

УДК 616.366 – 003.7 – 008.5 – 089.168

Борисенко В. Б., Сівцев А. В.

**Діагностика та хірургічна тактика при доброякісних захворюваннях термінального відділу холедоха**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна vabodoc@ukr.net

**Резюме. Вступ.** Результати лікування пацієнтів з порушенням дистальної прохідності холедоха непухлинного генезу не можна вважати задовільними у зв'язку з відсутністю загальноприйнятих діагностичної та лікувальної програм, а також через стабільно високий відсоток післяопераційних ускладнень і летальності.

**Мета дослідження.** Поліпшення результатів лікування хворих з доброякісною обструкцією дистального відділу холедоха шляхом оптимізації діагностичної та лікувальної програм.

**Матеріал і методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів обстеження та лікування 72 хворих з дистальною непрохідністю холедоха непухлинного генезу. Використано розроблений діагностичний алгоритм із застосуванням ультразвукового дослідження, папілоскопії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії. Лікувальна програма заснована на пріоритетному використанні транспапільярних ендобіліарних втручань.

**Результати.** Найбільш частими причинами холестазу були стеноз папіли, холедохолітіаз, дисфункція сфінктера Одді і парапапілярний дивертикул. Механічну жовтяницю встановлено у 41 (56,9%) хворого. Мініінвазивні втручання були ефективні у 60 (83,3%) пацієнтів, в 4 (5,6%) випадках - виконано «відкриті» операції, а у 8 (11%) пацієнтів з дисфункцією сфінктера Одді оперативне лікування не проводилося.

**Висновки.** Розроблена лікувально-діагностична програма дозволяє правильно інтерпретувати і деталізувати причину порушення дистальної прохідності холедоха майже у 98% випадків і у близько 84% досягти остаточної мініінвазивної хірургічної корекції холестазу.

**Ключові слова:** порушення дистальної прохідності холедоха, холестаза, механічна жовтяниця, транспапільярні мініінвазивні втручання.

**Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень.** Незважаючи на певні успіхи сучасної гепатобіліарної хірургії, результати лікування пацієнтів з порушенням прохідності термінального відділу холедоха до теперішнього часу не можна вважати задовільними [3,5,7]. Основними критеріями актуальності даної проблеми є: зростання частоти виникнення жовчнокам'яної хвороби та її ускладнених форм, збільшення кількості операцій на органах гепатопанкреатодуоденальної зони, складність топографоанатомічних співвідношень цієї зони, стабільно високий відсоток післяопераційних ускладнень та летальності, а також відсутність загальноприйнятої діагностичної та лікувальної програми [4].

Серед найбільш частих причин синдрому дистальної непрохідності холедоха непухлинного генезу слід виділити холедохолітіаз, стеноз і дисфункцію великого дуоденального сосочка (ВДС), парапапілярний дивертикул, гострий папіліт, стриктури і тубулярний стеноз холедоха [4,6,8, 10].

Спільним чинником цих нозологічних форм є різного ступеня порушення прохідності термінального відділу загальної жовчної протоки і зокрема НДС з подальшим розвитком холестазу і синдрому механічної жовтяниці різного ступеня тяжкості [4, 5, 7].

У випадку несвоєчасної діагностики та ліквідації причини холестазу у цих пацієнтів можливий розвиток таких грізних ускладнень, як: гострий холангіт і біліарний сепсис, які реєструються приблизно в 60% і 20% випадків відповідно, призводять до поліорганної дисфункції та характеризуються високою (41-53%) летальністю [1, 5, 6].

До теперішнього часу не стандартизовані підходи щодо діагностики захворювань, які викликають холестаза [3, 5, 9]. Так само відсутня єдина думка щодо вибору оптимальної лікувальної тактики [7] і до сих пір не визначені критерії черговості, етапності та обсягу хірургічних втручань, особливо у пацієнтів з доброякісними захворюваннями НДС і парапапілярної зони [7,10, 11].

**Мета дослідження.** Поліпшення результатів лікування хворих з доброякісною обструкцією дистального відділу холедоха шляхом оптимізації діагностичної та лікувальної програм.

**Матеріал і методи дослідження**

Робота базується на ретроспективному дослідженні діагностики і лікуванні 72 пацієнтів у віці від 18 до 78 років (середній вік  $64 \pm 10,4$  роки), що були госпіталізовані в хірургічну клініку 2 МКЛ м.Харкова в 2012 - 2015 роках з синдромом порушення дистальної прохідності холедоха. Переважали жінки - 48 (66,7%), чоловіків було - 24 (33,3%). Більшість хворих - 56 (77, 8%) - госпіталізовано в ургентному порядку з клінікою біліарної колики.

Крім стандартної клініко-лабораторної діагностики проводили інструментальне дослідження з скринінговим використанням ультразвукового дослідження (УЗД). Критерієм відбору хворих була наявність розширення гепатихоледоха за даними УЗД понад 6 мм. Цим пацієнтам в подальшому виконували дуоденопапілоскопію (ДПС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) і, при необхідності, комп'ютерну томографію.

Лікувальна програма базувалася на використанні двохетапної тактики. Заходами першого етапу були ендоскопічні транспапільярні втручання - ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), механічна літоекстракція, стентування і назобіліарне дренивання (НБД). При неефективності мініінвазивних втручань виконували традиційну хірургічну корекцію основного захворювання.

Ефективність проведеного лікування оцінювали за динамікою клінічних, лабораторних даних, а також показників сонографічного моніторингу та фістулохолангіографії з використанням НБД.

Результати дослідження оброблено статистично з використанням пакету програм Microsoft Excel, з оцінкою достовірності показників за t - критерієм Стьюдента. Різницю вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення**

При трансабдомінальному УЗД ознаки жовчної гіпертензії були встановлені у всіх 72 (100%) хворих. Дилатація загальної жовчної протоки варіювала від 0,8 до 2,4 см в діаметрі, в середньому -  $1,4 \pm 0,6$  см. Механічну жовтяницю виявлено у 41 (56,9%) хворого. Показник загального білірубіну коливався від 8 мкмоль/л (при стенозі НДС і дисфункції сфінктера Одді) до 160 мкмоль/л (при холедохолітіазі).

Аналізуючи дані рентген-ендоскопічних досліджень, слід зазначити, що в 46 (63,9%) випадках ЕРХПГ була успішною після типової канюляції НДС, а в 26 (36,1%) - була виконана після діагностичної або лікувальної ЕПСТ.

Узагальнюючи дані інструментальних досліджень, встановлено, що найбільш частою причиною непрохідності жовчних проток був стеноз НДС, діагностований у 29 (40,3%) хворих.

Другою основною причиною жовчної гіпертензії був холедохолітіаз (табл.1), встановлений у 27 (37,5%) хворих. Дефекти наповнення при ЕРХПГ склали від 0,4 до 2,4 см. У 6 (8,3%) хворих з вираженим папілітом причиною холестазу був камінь ампуди НДС, який у всіх випадках «відійшов» після ЕПСТ. Поодинокі конкременти дистальної частини загальної жовчної протоки виявлено у 14 (19,4%), а множинні - у 10 (13,9%) хворих. Мікроліти (1-3мм) дистального відділу холедоха і ампуди НДС виявлені у 3 (4,2%) хворих; у всіх випадках вони супроводжувалися гострим папіліттом з обтурацією НДС. У 19 (26,4%) випадках конкременти діаметром від 0,2 до 1,5 см були видалені кошиком Дорміа одномоментно або після механічної літотрипсії. У 4 (5,6%) випадках конкременти

**Таблиця 1. Розподіл хворих за видом патології, що спричинила холестаза**

Вид патології (n=72)	Абсолютне число	%
Стеноз ВДС	29	40,3
Холедохолітаз (конкремент ампули ВДС)	27 (6)	37,5 (8,3)
Рестеноз зони ЕПСТ	2	2,8
Парапапілярний дивертикул	4	5,6
Аденома ВДС	2	2,8
Дисфункція сфинктера Одді	8	11

від 1,7 до 2,4 були визнані такими, що ендоскопічно видалити неможливо. Цим пацієнтам було виконано «відкрити» холедохолітотомію з глухим швом холедоха на НБД за розробленою нами методикою [2].

Рідше виявлялися парапапілярний дивертикул, повторний стеноз зони ЕПСТ, аденома папіли і дисфункція сфинктера Одді (табл. 1).

У 8 (11%) випадках, окрім різкого спазму ВДС і уповільненого виділення контрасту, ніякої іншої органічної патології не було виявлено. У цих пацієнтів встановлено функціональну патологію - дисфункція сфинктера Одді і призначено консервативну терапію.

Одноетапне лікування з використанням малоінвазивних втручань стало остаточним в лікуванні у 60 (83,3%) пацієнтів. Оперативне лікування не проводилося 8 (11%) пацієнтам з порушенням дистальної прохідності холедоха без ознак органічної патології, зумовленим дисфункцією сфинктера Одді.

Таким чином, проведені нами дослідження мають своє відображення в ряді робіт провідних вітчизняних і закордонних фахівців з гепатобілярної хірургії [3, 4, 7, 8, 10, 15]. Отримані нами результати свідчать про доцільність широкого клінічного застосування (за наявності технічної можливості) розробленого нами діагностичного алгоритму, а також використання мініінвазивних транспапілярних технологій для корекції доброякісної органічної патології термінального відділу холедоха.

### Висновки

1. Діагностика причини порушення дистальної прохідності холедоха ґрунтується на комплексному аналізі клінічних, лабораторних, сонографічних і рентген-ендоскопічних даних.

2. Першочерговим, доступним і найбільш інформативним скринінговим методом діагностики холестаза є метод УЗД, який дозволяє майже у 96% випадків визначити рівень перешкоди і часто причину обструкції.

3. Зведені дані ДПС і ЕРХПГ дозволяють вірно інтерпретувати і деталізувати причину порушення дистальної прохідності холедоха майже у 98% випадків.

4. Транспапілярні ендобілярні втручання дозволяють близько 84% випадків провести остаточну мініінвазивну хірургічну корекцію органічної патології термінального відділу холедоха, що спричинила холестаза.

### Перспективи подальших досліджень

Результати проведеного нами дослідження є основою для розробки в перспективі багатопланової програми диференціальної діагностики органічної та функціональної патології ВДС.

### Література

1. Борисенко В. Б. Білярний сепсис: принципи диференціальної діагностики з механічною жовтяницею та гострим холангітом / В.Б. Борисенко // Архів клінічної медицини. – 2014. – №2 (20). – 17 – 19.
2. Борисенко В. Б. Устрійство для ендоскопічного транспапілярного дренирования и санации желчных протоков / В. Б. Борисенко // Харківська хірургічна школа. – 2015. – №1. – С.45– 48.
3. Видеоендоскопическая диагностика и минимально инвазивная

хирургия холелитиаза / М. Е. Ничитайло, В.В. Грубник, И.А. Лурия [и др.]. К.: Медицина, 2013. – 296 с.

4. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей/ Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М. Видар, 2009. – 560 с.

5. Даценко Б.М. Критерии диагностики и принципы лечения обтурационной желтухи и ее осложненных форм – острого холангита и билиарного сепсиса / Б.М. Даценко, В.Б. Борисенко // Клінічна хірургія. – 2013. – №3. – С. 5 – 8.

6. Даценко Б.М. Механическая желтуха, острый холангит, билиарный сепсис: их патогенетическая взаимосвязь и принципы дифференциальной диагностики / Б.М. Даценко, В.Б. Борисенко // Новости хирургии. – 2013. – №5. – С. 31 – 39.

7. Кондратенко П.Г. Миниинвазивные технологии у пациентов с острым блоком терминального отдела холедоха/ П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // Укр. журн. хірургії. – 2013. – № 3 (22). – С. 80–83.

8. Майстренко Н. А. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза / Н. А. Майстренко // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. – № 3. – С. 26–34.

9. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю. А. Пархисенко, А. И. Жданов, В.Ю. Пархисенко, Р. С. Калашник // Укр. журн. хірургії. – 2013. – № 3 (22). – С. 202–213.

10. Ничитайло М. Е. Миниинвазивная хирургия доброкачественной обструкции дистального отдела общего желчного протока / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко // Укр. журн. хірургії. – 2013. – № 3. – С. 45 – 49.

11. Патогенетические аспекты острого холангита / В. Б. Борисенко, С. Г. Белов, И. В. Сорокина, Н. И. Горголь // Вісник Дніпропетровського у-у. Біологія. Медицина. – 2014. – №4(46). – С.131 – 137.

*Борисенко В. Б., Сивцев А. В.*

### Диагностика и хирургическая тактика при доброкачественных заболеваниях терминального отдела холедоха

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

**Резюме. Введение.** Результаты лечения пациентов с нарушением дистальной проходимости холедоха неопухолевого генеза нельзя считать удовлетворительными в связи отсутствием общепринятой диагностики и лечебной программ, а также сохраняющимся высоким процентом послеоперационных осложнений и летальности.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных с доброкачественной обструкцией дистального отдела холедоха путем оптимизации диагностической и лечебной программ.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 72 больных с дистальной непроходимостью холедоха неопухолевого генеза. Исползован разработанный диагностический алгоритм с применением ультразвукового исследования, папилоскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Лечебная программа основана на приоритетном использовании транспапілярных эндобілярных вмешательств.

**Результаты.** Наиболее частыми причинами холестаза были стеноз папіллы, холедохолітаз, дисфункція сфинктера Одді и парапапілярный дивертикул. Механическая желтуха установлена у 41(56,9%) больных. Мини-инвазивные вмешательства были эффективны у 60 (83,3%) больных, в 4(5,6%) случаях – выполнены «открытые» операции, а у 8 (11%) пациентов с дисфункцией сфинктера Одді оперативное лечение не проводилось.

**Выводы.** Разработанная лечебно-диагностическая программа позволяет верно интерпретировать и детализировать причину нарушения дистальной проходимости холедоха до 98 % случаев и до 84% достигнуть окончательной миниинвазивной хирургической коррекции холестаза.

**Ключевые слова:** нарушение дистальной проходимости холедоха, холестаза, механическая желтуха, транспапілярные миниинвазивные вмешательства.

*V.B. Borisenko, A.V. Sivtsev*

### Diagnosis and Surgical Tactics of Benign Diseases of Terminal Part of the Choledoch

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education, Kharkiv, Ukraine

E-mail: vabodoc@ukr.net

**Abstract.** The results of treating patients with distal common bile duct obstruction of non-tumor genesis cannot be considered satisfactory due to the absence of conventional diagnostic and treatment programs

as well as persistently high percentage of postoperative complications and lethality.

**The objective** of the research was to improve the results of treating patients with benign distal common bile duct obstruction through the optimization of diagnostic and treatment programs.

**Materials and methods.** Retrospective analysis of the results of examination and treatment of 72 patients with distal common bile duct obstruction of non-tumor genesis was carried out. The proposed diagnostic algorithm alongside with ultrasound examination, papillotomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography was used. Treatment program was based on priority use of transpapillary endobiliary interventions.

**Results.** In most cases, cholestasis was caused by papillary stenosis,

choledocholithiasis, sphincter of Oddi dysfunction and parapapillary diverticulum. Obstructive icterus was diagnosed in 41 (56.9%) patients. Minimally invasive interventions were effective in 60 (83.3%) patients; in 4 (5.6%) cases "open" surgery was performed; 8 (11%) patients with sphincter of Oddi dysfunction did not undergo surgical treatment.

**Conclusions.** The developed medical and diagnostic program allows us to correctly interpret and elaborate in detail the causes of distal common bile duct obstruction in 98% of cases as well as to achieve final minimally invasive surgical correction of cholestasis in 84%.

**Keywords:** distal common bile duct obstruction; cholestasis; obstructive icterus; transpapillary minimally invasive interventions.

Надійшла 15.06.2016 року.

УДК 616.14-002+616-089.873+617.58

Василюк С. М., Павлюк Н. М.

### Частота тромбозів глибоких вен після різних варіантів ампутації нижньої кінцівки

Кафедра хірургії № 1, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна, doctornataliya@mail.ru

**Резюме.** Проведений аналіз лікування 59 хворих, яким були проведені ампутації з приводу оклюзійних захворювань артерій нижніх кінцівок. Причиною ампутацій у 45 були периферичні захворювання артерій, у 14 – ішемічно-гангренозна форма синдрому діабетичної стопи. У 64,4 % випадків були проведені ампутації на рівні стегна, у 32,2 % – ексартікуляції в колінному суглобі та 3,4 % – ампутації на рівні верхньої третини гомілки. У 16 хворих (27,1 %) діагностували тромбоз глибоких вен кукси. Після ампутацій на рівні стегна він спостерігався у 36,8 %, після ексартікуляції колінного суглоба – у 10,5 %, після ампутацій на рівні гомілки – не було. Не було відзначено достовірної різниці між пацієнтами з облітеруючим атеросклерозом та синдромом діабетичної стопи. Була відзначена достовірна ( $p=0,04$ ) різниця у розвитку DVT в залежності від рівня ампутації ( $32=3,94$ ). Відносний ризик розвитку тромбозу глибоких вен кукси у хворих після ампутації стегна склав 3,50.

**Ключові слова:** ампутація, захворювання периферичних артерій, тромбоз глибоких вен.

**Вступ.** Зростання захворюваності на серцево-судинну патологію є важливою медико-соціальною проблемою. Незважаючи на появу сучасних малотравматичних методик ревазуляризації нижніх кінцівок, залишається актуальною проблема критичної ішемії. В усьому світі основними причинами ампутацій нижніх кінцівок є: оклюзійні захворювання артерій, травматичні ушкодження, тяжкі інфекції шкіри, м'язів та кісток, пухлини та природжені вади [3]. Якщо у країнах з низьким рівнем медичного забезпечення основною причиною ампутацій нижньої кінцівки є гнійно-некротичні процеси, то у розвинутих державах – оклюзії артеріального русла, які не підлягають ревазуляризації [7]. У багатьох випадках при критичній ішемії пряма чи непряма ревазуляризація не призводить до задовільного відновлення кровотоку і ампутація кінцівки часто залишається єдиною операцією, яка може зберегти життя хворого [6].

Ампутація, як і будь-яке оперативне втручання, може спричинити ряд післяопераційних ускладнень, серед яких варто виділити післяопераційний набряк кукси, який часто розцінюється хірургами як звичайний перебіг хірургічного лікування. Однак, не можна виключити, що часто його причиною є індукований тромбоз глибоких вен кукси (DVT) [2].

**Мета дослідження.** Встановити частоту розвитку післяопераційного тромбозу глибоких вен кукси, в залежності від рівня ампутації з приводу оклюзійних захворювань артерій нижніх кінцівок, які не підлягали ревазуляризації.

#### Матеріали та методи

Протягом 2013-2015 рр. у клініці кафедри хірургії № 1 ДВНЗ

«Івано-Франківський національний медичний університет» було виконано 59 ампутацій нижніх кінцівок з приводу критичної ішемії. Її основною причиною були периферичні захворювання артерій (PAD) (45 пацієнтів) та ішемічно-гангренозна форма синдрому діабетичної стопи (DF) – 14 пацієнтів. Всі пацієнти були консультовані судинним хірургом, який констатував неможливість виконання ревазуляризаційних оперативних втручань.

У найбільшій кількості хворих (64,4 %) були проведені ампутації на рівні стегна. Серед них пацієнти з PAD склали 30 випадків, з DF – 8 випадків. Ексартікуляції в колінному суглобі було виконано 19 (32,2 %). Серед цих 10 пацієнтів мали PAD, а 9 – DF. Дві ампутації на рівні верхньої третини гомілки (3,4 %) були виконані у хворих з DF.

#### Результати та їх обговорення

В ранньому післяопераційному періоді набряк кукси спостерігався у 28 пацієнтів (47,5 % випадку). У всіх цих пацієнтів було проведено ультразвукове дослідження тканин кукси та глибоких вен. Результати дослідження вказали, що у 16 випадках (27,1 %) спостерігалась ехографічно підтверджена наявність тромбів у просвіті вен кукси.

Найвища частота тромбозу глибоких вен кукси була відзначена після ампутацій на рівні стегна (36,8 %) (табл. 1). У пацієнтів, в яких виконували ексартікуляцію колінного суглоба DVT спостерігали у 10,5 % випадків. Серед хворих з ампутацією на рівні гомілки тромбозів глибоких вен не спостерігали.

Нами не було відзначено достовірної різниці в частоті DVT від захворювання, яке спричинило необхідність виконання ампутації.

Однак, нами була відзначена достовірна ( $p=0,04$ ) різниця у розвитку DVT в залежності від рівня ампутації ( $32=3,94$ ). Відносний ризик розвитку тромбозу глибоких вен кукси у хворих після ампутації стегна склав 3,50.

Серед практичних хірургів залишається поширеною думка, що операція вибору у хворих з критичною ішемією нижньої кінцівки повинна бути ампутація на рівні стегна. Основні аргументи, які наводять на користь цієї тези, є краща васкуляризація шкірно-м'язових клаптів кукси, нижча

**Таблиця 1. Частота розвитку тромбозу глибоких вен кукси після проведення ампутацій у хворих з оклюзійними захворюваннями артерій нижніх кінцівок**

Рівень ампутації	PAD (n=45)		DF (n=14)		p	$\chi^2$
	Всього	DVT	Всього	DVT		
Стегно	30	12	8	2	0.71	0.14
Коліно	10	1	9	1	0.50	0.45
Гомілка	-	-	2	-		