етапі тривалість жовтяниці у I-ї групи склала $9,5 \pm 1,3$ діб, у II-ї групи $8,6 \pm 0,9$ діб. Середній ліжко-день (л/д) у I-ї групи склав 14 л/д ($12 - 16$ л/д), у II-ї групи 8 л/д ($6 - 10$ л/д).

Усі хворі в передопераційному та післяопераційному періодах отримували: антибактеріальну, протизапальну, противиразкову, знеболюючу, дезінтоксикаційну терапію, спазмолітики та гепатопротектори.

При аналізі оцінювались: тривалість перебування пацієнтів у відділенні строки нормалізації загального білірубіну сироватки крові у кожній із груп, тривалість післяопераційного больового синдрому, порівнювали дебіт жовчі по дренажу із холедоха, перебіг раннього та віддаленого післяопераційного періоду.

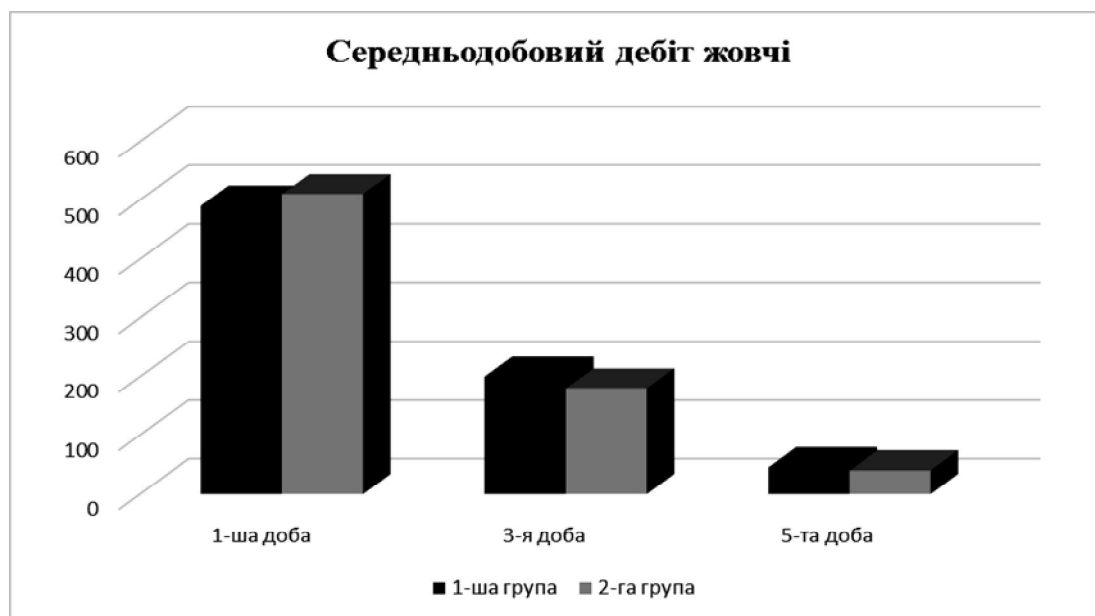
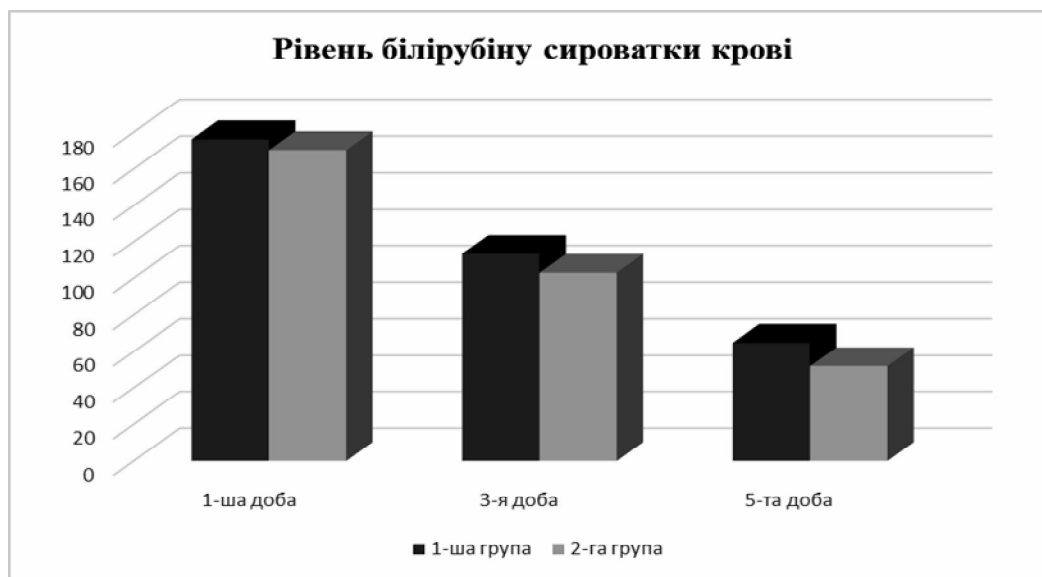
Результати та обговорення

За результатами проведеного дослідження встановлено, що тривалість перебування I-ї групи (14 л/д) пацієнтів у хірургічному відділенні в середньому на 6 л/д менша в порівнянні II-ю групою (8 л/д).

Тривалість післяопераційного больового синдрому у I-ї групи пацієнтів складала в середньому 6 діб, в порівнянні із II-ю групою у якій тривалість післяопераційного больового синдрому склала 3 доби, що зумовлено більшою операційною травмою (лапаротомією), яка мала місце у I-ї групи пацієнтів.

Середній рівень білірубіну сироватки крові у пацієнтів I-ї групи в першу добу після операції склав $176,2 \pm 8,3$ ($81,1 - 338,2$ ммоль/л), на третю добу $113,5 \pm 4,2$ ($52,1 - 189,0$ ммоль/л), на п'яту добу $64,9 \pm 2,8$ ($30,1 - 102,8$ ммоль/л).

У пацієнтів другої групи середній рівень білірубіну сироватки крові на першу добу після операції становив $170,3 \pm 7,9$ ($69,1 - 251,9$ ммоль/л), на третю добу $103,0 \pm 3,9$ ($50,3 - 165,9$ ммоль/л), на п'яту добу $52,1 \pm 1,4$ ($25,1 - 97,1$ ммоль/л).



Середній дебіт жовчі по дренажу із холедоха у пацієнтів I-ї групи у першу добу після операції склав 490 ± 30 мл. (330 – 665 мл.), на третю добу 200 ± 15 мл. (190 – 250 мл.), на п'яту добу 45 ± 3 мл. (30 – 85 мл.).

У II-ї групи пацієнтів середній дебіт жовчі по дренажу із холедоха на першу добу після операції склав 510 ± 35 мл. (370 – 700 мл.), на третю добу 180 ± 20 мл. (120 – 310 мл.), на п'яту добу 40 ± 5 мл. (20 – 75 мл.).

Провівши аналіз раннього та віддаленого післяопераційного періоду, з'ясували, що кількість ускладнень у вигляді сероми післяопераційного рубця у першої групи пацієнтів зустрічалась у 3-х випадках, у II-ї групи пацієнтів таких ускладнень не було.

Ентеральне харчування у пацієнтів першої групи було відновлено на 2-гу добу після опера-

ції, у пацієнтів другої групи на 1-шу добу та не вплинуло на результати дослідження.

Висновки

В результаті нашого дослідження встановлено, що жовчнокам'яною хворобою, яка ускладнилась механічною жовтяницею, частіше страждають жінки 94,4% у порівнянні із чоловіками 5,6%. Відновлення рівня загального білірубіну сироватки крові настає швидше у хворих які були прооперовані малоінвазивним методом, а саме лапароскопічно. Тривалість післяопераційного больового синдрому була вдвічі меншою у пацієнтів другої групи, за рахунок меншої операційної травми. У віддаленому післяопераційному періоді у хворих першої групи спостерігалось ускладнення у вигляді сероми післяопераційного рубця (3 випадки). Середньодобовий дебіт жовчі

по дренажу із холедоха був приблизно співставним у обох досліджуваних групах.

Отримані нами дані підтверджують концепцію, відповідно якій перевагу потрібно надавати малоінвазивним методам оперативних втручань у хворих жовчнокам'яною хворобою, що ускладнилась механічною жовтяницею.

Література:

1. Dasari BVM, Tan CJ, Gurusamy KS, et al. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. The Cochrane Collaboration. Cochrane Hepato-Biliary Group; 2013. Sep; 3(9): 238-39.
2. Hatzidakis A, Venetucci P, Krokidis M, Iaccarino V. Percutaneous biliary interventions through the gallbladder and the cystic duct: What radiologists need to know. 2014. Dec; 69(12):1304-11.
3. Nechitajlo ME, Zakharash YuM, Ogorodnik PV, Zakharash MP. Mekhanicheskaya zheltukha i kholangit pri kholodokholitiazе (diagnostika i khirurgicheskaya taktika) [Obstructive jaundice and cholangitis with choledocholithiasis (diagnosis and surgical tactics)]. Kiev; 2015. 6-7 p. (Ukrainian)
4. Dudchenko MO, Ivashchenko DM. Otsinka rezultativ ta perspektiv vykonannya videoendoskopichnykh symultannykh operatsii u khirurhichnykh khvorykh [Evaluation of the results and prospects for performing video-endoscopic simultaneous operations in surgical patients]. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2019; 2(2):110-113 (Ukrainian)
5. Dudchenko MO, Kravtsiv MI, Adamsky MO, et al. Analiz perebihu pisliaoperatsiinoho periodu u patsientiv pry vykonanni subtotalnykh laparoskopichnykh kholotsystektomii [Analysis of the postoperative period in patients when performing subtotal laparoscopic cholecystectomies]. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2019; 2(2):114-116 (Ukrainian)

Реферат

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАССАЖА ЖЕЛЧИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Шевчук Н.П., Дудченко М.А., Иващенко Д.Н., Кравцов Н.И., Прихидко Р.А.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, эндоскопия, декомпрессия желчевыводящих путей.

Больные с хирургическими заболеваниями печени и внепеченочных желчных протоков, непроходимость которых сопровождается механической желтухой, составляют наиболее тяжелую группу пациентов хирургических стационаров. Основной причиной обструкции желчевыводящих путей остается холедохолитиаз, на долю которого приходится 30-70%. В эпоху доминирования эндоскопической хирургии в лечении пациентов с механической желтухой, преимущества транспапилярных вмешательств неоспоримы. Вместе с тем, существуют мнения о том, что традиционные хирургические вмешательства при данном виде патологии являются операциями отчаяния. В связи с этим требует уточнения роль и место малоинвазивных вмешательств в лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой на современном этапе. Целью исследования стало улучшение результатов лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой за счет оптимизации стратегических подходов к выполнению билиодренующих вмешательств. Для этого было проведено исследование, в котором приняли участие 54 пациента, которые были разделены на две группы. В результате нашего исследования установлено, что желчнокаменной болезнью, которая осложнилась механической желтухой, чаще страдают женщины 94,4% по сравнению с мужчинами 5,6%. Восстановление уровня общего билирубина наступает быстрее у больных, которые были прооперированы малоинвазивным методом, а именно лапароскопически. Продолжительность послеоперационного болевого синдрома была вдвое меньше у пациентов второй группы, за счет меньшей операционной травмы. Полученные нами данные подтверждают концепцию, согласно которой предпочтение нужно предоставлять малоинвазивным методам оперативных вмешательств у больных желчнокаменной болезнью, которая усложнилась механической желтухой.

Summary

MODERN ASPECTS OF RESTORATION OF BILE FLOW IN CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Shevchuk M.P., Dudchenko M.A., Ivashchenko D.M., Kravtsiv M.I., Prihidko R.A.

Key words: cholelithiasis, obstructive jaundice, endoscopy, decompression of the biliary tract.

Patients with surgical diseases of the liver and extrahepatic bile ducts, the obstruction of which is accompanied by obstructive jaundice, constitute the most severe group of patients in surgical hospitals. The main cause of obstruction of the biliary tract is choledocholithiasis, which accounts for 30-70%. In the era of dominance of endoscopic surgery in the treatment of patients with obstructive jaundice, the benefits of transpapillary interventions are undeniable. At the same time, there are opinions that traditional surgical interventions for this type of pathology are desperate operations. In this regard, the role and place of laparoscopic interventions in the treatment of patients with cholelithiasis complicated by obstructive jaundice at the present stage requires detailed investigation. The aim of this study is to improve the results of treatment of patients with cholelithiasis complicated with obstructive jaundice by optimizing strategic approaches to performing bile drainage interventions. For this purpose, we conducted a study including 54 patients divided into two groups. The study has demonstrated that cholelithiasis complicated by obstructive jaundice, is more likely in women, 94.4% of all cases, than in men, 5.6%. The restoration of the total bilirubin level occurs faster in the patients who had laparoscopic surgery. The duration of the postoperative pain syndrome was twice as less in the patients of the second group due to less extent of surgical trauma. Our data confirm the concept according to which preference should be given to minimally invasive methods of surgical intervention in patients with cholelithiasis complicated by obstructive jaundice.