

© Б.С. Запорожченко, А.А. Горбунов, П.Т. Муравйов, К.П. Кірпічнікова, В.В. Колодій, Д.А. Бондарець, 2014

УДК 616.366-002-089.12+612.357.1

Б.С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, А.А. ГОРБУНОВ, П.Т. МУРАВЙОВ, К.П. КІРПІЧНІКОВА, В.В. КОЛОДІЙ, Д.А. БОНДАРЕЦЬ

Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №2, Одеський обласний центр хірургії печінки та підшлункової залози, Одеса

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ ДОБРОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ

Незважаючи на впровадження в клініки нових методів діагностики та мініінвазивних технологій, питання сучасної діагностики та раціональної лікувальної тактики при механічній жовтяниці залишаються одними з найбільш складних у хірургічній гастроентерології. З 2009 по 2014 рік в хірургічній клініці з приводу синдрому обтураційної жовтяниці комплексне хірургічне лікування отримали 162 хворих. Жовчнокам'яна хвороба, ускладнена холедохолітіазом, стала причиною розвитку обтураційної жовтяниці у 76 (46,9%) хворих. Рубцеві стриктури спільної жовчної протоки розвинулися у 17 (10,5%) випадках. Хворих з псевдотуморозною формою хронічного панкреатиту було 47 (29,0%), фіброзно-кістозною – 3 (1,9%), з фіброзно-дегенеративною – 19 (11,7%). Хворим виконувалися малоінвазивні, дренуючі і резекційні оперативні втручання. Після мініінвазивних і дренуючих операцій летальних випадків не відзначено. Після резекційних оперативних втручань розвиток післяопераційних ускладнень у вигляді ерозивної кровотечі, неспроможності панкреатодигестивного анастомозу, тромбоемболії легеневої артерії і гострої серцево-судинної недостатності виявлено в 9,1% (6 хворих). Летальність склала 6,0%.

Ключові слова: механічна жовтяниця, хронічний панкреатит, хірургічне лікування

Вступ. Питання сучасної діагностики та раціональної лікувальної тактики при механічній жовтяниці залишаються одними з найбільш складних у хірургічній гастроентерології, попри впровадження в клініки нових методів діагностики та мініінвазивних технологій. Жовчнокам'яна хвороба, ускладнена холедохолітіазом, стала причиною розвитку обтураційної жовтяниці. Все частіше розвиваються рубцеві стриктури спільної жовчної протоки. Найбільше хворих зі псевдотуморозною формою хронічного панкреатиту, також почастішали випадки з фіброзно-дегенеративною формою, найменша кількість хворих із фіброзно-кістозною формою хронічного панкреатиту.

Мета дослідження. Покращення результатів комплексного хірургічного лікування хворих із синдромом обтураційної жовтяниці доброякісного генеза шляхом диференційованого підходу до вибору оперативного втручання в залежності від етіопатогенетичного фактора.

Матеріали та методи. З 2009 по 2014 рік в хірургічній клініці з приводу синдрому обтураційної жовтяниці комплексне хірургічне лікування отримали 162 хворих. Середній вік хворих склав 45,4 року, чоловіків було 73 (45,1%), жінок – 89 (54,9%). Всім хворим при поступленні виконували загальноприйнятий діагностичний алгоритм, включаючи обов'язкове виконання УЗД, КТ, МРТ, ФГДС, ЄРХПГ. Обов'язковим для виключення злоякісного ураження головки ПЗ було визначення рівня специфічних онкомаркерів РЕА, СА 19–9, Альфа-фетопротеїн і фекальної еластази. При виконанні УЗД і КТ акцентували увагу на стан органів панкреатобіліарної зони (стан головки і протокової системи ПЗ – фіброз, панкреато-

вірсунголітіаз, стан внутрішньо- та позапечінкових жовчовивідних протоків), наявність вогнищевих змін в печінці і головці підшлункової залози (кісти, вогнища фіброза, кальцинати). Наступний етап обстеження – ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЄРХПГ). Це дослідження дозволяє отримати повну інформацію про стан протокової системи ПЗ – рівні обструкції холедоха, вірсунгової протоки, наявність конкрементів в протоковій системі, наявність і локалізації кіст і нориць, визначитись з виконанням ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЄПСТ). Також виконували комп'ютерну, а частіше магнітно-резонансну томографію (КТ або МРТ) для більш прицільного виявлення біліарної та панкреатичної внутрішньо-протокової гіпертензії та деталізації змін паренхіми ПЗ.

Результати комплексного обстеження хворих представлені в таблиці 1.

Жовчнокам'яна хвороба, ускладнена холедохолітіазом, стала причиною розвитку обтураційної жовтяниці у 76 (46,9%) хворих. Рубцеві стриктури холедоха розвинулися в 17 (10,5%) випадках. Хворих із псевдотуморозною формою – 47 (29,0%), фіброзно-кістозною – 3 (1,9%), з фіброзно-дегенеративною – 19 (11,7%).

Результати досліджень та їх обговорення. Всім хворим із моменту поступлення як передопераційна підготовка проводилась консервативна інфузійна терапія з акцентом на корекцію шкідливого впливу холемії. Оперативне лікування проводилось при умові зниження рівня гіпербілірубінемії і компенсації супутньої органної і системної патології. Мініінвазивні і дренуючі оперативні втручання представлені в таблиці 2.

Таблиця 1

Результати комплексного обстеження хворих

Етіопатологічний фактор жовтяниці	Кількість хворих
ЖКХ, холедохолітіаз	76 (46,9%)
Рубцеві стриктури холедоха	17 (10, 5%)
Хронічний панкреатит, форми:	
Псевдотуморозний головчатий	47 (29,0%)
Фіброзно-кістозний	3 (1,9%)
Фіброзно-дегенеративний	19 (11,7%)

Таблиця 2

Мінінвазивні і дренуючі оперативні втручання

Характер оперативного втручання	Кількість хворих	П/о ускладнення	померло	
			кількість	%
ЕРХПГ з ЕПСТ і ЛЕ	11			
Холецистектомія, дронування холедоха	65			
Цистодуоденостомія	2	-	-	-
Цистодуоденопанкреатикостомія	1	-	-	
Холецистектомія, холедохоентеростомія	11			
Холецистектомія, бігепатикоєюностомія	6			

При включенні у фіброзний процес сусідніх з головкою ПЗ органів і магістральних структур і неможливістю виключити пухлинний процес виконуємо радикальне резекційне оперативне втручання хворим (N = 66), яким в

деяких випадках виконували декомпресійну холецисто- або холангіостомію під УЗД-контролем в якості першого етапу оперативного лікування. Перелік операцій представлений у таблиці 3.

Таблиця 3

Перелік операцій

Характер оперативного втручання	Кількість хворих	П/о ускладнення	померло	
			Кількість	%
Пілорус зберігаюча ПДР	5	2	2	6,0
ПДР з ПГА	16	1	-	
ПДР з ПЕА	12	2	1	
ПДР по методиці клініки	29	1	-	
Дистальна панкреатектомія	4	-	1	

Показанням для накладання панкреатогастроанастомоза вважаємо «м'яку» підшлункову залозу без вираженої капсули, в останніх випадках накладаємо панкреатоентероанастомоз, причому перевагу віддаємо ізольованому вшиванню протоки підшлункової залози в кишку без широкого розсічення просвіту останнього. Це є безсумнівною перевагою перед анастомозуванням зі всією культею ПЗ із позиції можливого розвитку неспроможності анастомоза в ранньому післяопераційному періоді. Розвиток післяопераційних ускладнень у вигляді ерозивної кровотечі, неспроможності панкреатодигестивного анастомоза, тромбоемболії легеневої артерії і гострої серцево-судинної недостат-

ності відзначено в 9,1% (6 хворих), летальність склала 6,0% (4 хворих).

Висновки.

1. Хірургічне лікування хворих з синдромом обтураційної жовтяниці повинно бути комплексним і чітко диференційованим.

2. При холедохолітіазі і фіброзно-кістозній формі ХП операціями вибору вважаємо мініінвазивні ендо- і лапароскопічні оперативні втручання, при фіброзно-дегенеративних формах із залученням в процес холедоха і псевдотуморозних формах – резекційні оперативні втручання у вигляді панкреатодуоденальної резекції, причому вибір методу накладання панкреатодигестивного анастомоза визначається станом тканин ПЗ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Сгоров В.І. Резекція головки підшлункової залози при хронічному панкреатиті. Як робити і як назвати? (аналітичний огляд) / В.І. Сгоров, В.А. Вишневіський, А.Т. Щастний, Т.В. Шевченко [та ін.] // Хірургія. — 2009. — №8. — С. 57—66.

2. Diener M.K. ChroPac- trial: duodenum-preserving pancreatic head resection versus pancreatoduodenectomy for chronic pancreatitis. Trial protocol of a randomized controlled multicentre trial / M.K. Diener, T. Bruckner, P. Contin [et al.]. — *Trials*. — 2010. — Vol. 11. — P. 47

B.S. ZAPOROZHCHENKO, A.A. GORBUNOV, P.T. MURAVYOV, K.P. KIRPICHNIKOVA, V.V. KOLODY., D.A. BONDARETS

Odesa State Medical University, Department of Surgery №2, Odesa regional center of surgery of the liver and pancreas, Odesa

MODERN APPROACHES TO TRITMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE BENIGN GENESIS

Despite the introduction in clinics of new methods of diagnostics and minimally invasive technologies, problems of modern diagnostics and rational treatment strategy in obstructive jaundice remains one of the most serious in surgical gastroenterology. From 2009 to 2014 in the surgical clinic 162 patients because of the obstructive jaundice syndrome complex were treated. Cholelithiasis, complicated with choledocholithiasis was the cause of the development of obstructive jaundice in 76 (46.9%) of patients. Cicatricial strictures developed in the common bile duct in 17 (10.5%) of cases. Patients with pseudotumoral form of chronic pancreatitis – 47 (29.0%), fibrocystic form – 3 (1.9%), with fibro-degenerative form – 19 (11.7%). To patients minimally invasive, draining and resective interventions were performed. After minimally invasive and draining interventions lethal cases were absent. After resective interventions the development of postoperative complications such as arrosive bleeding, pancreatodigestive anastomosis incompetency, pulmonary embolism and acute cardiovascular failure were noted in 9.1% (6 patients), death occurred in 4 cases. Mortality rate was 6.0%.

Key words: jaundice, chronic pancreatitis, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 30.04.2014