

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛТУХАХ

Никоненко А.С., Головки Н.Г., Прокопенко И.Е., Грушка В.А., Завгородний С.Н., Макарченко Ю.И.

Запорожский медицинский университет, г. Запорожье

Синдром желтухи - частая патология в экстренной и плановой хирургии, при которой необходимы срочная верификация причин желтухи и дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства.

В данном сообщении представлен анализ хирургического лечения 661 больных с различными причинами желтух. Верификация причин желтух проводилась с помощью следующих методов: 1) биохимические исследования; 2) эндоскопические исследования желудка и двенадцатиперстной кишки; 3) ультразвуковое исследование; 4) радионуклидные исследования (сканирование, сцинтиграфия, гепатография); 5) ретроградная панкреатохолангиография; 6) чрескожная чреспеченочная холангиография; 7) лапароскопия.

Наиболее информативными методами обследования в хирургической практике являются ретроградная панкреатохолангиография и чрескожная, чреспеченочная холангиография. В результате комплексного обследования были выявлены следующие причины холестаза: 1. внутриспеченочный холестаз – 156; 2. желчно каменная

болезнь, холедохолитиаз – 333, 3; стриктуры, ятрогенные повреждения холедоха – 29; 4. опухоли головки поджелудочной железы – 128; 5. опухоли общего печеночного протока – 15.

При остром вирусном холестатическом гепатите у 156 больных операция заключалась в резекции переднего печеночного сплетения и дренировании лимфатических путей печени. Операция устраняла нарушения микроциркуляции печени, возникающих в результате неврита переднего печеночного сплетения, способствовали быстрому, в течение 10-14 суток, разрешению холестаза, умерли - 4 (2,5%) больных от печеночно-почечной недостаточности. Отдаленные результаты изучены у 131 больных, хороший исход отмечен у 91%.

При холедохолитиазе объем оперативного вмешательства зависел от характера патологического процесса, степени изменения внепеченочных желчных путей. Применялась холедохолитотомия в сочетании с наружным дренированием, холедоходуоденоанастомозом.

трансдуоденальной сфинктеропластикой или эндоскопической папиллотомией.

При анамнестических эпизодах кратковременной желтухи после приступа печеночной колики, увеличении диаметра общего желчного протока свыше 10 мм, т.е. при легкой степени желчной гипертензии и холангите, 67 больным произведена холедохолитотомия в сочетании с наружным дренированием холедоха. Умерли 2 больных (3%): 1 больная умерла от декорткации в следствие нарушения ИВЛ во время наркоза, 2-я - в результате деструктивного панкреатита.

В 131 случае холецистэктомия сочеталась с трансдуоденальной сфинктеропластикой, показанием к которой служил выраженный стеноз большого дуоденального сосочка, вколоченные камни его. Умерли 4 (3%) больных: панкреонекроз у 2, абрюшинная некротическая флегмона у 1, тромбозмболия легочной артерии у 1.

В последние два года за 2-3 дня до лапароскопической холецистэктомии производим эндоскопическую папиллотомию. Контроль результатов папиллотомии - ультразвуковое исследование холедоха. Лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с эндоскопической папиллотомией в 48 случаях. Хороший результат был получен у всех больных.

Основанием для выполнения холедоходуоденостомии в дополнение к холецистэктомии считаем продолженный стеноз интрапанкреатической и ретродуоденальной части холедоха при наличии резкой дилатации гепатикохоледоха (свыше 20мм), выраженный индуративный панкреатит. Предпочтение отдаем холедохо-

дуоденостомии по Юрашу, менее деформирующей 12-ти перстную кишку. Выполнено 87 операций, умерло 3(3,5%) больных: у 1 больного наступила недостаточность холедоходуодено-анастомоза на фоне холестатического гепатита и холангитических абсцессов печени, 2-е больных старческого возраста умерли от сердечно-сосудистой недостаточности.

При опухолях поджелудочной железы, осложненных холестазом радикальные операции выполнены только 18 больным, 110 больным в связи с распространенностью патологического процесса выполнены паллиативные операции. После радикальных операций умерли 2 больных (11,1%) из-за несостоятельности панкреатоюноанастомоза и перитонита; после паллиативных - 3 больных (2,7%) из-за прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности.

Пятнадцать больным опухолями общего печеночного протока произведена резекция печеночного протока с формированием гепатикоюноанастомоза на транспеченочном дренаже.

При высоких стриктурах и ятрогенных повреждениях холедоха 22 больным выполнена гепатикоюностомия на транспеченочном дренаже, 7 больным пластика холедоха на бранше дренажа Кера. Отмечались осложнения: подпеченочный абсцесс (2), поддиафрагмальный абсцесс (1), тонко кишечный свищ (1).

Анализ результатов хирургического лечения желтух свидетельствует о необходимости срочной верификации причин желтухи и на основании этого применения патогенетически обоснованного метода хирургической коррекции.

РЕЗЮМЕ

ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЖОВТЯНИЦЯХ

Никоненко А.С., Головко Н.Г., Прокопенко І.Є., Грушка В.А., Завгородній С.Н., Макарченко Ю.І.

У даному повідомленні представлений аналіз хірургічного лікування 661 хворого з різними причинами жовтяниць. Аналіз результатів свідчить про необхідність термінової верифікації причин жовтяниці і на основі цього – застосування патогенетично обґрунтованого методу хірургічної корекції.

SUMMARY

THE CHOICE OF SURGICAL TACTICS IN JAUNDICES

A.S. Nikonenko, N.G. Golovko, I.E. Prokopenko, V.A. Grushka, S.N. Zavgorodniy, Yu.I. Makarchenko

In this article the analysis of surgical treatment of 661 patients with different causes of jaundices are presented. The analysis confirmed the necessity of urgent verification of the causes of the jaundices and, based on this, the use of a pathogenetically substantiated method of surgical correction.