

МІНІІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Ничитайло М.Ю., Дяченко В.В., Огородник П.В., Литвиненко О.М., Сьомій М.Д., Підмурняк О.О., Гулько О. М.

Інститут клінічної та експериментальної хірургії АМН України, м.Київ

Механічна жовтяниця (МЖ) вважається тяжким ускладненням захворювань органів гепатопанкреатобіліарної системи. Летальність після операцій на висоті МЖ лишається високою і складає від 7 до 42% [1, 2, 3, 6].

Питання діагностики та диференційної діагностики причин обтурації жовчних шляхів будуть актуальними ще довгий час. На це вказує помилкове направлення в

інфекційні відділення 30% хворих з доброякісною жовтяницею та до 80% хворих із злоякісними враже панкреатодуоденальної зони [4, 5].

Хворих з механічною жовтяницею, на нашу думку, потрібно відносити до групи хворих з гостр хірургічними захворюваннями. Головними чинниками в лікуванні МЖ лишаються строки та види декомпресивних втручань, міри профілактики та лікування

післяопераційної печінкової недостатності. З 1993 по 1999 рік у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу спостерігали 1225 хворих з механічною жовтяницею різного походження при обстеженні та лікуванні яких застосовували мініінвазивні технології.

Діагностичний алгоритм розроблений нами включає 5 етапів:

I - загальноклінічні та лабораторні дослідження;

II - ультразвукове обстеження з метою виявлення конкрементів в жовчних протоках, запальних та опухолевих вражень органів і тканин гепатопанкреатобіліарної системи;

III - ендоскопічна ретроградна панкреатикохолангіографія (ЕРПХГ), при необхідності з діагностичною чи лікувальною ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) та ендобіліарними втручаннями;

IV - комп'ютерна томографія чи ядерномагнітний резонанс, в тих випадках, коли із-за технічних чи анатомічних особливостей ЕРПХГ виконати неможливо;

V - черезшкірно-черезпечінкова холангіографія (ЧЧХГ), при необхідності доповнена ендобіліарним протезуванням чи зовнішнім дрениванням.

Всіх хворих, яким виконували мініінвазивні оперативні втручання розділили на 4 групи.

I група - 165 хворих з ураженням великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК). 25 пацієнтів, коли мав місце стенозуючий папіліт перенесли ЕПСТ і на 2-і післяопераційні сутки виписані додому. У 76 хворих діагностували вклинений камінець - виконали атипичну ЕПСТ з подальшою санацією загальної жовчної протоки (ЗЖП). У 64 хворих виявили злоякісне враження

ВСДК; 43 - виконали ендоскопічну супрапапілярну холедоходуоденостомію з подальшою трансдуоденальною папіллектомією, а в 13 випадках панкреатодуоденальною резекцією (ПДР). 21 хворому після ЕПСТ, провели ендоскопічну кріодеструкцію пухлини.

2 група - 52 хворих з МЖ внаслідок запальних та опухолевих змін в головці підшлункової залози. Всім пацієнтам виконали ендобіліарне дренивання з транспапілярного доступу з подальшим лапаротомним втручанням у 30 (після нормалізації біохімічних показників та загального стану хворих).

3 група - 83 хворих з поразення гепатохоледоха. У 33, коли був діагностований рак, виконували ендобіліарне протезування через транспапілярний доступ, а в 30 після ЧЧХГ - зовнішнє дренивання. 20 пацієнтів з травмою та рубцевими змінами ЗЖП, перенесли ЕПСТ з подальшими ендобіліарними маніпуляціями (санація, внутрішнє дренивання, балонна дилатація).

4 група - 925 хворих з холедохолітазом. Всім пацієнтам першим етапом виконали ЕПСТ з успішною літотракцією у 748. При великих конкрементах, у 125 хворих вдалося успішно провести ендоскопічну механічну літотрипсію, у 30 екстракорпоральну ударнохвильову літотрипсію з подальшим ендоскопічним видаленням фрагментів та санацією ЗЖП. Коли ендоскопічні маніпуляції були безуспішними 22 пацієнтів успішно перенесли лапароскопічну супрадуоденальну холедохолітотомію, яку у 5 хворих закінчили ушиванням протоки наглухо, у 17 з зовнішнім дрениванням по Керу. Використання ендобіліарних протезів супроводжується незначною кількістю ускладнень — 4% та низьким рівнем летальності - 2%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Астапенко В. Г., Мачулин Е. Г., Плотников Ю. В. Клинико-биохимическая классификация печеночной недостаточности. Хирургия, 1985. - № 1. - С. 30-34.
2. Каримов Ш. И. Эндобилиарная хирургия в лечении механической желтухи. Анналы хирургической гепатологии, 1996, Т. 1. - С. 91-97.
3. Радионов В. В., Филимонов М. Н., Могучев В. М. Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой) / М.: Медицина, 1991. - С. 320.
4. Ничитайло М. Е., Огородник П. В., Семин М. Д. и др. Диагностическая эффективность эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии при механической желтухе. Укр. жур. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 1998, Vol 2, № 3. - С. 51-55.
5. Огородник П. В. Эндоскопическая хирургия желчных путей / Укр. жур. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 1997, Vol 1, № 2. - С. 20-23.
6. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Доманский Б. В. Хирургия печени и желчевыводящих путей / К., «Здоров'я» 1993. - 512с.

РЕЗЮМЕ

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Ничитайло М.Ю., Дяченко В.В., Огородник П.В., Литвиненко О.М., Семин М.Д., Пыдмурняк О.О., Гулько О.М.

Приводятся результаты наблюдений за 1225 больными с механической желтухой различного происхождения, полученные за 1993-1999гг. в отделении лапароскопической хирургии и холелитиаза, при обследовании и лечении которых использовали миниинвазивные технологии.

SUMMARY

MINIINVASIVE TECHNOLOGIES IN A DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE

M.Yu. Nychytailo, V.V. Diachenko, P.V. Ogorodnyk, O.M. Lytvynenko, M.D. Siomin, O.O. Pidmurniak, O.M. Hulko

The results of observations of 1225 patients with mechanical jeundice of different origin obtained during 1993-1999 in a department of laparoscopic surgery and cholelithiasis are presented, in treatment the examination and treatment of which the miniinvasive technologies had been applied.