

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХОЛЕСТАЗУ ПРИ ОБСТРУКЦІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ДОБРОЯКІСНОГО ТА ЗЛОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ

Павловський М.П., Шахова Т.І., Коломійцев В.І., Довгань Ю.П., Жемела В.Г., Вишневський В.І.

едра факультетської та загальної хірургії, Львівський державний медичний університет ім. Д. Галецького

Діагностика холестазу при патології гепатобіліарної системи до теперішнього часу залиється складною. Про це свідчить той факт, що від до 70% хворих на механічну жовтяницю спочатку поступають в інфекційні стаціонари [1].

Віддалені результати операцій на жовчному міхурі і жовчних протоках при холелітазі виявляються незадовільними в 4,7 - 38% [2]. Причиною ганих результатів у багатьох випадках буває недо-

оцінка клінічних ознак ураження жовчовивідних проток, звідси - неправильний діагноз, недостатнє урахування показань до внутрішньої ревізії магістральних жовчних проток, неповноцінна ревізія їх під час операції, а після виконання холедохотомії - неправильний вибір методу її завершення [3, 4].

При пухлинах панкреатобіліарної зони проблема полягає у швидкості встановлення повноцінного діагнозу, скороченні терміну приготування до опе-

рації, оптимальній хірургічній тактиці, коли визначається характер і об'єм, одномоментне чи етапне втручання, методи попередження післяопераційних ускладнень, зокрема печінково-ниркової недостатності [5].

Хворих із різними захворюваннями, які супроводжуються жовтяницею, для точності статистичної обробки та аналізу доцільно поділяти на 4 групи за причиною холестазу: 1-а - хворі на паренхіматозну жовтяницю; 2-а - хворі на механічну жовтяницю на ґрунті жовчокам'яної хвороби; 3-я - хворі на механічну жовтяницю внаслідок пухлин гепатобіліарної зони; 4-а - хворі на механічну жовтяницю на ґрунті запальних захворювань підшлункової залози.

За 1990 -1998 роки в клініці ліковано 325 хворих із паренхіматозною жовтяницею на ґрунті цирозу печінки, хронічного або токсичного гепатиту, та оперовано 861 хворий на механічну жовтяницю. У 448 із них жовтяниця була зумовлена холедохолітазом, рубцевими стріктурами та іншими ураженнями позапечінкових жовчних проток доброякісного генезу, у 345 - злоякісними пухлинами гепатопанкреатобіліарної зони, у 68 - гострим панкреатитом.

Для вирішення питань діагностики та лікувальної тактики користувались опрацьованою клінікою класифікацією жовтяниці, яка ґрунтується на її інтенсивності та важкості стану хворого [6].

Діагноз ставимо на основі вивчення клініки, за результатами біохімічних та інструментальних досліджень. Перевагу слід віддати ультразвукографії (УСГ) та комп'ютерній томографії (КТ). Багаторічний досвід прямої холангіографії дозволив обмежити її використання через небезпеку ускладнень. Лапароскопію в останній час застосовуємо лише з метою виявлення поверхневих метастазів у печінці або перед лапароскопічною холецистостомією. В останні роки частіше використовуємо ендоскопічну ретроградну холангіографію.

У лікуванні принциповими є: раціональна підготовка хворого до операції, термін її виконання, оптимальна тактика.

Підготовка не може бути тривалою: належний ступінь можливої компенсації досягається через 3-5 діб, а при її відсутності - вичікувати недоцільно. Хворих із гнійним холангітом слід оперувати в екстреному порядку. Ендоскопічна папілотомія при холедохолітазі, гнійному холангіті в багатьох випадках дає змогу не оперувати пацієнтів з великим ризиком лапаротомії, а виконати лапароскопічну холецистектомію.

При холедохолітазі у завершенні операції перевагу віддаємо холедоходуоденостомії. Зовнішнє дренивання магістральних проток - вимушений

спосіб, воно особливо небажане у пацієнтів похилого і старечого віку. При рубцевих стріктурах, як правило, вдається сформувати прямі анастомози з адаптацією слизових оболонок; використовуємо також У-подібну петлю, через яку дронуємо внутрішньопечінкові протоки тимчасовим каркасним дренажем.

Доопераційна черезшкірна черезпечінкова декомпресія жовчних шляхів при високому ступеню механічної жовтяниці спрямована на зниження ризику операції при раку папіли та головки підшлункової залози, виконана 57 хворим. Показаннями до такого дренивання є тривала (більше, як 3 тижні) інтенсивна (білірубін більше 300 мкМ/л) жовтяниця, повна obturaція позапечінкових жовчних шляхів, наявність печінково-ниркового синдрому. Досвід засвідчує, що після лапароскопічної або вкраної під УЗ контролем мікрохолецистостомії слід уникати різкої декомпресії жовчних протоків, підтримувати добовий дебіт жовчі в межах 250-300 мл.

Радикальні операції - панкреатодуоденальна резекція, папілектомія - були можливі у 33 (9,8%) із 345 хворих. При неоперабельній пухлині термінального відділу протоки або головки підшлункової залози виконували холецистогастростомію, при загрози дуоденальної непрохідності - холецистостоно- та гастроентеростомію з браунівським анастомозом.

Після усунення перепони відпливу жовчі терміни ліквідації холестазу суттєво відрізняються при холелітазі, ураженні протоків доброякісного генезу та при злоякісних новотворах. Вивчення показників хімізму, літогенності і фізичних властивостей жовчі, морфологічних змін у печінці при холестазі різного генезу, які проводимо у клініці впродовж останніх років, необхідні для встановлення шляхів швидшого відновлення функціонального стану печінки і впливу на холестаз.

Летальність серед хворих з механічною жовтяницею, оперованих з приводу жовчокам'яної хвороби - 1,7%, після радикальних операцій з приводу раку панкреатобіліарної зони - 21,2%, після паліативних операцій - 9,2%.

Таким чином: 1) класифікація жовтяниці за ступенем клініко-функціональних змін сприяє своєчасній діагностиці, вибору оптимальної лікувальної тактики; 2) хірургічне втручання при жовтяниці слід рахувати невідкладним і виконувати в терміни не більше, як 5 днів; 3) УСГ та КТ мають переваги перед інвазивними методами дослідження і в більшості випадків їх замінює; 4) доопераційна мікрохолецистостомія з дозованим дебітом жовчі дає можливість знизити ризик операції; 5) операцію слід завершувати внутрішнім дрениванням, незалежно від її радикальності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дунаевский О.А. Дифференциальная диагностика заболеваний печени/ Л.: Медицина, 1985. - 264с.
2. Павловский М.П., Орел Г.Л., Землянская Н.Н. Обоснование активной хирургической тактики исходами острого холестита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1984. - № 7. - С.

Ищенко И.Н. Операции на желчных путях и печени /Киев: Здоров'я.-

Хацко В.В. Лечение первичного холедохолитиаза// Хирургия.-1990.-№11.-С.153-156.

Little I. A prospective evaluation of computerized estimates of risk in the management of obstructive jaundice // Surg. - 1987. - vol. 102, N 3. - P. 473-476.

Л.Г.Л. Холедохотомия в хирургии холецистита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Львов, 1972. - 19 с.

ЮМЕ

**гностика и лечение холестаза при обструкции желчевыводящих путей
рокачественного и злокачественного генеза**

овский М.П., Шахова Т.И., Коломийцев В.И., Довгань Ю.П., Жемела В.Г., Вишневский

При опухолях панкреатобилиарной зоны проблема состоит в быстроте постановки полноценного диагноза, укорочении термина подготовки к операции, оптимальной хирургической тактике, когда определяются характер и объем, методы предупреждения послеоперационных осложнений. Для решения вопросов диагностики и лечебной тактики использовалась выработанная в клинике классификация желтухи, которая основывается на ее интенсивности и тяжести состояния больного.

SUMMARY

Diagnostics and treatment of cholestasis in obstruction of biliary ducts of non-malignant and malignant genesis

M.P.Pavlovsky, T.I.Shahova, V.I.Kolomiitsev, Yu.P.Dovhan, V.G.Zhemela, V.I. Vyshnevsky

In case of tumours of pancreatobiliar zone the problem lies in the rapidness of obtaining a valuable diagnosis, reduction of term of preparation to operation, optimal surgical tactics, when the character and volume, methods of prevention of postoperative complications are determined.