

УДК 616.36-008.5-007.272-08-059

П.Г. Кондратенко¹, М.В. Конькова¹, М.Л. Смирнов¹, О.М. Мельник²

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЧЕРЕЗШКІРНИХ ПУНКЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОБТУРАЦІЙНІЙ ЖОВТЯНИЦІ

¹Донецький національний медичний університет ім. М.Горького²Військовий медичний клінічний центр західного регіону, Львів

Проаналізовано результати лікування 92 хворих із обтураційною жовтяницею, яким були виконані мініінвазивні втручання під ультразвуковим контролем (74 хворим – ЧЧМХС, 12 хворим – ЧЧХС і 6 – пункція і дренивання холангічних абсцесів печінки). Мініінвазивні декомпресійні втручання є ефективним способом відновлення відтоку жовчі при обструкції біліарної системи, які дозволяють ефективно ліквідувати явища обтураційної жовтяниці з можливістю подальшого проведення хірургічних втручань у найбільш сприятливих умовах в плановому порядку. Показанням до виконання черезшкірних черезпечінкових жовчовивідних операцій під УЗ-контролем є: пухлина головки підшлункової залози або жовчних проток; доброякісна стриктура жовчних проток; пухлина в проекції воріт печінки (II–III стадія за Bismuth); холедохолітиаз у хворих із технічно нездійсненним або безуспішним ендоскопічним транспапілярним втручанням; ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних проток; наявність метастазів або збільшених лімфовузлів у воротах печінки.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця, пункційні втручання.

Лікування хворих із обтураційною жовтяницею – проблема складна і не вирішена до теперішнього часу [1, 3, 6, 7]. В умовах обтурації жовчних проток, холангіту і печінкової недостатності оперативне лікування є вельми ризикованим та супроводиться високою летальністю. Післяопераційна летальність при жовтяниці не пухлинної етіології складає 6-8 %, на тлі злоякісних пухлин – 30-33% [3-5].

Багатолітні спостереження науковців свідчать, що найбільш частим і найнебезпечнішим ускладненням у хворих, що оперуються з приводу обтураційної жовтяниці, є печінкова недостатність [1-3, 6]. Висока летальність після операцій, проведених на тлі тривалої жовчної гіпертензії, багато в чому пояснюється невідповідністю між компенсаторними можливостями печінки і важкістю оперативного втручання. У зв'язку з цим на першому етапі здійснюють декомпресію біліарного тракту для відновлення функції печінки та нормалізації гомеостазу.

З розвитком ендоскопічних, відеолапароскопічних, ультразвукових методів втручання значно розширився арсенал відповідних маніпуляцій. Найбільшого поширення набули: лапароскопічна холецистостомія, назобілярне дренивання, ендоскопічна папілосфінктеротомія, черезпечінкове дренивання жовчного міхура та ін. Проте, характер захворю-

вання, наявність певних анатомічних особливостей і перенесені раніше оперативні втручання на органах гепатопанкреатодуоденальної зони частіше не дозволяють застосувати який-небудь із вищезгаданих методів дренивання жовчної системи. На нашу думку, найбільш перспективними, є черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія (ЧЧМХС) або черезшкірна черезпечінкова холангіостомія (ЧЧХС) під ультразвуковим контролем, які, завдяки мінімальній травматизації, мають явні переваги перед аналогічними втручаннями.

Результати хірургічного лікування хворих із обтураційною жовтяницею залежать від термінів виконання оперативного втручання, а також від способу та об'єму операції. У ряду випадків, при врятуванні життя хворому, хірурги вимушені удаватися до паліативного втручання – холецисто-/ холедохостомії, яка не позбавляє пацієнта від причини хвороби, але дозволяє добитися ліквідації або зниження біліарного блоку і запобігти печінковій недостатності.

Матеріал та методи

Проаналізовано результати лікування 92 хворих із обтураційною жовтяницею, яким були виконані мініінвазивні втручання під ультразвуковим контролем (74 хворим – ЧЧМХС, 12 хворим – ЧЧХС і 6 – пункція і дрениван-

ня холангітичних абсцесів печінки). Вік пацієнтів: 60-93 років. В 14 (15,22%) з них декомпресійні операції були остаточним паліативним лікуванням. Всім хворим було проведено ультразвукове дослідження із застосуванням доплерівського сканування з метою визначення стану печінкової гемодинаміки.

Мініінвазивне втручання проводили в основному при обтураційній жовтяниці злякнісного генезу (75-81,52% хворих). У 11 (11,96%) випадках вони були виконані при доброякісній жовтяниці, в 6 (6,52%) – за наявності холангітичних абсцесів печінки (табл. 1.)

Результати та обговорення

Вибір способу лікування ґрунтувався на оцінці ступеня важкості обтураційної жовтяниці (по класифікації М.Ю. Нічитайло і соавт., 2002). Рівень білірубину в сироватці крові в 75 (81,52%) хворих перевищував 100 мкмоль/л, в 34 хворих – 300 мкмоль/л. Клінічна картина гнійного холангіту відмічена в 21 (22,83%) випадку. У всіх випадках тривалість захворювання перевищувала 5 діб.

Точку для пункції при ЧЧМХС (ЧЧХС) вибирали індивідуально із врахуванням розташування жовчного міхура і збільшення печінки. Як правило, її виконували з точки, розташованої по серединно-ключичній лінії нижче за реберну дугу (81 – 88,04% хворий). Рідше (11 – 11,96% випадків) ЧЧМХС проводили із точки по передній паховій лінії в положенні хворого на лівому боці.

Застосовували 2 способи ЧЧМХС: ангіографічний двомоментний спосіб дренивання по Сельдінгеру (11 хворих) та одномоментне дренивання стилет-катетером (63 хворих).

Оцінку результатів лікування проводили за наступними показниками:

- діаметр загальної жовчної протоки і розміри жовчного міхура;
- показники білірубину в сироватці крові;
- гемодинамічні показники при УЗДГ;
- загальний стан пацієнта.

Після проведених черезшкірних черезпечінкових втручань вже на 2-3 доби діаметр холедоху зменшувався: в 33 хворих до 4,5-4,9 мм, в 21 – до 5,0-5,4 мм, в 20 – до 5,5-5,9 мм, в 9 – до 6,0-6,5 мм. У 2 пацієнтів протока була розширена до 9 мм, зменшившись в порівнянні з початковою на 5 мм .

У всіх хворих на 4-5 добу після проведення жовчовивідних втручань рівень білірубину в сироватці крові істотно знижувався (див. рис.).

Для вивчення ефективності проведення декомпресійних мініінвазивних операцій нами були вивчені доплерівські показники кровотоку печінки на 3 та 10 доби після проведення ЧЧМХС під ультразвуковим контролем.

По сумі даних тестів проводили бальну оцінку ефективності декомпресійних втручань: клінічний тест – 1 бал, сонографічний тест (В-режим + УЗДГ) – 4 бали (за кожен по 2), лабораторний тест – 2 бали.

Враховуючи бальну систему оцінки ефективності черезшкірних черезпечінкових втручань, 86 хворих розподілилися таким чином (виключені 6 хворих, яким вироблена пункція і дренивання холангітичних абсцесів печінки) (табл. 2.).

З моменту постановки холецисто-/холангіостоми сума визначуваних критеріїв в бальній оцінці розраховувалася на 1-5 добу ($3 \pm 0,3$).

Таблиця 1.

Розподіл хворих із обтураційною жовтяницею, яким виконувалися черезшкірні черезпечінкові втручання підУЗ-контролем

Захворювання	Кількість хворих	%
-холангітичні абсцеси печінки	6	6,52
-рубцеві стриктури та ятрогенні пошкодження загальної печінкової і загальної жовчної протоки	11	11,96
- пухлина ВСДПК	38	41,30
- пухлина головки підшлункової залози	25	27,17
- пухлина печінки	12	13,05
Всього	92	100

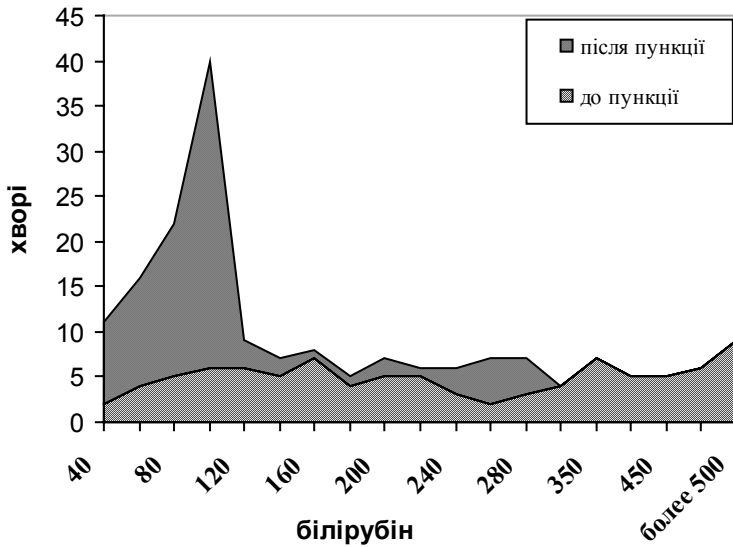


Рис. Діаграма. Середній рівень білірубину у хворих до і після проведення (4-5 доба) мініінвазивних втручань під УЗ-контролем

Ефективною вважали операцію при здобутті 4 балів і вище; неефективною – 1 або 0 балів. Умовно ефективною ми розцінили ЧЧХС в 1 хворого, який лише по клінічному тесту набрав 0 балів, по лабораторному – 2 бали, а сонографічні показники були кращими лише на 7 добу після комплексного лікування. Суму балів рівну 0 отримав 1 хворий, в якого після проведення декомпресійних втручань ні сонографічні, ні лабораторні, ні клінічні показники не покращали.

Таким чином, ефективність мініінвазивних втручань під УЗ-контролем склала 96,74%.

Ускладнення у вигляді підтікання жовчі виникли в 1 хворого.

На підставі проведених досліджень ми визначили показання і протипоказання до проведення черезшкірних черезпечінкових жовчовивідних операцій.

Показання до виконання черезшкірних черезпечінкових жовчовивідних операцій:

- пухлина головки підшлункової залози;
- пухлина жовчних проток;
- доброякісна стриктура жовчних проток;
- пухлина в проекції воріт печінки (II- III стадія за Bismuth);
- холедохолітіаз у хворих із технічно невиконаною або безуспішною ЕРПХГ;

- ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних проток після холецистектомії або інших операцій (наприклад, резекції шлунку);
- наявність метастазів або збільшених лімфовузлів у воротах печінки.

Абсолютні протипоказання до проведення черезшкірних черезпечінкових жовчовивідних операцій:

- термінальний стан хворого;
- відсутність безпечної траєкторії для проведення голки та дренажу.

Відносні протипоказання до проведення

Ефективність мініінвазивних втручань підУЗ-контролем залежно від клініко-лабораторних та інструментальних тестів

Таблиця 2.

Кількість хворих (n=86)	Показники ефективності (у балах)			Сума балів
	клінічні	сонографічні (В+ УЗДГ)	лабораторні	
73	1	4	2	5
6	1	4	0	3
2	1	0	2	3
2	0	4	2	4
1	0	0	2	2
1	1	0	0	1
1	0	0	0	0

черезшкірних черезпечінкових жовчовивідних операцій:

- обширне пухлинне ураження печінки із відокремленням внутрішньопечінкових жовчних проток на рівні сегментарних (IV стадія за Bismuth);
- виражені порушення згортаючої системи крові.

В и с н о в к и

1. Мініінвазивні декомпресійні втручання є ефективним способом відновлення відтоку жовчі при обструкції біліарної системи, що дозволяють ефективно ліквідувати явища обтураційної жовтяниці з можливістю подальшого проведення хірургічних втручань в найбільш сприятливих умовах в плановому порядку.

2. Показанням до виконання черезшкірних черезпечінкових жовчовивідних операцій під УЗ-контролем є: пухлина головки підшлункової залози або жовчних проток; доброякісна стриктура жовчних проток; пухлина в проекції воріт печінки (II- III стадія за Bismuth); холедохолітиаз у хворих із технічно невиконаним або безуспішним ендоскопічним транспілярним втручанням; ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних проток; наявність метастазів або збільшених лімфовузлів у воротах печінки.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ПУНКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ

*П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова,
Н.Л. Смирнов, О.М. Мельник*

Проанализированы результаты лечения 92 больных с обтурационной желтухой, которым были выполнены миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем (74 больным – ЧМХС, 12 – ЧЧХС и 6 – пункция и дренирование холангитических абсцессов печени). Миниинвазивные декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы, позволяющие эффективно ликвидировать явления обтурационной желтухи с возможностью дальнейшего проведения хирургических вмешательств в наиболее благоприятных условиях в плановом порядке. Показаниями к выполнению чрескожных чреспеченочных желчеотводящих операций под УЗ-контролем являются: опухоль головки поджелудочной железы или желчных протоков; доброкачественная

стриктура желчных протоков; опухоль в проекции ворот печени (II– III стадия по Bismuth); холедохолитиаз у больных с технически невыполнимым или безуспешным эндоскопическим транспилярным вмешательством; ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков; наличие метастазов или увеличенных лимфоузлов в воротах печени.

Ключевые слова: обтурационная желтуха, пункционные вмешательства.

GROUNDING OF APPLICATION OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC INTERVENTIONS UNDER US-CONTROL AT OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*P.G. Kondratenko, M.V. Konkova,
N.L. Smirnov, O.M. Melnik*

Results of treatment of 92 patients with obstructive jaundice which underwent miniinvasive interventions (percutaneous transhepatic microcholecystostomy – 74, percutaneous transhepatic cholangiostomy – 12, puncture draining of liver cholangitic abscess – 6 under ultrasonic control) were analyzed. Miniinvasive decompressive interventions are effective methods of bile reflux at obstructive jaundice let further planned surgical treatment in the most favorable conditions. Indications for performing of percutaneous transhepatic decompressive surgeries under ultrasonic control are tumors of head pancreas or bile ducts, benign strictures of bile ducts, tumor at projection of portal of liver (II-III stages by Bismuth), choledocholithiasis at patients with technically unperformed or not effective endosurgical transpapillary interventions, iatrogenic injuries of extrahepatic bile ducts, metastases or enlarged lymphatic nodes in portal of liver.

Key words: obstructive jaundice, puncture interventions.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клименко Г.А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / Г.А. Клименко. – М.: Медицина, 2000. – 224 с.
2. Кондратенко П.Г. Лапарохоледохоскопия: проблемы и пути их решения / П.Г. Кондратенко // Экспериментальная і клінічна медицина. – 2004. – № 3. – С. 281-284.
3. Экстренная хирургия желчных путей: Руководство для врачей / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин [и др.]; под ред. П.Г. Кондратенко. – Донецк: Лебедь, 2005. – 434 с.
4. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии / М.В. Конькова. – Донецк: Новый мир, 2005. – 300 с.
5. Конькова М.В. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем сонографии в лечении больных с острым холециститом / М.В. Конькова. – Материалы III конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – Москва, 2001. – С. 83-84.
6. Ничитайло М.Ю. Лапароскопична корекція окремих типів синдрому Міріці / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С. 72.
7. Puskas T. Percutaneous gallbladder puncture and drainage / T. Puskas, I. Kiraly // Orv Hetil. – 2000. – № 141 (43). – P. 2343-2346.
8. Qureshi WA. Approach to the patient who has suspected acute bacterial cholangitis / W.A. Qureshi // Gastroenterol Clin North Am. – 2006. – № 35 (2). – P. 409-423.

Стаття надійшла 05.01.2011