

polarization microscopy), method of bacteriological study of bile, statistical method for processing the information.

Results. The polarization microscopy is an express method of assessment of the changes of collagen fibers of the common bile duct wall. The inflammatory markers of the connective tissue can expand opportunities for diagnosis and individual approach to surgical treatment. Determination of the factors assessing the results of surgical treatment of patients with benign biliary disease with the development of complicated acute cholangitis allows us to create a phased programme of prevention in the early postoperative period; it will provide uncomplicated nature of the course and reduce the period of medical and social rehabilitation with the growth of the indices of life quality of the operated patients, reducing the number of long-term postoperative complications.

Key words: biliodigestive anastomosis, diagnosis, riskiness, acute cholangitis.

Відомості про авторів:

Годлевський Аркадій Іванович – д. мед. н., професор, заслужений діяч науки та техніки України, завідувач кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.

Саволук Сергій Іванович – д. мед. н., доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.

Лосєв Владислав Олександрович – аспірант кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова.

УДК: 616.366-003.7-089:616.367-003.7-07

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

А.І.Годлевський, С.І.Саволук, О.А.Ярмак

ПОКАЗНИКИ ПОСТОПЕРАЦІЙНОЇ ЧЕРЕЗДРЕНАЖНОЇ ХОЛАНГІОМАНОМЕТРІЇ ПРИ ФАРМАКОЛОГІЧНІЙ ДЕКОМПРЕСІЇ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вступ. Зовнішнє дренування є найбільш частим варіантом завершення оперативних втручань на жовчних протоках, проте, воно не позбавлене недоліків. Безпеку при транспілярній методиці дренування несе компресія панкреатичної протоки, що може бути причиною гострого панкреатиту.

Мета. Оцінка ефективності медикаментозної декомпресії жовчних протоків в клінічному експерименті.

Матеріали і методи. Після виконання відкритих та лапароскопічних оперативних втручань з приводу холецистохоледохолітіазу в двох групах пацієнтів виконувались черездренажна холангіоманометрія в перші 5 діб післяопераційного періоду та оцінка ступеню післяопераційного больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою через 24 та 48 годин після втручань. В основній групі окрім зовнішнього дренування застосовувався запропонований спосіб медикаментозної декомпресії жовчних протоків.

Результати. В перші 5 діб простежувалась достовірна різниця середніх показників залишкового тиску в загальній жовчній протоці ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Середні показники больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою через 24 та 48 годин після втручань відрізнялися зі статистичною достовірністю ($p < 0,001$). Запропонований спосіб медикаментозної декомпресії попереджує розвиток біліарної гіпертензії та забезпечує оптимальне знеболення в ранньому післяопераційному періоді.

Ключові слова: жовчні протоки, постопераційна черездренажна холангіо-манометрія, фармакологічна декомпресія.

Вступ. Після кожної холедохотомії та внутрішньопротокових маніпуляцій розвивається „травматичний холедохіт” та відмічається виражена жовчна гіпертензія [Ничитайло М.Е. и др., 2013]. Зовнішнє дренажування є найбільш частим варіантом завершення оперативних втручань на загальній жовчній протоці (ЗЖП). Однак, зовнішній дренаж не позбавлений, недоліків, до яких відносять можливість висхідної інфекції по дренажу в протоки, виникнення запальних явищ в зоні перебування дренажу, підтікання жовчі повз дренаж, можливе формування зовнішніх жовчних нориць, часткова чи повна евакуація жовчі назовні, яка при тривалій наявності дренажу викликає серйозні електролітні втрати. Варто відмітити незручності соціального та психологічного характеру, які виникають від моменту постановки дренажу до його видалення і необхідність догляду за ним, продовження строків госпіталізації. Недоліками транспаплярної методики дренажування є компресія панкреатичної протоки, що може бути причиною транзиторної гіперамілаземії та гострого панкреатиту, можливість рефлюксу в жовчні протоки дуоденального вмісту, можливий больовий синдром у пацієнтів в післяопераційному періоді, пов'язаний з наявністю транспаплярного дренажу, в окремих випадках необхідність ендоскопічних маніпуляцій для видалення дренажу. Специфічними для транспаплярних стентів ускладненнями є міграція, оклюзія, перфорація стінки кишки [Issa H. et al., 2013]. Новокаїнова блокада круглої зв'язки печінки запропонована ще у 1966 р. Д.Ф. Благовидовим та Т.І. Чорбинською. Введення літичних сумішей, місцевих анестетиків в круглу зв'язку печінки описане при печінковій кільці, загостренні хронічного панкреатиту з метою ліквідації больового синдрому, зокрема, зумовленому спазмом сфінктера ВСДПК. За даними літературних джерел, при додаванні низькомолекулярних декстранів до розчинів місцевих анестетиків підвищується тривалість периферичної анестетичної блокади, вірогідно, завдяки локальному зменшенню системної абсорбції анестетика [Museher T.R., 2009].

Мета. Оцінка ефективності інтраопераційної катетеризації круглої зв'язки печінки та медикаментозної декомпресії жовчних протоків в клінічному експерименті.

Матеріали та методи. За даними проспективного аналізу результатів лікування хворих на жовчокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітіазом, на клінічних базах кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період з 2011 по 2014 роки в 59 (71,08%) випадках виконано традиційну лапаротомну холецистектомію з ревізією холедохода. Одноетапне малоінвазивне хірургічне втручання здійснено 24 (28,91%) хворим. В основній групі хворих (41 пацієнт), окрім декомпресійного дренажування через куску міхурової протоки, після завершення основних етапів оперативних втручань, які супроводжувались маніпуляціями на жовчних протоках (холангіоскопія, холангіографія, зондування, холедохотомія, холедохолітоекстракція), виконувалась інтраопераційна черезшкірна пункція та катетеризація круглої зв'язки печінки (при лапароскопічному доступі – під контролем лапароскопу, при відкритому – під візуальним контролем) з інтраопераційним та подальшим пролонгованим краплинним введенням суміші: Lidocaine 2% 20 мл з розчином Dextran 10% 40 мл (з метою пролонгації ефекту анестетика) з почерговим введенням розчину Drotaverine 2% 2 мл,

розчину Butylscopolamine 1% 2 мл та суспензії Hydrocortisone (Suspensio Hydrocortisoni acetati) 2,5% 0,5 мл з інтервалом у 5 хвилин. В післяопераційному періоді введення препаратів виконувалось кожні 12 годин протягом 3 діб. Даний спосіб застосовувався з метою тривалої медикаментозної релаксації сфінктера ВСДПК, зменшення набряку нижніх відділів ЗЖП, слизової оболонки в області ВСДПК, спазму сфінктера Одді, які зумовлені хірургічними маніпуляціями на жовчних протоках. Крім того, за принципом провідникової анестезії пролонговане введення розчину лідокаїну в круглу зв'язку печінки забезпечувало знеболення в післяопераційному періоді. II (контрольну) групу склали 30 пацієнтів, в яких ревізія завершувалась зовнішнім дрениванням ЗЖП по Холстеду-Піковському. Для визначення показників залишкового тиску в ЗЖП в обох групах хворих виконували щоденну черездренажну холангіоманометрію в перші 5 діб післяопераційного періоду за методом Poilleux, Goidin. Оцінка ступеню післяопераційного болювого синдрому за візуально-аналоговою шкалою виконувалась у двох групах пацієнтів через 24 та 48 годин після оперативного втручання. Обробка даних здійснювалась за допомогою пакету «Statistica 6.0». Відповідність розподілу кількісних даних закону нормального розподілу перевіряли з допомогою критерію Shapiro-Wilk. Застосовувались непараметричні критерії (Mann-Whitney, Wilcoxon). Статистично достовірними вважали результат при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. У першу добу післяопераційного періоду середній показник залишкового тиску в ЗЖП в групі порівняння склав $176,27 \pm 2,12$ мм. вод. ст., що достовірно ($p < 0,001$) відрізнялось від даних, отриманих в основній групі – $126,58 \pm 2,11$ мм. вод. ст. Максимальний показник залишкового тиску – $192,90 \pm 2,14$ мм.вод. ст. отримано на другу добу в групі порівняння. В основній групі даний показник складає $140,15 \pm 2,74$ мм. вод. ст. ($p < 0,001$). На 3 добу показник середнього залишкового тиску в групі порівняння зменшився до $184,63 \pm 2,61$ мм. вод. ст., в основній групі – до $131,29 \pm 2,38$ мм. вод. ст., різниця статистично достовірна ($p < 0,001$). Середній рівень залишкового тиску в групі порівняння на 4 добу переважав фізіологічну норму, яка за даними О.О. Шалімова та співавторів складає 80-140 мм. вод. ст. і становив $160,10 \pm 1,71$ мм. вод. ст., що з високою достовірністю ($p < 0,001$) перевищувало даний показник в II групі хворих - $134,39 \pm 1,34$ мм. вод. ст. На 5 добу середній показник залишкового тиску наблизився до верхньої границі фізіологічної норми $142,83 \pm 1,90$ мм. вод. ст., що співпадає з літературними даними, які описують транзиторну біліарну гіпертензію та динаміку залишкового тиску в ЗЖП у післяопераційному періоді. В основній групі середній показник склав $131,41 \pm 2,96$ мм. вод. ст. і був достовірно нижчим ($p < 0,05$) від показника групи порівняння, що, вірогідно, зумовлено місцевим протизапальним та протинабряковим ефектом глюкокортикостероїда, який входив до переліку застосованих препаратів. Показник в I групі на 6 добу незначно перевищував відповідний показник основної групи хворих, без статистичної достовірності ($p > 0,05$). Отже, на 6 добу в групі хворих після холедохолітоекстракції та зовнішнього дренивання холедоха ми спостерігали стабілізацію тиску на рівні фізіологічних показників. В основній групі за весь період спостереження залишковий тиск в ЗЖП не перевищував фізіологічної норми і лише на 2 добу досяг її верхньої межі $140,15 \pm 2,74$ мм. вод. ст. Отже, за даними аналізу в групі хворих, яким окрім зовнішнього дренивання ЗЖП під час оперативного втручання виконувалась інтраопераційна

катетеризація круглої зв'язки печінки з інтраопераційним та подальшим пролонгованим введенням запропонованої комбінації препаратів в перші 5 діб простежувалась достовірна різниця середніх показників залишкового тиску в ЗЖП. В групі порівняння призначення наркотичних анальгетиків в першу добу після втручання було необхідним у 8 пацієнтів (27%). При визначенні ступеню післяопераційного болювого синдрому через 24 години та 48 годин після оперативних втручань середні показники в основній групі склали $4,7 \pm 0,3$ та $3,7 \pm 0,1$, в групі порівняння - відповідно $6,5 \pm 0,2$ та $5,2 \pm 0,3$. В обох випадках показники відрізнялися зі статистичною достовірністю ($p < 0,001$). Отже, описаний метод забезпечував оптимальне знеболення в післяопераційному періоді, що дозволило в основній групі відмовитись від призначення наркотичних анальгетиків.

Висновки. Запропонований спосіб медикаментозної декомпресії попереджує розвиток біліарної гіпертензії в ранньому післяопераційному періоді, що, як правило, є наслідком рефлекторного спазму сфінктера Одді та набряку слизової оболонки термінального відділу ЗЖП та ВСДПК після травматичних внутрішньопотокових маніпуляцій. Даний метод може розглядатись як спосіб профілактики післяопераційної біліарної гіпертензії, зокрема, у випадку «ідеальної холедохотомії», що потребує подальшого вивчення. За принципом провідникової анестезії описаний метод забезпечує оптимальне знеболення в післяопераційному періоді, що розширює покази до його застосування.

Література

1. Видеоэндоскопическая диагностика и минимально инвазивная хирургия холелитиаза: монография / [Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Лурин И.А. и др.]. – К.: Медицина, 2013. – 295 с.
2. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей / Анатолий Афанасьевич Ильченко. – М.: ООО Изд-во «Мед. информ. агентство», 2011. – 880 с.
3. Эндоскопическая хирургия желчекаменной болезни / [Гарелик П.В., Жандаров К.Н., Мармыш Г.Г., Данилов М.В.]. – М.: Бином, 2010. – 472 с.
4. Migration of a biliary stent causing duodenal perforation and biliary peritonitis / H. Issa, M. Nahawi, B. Bseiso [et al.] // World J Gastrointest Endosc. – 2013. – Vol. 5. – P. 523–526.
5. Museher T.R. Dextran instead of adrenaline to prolong the duration of action of the local anesthetic in high risk patients / T.R. Museher // Thi-Qar Medical Journal. – 2009. – Vol. 3, N 1. – P. 11-15.

А.И.Годлевский, С.И.Саволук, О.А.Ярмак

Показатели постоперационной чредренажной холангиоманометрии при фармакологической декомпрессии желчных протоков

**Винницкий национальный медицинский университет
имени Н.И. Пирогова**

Введение. Наружное дренирование является наиболее частым вариантом завершения оперативных вмешательств на желчных протоках, однако, оно не лишено недостатков. Опасность при транспапиллярной методике дренирования несет компрессия панкреатического протока, что может быть причиной острого панкреатита.

Цель. Оценка эффективности медикаментозной декомпрессии желчных протоков в клиническом эксперименте.

Материалы и методы. После выполнения открытых и лапароскопических оперативных вмешательств по поводу холецистохоледохолитиаза в двух группах пациентов выполнялись чрездренажная холангиоманометрия в первые 5 суток послеоперационного периода и оценка степени послеоперационного болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале через 24 и 48 часов после вмешательств. В основной группе, кроме наружного дренирования применялся предложенный способ медикаментозной декомпрессии желчных протоков.

Результаты. В первые 5 суток прослеживалась достоверная разница средних показателей остаточного давления в общем желчном протоке ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Средние показатели болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале через 24 и 48 часов после вмешательств отличались со статистической достоверностью ($p < 0,001$). Предложенный способ медикаментозной декомпрессии предупреждает развитие билиарной гипертензии и обеспечивает оптимальное обезбоживание в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: желчные протоки, постоперационная чрездренажная холангиоманометрия, фармакологическая декомпрессия.

A. I. Hodlevskiy, S. I. Savoliuk, O. A. Yarmak

Figures of postoperative trans-drainage cholangiomanometry during pharmacological decompression of the bile ducts

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Introduction. The external drainage is the most common option for completion of bile ducts surgical interventions. However, it is not without drawbacks. The danger of the transpapillary drainage technique is in the compression of the pancreatic duct, which can be a cause of acute pancreatitis.

Aim. Evaluation of the effectiveness of medicamentous decompression of the bile ducts in a clinical experiment.

Materials and methods. After performing open and laparoscopic surgical interventions on cholecystocholedocholithiasis in two groups of patients trans-drainage cholangiomanometry on the first 5 postoperative days and the evaluation of the degree of postoperative pain using visual-analogue scale in 24 and 48 hours after surgery were performed. In the study group, except of external drainage, the proposed method of medicamentous decompression of the bile ducts was applied.

Results. On the first 5 days a significant difference in the average residual pressure in the common bile duct was observed ($p < 0.001$; $p < 0.05$). The average pain level according to the visual-analogue scale in 24 and 48 hours after the intervention was different with statistical confidence ($p < 0.001$). The proposed method of medicamentous decompression prevents the development of the biliary hypertension and provides optimal analgesia in the early postoperative period.

Key words: bile ducts, of postoperative trans-drainage cholangiomanometry, pharmacological decompression.

Відомості про авторів:

Годлевський А.І. - д. мед. н., проф., завідувач кафедри хірургії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Київська, 68.

Саволюк С.І. - д. мед. н., доцент кафедри хірургії №2. Адреса: м. Вінниця, вул. Київська, 68.

Ярмак О.А. - аспірант кафедри хірургії №2. Адреса: м. Вінниця, вул. Київська, 68.