

4. Музыка С.В. Хромозндоскопия пищевода с конго красным в диагностике неэрозивной гастроэзофагиальной рефлюксной болезни // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 4. – С. 33.
5. Никишаев В.И. Виртуальная хромозндоскопия – новая технология для повышения качества эндоскопического осмотра // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 3. – С. 12-16.
6. Фомин П.Д., Никишаев В.И. Сравнительная характеристика эффективности диагностики ранних форм рака желудка фиброволоконными и видеоэндоскопами // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – Т. 11, № 4. – С. 35-36.
7. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. – С.256.

SUMMARY

CHROMOGASTROSCOPY OF RESECTED STOMACH Rusin V.I., Boldizhar O.O., Pakanich Y.A., Vasiliv A.R.

In surgical clinic of Regional Hospital 101 patients with stomach or duodenal ulcer, who underwent surgical intervention in terms 1-25 years, were examined endoscopically with staining by 0,25% sol. methyleni coerulei. We analyzed pathology of the gastric stump in different terms after stomach B II resection. Chromogastroscopy enables more accurate pathology visualization and choice of target biopsy, which increase authenticity of the morphological diagnostics.

Key words: chromogastroscopy, stomach resection

УДК: 616.367 – 089: 616 – 089.168.1 – 084: 616.36 – 008.5 – 089

ВПЛИВ МЕТОДІВ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД ТА ПРОФІЛАКТИКА ЙОГО УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ У ХВОРИХ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Саволук С.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра факультетської хірургії, м. Вінниця

РЕЗЮМЕ: проведений аналіз лікування 247 хворих із доброякісною обтураційною жовтяницею на основі порівняння клінічних результатів та післяопераційної динаміки маркерів синдрому системного запалення в залежності від обраного способу біліарної декомпресії.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця, методи біліарної декомпресії, синдром системної запальної відповіді, гнійно-септичні післяопераційні ускладнення

Вступ. Проблема лікування хворих з обтураційною жовтяницею (ОЖ) залишається невирішеним питанням хірургічної гепатології, незважаючи на впровадження малоінвазивних способів корекції холестазу та досягнення інтенсивної терапії [3, 4]. Розвиток ентеральної недостатності на тлі тривалої ОЖ призводить до розвитку мікробної транслокації в порталний кровообіг з формуванням синдрому системної запальної відповіді [5, 6, 7], які в комплексі й обумовлюють виникнення та прогресування післяопераційної печінкової дисфункції і є етіопатогенетичними факторами ініціації поліорганної недостатності, яка з виникаючими в післяопераційному періоді гнійно-септичними ускладненнями формує основні причини незадовільних результатів лікування цього контингенту хворих [1, 2]. А тому розробка та впровадження в клінічну практику адекватних лікувальних програм, профілактуючих розвиток післяопераційних гнійно-септичних ускладнень у хворих з ОЖ, є актуальною та необхідною.

Мета дослідження – провести ретроспективний аналіз післяопераційних гнійно-септичних ускладнень у хворих з ОЖ в залежності від обра-

ного методу біліарної декомпресії на основі динамічного моніторингу маркерів синдрому системної запальної відповіді.

Матеріали та методи. В факультетській клініці Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, на базі якої функціонує хірургічний гепатологічний центр, протягом 2000-2006 рр. оперовано 247 хворих із приводу верифікованої ОЖ доброякісної етіології. Середній вік хворих становив $60,1 \pm 0,87$. Пацієнти жіночої статі становили 59,1% (146) хворих (середній вік $61,2 \pm 1,21$), чоловічої – 40,9% (101) (середній вік $58,4 \pm 1,22$).

Верифікація ОЖ здійснювалася шляхом застосування комплексу клініко-біохімічних та інструментальних досліджень (УСГ, КТ, ФГДС, ЕРХПГ) для визначення рівня і ступеня повноти біліарного блоку, для оцінки компенсаторних можливостей печінки з констатацією ступеня її дисфункції для прогнозування обсягу та виду хірургічної корекції та перебігу післяопераційного періоду з виробленням індивідуалізованої тактики та диференційованих підходів до терапії.

Важкість стану та ступінь операційного ризику хворих у періопераційний період оцінювали за шкалами: ASA, модифікованою Ranson та APACHE-2, ТФС, адаптованою SAPS, SOFA, MODS.

Комплексне лікування в періопераційний період здійснювалося у відповідності до створеного протоколу курації (програма періопераційної профілактики післяопераційних ускладнень): хірургічна санація; деескалаційна антибактеріальна терапія; імуномодулятори; неспецифічна антицитокінова терапія; ендотеліопротекція; корекція та протезування гомеостазу – нутрітивна (раннє ентеральне харчування) та еферентна підтримка; корекція волемії та електролітного балансу; детоксикація; технологія регіонарного медикаментозного лікування; профілактика та лікування ентеральної недостатності з профілактикою мікробної транслокації та відновленням порушень бар'єрної функції травного каналу; гепатопротектори; корекція гемокоагуляційних порушень та антиоксидантного дисбалансу.

Обсяг оперативної корекції визначався умовами до виконання радикального втручання і включав ревізію та відповідну корекцію патології позапечінкових жовчних протоків з застосуванням раціональних методів біліарної декомпресії з дотриманням принципів мінімальної інвазивності, радикальної ліквідації причини обструкції, індивідуалізації хірургічної тактики.

Причинами біліарної обструкції були холедохолітиаз (в тому числі мікрохолелітиаз) (184 хворі – 74,5%), хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит (24 – 9,7%), постнекротичні кісти підшлункової залози (13 – 5,3%), тубулярний стеноз холедоха (6 – 2,4%), рубцьові стриктури холедоха за Bismuth II (2) та III (1) (3 – 1,2%) та патологія позапечінкових жовчних протоків внаслідок постхоледостектомічного синдрому (17 – 6,9%) у вигляді резидуального холедохолітиазу (9 – 3,6%), рубцьових стриктур холедоха за Bismuth I (1), II (2), III (2) (5 – 2%), стенозуючого папіліту в комбінації з резидуальним холедохолітиазом (2 – 0,8%) та хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту (1 – 0,5%).

Методи зовнішньої біліарної декомпресії були застосовані у 170 (68,8%) хворих у вигляді формування мікрохолецистостомії (24 – 9,7%), що застосована в якості першого етапу оперативної корекції біліарної патології та зовнішнього дренивання холедоха (146 – 59,1%). Методи внутрішньої біліарної декомпресії шляхом створення біліодигестивних анастомозів виконано 54 (21,9%) хворим. Комбіновані методи зовнішньо-внутрішньої біліарної декомпресії застосовані у 21 хворого (8,5%) у вигляді зовнішньо-внутрішнього дренивання гепатикохоледоха (7 – 2,8%) та поєднання біліодигестивного анастомозу з зовнішнім дрениванням холедоха (14 – 5,7%). В 2 (0,8%) хворих біліарна деко-

мпресія не здійснювалася (холедохолітотомія була завершена виконанням глухого шва холедоха).

Для вирішення мети дослідження проводили аналіз клінічних спостережень та моніторинг маркерів синдрому системної запальної відповіді протягом 3, 7 та 9 діб післяопераційного періоду в групах хворих (А,В,С). Групу А сформовано з 146 хворих, яким здійснено зовнішнє дренивання холедоха, групу В – з 54 хворих, яким виконано створення біліодигестивних анастомозів, до групи С ввійшли 21 хворий, яким виконані комбіновані методи зовнішньо-внутрішньої біліарної декомпресії, та 24 хворих, яким застосована двоетапна корекція біліарної патології з формуванням на першому етапі мікрохолецистостомії.

Для оцінки змін маркерів системної запальної відповіді здійснювали імуноферментний аналіз для визначення С-реактивного протеїну (СРП) (мг/л) (набори фірми ІМТЕК, Росія), фактора некрозу пухлин (ФНП) (нг/л) (Smith R. et al., 1987) та інтерлейкіну-1, 6 (ІЛ-1) (пг/л), (ІЛ-6) (нг/л) (Brailly N. et al., 1994) (набори фірми IMMUNOTECH, Франція.), α 1-антитрипсину (мкмоль/л), α 2-макроглобуліну в сироватці крові (г/л) (К.Н. Веремеєнко, 1988).

Формування та редагування первинної бази даних проведено на „Pentium 4 PC” у середовищі „Windows XP Professional Second Edition” пакетом „Microsoft Excel”. Обчислення статистичних показників та параметрів розподілу досліджуваних даних у цілому та в окремих групах виконано процедурою „Descriptive Statistics” за допомогою програмного пакета „Statistica for Windows – 6.0”.

Результати досліджень та їх обговорення. Післяопераційний моніторинг маркерів синдрому системної запальної відповіді в групах хворих А, В та С встановив цілу низку характерних змін.

На 3 добу післяопераційного періоду значення СРП в групах хворих А та В вірогідно не різнилися ($p > 0,05$), була вірогідна різниця значень між групами А та С ($34,06 \pm 2,656$; $15,54 \pm 0,093$; $t = 6,97$, $p < 0,001$) та В та С ($27,7 \pm 4,52$; $15,54 \pm 0,093$; $t = 2,69$, $p < 0,05$). Протягом 7 доби післяопераційного періоду значення груп А та В не різнилися, зберігалася різниця значень між А та С ($47,83 \pm 2,387$; $30,31 \pm 0,072$; $t = 7,34$, $p < 0,001$) та між В та С ($43,7 \pm 3,85$; $30,31 \pm 0,072$; $t = 3,46$, $p < 0,01$). Ця ж тенденція різниць значень зберігалася на 9 добу після операції – значення не різнилися в групах А та В, була різниця значень між А та С ($29,14 \pm 1,826$; $14,3 \pm 0,05$; $t = 8,11$, $p < 0,001$) та між В та С ($28,3 \pm 3,50$; $14,3 \pm 0,05$; $t = 3,99$, $p < 0,001$).

На 3, 7, 9 добу після операції вірогідної різниці значення ФНП в групах хворих А ($227,3 \pm 13,98$; $315,7 \pm 17,05$; $105,3 \pm 8,53$) та В ($236,4 \pm 19,99$; $327,5 \pm 15,79$; $95,67 \pm 10,022$) не спостерігалася ($p > 0,05$), проте і на 3, і на 7 та на 9 добу спостерігалася вірогідна різниця значень між групами А та С ($175,63 \pm 0,498$, $t = 3,69$, $p < 0,001$; $250,0 \pm 0,71$, $t = 3,85$, $p < 0,001$; $72,0 \pm 0,71$, $t = 3,88$, $p < 0,001$) та гру-

пами В та С ($t=3,037$, $p<0,01$; $t=4,9$, $p<0,001$; $t=2,36$, $p<0,05$).

Протягом 3, 7 та 9 діб післяопераційного періоду не спостерігалось вірогідної різниці значень ІЛ-6 між групами А та В, протягом 3 доби між групами В та С, і, навпаки, з вірогідною різницею значень між групами А ($16,2\pm 0,97$; $22,52\pm 1,238$; $8,78\pm 0,616$) та С ($13,23\pm 0,031$, $t=3,05$, $p<0,01$; $17,9\pm 0,04$, $t=3,74$, $p<0,001$; $5,5\pm 0,01$, $t=5,81$, $p<0,001$), констатована вірогідна різниця значень між групами В ($22,43\pm 1,051$, $t=4,11$, $p<0,001$; $8,1\pm 0,57$, $t=4,62$, $p<0,001$) та С на 7 та 9 доби після операції.

Протягом 3 доби після операції значення ІЛ-1 вірогідно різнилися між групами А та В ($98,7\pm 3,4$; $84,7\pm 2,7$; $t=3,23$, $p<0,01$) та А та С ($78,3\pm 2,3$; $t=4,98$, $p<0,001$). На 7 добу значення груп А та В не різнилися, проте спостерігалась різниця значень між В ($75,6\pm 1,8$) та С ($63,6\pm 1,2$; $t=5,56$, $p<0,001$) та між А ($80,5\pm 2,5$; $t=6,1$, $p<0,001$) та С. На 9 добу після операції спостерігалась вірогідна різниця значень між А та В ($76,1\pm 1,6$; $64,6\pm 1,4$; $t=5,4$, $p<0,001$), між В та С ($54,8\pm 0,9$; $t=5,9$, $p<0,001$) та між А та С ($t=11,2$, $p<0,001$).

Дослідження динаміки змін значення α -макроглобуліну протягом всього терміну післяопераційного періоду вірогідної різниці між групами хворих А та В, В та С, А та С не виявило ($p>0,05$).

Спостереження за зміною значень α -антитрипсину протягом 3 доби післяопераційного періоду вірогідної різниці значень між групами А та В, В та С, А та С не виявило ($p>0,05$). Дослідження значень на 7 добу після операції характеризувалося відсутністю вірогідної різниці значень між групами А та В ($p>0,05$), наявністю різниці значень між групою В та С ($112,0\pm 5,8$; $86,4\pm 4,2$; $t=3,58$, $p<0,01$) та групами А та С ($118,3\pm 6,21$; $86,4\pm 4,24$; $t=4,27$, $p<0,001$). На 9 добу після операції вірогідна різниця значень визначалась лише між групами В та С ($79,3\pm 4,32$; $60,3\pm 3,97$; $t=3,26$, $p<0,01$) та між групами А та С ($92,6\pm 5,8$; $60,28\pm 3,97$; $t=4,62$, $p<0,001$).

Аналіз клінічних спостережень констатував зменшення кількості післяопераційних абдомінальних гнійно-септичних ускладнень у хворих групи С (комбінована декомпресія) порівняно з хворими групи В (внутрішня декомпресія) з $15,7\pm 2,95\%$ (24) до $5,1\pm 2,51\%$ (4) ($t=2,74$; $p<0,01$), що супроводжувалося зменшенням кількості повторних оперативних втручань на $10,6\%$ ($p<0,01$). Спостерігалось зменшення кількості післяопераційних плевро-пульмональних ускладнень з $9,2\pm 2,34\%$ (14) в хворих групи В до $2,6\pm 1,81\%$ (2) в групі С ($t=2,23$; $p<0,05$). Порівняльна оцінка кількості раньових післяопераційних ускладнень засвідчила про їх зменшення з $11,8\pm 2,62\%$ (18) хворих в групі В до $3,8\pm 2,18\%$ (3) в групі С ($t=2,35$; $p<0,05$). Вірогідної різниці в кількості післяопераційних абдомінальних гнійно-септичних

ускладнень, плевро-пульмональних та раньових ускладнень в групі хворих А та В не спостерігалось ($p>0,05$).

Проведений лабораторний моніторинг маркерів синдрому системної запальної відповіді та аналіз кількості післяопераційних ускладнень у хворих з ОЖ доброякісної етіології засвідчив, що вибір способу та тактики біліарної декомпресії має суттєвий вплив на перебіг післяопераційного періоду та активність маркерів системного запалення, які відіграють вирішальне значення в розвитку поліорганної дисфункції в цього контингенту хворих.

Високі значення маркерів системного запалення та їх повільна динаміка зниження в групі хворих А (зовнішня декомпресія) обумовлена негативним впливом недозованої швидкої біліарної декомпресії на портопечінкову гемодинаміку, що й визначає розвиток та прогресування явищ печінкової недостатності як складової частини поліорганної дисфункції, відсутністю пасажу жовчі в травний канал, що зумовлює прогресування існуючих проявів синдрому ентеральної недостатності, які є джерелом ініціації росту маркерів системного запалення.

Відновлення пасажу застійної жовчі в травний канал у хворих групи В (формування білідигестивних анастомозів) супроводжується повільною декомпресією біліарної системи (стадія запалення зони анастомозу), проте в травний канал потрапляють токсичні жовчні кислоти, що поглиблюють існуючу ентеральну недостатність, що й було доведено відсутністю вірогідної різниці динаміки запальних маркерів у хворих з групою А.

Констатована вірогідна різниця динаміки маркерів системного запалення у хворих групи С, що сформована з хворих, у яких застосовані комбіновані методи зовнішньо-внутрішньої біліарної декомпресії та у яких застосована двоетапна тактика ліквідації біліарної обструкції, в тому числі з застосуванням малоінвазивних технологій, засвідчила про меншу активацію системного запалення, оскільки спостерігається дозована повільна декомпресія біліарної системи при мінімальному впливі на портопечінковий кровоплин та поступове відновлення пасажу жовчі в травний канал.

Отримані результати засвідчили про вирішальне значення поступового відновлення пасажу жовчі в травний канал для зменшення проявів післяопераційної ентеральної недостатності у хворих з ОЖ доброякісної етіології, що є основним джерелом мікробної транслокації та медіаторів системного запалення при холестазі.

Висновки. Вибір способу біліарної декомпресії у хворих з ОЖ впливає на перебіг післяопераційного періоду в зв'язку з виникаючими постдекомпресійними змінами печінкової гемодинаміки та різними впливами на виникаючу при холестазі ентеральну недостатність.

Застосування комбінованих методів біліарної декомпресії, в тому числі з застосуванням малоін-

вазивних оперативних втручань, та двоетапної тактики ліквідації біліарної обструкції доброякісної етіології супроводжується вірогідним зменшенням кількості гнійно-септичних абдомінальних ускладнень та повторних оперативних втручань на 10,6%, кількості плевропульмональних та раньових ускладнень на 6,6% та 8,0% порівняно з хворими при застосуванні методів зовнішньої та внутрішньої декомпресії, що й було підтверджено позитивною динамікою нормалізації маркерів синдрому системної запальної відповіді.

Перспективи подальших досліджень. На основі досліджень планується проведення оцінки

факторів ризику ускладненого перебігу післяопераційного періоду у хворих з ОЖ для визначення об'єктивних критеріїв його прогнозування та розробка відповідних алгоритмів програми комплексної консервативної терапії в період передопераційної підготовки та післяопераційної курації хворих з ОЖ в залежності від етіопатогенетичних механізмів мікробної транслокації з урахуванням виникаючих змін системи імунного статусу, синдрому ендогенної токсемії, антиоксидантного дисбалансу та системного запалення в залежності від ступеня важкості стану, тривалості холестазу та способу біліарної декомпресії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дудченко М.А. Влияние гипоксии на проницаемость мембран гепатоцитов // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2005. – Т. 5, випуск 1 (9). – С. 151–153.
2. Костецький М.С., Костецький Р.М. Клініко-лабораторні паралелі механічної жовтяниці // Матеріали 21 з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 1. – С. 194 – 195.
3. Шевчук М.Г., Ткачук О.Л., Месоедова В.А. Порівняльна оцінка паліативних жовчовідвідних втручань у хворих на механічні жовтяниці пухлинного генезу // Матеріали 21 з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 1. – С. 299 – 301.
4. Экстренная хирургия желчных путей / Руководство для врачей / Под ред. профессора П.Г. Кондратенко. – Донецк: ООО «Лебедь», 2005. – 434 с.
5. Bianchi R.A., Silva N.A., Natal M.L., Romero M.C. Utility of base deficit, lactic acid, microalbuminuria, and C-reactive protein in the early detection of complications in the immediate postoperative evolution // Clin. Biochem. – 2004. – Vol. 37, № 5. – P. 404 – 407.
6. Guzik T.J., Korbut R., Adamek-Guzik T. Nitric oxide and superoxide in inflammation and immune regulation // J. Physiol. Pharmacol. – 2003. – Vol. 54, № 4. – P. 469 – 487.
7. Watts J.A., Kline J.A., Thornton L.R., Grattan R.M., Brar S.S. Metabolic dysfunction and depletion of mitochondria in hearts of septic rats // J. Mol. Cell. Cardiol. – 2004. – Vol. 36, № 1. – P. 141-150.

SUMMARY

INFLUENCE THE METHODS OF BILIARY DECOMPRESSION ON POSTOPERATIVE PERIOD WAY AND PREVENTION OF COMPLICATION IN PATIENTS WITH NONCANCER OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Savoljuk S.I.

The study of concentration of markers of system inflammatory response syndrome (interleukin-1, interleukin-6, tumor necrosis factor, C-reactive protein) carried out at the 247 patients with obstructive jaundice in postoperative periods of dependence of methods biliary decompression.

Key words: obstructive jaundice – methods of biliary decompression – systemic inflammatory response syndrome – purulent and septic postoperative complications

УДК 616-066.52 – 089.11

ХІРУРГІЧНА АНАТОМІЯ СОСОЧКОВОГО СЕГМЕНТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Слободян О.М., Ахтемійчук Ю.Т., Манчуленко Д.Г., Слободян І.В.

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

РЕЗЮМЕ: літературне дослідження хірургічної анатомії папілярної ділянки засвідчує варіабельність топографії великого і малого сосочків дванадцятипалої кишки, що є наслідком складних просторово-часових перетворень на етапах онтогенезу. Дискусійні та суперечливі дані щодо морфоструктурного формування великого сосочка дванадцятипалої кишки. Не вивчені скелетотопія і мікромакроанатомія складових папілярної ділянки у перинатальному періоді онтогенезу.

Ключові слова: папілярна ділянка, великий сосочок дванадцятипалої кишки, анатомія, людина

В останні десятиріччя внаслідок збільшення кількості ускладнень після холецистектомії та холедоходуоденостомії, впровадження ендовідеоскопічних методів дослідження та хірургічних втручань особ-

ливої уваги надають вивченню ділянки великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК) [21, 30]. Привертає увагу той факт, що при виконанні спеціфічних для даної ділянки операцій існує підвище-