



В. І. Десятерик, Д. В. Мамчур, Є. С. Шевченко
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Кількість хворих на жовчнокам'яну хворобу у світі збільшується. Механічна жовтяниця (МЖ) — найчастіше та найнебезпечніше її ускладнення. Головною причиною смерті хворих на МЖ є печінкова недостатність як наслідок несвоєчасної діагностики та лікування. Питання щодо строків та методів лікування МЖ далекі від остаточного вирішення. Найбільш дискусійним є питання щодо вибору етапності та методів ліквідації МЖ. Ураховуючи великий арсенал сучасних технічних можливостей та складність стандартної оцінки стану хворих, необхідно застосовувати індивідуальний підхід з максимальним використанням шадних методів хірургічного втручання.

Ключові слова: механічна непухлинна обтураційна жовтяниця, лікувальна тактика, етапне лікування, малоінвазивні втручання.

Загальновизнаної тактики лікування непухлинної обтураційної жовтяниці (НПОЖ) немає. Основними причинами розвитку механічної жовтяниці (МЖ) непухлинного генезу є холедохолітіаз, стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки та стриктури гепатикохоледоха. Холедохолітіаз — найчастіший етіологічний чинник розвитку МЖ — трапляється у 8—35% пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) [7, 23, 42].

Актуальність проблеми хірургічного лікування хворих з НПОЖ зумовлюється незадовільними результатами (висока загальна та післяопераційна летальність), ускладненнями, які виникають у ранній післяопераційний період (прогресування гострої печінкової недостатності, гострого гнійного холангіту, біліарний сепсис, гнійно-септичні ускладнення) та віддаленими наслідками оперативної корекції патології позапечінкових жовчних проток [2, 14, 24]. У більшості клінічних випадків це пояснюється відсутністю чіткої стратегії і тактики хірургічного лікування хворих з ускладненою НПОЖ, обґрунтованих рекомендацій щодо принципів і алгоритмів доопераційної та післяопераційної терапії з урахуванням вихідної тяжкості стану хворих і ризику прогнозованих післяопераційних усклад-

нень, вибору хірургічної тактики (одномоментні та етапні втручання) та методів біліарної декомпресії (традиційні та малоінвазивні — пункційні, ендоскопічні, лапароскопічні технології) [7, 30].

Вибір методу оптимальної біліарної декомпресії у хворих з НПОЖ має ґрунтуватися на оцінці ризику розвитку післяопераційних ускладнень у ранній період, ураховуючи специфічні критичні моменти, притаманні хірургічним втручанням та фізіологічність обраних методів лікування [8, 41, 42, 45].

Лікування хворих на ЖКХ, ускладнену холедохолітіазом, залишається актуальною проблемою гепатобіліарної хірургії. Основним предметом дискусії є вибір одно- або двохетапного способу ліквідації холецистохолітіазу. Кожний варіант має свої переваги і недоліки, але універсального тактичного підходу не існує [9, 34, 45].

Прогресивна печінкова недостатність — найтяжче ускладнення МЖ. Більшість вітчизняних та зарубіжних авторів для вирішення цієї проблеми пропонують використовувати двоментні операції із застосуванням пункційних малоінвазивних методів дренування. Незважаючи на накопичений у світі досвід виконання малоінвазивних втручань, дані літератури свідчать про високу частоту усклад-

вень, що потребує оптимізації методів профілактики печінкової недостатності та вдосконалення техніки виконання пункційних малоінвазивних втручань у хворих з механічною жовтяницею [18].

Хворим похилого і старечого віку для діагностики холедохолітазу доцільно застосовувати неінвазивні методи, які не спричиняють ускладнень, пов'язаних з уведенням контрасту в жовчні протоки [7, 14, 42, 45]. Двоетапна тактика лікування ЖКХ у цієї вікової категорії є пріоритетною. При неускладненому холедохолітазі першим етапом виконують ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), другим — лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ). При холедохолітазі, ускладненому МЖ, на першому етапі проводять ендоскопічну декомпресію жовчних проток, на другому — відкрите оперативне втручання на жовчних протоках, спрямоване на усунення основної причини захворювання [7, 15, 35, 36, 42, 45].

Способи лікування обтураційної жовтяниці (ОЖ), спричиненої, зокрема, резидуальним холедохолітазом, передбачають відновлення відтоку жовчі у просвіт кишечника шляхом виконання відеоендоскопічних чи відкритих втручань. Проте є повідомлення про погіршення стану хворих після відновлення жовчовідтоку за тривалої ОЖ, що виявляється її прогресуванням, появою печінкової недостатності, ураженням центральної нервової системи. Цей феномен називають «синдромом біліарної декомпресії», а його виникнення пов'язують з перерозподілом внутрішньопечінковою кровотоку [26, 34].

Є дані, що швидка ліквідація вираженої жовтяниці призводить до погіршення стану хворих у перші 4—5 діб після декомпресії жовчних проток. У 1981 р. І. Д. Прудков описав синдром «швидкої декомпресії», який виявляється прогресуванням жовтяниці, погіршенням апетиту, прогресуванням печінкової енцефалопатії, погіршенням результатів функціональних проб печінки, нирок та інших органів [11].

Для профілактики синдрому «швидкої декомпресії» біліарного тракту запропоновано використовувати «дозовану» біліарну декомпресію, яка передбачає повільний темп жовчовідтоку. Дослідженнями доведено, що зменшення діаметра загальної жовчної протоки до 1,0—1,5 мм достатньо для виведення жовчі. Є поодинокі дані щодо способів дозованої декомпресії жовчних проток, які б дали змогу знизити частоту розвитку печінкової недостатності при МЖ пухлинного походження. Проте ці методи через відсутність переконливих даних не знайшли широкого клінічного використання [4, 6, 13].

Відомо, що лікування МЖ і холангіту має бути спрямоване на ліквідацію холестази та боротьбу з інфекцією. Найчастіше після усунення причин жовтяниці використовують зовнішнє дренування загальної жовчної протоки. Хоча технічно це най-

простіший спосіб завершення холедохотомії, він має недоліки (втрата жовчі, ризик розвитку жовчних нориць після видалення дренажної трубки, тривале перебування хворих у стаціонарі). Деякі автори [20] вважають холедохотомію із зовнішнім дренуванням загальної протоки застарілим методом, який не дає змоги остаточно ліквідувати МЖ та запобігти її наслідкам. Вони віддають перевагу одноетапному внутрішньому дренуванню загальної жовчної протоки з радикальною її санацією. На думку різних авторів, основним видом хірургічного лікування доброякісних стриктур позапечінкових жовчних проток є накладання біліодигестивного анастомозу [28]. Однак у великій кількості спостережень сформовані холедоходуоденоанастомози у віддалений період мали низку негативних наслідків: неритмічне відведення жовчі, залишкові патологічні зміни термінального відділу загальної протоки, рефлюкс-холангіт, рубцевий стеноз анастомозу. Формування холедоходуоденоанастомозу в умовах інфільтрації стінок загальної жовчної протоки та дванадцятипалої кишки загрожує розвитком печінкової недостатності та утворенням жовчних або дуоденальних нориць [21]. Вважають, що інструментальну ревізію гепатикохоледоха з видаленням конкрементів і пролонгованим назобілярним дренуванням необхідно проводити всім хворим з холедохолітазом, ускладненим МЖ або холангітом [7, 35, 42, 45].

Серед способів біліарної декомпенсації і санації жовчовивідних проток виділяють ендоскопічні ретроградні, кризьшкірні кризьпечінкові та хірургічні втручання. Найпоширенішим методом лікування холедохолітазу, ускладненого механічною жовтяницею, є ЕПСТ з літоекстракцією, яка дає змогу ліквідувати небезпечні для життя ускладнення при мінімальній операційній травмі. Кризьшкірні кризьпечінкові втручання застосовують при обмеженні ретроградного доступу до великого сосочка дванадцятипалої кишки, а також за відсутності достатнього інструментального або кадрового забезпечення ендоскопічної служби. За оцінкою більшості авторів, на сучасному етапі розвитку хірургії хірургічна холедохолітотомія залишається операцією резерву [7, 14, 35, 36, 42, 45].

Лікування холедохолітазу, ускладненого МЖ, у пацієнтів зі зміненою анатомією біліодуоденальної ділянки внаслідок патологічних процесів або перенесених операцій є проблемою як для ендоскопічної, так і для відкритої хірургії. Це пов'язано з обмеженням доступу до великого дуоденального сосочка дванадцятипалої кишки для ендоскопічних маніпуляцій, а також з технічною складністю виконання, великою кількістю ускладнень і високою летальністю при традиційних та повторних операціях на жовчних протоках, які виконують в умовах високої білірубінемії [30, 37].

При сучасному інструментальному забезпеченні та достатньому досвіді спеціалістів, незважаючи

на складні анатомічні умови, ендоскопічні втручання є ефективними методами декомпресії жовчовивідних шляхів, які дають змогу усунути МЖ у майже 80 % пацієнтів зі зміненою анатомією білідуоденальної ділянки [8, 30, 39, 40].

С. Г. Шаповальянц та співавт. (2001) вдалося повністю звільнити гепатикохоледох кризь ендоскоп у 44,9 % спостережень, у решті випадків довелося виконувати хірургічні втручання на жовчних протоках, більшу частину з них — за відсутності холестазу та холангіту. Кризьшкірну кризьпечінкову літоекстракцію виконали в 1,5 % спостережень. У 8,7 % випадків за наявності невидалених конкрементів гепатикохоледоха було використано ендоскопічне стентування як тимчасове або остаточне втручання [9].

Сучасний підхід до адекватної біліарної декомпресії ґрунтується на пріоритетному використанні малоінвазивних технологій, які дають змогу дренувати жовчне дерево. Багато захворювань біліарного тракту нині успішно можна ендоскопічно лікувати, проте нові методики потребують деталізації техніки і вивчення результатів. Стрімкий розвиток медичних технологій дає змогу зменшити інвазивність та поліпшити результати діагностичного етапу, але залишаються невирішеними питання щодо раціонального їх застосування та інтерпретації даних, особливо в осіб з високим операційно-анестезіологічним ризиком. У літературі цьому питанню практично не приділяється уваги. Це визначає актуальність розробки питань диференційованого застосування малоінвазивних методів діагностики та лікування ускладненої ЖКХ у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком [17, 35—37].

Деякі автори МЖ відносять до гострої хірургічної патології, яка потребує невідкладного оперативного вирішення. Тактика лікування хворих з МЖ передбачає два оперативних етапи: на першому виконують малоінвазивні втручання для декомпресії жовчних проток, на другому — операцію, спрямовану на усунення МЖ [25].

У дослідженнях В. М. Старосек та співавт. (2010) залежно від лікування та ступеня тяжкості печінкової недостатності хворих розподілили на три групи:

- 1) декомпресія жовчовивідної системи традиційними методами дренування із застосуванням загальноприйнятої терапії;
- 2) дозована декомпресія жовчовивідної системи малоінвазивними методами дренування із застосуванням загальноприйнятої терапії;
- 3) дозована декомпресія жовчовивідної системи малоінвазивними методами із застосуванням кисневих розчинів (озонований ізотонічний розчин натрію хлориду, перфторан).

Впровадження зазначених методів протягом 3 років дало змогу позитивно змінити структуру радикальних операцій при МЖ на користь від-

строчених і планових (до 75—80 %), а також поліпшити результати лікування за рахунок зменшення післяопераційної летальності на 12,6 % [18].

Нині при виборі методів лікування ЖКХ, ускладненої жовтяницею, застосовують індивідуальний підхід, який ґрунтується на принципі «кожному хворому своя вчасна операція», що дало змогу суттєво поліпшити загальні результати лікування, а малоінвазивні технології стали домінувати в структурі операцій. Планова санація хворих на ЖББ сприяла суттєвому зниженню частоти гострого та ускладненого калькульозного холециститу і холедохолітіазу [8, 10].

У разі неможливості виконання ретроградного ендоскопічного втручання декомпресію на першому етапі здійснюють дренуванням жовчовивідних шляхів під ультразвуковим контролем. Далі переважно виконують холангіостомію з відновленням постійного пасажу жовчі в кишківник лапаротомними способами після стабілізації стану хворого [5, 45].

Кризьшкірне кризьпечінкове дренування застосовують у тяжких хворих зі стійкою МЖ або холангітом у пізні строки для підготовки до реконструктивної операції, яку виконують через 2,5—3,0 міс. У хворих похилого і старечого віку перевагу віддавали етапному лікуванню, з використанням на першому етапі ендоскопічних малоінвазивних технологій, оперативне втручання виконували другим етапом (холецистектомія з міні-доступу) [19, 39, 42].

Відомо, що традиційні втручання з лапаротомного доступу без попередньої декомпресії біліарного тракту при ЖКХ, ускладненій МЖ і холангітом, у хворих похилого і старечого віку супроводжуються значною кількістю ускладнень і високою післяопераційною летальністю [24, 34, 39].

Попередні декомпресійно-санаційні та ендоскопічні втручання дають змогу підготувати хворих до радикальних операцій, а в деяких випадках є завершальним методом лікування.

Малоінвазивні радикальні операції при лікуванні ЖКХ є методом вибору для хворих похилого і старечого віку. Вони дали змогу знизити частоту ускладнень і летальність у післяопераційний період і отримати добрі та задовільні результати лікування в 96 % спостережень [1, 22].

Вибір тактики лікування, визначення показань і вибір видів операцій, їх етапність, застосування малоінвазивних методик досі залишаються предметом дискусії [1].

Лапароскопічні втручання на жовчних протоках дають змогу поліпшити результати лікування хворих з ускладненою ЖКХ. За наявності в холедоха поодиноких конкрементів невеликого діаметра оптимальним методом є лапароскопічні втручання кризь пупирну протоку. У разі великої кількості конкрементів великого діаметра доцільно застосовувати лапароскопічну холедохолітотомію [7, 22, 24, 32, 35, 42].

В. О. Сипливий та співавт. (2013) оптимальним методом хірургічного лікування хворих з холедохолітіазом вважають ендоскопічні втручання з наступною ЛХЕ. У разі неможливості виконання ендоскопічних втручань метод відновлення жовчотоку обирають з урахуванням ризику можливих ускладнень і якості життя хворих після операції [12].

За даними Я. С. Березницького та співавт. (2013), одномоментна ЛХЕ з холедохолітотомією показана хворим з тривалістю жовтяниці до 1—2 тиж при білірубінемії до 100 мкмоль/л. Індивідуалізація підходу до лікування холедохолітіазу дає змогу не лише досягти ефективного вилікування, а й суттєво знизити частоту післяопераційних ускладнень [27].

Ендоскопічна транспапілярна літоекстракція є високоефективним методом лікування холедохолітіазу. За неможливості ендоскопічного втручання (великі або вклинені конкременти, звуження та деформація ретропанкреатичної частини холедоха, парапапілярний дивертикул) показане виконання операції лапаротомним доступом (переважно міні-доступом) [43].

Відеоендоскопічні втручання є методом вибору у лікуванні хворих на резидуальний холедохолітіаз, ускладнений тривалою ОЖ. Виконання ЕПСТ з ендоскопічною холелітекстракцією та назобіліарного дренивання сприяє швидшому усуненню ОЖ і запобіганню постдекомпресійній ентерогепатичній циркуляції токсичних фракцій жовчних кислот [3, 35, 42].

Ендоскопічні втручання на позапечінкових жовчних протоках з приводу резидуального холедохолітіазу можуть бути завершені назобіліарним дрениванням, проте на практиці його застосовують переважно при гострому гнійному холангіті [36].

На думку Г. І. Шабат (2013), застосування назобіліарного дренивання за тривалої ОЖ, спричиненої резидуальним холедохолітіазом, може сприяти поліпшенню перебігу захворювання та запобігати постдекомпресійному синдрому шляхом забезпечення зовнішнього жовчовідведення і тимчасового припинення ентерогепатичної рециркуляції токсичного пулу жовчних кислот [3].

Малоінвазивні ендобіліарні втручання характеризуються широкими діагностичними і лікувальними можливостями при МЖ доброякісної етіології. Вони дають змогу встановити правильний діагноз і локалізувати рівень блокування жовчовідних шляхів майже в 100 % випадків, швидко та ефективно ліквідують жовтяницю і холангіт, дають змогу проводити хірургічні втручання в сприятливіших умовах [7, 8, 19, 34, 42, 43].

Хірургічне лікування непухлинної МЖ потребує диференційованого підходу з урахуванням причини порушення жовчовиведення, ступеня

вираження ендогенної інтоксикації та холангіту. У більшості випадків застосовують малоінвазивні ендоскопічні методи [9].

М. В. Данилов та співавт. (2013) зазначають, що методи малоінвазивної хірургії жовчних шляхів і великого сосочка дванадцятипалої кишки можуть супроводжуватися розвитком ускладнень та рецидивів вихідних захворювань біліарно-панкреатичної системи. Порушення, які виникають у низці випадків, потребують невідкладного виконання повторних та реконструктивних лапаротомних операцій з метою усунення ускладнень, ефективного відновлення порушеного жовчовідтоку, а в окремих випадках — виконання радикальних операцій на підшлунковій залозі [16].

У всіх спостереженнях застосування малоінвазивних методів разом із кризьшкірною декомпресією жовчних шляхів знижує летальність і ризик повторних оперативних втручань. У хворих похилого віку з тяжкою супутньою патологією виправдане виконання ЛХЕ для зниження рівня білірубінемії при вклиненних конкрементах у великому дуоденальному сосочку та у разі неефективної папілосфінктеротомії [35, 41, 42].

У віддалений період хірургічного лікування хворих з НПОЖ спостерігається зниження якості життя внаслідок збільшення частки сфінктероруйнівних операцій (ЕПСТ — до 50 %) у структурі втручань декомпресивного етапу та сфінктеровиключаючих операцій (БДА до 32,3 %, переважно з дванадцятипалою кишкою — 84,5 %) у структурі радикального етапу хірургічного лікування, які порушують функції великого дуоденального сосочка і зменшують автономність біліарної системи, і виявлених при біохімічному дослідженні жовчі недоліків у післяопераційній реабілітації різних категорій оперованих пацієнтів. Розробка і використання профілів впливу обраної хірургічної тактики і методів оперативної корекції на віддалені результати лікування, алгоритмів післяопераційної реабілітації, контролю за її ефективністю в групах диспансерного спостереження супроводжувалися підвищенням якості життя оперованих хворих [44].

Створення прогностичної шкали доопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень дало змогу формувати категорії хворих з НПОЖ, що зменшило частку одномоментних радикальних операцій з 63,84 до 48,4 % і збільшило частоту застосування етапної тактики з 36,15 до 51,6 % [44].

Етапний метод лікування хворих похилого і старечого віку з МЖ з використанням прогностичних шкал оцінки операційного ризику дає змогу в ранні строки усувати явища холестазу, МЖ, зменшити кількість післяопераційних ускладнень, а також післяопераційну летальність до 2,1 % [29, 35, 40—42].

Література

- Агаев Б. А., Агаев Р. М., Гасымов Р. Ш. Методика дренирования желчных протоков у больных с билиодигестивными анастомозами при механической желтухе и острым холангите // Хирургия. — 2011. — № 1. — С. 18—22.
- Ахаладзе Г. Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения // Consilium medicum. — 2003. — № 5. — С. 4.
- Беляев А. Н., Мокшина Е. И., Беляев С. А. Эффективность внутривенных инфузий мексидола при лечении механической желтухи // Хирургия. — 2009. — № 9. — С. 66—69.
- Березницкий Я. С., Дука Р. В. Результаты лечения пациентов с синдромом механической желтухи // Материали наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 28.
- Березницкий Я. С., Яльченко Н. А., Маловик С. С. Эндогенная интоксикация у больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой // Вісн. Укр. мед. стоматол. акад. — Т. 11, вип. 1 (33). — С. 17—20.
- Борисенко В. Б., Белов С. Г., Горголь Н. И. Динамика морфологических изменений холедоха, печени и других внутренних органов при моделировании механической желтухи в эксперименте // Харківська хірургічна школа. — 2012. — № 1. — С. 56—61.
- Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар, 2006. — 557 с.
- Гальперин Э. И., Котовский А. Е., Момунова О. Н. Темп декомпресии желчных протоков при механической желтухе опухоль этиологии // Хирургия. — 2011. — № 8. — С. 33—40.
- Гальперин Э. И., Котовский А. Е., Момунова О. Н. Хирургическая тактика лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных с измененной анатомией билиодуоденальной области // Хирургия. — 2011. — № 10. — С. 35—38.
- Годлевский А. И., Саволок С. И. Принципы коррекции печеночной дисфункции на этапах периперационной курации больных с усложненными формами доброкачественной обтурационной желтухи // Материали наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 100—101.
- Дашенко Б. М., Борисенко В. Б. Механическая желтуха: патогенетическая основа развития острого холангита и билиарного сепсиса // Шпитальна хірургія. — 2013. — № 2. — С. 27—29.
- Дзюбановский И. Я., Смачило И. И. Шемично-реперфузионный синдром у больных с обтурационной желтухой. Хирургическая тактика та медикаментозна корекція // Харків. хір. школа. — 2007. — № 4 (27). — С. 77—81.
- Елисеев С. М., Корнилов Н. Г., Чикотеев С. П., Гумеров Р. Р. Обоснование хирургической тактики при механической желтухе (аналитический обзор литературы) // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. — 2010. — № 5 (75). — С. 233—239.
- Жданов А. И., Пархисенко В. Ю., Калашник Р. С. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения // Укр. хір. журн. — 2013. — № 3. — С. 202.
- Журавлев В. А., Русинов В. М. Хирургическая тактика при очаговых заболеваниях печени, осложненных механической желтухой // Тез. I конгресса московских хирургов. — М.: ГЕОС, 2005. — С. 295—296.
- Захараш М. П., Захараш Ю. М., Усова О. В. Мініінвазивні втручання в комплексному лікуванні хворих на механічну жовтяницю, ускладнену гнійним холангітом та міліарним сепсисом // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 4. — С. 13—16.
- Кадошук Т. А. Результаты хирургического лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой // Актуальные проблемы хирургической патологии: Материали конгресса (Донецк, 18—20 сентября 2013 г.). — С. 101—102.
- Кондратенко П. Г., Стукало А. А. Сочетаемые причины обтурационной желтухи // Материали наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 226—227.
- Котив Б. Н., Дзидзава И. И., Смородский А. В. и др. Хирургическая тактика при неопухоловой механической желтухе // Актуальные проблемы хирургической патологии: Материали конгресса (Донецк, 18—20 сентября 2013 г.). — С. 110.
- Лурич И. А., Титоми И. А., Тучков А. В. и др. Комплексное лечение механической желтухи различной этиологии // Вісн. Укр. мед. стоматол. акад. — 2011. — Т. 11, вип. 1 (33). — С. 77—79.
- Малик С. В. Диагностическая оценка нарушений обмена липидов при обтурационной желтухе в эксперименте // Эксперимент. і клін. мед. — 2004. — № 3. — С. 302—305.
- Ничитайло М. Ю., Годлевский А. И., Саволок С. И. Критичні моменти післяопераційного періоду в хворих з непухлинними обтураційними жовтяницями після хірургічних методів внутрішньої біліарної декомпресії // Харків. хір. шк. — 2012. — № 3. — С. 71—73.
- Ничитайло М. Ю., Годлевский А. И., Саволок С. И., Мазур В. П. Системні метаболічні впливи та шляхи їх превентивної корекції хірургічних методів зовнішньої біліарної декомпресії в хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею // Сучасні медичні технології: Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Запоріжжя, 10—11 листопада 2011 р.). — С. 291—297.
- Рязанов Д. Ю., Сицинский С. А., Бамбызов Л. М. и др. Двухэтапное хирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом // Матер. наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 125—126.
- Саволок С. И. Прогнозування порушень функціонального стану печінки у хворих з ускладненнями доброкачественной обтурационной желтухи // Матер. наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 128—129.
- Старосек В. Н., Хилько С. С., Влахов А. К. и др. Опыт хирургического лечения прогрессирующей печеночной недостаточности у больных с механической желтухой // Материали наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 161.
- Ткачук О. Л., Шевчук М. Г. Постдекомпресійні дисфункції печінки у хворих на обтураційну жовтяницю // Вісн. Вінниць. нац. мед. ун-ту. — 2010. — № 14 (2). — С. 360—363.
- Хазко В. В., Дудин А. М., Епифанцев В. А. и др. Динамическая межфазная тензиометрия желчи у больных с обтурационной желтухой и холангитом желчнокаменного генеза // Матер. наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 211.
- Хилько С. С. Методи профілактики прогресування печінкової недостатності при хірургічному лікуванні хворих з механічною жовтяницею // Матер. наук. конгресу «IV Міжнародні Пирогівські читання» (Вінниця, 2—5 червня 2010 р.). — С. 214.
- Ярешко В. Г., Михеев Ю. А., Кипшидзе А. А. Выбор метода хирургического лечения при протоковых осложнениях желчнокаменной болезни // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Матер. конгресса (Донецк, 18—20 сентября 2013 г.). — Донецк, 2013. — С. 146.
- Abdoub P. A., Malet P. F., Berlin J. A. et al. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a metaanalysis // Gastrointest. Endosc. — 1996. — N 44. — P. 450—457.
- Barkun A. N., Barkun J. S., Fried G. M. et al. Useful predictors of bile duct stones in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy // Ann. Surg. — 1994. — N 220. — P. 392—398.
- Blind P. J., Lundmark M. Management of bile duct stones: lithotripsy by laser, electrohydraulic, and ultrasonic techniques. Report of a series and clinical review // Eur. J. Surg. — 1998. — N 164. — P. 403—409.
- Chang W., Lee K., Wang S. et al. Bacteriology and antimicrobial susceptibility in biliary tract disease: an audit of 10-year's experience // Kaohsiung J. Med. Sci. — 2002. — N 18. — P. 221—228.
- Cohen M. E., Slezak L., Wells C. K. et al. Prediction of bile duct stones and complications in gallstone pancreatitis using early laboratory trends // Am. J. Gastroenterol. — 2001. — N 96. — P. 3305—3311.
- Csendes A., Burdiles P., Maluenda F. et al. Simultaneous bacteriologic assessment of bile from gallbladder and common bile duct in control subjects and patients with gallstones and common duct stones // Arch. Surg. — 1996. — N 131. — P. 389—394.
- Freitas M. L., Bell R. L., Duffy A. J. Cholelithiasis: Evolving standards for diagnosis and management // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12, N 20. — P. 3162—3167.
- Hochberger J., Bayer J., May A. et al. Laser lithotripsy of difficult bile duct stones: results in 60 patients using a rhodamine 6G dye laser with optical stone tissue detection system // Gut. — 1998. — N 43. — P. 823—829.
- Martin D. J., Vernon D. R., Toouli J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones // Cochrane Database of Syst. Rev. — 2006. — N 2. — P. 59.
- Onken J. E., Brazer S. R., Eisen G. M. et al. Predicting the presence of choledocholithiasis in patients with symptomatic cholelithiasis // Am. J. Gastroenterol. — 1996. — N 91. — P. 762—767.

41. Suc B., Escat J., Cherqui D. et al. Surgery vs endoscopy as primary treatment in symptomatic patients with suspected common bile duct stones: a multicenter randomized trial // *Arch. Surg.* — 1998. — Vol. 133. — P. 702—708.
42. Tanaka A., Takada T., Kawarada Y. et al. Techniques of biliary drainage for acute cholangitis: Tokyo Guidelines // *J. Hepatobil. Pancreat. Surg.* — 2007. — N 14. — P. 35—45.
43. Tanaka A., Takada T., Kawarada Y. et al. Antimicrobial therapy for acute cholangitis: Tokyo Guidelines // *J. Hepatobil. Pancreat. Surg.* — 2007. — N 14. — P. 59—67.
44. Williams E.J., Green J., Beckingham I. et al. Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS) // *Gut.* — 2008. — N 57. — P. 1004—1021.
45. Yokoe M., Takada T., Strasberg S. M. et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo guidelines // *J. Hepatobil. Pancreat. Sci.* — 2012. — Vol. 19, N 5. — P. 578—585.

В. И. Десятерик, Д. В. Мамчур, Е. С. Шевченко

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Количество больных желчекаменной болезнью в мире увеличивается. Механическая желтуха (МЖ) — наиболее частое и опасное ее осложнение. Основной причиной смерти больных с МЖ является печеночная недостаточность как результат несвоевременной диагностики и лечения. Вопросы о сроках и методах разрешения МЖ далеки от окончательного решения. Наиболее дискуссионным является вопрос о выборе очередности и методов разрешения МЖ. Учитывая большой арсенал современных технических возможностей и сложность стандартной оценки состояния больных, необходим индивидуальный подход к выбору тактики с максимальным использованием щадящих методов хирургического вмешательства.

Ключевые слова: механическая неопухолевая обтурационная желтуха, лечебная тактика, этапное лечение, малоинвазивные вмешательства.

V. I. Desyaterik, D. V. Mamchur, E. S. Shevchenko

SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine»

SURGICAL TREATMENT OF CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Number of patients with gallstone disease in the world increases. Jaundice — the most common and dangerous complication of it. The main cause of death in patients with jaundice is liver failure because of delayed diagnosis and treatment. Questions about the timing and methods of its resolution is far from a final decision. Most debated is the choice of priorities and methods of resolving. According to large range of modern technical capabilities and complexity of the standard assessment of patients, an individual approach to the choice of tactics with maximum use of benign methods of surgery is required.

Key words: mechanical non-neoplastic obstructive jaundice, medical tactic, stage treatment, minimally invasive intervention.