

and on subfascial hematomas after veinectomies.

**Key words:** varicose, endovascular laser coagulation, 1400 nm, striping of veins.

Рецензент - д.мед.н., проф. Заремба В.С.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2016 р.

Матвійчук Богдан Олегович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького; +38(032)2529668; bmatviychuk@yahoo.com

Федчишин Назар Романович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького; +38(063)1768648; fednaz@ukr.net

© Міщенко В.В., Грубник В.В., Ткаченко О.І., Кошель Ю.М.

УДК: 616.36-008.5-089-072.1

**Міщенко В.В., Грубник В.В., Ткаченко О.І., Кошель Ю.М.**

Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65082)

## РОЛЬ І МІСЦЕ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ВЕДЕННІ ХВОРИХ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

**Резюме.** Проведено аналіз результатів лікування 186 хворих з механічною жовтяницею різного ґенезу, у діагностично-лікувальному алгоритмі яких застосовано мініінвазивні втручання. У хворих, де причиною механічної жовтяниці є пухлини голівки підшлункової залози, пухлини великого дуоденального сосочка, онкологічне ураження жовчовивідних шляхів, первинний рак жовчного міхура, метастатичне ураження печінки, черезшкірне черезпечінкове дренажування протокової системи печінки з установкою зовнішньо-внутрішнього стента та холецистостомія під контролем УЗД є методом вибору. У хворих, де причиною механічної жовтяниці були жовчо-кам'яна хвороба з гепатико- або холедохолітіазом, резидуальний холедохолітіаз, стриктури холедоха після холецистектомії, набрякова форма гострого панкреатиту, стенозуючий папіліт великого дуоденального сосочка, псевдотуморозна форма хронічного панкреатиту, лікувальна тактика полягала у ендоскопічній папілосфінктеротомії з літоекстракцією, літотрипсією з літоекстракцією з контрольною виконання ЕРХПГ.

**Ключові слова:** механічна жовтяниця, мініінвазивні втручання.

### Вступ

Синдром механічної жовтяниці (МЖ) виникає у 15-40% хворих з жовчокам'яною хворобою і практично у всіх хворих з пухлинними ураженнями жовчних шляхів [2]. МЖ вважається однією з найбільш важких проблем захворювань печінки та позапечінкових жовчних шляхів. Проблеми діагностики та диференційної діагностики причин і лікувальної тактики обтурації жовчних шляхів є актуальними на теперішній час. Хірургічні втручання у хворих МЖ, що виконуються за екстреними показаннями, супроводжуються великою кількістю ускладнень, а летальність досягає 15-30%, що в 4 рази вище, ніж у тих випадках, коли МЖ вдається ліквідувати до операції [3]. У 29-43% хворих гострим холециститом в патологічний процес втягаються органи гепатопанкреатодуоденальної зони з розвитком порушень у печінці - від дистрофічних змін у гепатоцитах до цирозу [4].

Механічна жовтяниця може бути проявом постхолецистектомічного синдрому: резидуальний холедохолітіаз, стриктури, стенози холедоха, холангіту [5].

Декомпресія біліарної системи є головним завданням у лікувальному алгоритмі даної категорії хворих [1]. Методи ендоскопічної папілосфінктеротомії та зовнішньо-внутрішніх методик дренажування протокової системи печінки є найбільш прийнятні для створення умов вільного відтікання жовчі [6].

**Мета** - покращити результати лікування хворих з механічною жовтяницею різного ґенезу шляхом застосування мініінвазивних втручань.

### Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 186 хворих з механічною жовтяницею різного ґенезу, у діагностично-лікувальному алгоритмі яких застосовано мініінвазивні втручання.

Осіб чоловічої статі було 56 (30,1%), жіночої - 130 (69,1%). За віком хворі розподілялись таким чином: 21-30 років - 11 (5,9%), 31-40 років - 9 (4,8%), 41-50 років - 31 (16,7%), 51-60 років - 36 (19,4%), 61-70 років - 50 (26,9%), 71-80 років - 40 (21,54%), 81 рік і старіше - 9 (4,89%).

Причини і частота механічної жовтяниці представлена у таблиці 1. У 45 (24,2%) випадків причиною механічної жовтяниці був резидуальний холедохолітіаз, у 43 (23,1%) - пухлини голівки підшлункової залози, у 22 (11,8%) - жовчокам'яна хвороба з гепатікохоледохолітіазом, у 18 (9,7%) - онкологічна поразка жовчовивідних шляхів. Механічна жовтяниця у 58 (31,2%) випадках виникла в наслідок інших причин.

Клінічними проявами захворювань були жовтушність шкіри, іктеричність склер у 186 (100%) хворих, шкіряний свербіж - у 60 (32,3%), потемніння сечі - у 186 (100%), болі у правому підребер'ї - у 104 (55,9%), гіпертермія з ознобом - у 115 (61,8%). При біохімічному дослідженні рівні загального білірубіна коливались від 44 мкмоль/л до 392,7 мкмоль/л, рівні активності трансаміназ (АсАТ, АлАТ) сягали 1,36±0,07 мкмоль/ч і 5,2±0,26 мкмоль/ч відповідно. У хворих з

**Таблиця 1.** Причини і частота механічної жовтяниці.

Причини механічної жовтяниці	Абс.	%
ЖКХ з гепатікохоледохолітазом,	22	11,8
Резидуальний холедохолітаз	45	24,2
Стрикттури, стенози холедоха після холецистектомії	15	8,1
Набрякова форма гострого панкреатиту	8	4,3
Стенозуючий папіліт великого дуоденального сосочка	12	6,5
Псевдотуморозна форма хронічного панкреатиту	10	5,4
Пухлини голівки підшлункової залози	43	23,1
Пухлини великого дуоденального сосочка	3	1,6
Онкологічна ураження жовчовивідних шляхів	18	9,7
Первинний рак жовчного міхура	2	1,1
Метастатичне ураження печінки	8	4,3
Всього	186	100

механічною жовтяницею, яка супроводжувалась холангітом, лейкоцитоз у середньому склав  $20,3 \times 10^9/\text{л}$  зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, без наявності холангіту -  $12,5 \times 10^9/\text{л}$ . Рівень сечовини і креатиніну дорівнював  $14,1 \pm 0,71$  ммоль/л,  $0,192 \pm 0,01$  ммоль/л відповідно.

Усім хворим з механічною жовтяницею у діагностичному плані виконували ультразвукове дослідження, фіброезофагогастродуоденоскопію. За показаннями - комп'ютерну та магнітнорезонансну томографію, ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію.

### Результати. Обговорення

Вид та частота мініінвазивних втручань, які застосовані у хворих з механічною жовтяницею представлена у таблиці 2. У 74(39,8%) хворих, де причиною механічної жовтяниці були пухлини голівки підшлункової залози, пухлини великого дуоденального сосочка, онкологічна поразка жовчовивідних шляхів, первинний рак жовчного міхура, метастатичне ураження печінки, черезшкірне черезпечінкове дренивання протокової системи печінки (у 45,2%), черезшкірне черезпечінкове зовнішньо-внутрішнє дренивання протокової системи (у 15,1%) та холецистостомія під контролем УЗД (у 2,7%) було методом вибору. Основним завданням у даній категорії хворих було зменшення ознак жовтяниці, нормалізація функціональних показників печінки та нирок, підготовка пацієнтів до можливого основного хірургічного втручання.

Рівень загального білірубину через 7 днів після черезшкірного черезпечінкового дренивання протокової системи печінки та зовнішньо-внутрішнього дренивання склав  $84 \pm 4,2$  мкмоль/л, АсАТ, АлАТ -  $1,6 \pm 0,07$  мкмоль/ч і  $2,2 \pm 0,26$  мкмоль/ч відповідно. Рівень сечовини і креатиніну дорівнював  $7,1 \pm 0,35$  ммоль/л,  $0,12 \pm 0,01$  ммоль/л відповідно. Другим етапом основного хірургічного втручання при пухлині голівки підшлункової залози було у 4 (5,4%) випадків панкреа-

тодуоденальна резекція за Фреєм, у 54 (73,0%) холедохо,-гепатико, холецисто єюноанастомоз за Ру, або Шалімовим О.О. Летальності серед цієї групи хворих не було. Середній термін перебування в стаціонарі після операції склав  $10 \pm 0,4$  доби. У 16(21,6%) хворих внаслідок тяжкості онкологічного процесу оперативні втручання не виконувались. Після черезшкірного черезпечінкового дренивання протокової системи печінки та зовнішньо-внутрішнього дренивання 13 (17,6%) хворих виписані із стаціонару на 7 добу з покращенням загального стану під нагляд онколога поліклініки. Вмерло в стаціонарі 3 (4,1%) хворих. Основна причина смерті - наростання печінкової та ниркової недостатності.

У 112 (60,2%) хворих, де причиною механічної жовтяниці були жовчо-кам'яна хвороба з гепатико- або холедохолітазом, резидуальний холедохолітаз, стриктури холедоха після холецистектомії, набрякова форма гострого панкреатиту, стенозуючий папіліт великого дуоденального сосочка, псевдотуморозна форма хронічного панкреатиту, лікувальна тактика полягала у наступному. При виконанні ендоскопічної папілосфінктеротомії, в залежності від анатомічних та індивідуальних особливостей, розріз досягав довжини від 1,0 до 1,5 см у напрямку 11-12 годин уздовж великої по-вздожної складки 12-палої кишки, що призводило до достатньо широкого розкриття дистального відділу холедоха. У 37 (33,0%) хворих з гепатико-холедохолітазом дотримувались вичікувальної тактики, розраховуючи на самостійне відходження конкрементів. У 75 (67,0%) пацієнтів ендоскопічна папілосфінктеротомія доповнювалась літоекстракцією за допомогою корзинки Дорміа, або літотрипсією з літоекстракцією з промиванням протоків до чистої води. Заключним етапом втручання було виконання ЕРХПГ. Така тактика у першу чергу була направлена на ліквідацію ознак холангіту, видалення каміння з гепатикохоледоха. Другим етапом оперативного втручання при наявності холецистолітазу є виконання лапароскопічної холецис-

**Таблиця 2.** Вид та частота мініінвазивних втручань.

Вид мініінвазивного втручання	Абс.	%
Черезшкірне черезпечінкове дренивання протокової системи	84	45,2
Черезшкірне черезпечінкове зовнішньо-внутрішнє дренивання протокової системи	28	15,1
Холецистостомія під контролем УЗД	5	2,7
Ендоскопічна папілосфінктеротомія	27	14,5
ЕРХПГ:	137	73,7
Ендоскопічна папілосфінктеротомія+ЕРХПГ	70	37,6
Ендоскопічна папілосфінктеротомія+літоекстракція+ЕРХПГ	45	24,2
Ендоскопічна папілосфінктеротомія+літотрипсія+літоекстракція+ЕРХПГ	22	11,8
Всього	186	100

тектомії.

Ускладненнями, які виникли після ендоскопічної папілосфінктеротомії були: кровотеча з місця розрізу у 3 (2,7%) хворих, панкреатит - у 4 (3,6%) випадках.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. При механічній жовтяниці пухлинного ґенезу черезшкірне черезпечінкове дренивання протокової системи печінки з установкою зовнішньо-внутрішнього стенту і холецистостомія під контролем УЗД є ме-

тодом вибору.

2. При механічній жовтяниці непухлинного ґенезу лікувальна тактика полягала в ендоскопічній папілосфінктеротомії з літоекстракцією, літотрипсією та літоекстракцією з контрольною ЕРХПГ, за показаннями - черезшкірне черезпечінкове дренивання протокової системи печінки з установкою зовнішньо-внутрішнього стенту.

У перспективі необхідно продовжувати розпрацювання оптимальної хірургічної тактики у хворих з механічною жовтяницею пухлинного ґенезу.

### Список літератури

1. Бабійчук Ю. В. Малоінвазивні ендоскопічні транспапілярні втручання при механічній жовтяниці у хворих похилого та старечого віку / Ю.В. Бабійчук // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2014. - № 1, Ч. 1 (Т. 18). - С. 84-86.
2. Ендоскопічні транспапілярні методи лікування холедохолітазу, спричиненого множинними конкрементами / П.В. Огородник, А.Г. Дейниченко, Д.І. Христюк [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2012. - №1. - С. 10-13.
3. Ничитайло М. Е. Миниінвазивная хирургия патологии желчных протоков / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник. - К.: Здоров'я, 2005. - 424 с.
4. Прогностичне значення циклічних нуклеотидів в оцінці функціонального стану печінки у хворих на гострий холецистит / О.Л. Дробков, Д.М. Давидов, В.С. Кадочников [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2014. - №1, Ч. 2 (Т. 18). - С. 183-186.
5. Хворостов Е. Д. Этапное лечение ЖКБ, осложненной холедохолитиазом / Е.Д. Хворостов, С.А. Бычков, Р.Н. Гринев // Харківська хірургічна школа. - 2013. - №1. - С. 119 - 121.
6. Sumiyama K. Endoscopic Caps / K. Sumiyama, E. Rajan // Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. - 2006. - № 8. - С. 28-32.

**Мищенко В.В., Грубник В.В., Ткаченко А.И., Кошель Ю.Н.**

### РОЛЬ И МЕСТО МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗНОГО ГЕНЕЗА

**Резюме.** Проведен анализ результатов лечения 186 больных с механической желтухой различного генеза, в лечебно-лечебном алгоритме которых применены миниинвазивные вмешательства. У больных, где причиной механической желтухи являются опухоли головки поджелудочной железы, опухоли большого дуоденального сосочка, онкологическое поражение желчевыводящих путей, первичный рак желчного пузыря, метастатическое поражение печени, чрескожное чрезпеченочное дренирование протоковой системы печени с установкой внешне-внутреннего стента и холецистостомия под контролем УЗИ является методом выбора. У больных, где причиной механической желтухи были желчекаменная болезнь с гепатико- или холедохолитиазом, резидуальный холедохолитиаз, стриктуры холедоха после холецистэктомии, отечная форма острого панкреатита, стенозирующий папиллит большого дуоденального сосочка, псевдотуморозный форма хронического панкреатита, лечебная тактика заключалась в эндоскопической папилосфинктеротомии с литоэкстракцией, литотрипсией с литоэкстракцией с контрольным выполнением ЭРХПГ.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, миниинвазивные вмешательства.

**Mishchenko V.V., Grubnik V.V., Tkachenko O.I., Koshel Y.M.**

### THE ROLE AND PLACE OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF VARIOUS ORIGINS

**Summary.** The analysis of results of treatment of 186 patients with obstructive jaundice of various origins, in medical-therapeutic algorithm that minimally invasive interventions applied. Percutaneous perhepetic drainage duct system of the liver with the installation of external-internal stent and cholecystostomy under ultrasound guidance is the method of choice in patients where the cause of jaundice are the pancreatic head tumors, papillary, cancer defeat biliary tract, the primary gallbladder cancer, metastatic liver disease. Medical approach was to perform endoscopic papilosphincterotomy with lithoextraction, lithotripsy lithoextraction with control performing ERCP in patients where the cause of jaundice were cholelithiasis or choledocholithiasis with hepatico-, choledocho- and residual cholelithiasis, strictures of the common bile duct after cholecystectomy, edematous form of acute pancreatitis, constrictive papillitis large duodenal papilla, pseudotumor form of chronic pancreatitis.

**Key words:** obstructive jaundice, minimally invasive intervention.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Баязітов М.Р.**

Стаття надійшла до редакції 28.11.2016 р.

Мищенко Василь Васильович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету; +38(067)7496758; mischenko\_vasil@i.ua

Грубник Володимир Володимирович - д.мед.наук, проф., зав. кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету

Ткаченко Олександр Іванович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету

Кошель Юлій Миколайович - к.мед.наук, доц. кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету