

УДК 616.36-008.811.4-089.167.1-06:648.

© О. І. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ, І. І. СМАЧИЛО, М. М. ГАЛЕЙ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Вибір строків виконання холецистектомії після попередньої транспаплярної біліарної декомпресії у хворих із холецистохоледохолітиазом

O. I. DZIUBANOVSKIY, I. I. SMACHYLO, M. M. HALEY

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

CHOICE OF TERMS OF CHOLECYSTECTOMY PERFORMANCE AFTER THE PREVIOUS TRANSPAPILAR BILLIAR DECOMPRESSION IN PATIENTS WITH CHOLECYSTOCHOLEDOCHOLITIASIS

У роботі наведено аналіз лікування 50 хворих на обтураційну жовтяницю на ґрунті холедохолітиазу, яким проводили двохетапне операційне втручання. Першим етапом виконували папілосфінктеротомію з літоекстракцією, а в подальшому – холецистектомію. В усіх хворих визначали перебіг цитолітичної та холестатичної активності в постдекомпресійний період з метою оптимізації часу виконання завершального етапу операційного лікування.

The work presents an analysis of treatment of 50 patients with obturative jaundice on the background of choledocholithiasis, who underwent two-stage surgical interference. The first stage was papilofinkterotomy with litoextraction, and then – cholecystectomy. In all patients they determined the course of cytotoxic and cholestatic activity in post-decompression period with the purpose of optimization of performance time of the last stage of operative treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Синдром обтураційної жовтяниці (ОЖ) є причиною численних органічних зрушень гепатопанкреатодуоденального сегмента. Наявна обтурація позапечінкових жовчних проток приводить до тяжких метаболічних зрушень не тільки в печінці, а і в усьому організмі, що спричиняє виникнення печінкової недостатності як в доопераційний період, так і після відновлення пасажу жовчі.

Клініко-лабораторно у хворих з обтураційною жовтяницею в доопераційний та післяопераційний період з боку печінки домінуючими є три основні синдроми: мезенхімально-запальний, холестатичний та цитолітичний. Причому активність проявів цих синдромів зумовлює тяжкість стану хворого, що посилюється з підвищенням тривалості жовтяничного періоду. Саме висока активність гепатоцитолізу на ґрунті порушення відтоку жовчі і є причиною печінкової недостатності в післяопераційний період, що приводить до 7–42% летальності хворих при даній патології [3, 5]. Проте не усі дисфункціональні зміни в печінці при даній патології зумовлені наслідком синдрому холестаза [6], адже саме він ліквідується під час операційного втручання. Порушення відтоку жовчі сприяє активації запальних асептичних, а згодом і септичних процесів у печінці, що в сукупності стає ще однією причиною активації гепатоцитолізу. Водночас у післяопераційний період саме активовані процеси системної запальної відповіді і є донаторами активності гепатоцитолізу, пік апоптозу яких, за даними наших дос-

ліджень, настає в першу післяопераційну добу з моменту декомпресії жовчних проток [7, 8].

Саме тяжкість стану хворого та висока частота післяопераційних ускладнень давно навели хірургів на думку про багатоетапність операційного втручання при обтураційній жовтяниці. Сучасне бачення та розуміння проблеми порушення відтоку жовчі непухлинного генезу через призму сучасних малоінвазивних методик є основою для проведення термінових доопераційних декомпресійних заходів. Вони дозволять швидко вивести хворого з критичного стану, мінімізувавши операційний ризик [1, 2, 4].

Мега роботи: оцінити прояви цитолітичного та холестатичного синдромів, що дозволить із мінімальним ризиком виникнення печінкової недостатності провести радикальне операційне втручання.

Матеріали і методи. У роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 50 хворих на ОЖ на ґрунті холедохолітиазу. Жінок було 36, а чоловіків – 14. Вік обстежуваних хворих коливався від 25 до 82 років. Відповідно до тривалості жовтяничного періоду усіх хворих поділили на три групи. Хворі з легким ступенем тяжкості обтурації (до 7 діб), середнім (від 8 до 14 діб) та тяжким (понад 14 діб). Для діагностики функціонального стану печінки нами вивчено рівень загального білірубину за допомогою набору реактивів для визначення загального та прямого білірубину 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, запропонованим J. Kind (J. Kind, 1954). Рівень маркера пошкодження печінки liver fatty acids binding proteins (L-FABP) визначали за допомогою імуноферментного аналізатора Stat-Fax-303 із використанням набору реактивів фірми Nu Cult biotechnology (Голландія, 2004). Ехоцильність тканини печінки оцінювали за допомогою апарата ультразвукової діагностики. Оцінювали морфологічний стан паренхіми печінки на основі гістологічного дослідження препаратів, пофарбованих гематоксилином та еозином.

Результати досліджень та їх обговорення. У I групі хворих (21 пацієнт) із легким ступенем тяжкості обтураційної жовтяниці спостерігали:

а) морфологічно (на основі пункційної біопсії печінки під сонографічним контролем) відмічено набухання центрально розміщених гепатоцитів за рахунок зернистої дистрофії з відсутністю ядер в окремих гепатоцитах; у зоні плазмолізу відмічали нейтрофільноклітинну інфільтрацію, застійне повнокрів'я; внутрішньочасточкові капіляри місцями були звужені або зовсім не визначались; мали місце субкапсулярні та інтракапсулярні крововиливи, явища холестазу у вигляді тромбів у жовчних капілярах;

б) клініко-лабораторно:

- тривалість жовтяничного періоду до 7 діб;
- темп наростання жовтяниці – 14,5 мкмоль/л;
- показник білірубінемії – (118,6±25,0) мкмоль/л;
- ехоцильність тканини печінки – (8,55±1,7) Дб.

У II групі – 18 пацієнтів із середнім ступенем тяжкості жовтяниці. У цій групі відмічали:

а) морфологічно у тканині печінки, з одного боку, повнокрів'я з розширенням центральних вен, геморагії навколо них та субкапсулярні крововиливи. З іншого боку, набухання печінкових часточок з компресією мікросудин за рахунок зернистої та гідрофільної дистрофії, аж до балонної дегенерації з вогнищами некрозу. В центральних венах проліферація ендотеліальних клітин із місцями склерозу їх стінок, що приводило до звуження їх просвіту та накопичення пігменту в перипортальній тканині;

б) клініко-лабораторні критерії:

- тривалість жовтяничного періоду від 8 до 14 діб;
- темп наростання жовтяниці – 16,4 мкмоль/л;
- показник білірубінемії – (176,0±26,3) мкмоль/л;
- ехоцильність тканини печінки – (14,0±1,6) Дб.

III група – 11 пацієнтів із тяжким перебігом обтураційної жовтяниці. У цій групі:

а) морфологічно збільшилось набухання гепатоцитів за рахунок зернистої та профільної дистрофії, що викликало компресію мікросудин та центральних вен. В останніх спостерігалась проліферація ендотеліальних та купферівських клітин;

б) клініко-лабораторні критерії:

- тривалість жовтяничного періоду понад 14 діб;
- темп наростання жовтяниці – 17,2 мкмоль/л;
- показник білірубінемії – (246,0±24,2) мкмоль/л;
- ехоцильність тканини печінки – 19,3 Дб.

Проаналізувавши отримані результати, виявлено пропорційну залежність зростання біохімічних показників крові, тривалості жовтяниці від ехоцильності тканини печінки.

В умовах стаціонару першим етапом всім хворим проводили ретроградну панкреатохолангіографію, що також давало відповідь на ряд питань, зокрема про рівень обтурації та її причину.

Під час дуоденоскопії здійснювали канюлювання великого дуоденального сосочка та контрастування позапечінкових жовчних проток водорозчинним контрастом. При відсутності протипоказань наступним етапом виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію з подальшою ендоскопічною екстракцією конкрементів із жовчних проток за допомогою кошика Дорміа.

Після проведеної декомпресії жовчних проток в усіх хворих оцінювали динаміку лабораторних показників із метою визначення часу кінцевого етапу операційного втручання.

У I групі хворих рівень білірубінемії повернувся до норми на 3–4-ту післяопераційну добу. Показники лужної фосфатази в постдекомпресійний період поступово знижувались і досягли нормального рівня лише на 3-тю добу. Отже, у хворих із легким ступенем тяжкості обтураційної жовтяниці нормалізація холестатичних показників відбулась до 4-ї післяопераційної доби (рис. 1).

Цитолітична активність печінки, судячи за даними показників трансаміназ, знижувалась до норми до 3-ї післяопераційної доби, а за даними маркера пошкодження печінки L-FABP – до 4-ї (рис. 2).

У пацієнтів із середнім ступенем тяжкості жовтяниці після виконання першого етапу операційно-

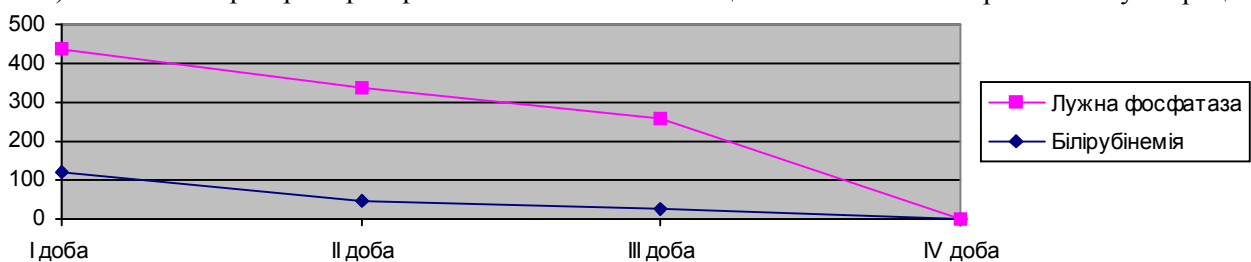


Рис. 1. Холестатична активність у I групі хворих після першого етапу операційного втручання.

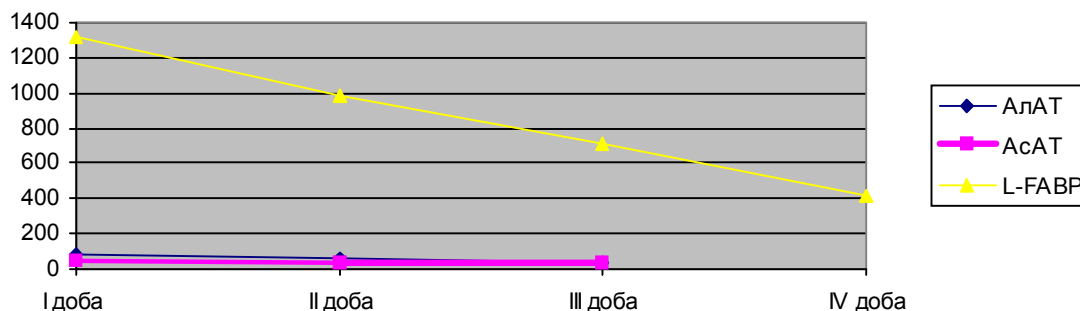


Рис. 2. Цитолітична активність у I групі хворих після першого етапу операційного втручання.

го втручання показник рівня білірубину до норми знижувався до 6-ї післяопераційної доби, а рівень лужної фосфатази – до 5-ї (рис. 3).

Рівень АлАТ у цієї ж категорії хворих знижувався до норми до 4-ї післяопераційної доби, тоді як АсАТ досягнув нормального рівня на добу раніше (рис. 4). Цитолітична активність за рівнем маркера пошкодження печінки відновлювалась до 6-ї доби післяопераційного періоду (рис. 4).

У III групі хворих із тяжким перебігом обтураційної жовтяниці після проведеної декомпресії рівень лужної фосфатази та білірубину крові знижувався до норми в основному до 7-ї доби (рис. 5). Показники трансаміназ стабілізувались швидше. Так, активність АсАТ відновилась до 3-ї післяопераційної доби, а АлАТ – до 5-ї. Цитолітична активність за даними маркера пошкодження печінки в кінці першого тижня після декомпресії майже відновилась (рис. 6).

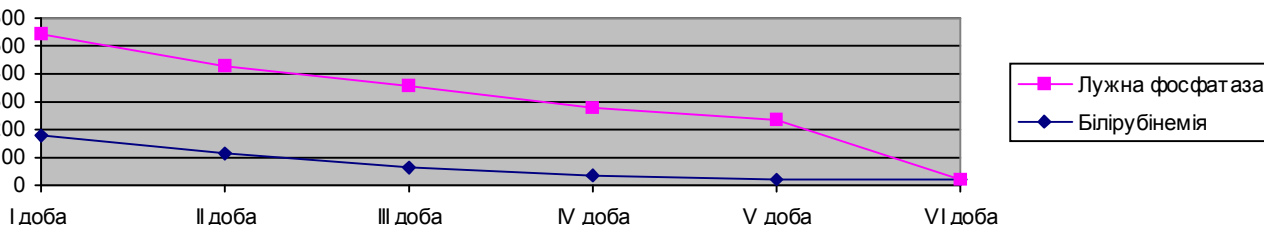


Рис. 3. Холестатична активність у II групі хворих після першого етапу операційного втручання.

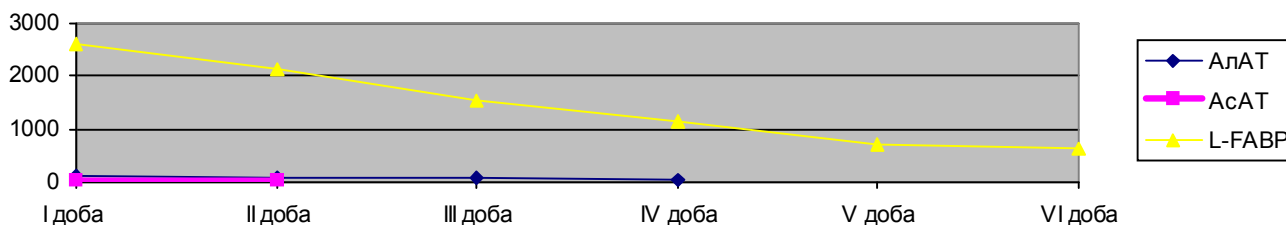


Рис. 4. Цитолітична активність у II групі хворих після першого етапу операційного втручання.

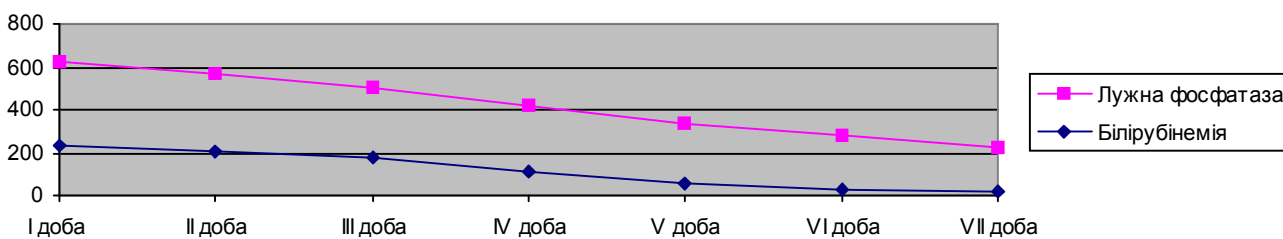


Рис. 5. Холестатична активність у III групі хворих після першого етапу операційного втручання.

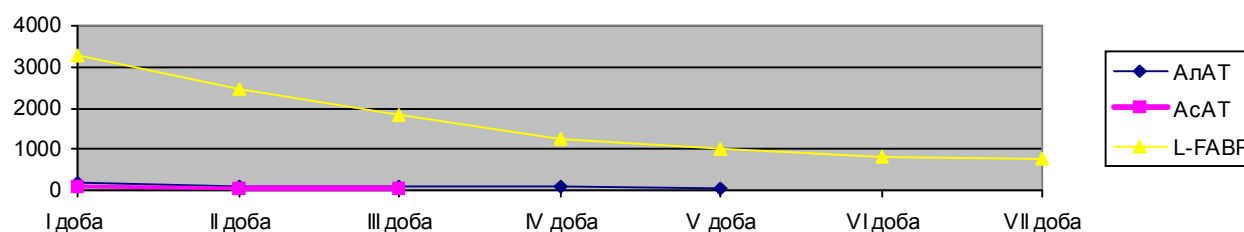


Рис. 6. Цитолітична активність у III групі хворих після першого етапу операційного втручання.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Висновки. 1. Із збільшенням щільності печінкової тканини зростають деструктивні морфологічні прояви і біохімічна активність холестазу та гепатоцитолізу.

2. Хворим І групи можна виконувати холецистектомію, починаючи з 5-ї доби післяопераційно-

го періоду, ІІ групи – на кінець тижневого постдекомпресійного періоду. У хворих із тяжким перебігом обтураційної жовтяниці повторні операційні втручання слід виконувати з другого тижня після першого етапу операції, а при тривалому жовтяничному періоді – і пізніше.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грубник В. В. Лапароскопические оперативные вмешательства при механической желтухе / В. В. Грубник, А. И. Ткаченко // Університетська клініка. – 2007. – Т. 3, № 1. – С. 28–30.
2. Ничитайло М. И. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М. И. Ничитайло, В. В. Грубник. – К. : Здоров'я, 2005. – 424 с.
3. Lilly M. C. Balanced approach to choledocholithiasis / M. C. Lilly, M. E. Arregai // Surgical Endoscopy. – 2001. – Vol. 15, № 5. – P. 467–472.
4. Елін А. Н. Диференційований підхід до вибору термінів операційного втручання у хворих на обтураційну жовтяницю / А. Н. Елін // Acta Medica Leopoliensia. – 2005. – Vol. 11, № 4. – С. 43–46.
5. Мачулін Е. Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза / Е. Г. Мачулін. – Минск : Хорвест, 2000. – 160 с.
6. Ткачук О. Л. Проблема тактики хірургічного лікування обтураційної жовтяниці / О. Л. Ткачук // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т. 9, № 1. – С. 92–95.
7. Экстренная хирургия желчных путей / Й. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, А. Ф. Элин и др. – Донецк, 2005. – С. 434.
8. Дзюбановський І. Я. Ішемічно-реперфузійний синдром у хворих на обтураційну жовтяницю. Хірургічна тактика та медикаментозна корекція / І. Я. Дзюбановський, І. І. Смачило // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 4. – С. 77–81.

Отримано 08.10.12