

УДК 617 – 089: 616 – 08: 163: 616.36 – 008.5

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ТА ПРОГРАМИ ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРИТИЧНИМИ ТА УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ДОБРОЯКІСНОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

А.І. Годлевський, С.І. Саволук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Реферат: в дослідженні вивчаються зміни маркерів ендотоксемії, системного запалення, антиоксидантного дисбалансу та морфофункціонального стану печінки в 350 хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею в післяопераційному періоді в залежності від застосування традиційної та оптимізованої програми періопераційного лікування та методів и тактики біліарної декомпресії. В ході проведеного спостереження доведена висока ефективність запропонованої періопераційної лікувальної програми та етапної тактики малотравматичної біліарної декомпресії у хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею.

Ключові слова: доброякісна обтураційна жовтяниця, етапна тактика малотравматичної біліарної декомпресії, періопераційне лікування, системне запалення, ендотоксемія, антиоксидантний статус, морфофункціональний стан печінки.

Об'єктивізація показів до вибору оптимальної стратегії та адекватної тактики хірургічного лікування хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею (ДОЖ) залишається актуальною та остаточно невирішеною проблемою хірургічної гепатології [1, 4]. Специфічні зміни органів гепатопанкреатодуоденальної зони та системні метаболічні порушення, що виникають внаслідок розвитку біліарного блоку та після виконання біліарної декомпресії, зумовлюють ініціацію та прогресування періопераційної печінкової дисфункції, яка і обумовлює основну причину незадовільних результатів лікування хворих з ДОЖ [6]. Дискутабельний характер та невирішеність проблеми лікування хворих з ДОЖ зумовлює необхідність пошуку та впровадження нових малотравматичних та вдосконалення існуючих методів біліарної декомпресії з індивідуалізованим визначенням показів до їх застосування [2, 5]. Тому пошук оптимального алгоритму курації ДОЖ повинен бути спрямований на вдосконалення схем передопераційної підготовки та післяопераційного лікування з цілеспрямованою корекцією системних метаболічних порушень та критичних процесів в гепатоцитах, принципів вибору методу хірургічної корекції біліарної патології з мінімальним ушкодженням печінки та прогнозуванням його наслідків [3, 7].

Мета роботи

Оцінка ефективності малотравматичної етапної хірургічної тактики біліарної декомпресії та оптимізованої програми періопераційного лікування хворих з ускладненими та критичними формами доброякісної обтураційної жовтяниці на основі аналізу системного запалення, ендотоксемії, антиоксидантного статусу та морфофункціонального стану печінки.

Матеріал та методи

В ургентній клініці кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, на базі якої функціонує міський центр хірургії печінки, позапечінкових жовчних протоків та підшлункової залози в умовах міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, за період 2000 – 2008рр. з приводу верифікованої ДОЖ оперовано 350 хворих. Середній вік становив $60,7 \pm 0,79$, пацієнтів жіночої статі було 205 (58,6%) (середній вік $62,1 \pm 1,09$), чоловічої – 145 (41,4%) ($58,9 \pm 1,12$).

Причини панкреатобіліарної патології, що ускладнена розвитком ДОЖ, представлені наступним чином: холедохолітіаз (250–71,4%), хронічний фіброзно-дегенеративний панкреатит (35–10%), посттравматичні та постнекротичні кісти головки та тіла підшлункової залози (19–5,4%), тубулярний стеноз холедоха (10–2,9%), рубцеві стриктури холедоха за Bismuth II (4) та III (2) (6–1,7%) та патологія внаслідок ПХЕС (30–8,6%) у вигляді резидуального холедохолітіазу (18–5,14%), рубцевих стриктур холедоха за Bismuth I (1), II (4), III (2) (7–2%), стенозуючого папіліту з резидуальним холедохолітіазом (3–0,88%) та хронічним панкреатитом (2–0,58%).

Оцінка важкості стану хворих з ДОЖ за інтегральними шкалами (APACHE – 2 модифікована, MODS–2, ASA, SOFA, SAPS) констатувала задовільний стан в 14% (49), середньої важкості – 62% (217), важкий – 24% (84).

Аналізуючи тривалість холестатичного синдрому виявлено, що тривалість ДОЖ протягом 7-14 діб спостерігалась в 20% (70) хворих,

2-4 тижня – в 42% (147), 4-6 тижнів – 28% (98), 6-8 тижнів – 10% (35).

Оцінка розподілу хворих за рівнем сироваткового білірубину виявила, що рівень до 100мкмоль/л констатований в 42% (147), 101 – 200мкмоль/л – 20% (70), 201 – 350мкмоль/л – 32% (112), більший за 350мкмоль/л – 6% (21) хворих.

Латентна форма печінкової дисфункції констатована в 53% (186) (Астапенко, 1985), в 47% (165) визначалися клініко-лабораторні ознаки недостатності, причому, згідно оцінки функціонального стану печінки субкомпенсована недостатність встановлена в 35% (122), декомпенсована – 12% (42) (Родонежская, 2001). Компенсована печінкова недостатність виявлена в 60,1% (210), субкомпенсована – 29,5% (103), декомпенсована – 10,4% (37) (Авдей, Дружиніна, 1973). Згідно класифікації Гальперина Е.І., 1978р., недостатність печінки 1 ступеню виявлена в 18% (63), 2 ступеню – 62% (217), 3 ступеню – 20% (70). Кількісна невідповідність хворих з критичними формами DOJ обумовлена, в першу чергу, відсутністю єдиних прогностичних критеріїв трактування та індивідуальної оцінки класифікаційних критеріїв науковцями відносно ступеня та важкості печінкової дисфункції та недостатності.

В структурі ускладнень DOJ гострий холангіт визначався в 164 (46,9%) хворих, пацієнтів жіночої статі було 81 (49,4%), чоловічої – 83 (50,6%). Сформовано репрезентативні контрольну (71) та основну (93) групи з ускладненою DOJ, які оперовані із застосуванням етапної тактики біліарної декомпресії з використанням малоінвазивних хірургічних технологій, в післяопераційному періоді яких моніторували маркери системного запалення. Поєднані біліарні та міхурові ускладнення визначалися в 74 (45,1%) хворих з деструктивними формами холециститу (флегмонозна – 65 (87,8%), гангренозна – 9 (12,2%)) та в 79 (48,2%) з ускладненим хронічним холециститом; поєднані біліарні ускладнення – в 11 (6,7%) хворих з проявами ПХЕС.

Пацієнти похилого віку становили 24% (84) (середній вік $75,5 \pm 3,96$), пацієнтів чоловічої статі було 21 (25%) (вік $74,6 \pm 3,85$), жіночої – 63 (75%) ($75,9 \pm 3,98$), в 44% (36) хворих визначався гострий холангіт (чоловіків – 13, жінок – 23), з яких в залежності від тактики біліарної декомпресії та періопераційного лікування сформували репрезентативні контрольну (40) та основну (44) групи. В контрольній групі в 22 (55%) хворих застосована етапна тактика біліарної декомпресії (на першому етапі 12 хворим виконано мікрохолецистостомію (МХС), в 10 хворих виконана ЕПСТ), 18 хворим вико-

нано одномоментні втручання. В основній групі етапна тактика декомпресії застосована в 33 (75%) хворих (на першому етапі 15 хворим сформовано МХС, 18 хворим виконана ЕПСТ), 11 хворих виконано одномоментні втручання. Другим етапом лікування була радикальна ліквідація доброякісної біліарної патології, яка здійснювалася після стабілізації морфофункціонального стану печінки.

Соматична патологія діагностована в 72% (252): по одному захворюванню – в 41,2% (144), по 2 – 18% (63), по 3 – 12,8% (45), що вимагало корекції тактики лікування до об'єктивної оцінки важкості стану, яка визначалася створеною моделлю прогнозування результатів лікування, розробленої на основі прогностичних чинників розвитку періопераційних ускладнень і сформували шкалу індивідуалізованої оцінки ризику виникнення ускладнень.

Програма періопераційної курації основних груп, яка здійснювалася на етапі передопераційної підготовки та протягом післяопераційного лікування, включала корекцію порушень гепатоспланхнічного кровоплину (патент № 31837 від 25.04.2008 „Спосіб відновлення порушень портопечінкової гемодинаміки у хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею”) та кисневого режиму гепатоцитів, ентеральної недостатності (гастроентероколоносанація сорбентами та перфузію озонотерапії розчинами, методу комбінованого вегетативного блоку, інтрапортальна озонотерапія) (патент № 32564 від 26.05.2008 „Спосіб передопераційної підготовки та післяопераційного лікування хворих з обтураційною жовтяницею в залежності від способу біліарної декомпресії”), методи регіонарного лікувального впливу (інтрахолодехеальна перфузія антибіотиків, сорбентів, холезоноперфузія, інтраорганный електрофорез, дозована декомпресія), методи відновлення структурно-функціонального стану печінки (розроблена програма етапної метаболічної протекції печінкової паренхіми в комбінації з інтраорганным та внутрішньотканним електрофорезом та локальної магнітотерапії) (патент № 21603 від 15.03.2007 „Спосіб періопераційної корекції морфофункціонального стану печінки у хворих з обтураційною жовтяницею”, № 21604 від 15.03.2007 „Спосіб відновлення функціональної здатності печінки у хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею в післяопераційному періоді”, № 32563 від 26.05.2008 „Спосіб превентивної періопераційної корекції метаболічних предикторів печінкової дисфункції у хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею”, позитивні рішення про патент на ко-

рисну модель: „Спосіб профілактики порушень функції печінки у хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею в післяопераційний період”, „Спосіб профілактики та лікування періопераційних порушень функції печінки у хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею”, „Спосіб відновлення структурно-метаболического стану печінки у хворих на доброякісну обтураційну жовтяницю”, програму імунологічної корекції згідно форми DOJ (критична, некритична) та змін маркерів системного запалення (поліоксидоній, ронколейкін) (позитивне рішення на патент про корисну модель „Спосіб диференційованої імунорекції у хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею в періопераційний період” та „Спосіб діагностики стану імунологічної реактивності в хворих з ускладненими та критичними формами доброякісної обтураційної жовтяниці”), методи еферентної детоксикації (дискретний плазмаферез, внутрішньосудинне ультрафіолетове та лазерне опромінення крові, ультрафільтрація). В постдекомпресійному періоді з метою впливу на морфофункціональний стан печінки, скорочення терміну між етапами біліарної корекції застосовували „Урсохол” в комбінації з препаратом поліненасичених жирних кислот „Теком” з 3 доби протягом 6 місяців після виконання радикального втручання для підвищення якості життя та скорочення термінів реабілітації (патент № 33144 від 10.06.2008 „Спосіб післяопераційної реабілітації хворих з доброякісною обтураційною жовтяницею”).

Для досягнення мети дослідження в групі хворих з DOJ похилого віку проводили спостереження за кількістю сироваткового білка біуретовим методом (г/л), з метою оцінки функціонального стану гепатоцитів визначали АлАТ (ммоль/л) та АсАТ (ммоль/л) за Райтманом – Френкелем, орнітинкарбамоїлтрансферазу (ОКТ) за Райхардом-Мореті (мкг азоту/0,5мл), сорбітолдегідрогеназу (СДГ) (од/мл) (Базарнова, Гете, 1994), холінестеразу (ХЕ) (мкг кат/л) фотометричним методом, лактатдегідрогеназу (ЛДГ) (мкг кат/л) за Севелом – Товареком, аргінази (мкмоль/0,1мл) (Хазанов, 1968; Храмов, 1984); для оцінки стану перекисного окислення ліпідів визначали дієнові кон'югати (ДК) (од.опт.щільн.) (Гаврилов, 1988), малоновий діальдегід (МДА) (мкмоль/л) (Владимиров, Арчаков, 1972; Коробейников, 1989); для оцінки стану антиоксидантного захисту визначали активність церулоплазміну (ЦП) (у.о.) (Бабенко, 1968), каталази (мгН₂О₂/мл) (Бах, Зубкова, 1986), трансферин (у.о.) (Бабенко, 1968), нітративного статусу – аргінін (ммоль/

л), нітрати та нітріти (ммоль/л) (Коренман, 1975), карбонільні групи (од.опт.щільн./мг білку) (Дубинина, 2000), гіпоксантин, ксантин (мкмоль/л), ксантинооксидазу та аденозиндезаміназу (мкмоль/хв/л) (Асатиани, 1969).

Ендотоксемія оцінювалася за молекулами середньої маси за Габріеляном (МСМ), імунорегуляторним індексом (ІРІ) (Тхелпери/Тсупресори) (Подольський, 2005), гліколізованого гемоглобіну (НbА1с) (Королев, 2003), загальної концентрації альбуміну (ЗКА, г/л), ефектвної концентрації альбуміну (ЕКА, г/л) (флуоресцентний метод, АКЛ-01 „Зонд”) та резерву зв'язку альбуміну (РЗА, ум. од.), індексів ендотоксемії (ІЕ) (Іванов, 2001) (ДК/МСМ) та ризику ліпопероксидації (ІРЛ) (МДА/холестерин, Строев, 1996)).

Ступінь системного запалення в групі хворих з ускладненою DOJ оцінювали імуноферментним аналізом з визначенням С – реактивного протеїну (СРП) (мг/л) (ІМТЕК, Росія), фактора некрозу пухлин (ФНП) (нг/л) (Smith, 1987) та інтерлейкіну-1, 2, 6, 8, 10 (ІЛ-1) (пг/л), (ІЛ-2) (ІЛ-6) (нг/л), (ІЛ-8) (пг/л) (ІЛ-10) (IMMUNOTECH, Diaclone, Франція, ООО „Протеиновый контур”, Росія), α1-антитрипсину (α-1-АТ) (мкмоль/л), α2-макроглобуліну (α-2-МГ) (г/л) (К.Н. Веремеєнко, 1988) та неорганічного фосфору (ммоль/л) (Меншиков В.В., 1987).

Обробку результатів здійснювали на „Pentium 4 PC” у середовищі „Windows XP Professional Second Edition” пакетом „Microsoft Excel” та пакету програм „Statistica for Windows–6.0” з урахуванням перевірки показників на нормальний розподіл за тестом Колмогорова-Смірнова, оцінювали середні значення показників (М), їх помилки (m), коефіцієнти кореляції (r), Хі-квадрат Пірсона (χ^2), вірогідність статистичних показників (p), кількісні показники між групами порівняння співставляли за методом Крускал-Уолліса (kKU), кореляційний зв'язок між показниками визначали за методом Спірмена (r), для аналізу частот досліджуваної ознаки в групах застосовували сформовану базу даних, відмінності частот оцінювали за критерієм Пірсона-Йетса.

Результати та обговорення

Спостереження за біохімічними показниками в контрольній та основній групах хворих похилого віку виявило наступні характерні зміни. Констатовано позитивну динаміку загального білку в основній групі (5 доба: $60,3 \pm 2,42$, $51,8 \pm 2,6$, ($p < 0,01$); 9 доба: $64,52 \pm 1,8$, $54,3 \pm 2,16$, ($p < 0,001$)). Аналізуючи динаміку органоспецифічних ферментів цитолізу, виявлено їх вірогідне зменшення під

впливом оптимізованої тактики та комплексного лікування (АсАТ – 5 доба: $0,55 \pm 0,11$, $0,92 \pm 0,14$, ($p < 0,05$); 9 доба: $0,42 \pm 0,08$, $0,81 \pm 0,11$, ($p < 0,01$); АлАТ – $1,46 \pm 0,21$, $2,41 \pm 0,33$, ($p < 0,05$); $0,56 \pm 0,13$, $1,31 \pm 0,30$, ($p < 0,05$); аргіназа – $0,45 \pm 0,034$, $0,32 \pm 0,017$, ($p < 0,001$); $0,38 \pm 0,032$, $0,19 \pm 0,07$, ($p < 0,01$); СДГ – $0,629 \pm 0,026$, $0,522 \pm 0,013$, ($p < 0,001$); $0,541 \pm 0,016$, $0,474 \pm 0,006$, ($p < 0,001$); ОКТ – $0,59 \pm 0,062$, $0,38 \pm 0,039$, ($p < 0,01$), $0,353 \pm 0,035$, $0,202 \pm 0,029$, ($p < 0,001$); ХЕ – $78,62 \pm 0,87$, $68,6 \pm 2,14$, ($p < 0,001$); $82,6 \pm 0,31$, $72,1 \pm 2,24$, ($p < 0,001$); ЛДГ – $2,0 \pm 0,047$, $2,23 \pm 0,024$, ($p < 0,001$); $1,81 \pm 0,011$, $1,92 \pm 0,026$, ($p < 0,001$)). Спостерігаючи за перекичним окисненням ліпідів, виявлено їх зменшення в основній групі (МДА – 5 доба: $5,19 \pm 0,18$, $4,23 \pm 0,27$, ($p < 0,01$); 9 доба: $4,3 \pm 0,17$, $3,6 \pm 0,07$, ($p < 0,001$); ДК – $1,91 \pm 0,06$, $1,42 \pm 0,04$, ($p < 0,001$); $1,38 \pm 0,08$, $0,86 \pm 0,11$, ($p < 0,001$)). Виявлено зменшення показників антиоксидантного захисту в основній групі (ЦП – $44,6 \pm 2,14$, $37,7 \pm 0,61$, ($p < 0,01$); $40,1 \pm 1,24$, $33,2 \pm 0,45$, ($p < 0,001$); трансферин – $0,214 \pm 0,008$, $0,19 \pm 0,006$, ($p < 0,05$); $0,192 \pm 0,007$, $0,171 \pm 0,005$, ($p < 0,01$); збільшення каталази – $7,2 \pm 0,25$, $8,9 \pm 0,31$, ($p < 0,001$); $7,9 \pm 0,51$, $11,8 \pm 0,62$, ($p < 0,001$)). Вміст аргініну був більшим в основній групі протягом післяопераційного періоду: на 5 ($43,1 \pm 1,04$, $53,0 \pm 3,42$; $p < 0,01$) та 9 добу ($51,49 \pm 1,094$, $63,0 \pm 3,48$; $p < 0,01$). Дослідження нітратів та нітритів і карбонільних груп різниці значень не виявило. Вміст ксантинооксидази, гіпоксантину та ксантину та аденозиндезамінази в основній групі був меншим (ксантинооксидаза: $5,29 \pm 0,253$, $3,5 \pm 0,34$; $6,66 \pm 0,374$, $4,2 \pm 0,43$, ($p < 0,001$); гіпоксантин та ксантин: $18,3 \pm 0,92$, $24,5 \pm 1,45$, $p < 0,01$; $24,6 \pm 1,47$, $32,7 \pm 1,49$, $p < 0,001$; аденозиндезаміназа: $24,9 \pm 1,22$, $36,7 \pm 1,98$, $p < 0,001$; $34,6 \pm 1,72$, $47,7 \pm 1,96$, $p < 0,001$)). У хворих основної групи спостерігалось зменшення МСМ протягом всього терміну спостереження (5 доба: $0,42 \pm 0,027$, $0,31 \pm 0,025$, ($p < 0,01$); 9 доба: $0,36 \pm 0,0334$, $0,26 \pm 0,010$, ($p < 0,01$)) та очікуване зменшення холестерину плазми після виконання біліарної декомпресії ($13,2 \pm 1,21$, $9,3 \pm 0,62$, ($p < 0,01$); $10,4 \pm 0,74$, $6,7 \pm 0,42$, ($p < 0,001$)). Спостереження за індексами ендотоксемії (ІЕ) та ризику ліпопероксидації (ІРЛ) засвідчило зниження цих інтегральних показників, що поєднують ендотоксемию та антиоксидантний статус, в основній групі (ІЕ – 5 доба: $11,84 \pm 0,321$, $9,36 \pm 0,264$, ($p < 0,001$); 9 доба: $11,41 \pm 0,284$, $8,6 \pm 0,240$, ($p < 0,001$); ІРЛ – $0,71 \pm 0,028$, $0,53 \pm 0,019$, ($p < 0,001$); $0,67 \pm 0,024$, $0,52 \pm 0,016$, ($p < 0,001$)). Післяопераційний

аналіз значень ЗКА, ЕКА та РЗА в основній групі засвідчив їх збільшення (ЗКА – 5 доба: $40,26 \pm 2,161$, $33,2 \pm 2,21$, ($p < 0,05$); 9 доба: $44,38 \pm 2,11$, $36,6 \pm 2,06$, ($p < 0,01$); ЕКА – $33,0 \pm 0,59$, $28,36 \pm 0,46$, ($p < 0,001$); $38,25 \pm 0,45$, $34,25 \pm 0,3$, ($p < 0,001$), РЗА – $0,79 \pm 0,01$, $0,74 \pm 0,01$, ($p < 0,001$); $0,84 \pm 0,012$, $0,78 \pm 0,018$, ($p < 0,001$)). Післяопераційний рівень НbА1с був меншим в основній групі ($7,8 \pm 0,12$, $5,8 \pm 0,1$, ($p < 0,001$); $6,8 \pm 0,11$, $5,1 \pm 0,08$, ($p < 0,001$)). Протягом терміну спостереження відзначалося збільшення ІРІ (Тхелпери/Тсупресори) в основній групі ($1,12 \pm 0,10$, $1,54 \pm 0,16$, ($p < 0,01$); $1,22 \pm 0,10$, $1,62 \pm 0,14$, ($p < 0,01$)).

В основній групі ускладненої DOJ спостерігалось зменшення СРП протягом спостереження (5 доба: $47,8 \pm 2,39$, $34,1 \pm 2,66$, ($p < 0,001$); 9 доба: $30,3 \pm 0,07$, $15,5 \pm 0,09$, ($p < 0,001$)), ФНП ($250,0 \pm 0,71$, $189,2 \pm 0,86$, ($p < 0,001$); $175,6 \pm 0,50$, $105,3 \pm 8,53$, ($p < 0,001$)), Іл-1 ($98,7 \pm 3,42$, $80,5 \pm 2,53$, ($p < 0,001$); $78,3 \pm 2,34$, $63,6 \pm 1,24$, ($p < 0,001$)), Іл-2 ($358,1 \pm 38,31$, $186,7 \pm 24,28$, ($p < 0,001$); $288,4 \pm 28,62$, $168,4 \pm 23,19$, ($p < 0,01$)), Іл-6 ($22,5 \pm 1,24$, $17,9 \pm 0,04$, ($p < 0,001$); $16,2 \pm 0,97$, $13,2 \pm 0,03$, ($p < 0,01$)), Іл-8 ($97,0 \pm 2,2$, $82,1 \pm 1,8$, ($p < 0,001$); $54,2 \pm 1,34$, $38,2 \pm 1,11$, ($p < 0,001$)), Іл-10 ($158,2 \pm 15,23$, $118,4 \pm 12,62$, ($p < 0,05$); $134,5 \pm 13,81$, $86,4 \pm 9,76$, ($p < 0,01$)), $\alpha 1$ -антитрипсину ($134,2 \pm 7,42$, $101,7 \pm 8,43$, ($p < 0,01$); $112,0 \pm 5,81$, $86,4 \pm 4,24$, ($p < 0,001$)), $\alpha 2$ -макроглобуліну ($2,7 \pm 0,23$, $2,1 \pm 0,15$, ($p < 0,05$); $2,2 \pm 0,15$, $1,7 \pm 0,08$, ($p < 0,01$)), а концентрація неорганічного фосфору збільшувалася ($0,78 \pm 0,034$, $0,98 \pm 0,040$, ($p < 0,001$); $0,86 \pm 0,060$, $1,13 \pm 0,076$, ($p < 0,01$)).

Післяопераційний аналіз маркерів системного запалення в залежності від способу хірургічної декомпресії (збереження автономності біліарної системи чи її порушення) встановив, що максимальна концентрація досліджуваних маркерів спостерігалася у хворих із сформованими білідигестивними анастомозами (ФНП ($p < 0,001$), Іл – 1 ($p < 0,001$), Іл – 6 ($p < 0,001$), СРП ($p < 0,001$)). Мінімальні зрушення маркерів системного запалення спостерігалися у хворих, яким виконані зберігаючи біліарну автономність втручання (дозоване зовнішнє біліарне дренивання) (ФНП ($p < 0,01$), Іл – 1 ($p < 0,05$), Іл – 6 ($p < 0,05$), СРП ($p < 0,01$)). Показники системного запалення хворих, яким виконана ендоскопічна декомпресія, були вірогідно меншими за показники хворих з білідигестивними анастомозами, проте більшими за показники із дозованим зовнішнім біліарним дрениванням. Таким чином, встановлена пряма залежність ступеню активації системного запалення як складової частини синдрому ен-

дотоксемії у хворих з ДОЖ в залежності вибору способу хірургічної декомпресії біліарної системи. Встановлено, що зовнішня декомпресія, що зберігає біліарну автономність і перешкоджає мікробній транслокації, відбувається на фоні мінімальної активації системного запалення, а, відповідно, на тлі менш вираженої ендотоксемії. Натомість, створення штучних біліодигестивних анастомозів забезпечує можливість ентеральної мікробної транслокації через рефлюксні явища, що підтверджено високою концентрацією прозапальних маркерів, в першу чергу Іл – 1, який є індикатором бактеріального інфікування, збільшуючи питому вагу мікробного та імунологічного компонентів ендотоксемії в післяопераційному періоді.

З а к л ю ч е н н я

Дотримання принципів етапної малотравматичної тактики та принципів дозованої біліарної декомпресії у хворих з ускладненою ДОЖ на тлі запропонованої програми періопераційного лікування для відновлення морфофункціонального стану печінки зменшує частоту розвитку післяопераційної печінкової дисфункції, скорочує термін між етапами хірургічного лікування, зменшуючи показники післяопераційної та загальної летальності та кількості ускладнень.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ПРОГРАММЫ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКИМИ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

А.И. Годлевский, С.И. Саволук

Реферат. В исследовании изучаются изменения маркеров эндотоксемии, системного воспаления, антиоксидантного дисбаланса и морфофункционального состояния печени в послеоперационном периоде в зависимости от применения традиционной и оптимизированной программы периоперационного лечения и методов и тактики билиарной декомпрессии в 350 больных с доброкачественной обтурационной желтухой. В ходе выполненного наблюдения доказана высокая эффективность предложенной периоперационной лечебной программы и этапной тактики малотравматической билиарной декомпрессии у больных с доброкачественной обтурационной желтухой.

Ключевые слова: доброкачественная обтурационная желтуха, этапная тактика малотравматической билиарной декомпрессии, периоперационное лечение, системное воспаление, эндотоксемия, антиоксидантный статус, морфофункциональное состояние печени.

FEATURES OF SURGICAL TACTICS AND PROGRAM PERIOPERATIONAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CRITICAL AND COMPLICATED FORMS OF BENIGN OBSTRUCTIVE JAUNDICE

A.I. Godlevskiy, S.I. Savolyuk

Abstract. Article was dedicated to the problems of changes markers of endotoxemia, systemic inflammatory, antioxidative dysbalance and morphofunctional status of liver with 350 patients of the noncancer obstructive jaundice estimation in the postoperative period after using perioperative traditional and optimization program of treatment and methods and tactics of biliary decompression. In way of made investigation proved high effectiveness optimization perioperative program of treatment and stage of tactic of miniinvasive biliary decompression in patients of the noncancer obstructive jaundice.

Key words: noncancer obstructive jaundice, stage of tactic of miniinvasive biliary decompression, perioperative treatment, systemic inflammatory, endotoxemia, antioxidative status, morphofunctional status of liver.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрищенко В.П., Андрищенко Д.В. Особливості хірургічної тактики при поодиноких, множинних і поєднаних ускладненнях гострого холециститу // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2008. – № 144/1. – С. 3 – 6.
2. Декомпресія біліарного тракту при патології органів гепатопанкреатодуоденальної зони як етап передопераційної підготовки / В.І. Мамчич, В.А. Шуляренко, В.І. Паламарчук та ін. // 36. наук. пр. КМАПО ім. П.Л.Шупика. –К., 2001.–Вип. 10, Кн. 4.–С.551–563.
3. Захараш М.П., Захараш Ю.М., Усова О.В. Мініінвазивні втручання в комплексному лікуванні хворих на механічну жовтяницю, ускладнену гнійним холангітом та біліарним сепсисом // Шпитальна хірургія. – 2008.– №4.–С.13–16.
4. Елін А.Ф. Диференційований підхід до вибору термінів операційного втручання у хворих на обтураційну жовтяницю // Львівський медичний часопис.–2005.–Том 11, № 4/1. – С. 43–47.
5. Оптимальный подход к лечению холедохолитиаза в эру лапароскопической хирургии: одно- или двухэтапные операции? / В.В. Грубник, А.Л. Ковальчук, С.В. Калинин, А.И. Ткаченко // Хірургія України. – 2007.– № 1. – С. 31 – 35.
6. Старосек В.М., Власов О.К., Хілько С.С. Застосування мініінвазивних методів декомпресії жовчовивідних шляхів за печінкової недостатності у хворих з обтураційною жовтяницею / // Клін. хірургія.–2007.–№5–6.– С.13–14.
7. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом и обтурационной желтухой / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, О.А. Белозерцев, А.А. Юдин // Хірургія України. – 2007.–№ 2. – С. 27–31.