

УДК 616-089:616-07:616-073.4-8:616.366-003.7

*А.І. Годлевський, А.В. Фуніков, С.Д. Хіміч, С.І. Саволук, О.А. Ярмач, А.П. Превар***ВПЛИВ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ НА МЕТОДИКУ ОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРИ ОБСТРУКТИВНІЙ ЖОВТЯНИЦІ НЕПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ***Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

Мета роботи – покращити ранні та віддалені наслідки хірургічного лікування хворих з ускладненими формами холедохолітазу. Проведено аналіз лікування 116 пацієнтів. Хворих розподілено на 2 групи. До основної групи включено 57 пацієнтів оперованих з використанням УЗД під час ревізії жовчних шляхів. В контрольній групі (59 хворих) інтраопераційно застосовувались лише традиційні методи ревізії жовчних шляхів. Доповнення ревізії жовчних шляхів інтраопераційним ультразвуковим дослідженням створювало візуальний контроль в реальному масштабі часу, що дозволяло впевнитися в повному звільненні протоків від конкрементів і мінімізувати використання білідигестивного анастомозу як сфінктеровиключаючої операції, на користь зовнішнього дренивання холедоха. Аналіз віддалених результатів виявив достовірно нижчу якість життя пацієнтів контрольної групи. Використання інтраопераційного ультразвукового дослідження при обстеженні жовчних шляхів та збільшення кількості операцій, що зберігають функцію великого дуоденального сосочка та сфінктера Одді - позитивно корелюють з якістю життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді.

Ключові слова: білідигестивний анастомоз, зовнішнє дренивання холедоха, інтраопераційне ультразвукове дослідження, якість життя пацієнта.

Білідигестивні анастомози (БДА) при первинних операціях на жовчних протоках на сьогодні використовують досить широко. Ми вважаємо, що БДА позбавляє жовчовивідну систему автономності і має застосовуватись лише по суворим показам. Особливо звертаємо увагу на суперечливість БДА, як методу профілактики рецидиву холедохолітазу у випадку множинних дрібних конкрементів в жовчних протоках, особливо у внутрішньопечінкових, чи при виникненні найменшої підозри на неповне видалення конкрементів з гепатикохоледоха. Аналіз віддалених результатів показав, що незадовільні результати після цієї операції спостерігаються приблизно у 10% оперованих хворих [5]. Нові анатомічні взаємовідношення органів панкреатодуоденальної зони: виключення функції великого дуоденального сосочка і сфінктера Одді, відсутність запирального механізму, ведуть до безперервного неритмічного жовчовідведення та дуодено-біліарного рефлюксу, котрий може бути причиною холангітів і панкреатитів. Зважаючи на це, зовнішнє дренивання загального жовчного протоку є оптимальним методом завершення холедохолітотомії, котрий в показаних випадках (повне усунення перешкоди для природнього відтоку жовчі і виключення можливості резидуальних конкрементів) здійснює надійну декомпресію протоків і дозволяє контролювати стан жов-

чних шляхів після операції. Забезпечення інформації інтраопераційно в реальному масштабі часу можливе з допомогою інтраопераційного ультразвукового дослідження (ІУЗД) [3]. Кінцевим етапом оцінки ефективності хірургічного лікування, на думку експертів ВОЗ, слід вважати вивчення якості їх життя.

Мета роботи – покращення ранніх та віддалених наслідків хірургічного лікування хворих з ускладненими формами холедохолітазу шляхом оптимізації вибору методів оперативної корекції на основі застосування інтраопераційної УЗД-діагностики.

Матеріал та методи

Проаналізовано лікування 116 пацієнтів, котрі знаходились на лікуванні в клініці, що є базою кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Сформовано 2 групи. До основної групи включено 54 пацієнти оперовані з використанням УЗД під час ревізії жовчних шляхів. В контрольній групі (56 хворих) інтраопераційно застосовувались лише традиційні методи ревізії жовчних протоків (огляд, пальпація, зондування, інтраопераційна холангіографія). Групи пацієнтів – рандомізовані за віком, статтю, супутнім захворюванням. Вік хворих становив від 26 до 78 років. Середній вік в 1 групі $64,3 \pm 3,3$ року, в 2 – $61,5 \pm 6,4$ роки.

ІУЗД проводилось при ревізії жовчних шляхів. Використовувався портативний ультразвуковий сканер марки Echoblaster 128 з частотою 5 МГц. ІУЗД давало можливість більш ретельно обстежити важкодоступні для передопераційного трансабдомінального УЗД ділянки біліарного дерева в режимі реального часу, контролювати повноту літоекстракції, мінімізувати вірогідність резидуального холедохолітазу, що, в свою чергу дозволяло зменшити кількість ХДА та транспапільярних втручань на користь зовнішнього дренивання холедоха. Безпосередні результати лікування оцінювали на основі інтраопераційних та післяопераційних ускладнень (в ранньому післяопераційному періоді). Аналіз віддалених результатів хірургічного лікування виконувався на основі визначення якості життя пацієнтів. Якість життя визначали за допомогою русифікованої версії опитувальника SF-36. Використовувався метод анкетування. Опитано пацієнтів, прооперованих з 2006 по 2011 роки. Статистичну обробку даних проводили з застосуванням пакетів програм SPSS 9,0.

Результати та обговорення

При аналізі вибору методів оперативної корекції виявлено: у контрольній групі – в 25 (42%) пацієнтів було накладено ХДА. У 26 (44%) – виконано зовнішнє дренивання холедоха (ЗДХ). У 4 (7%) хворих ХДА доповнено ЗДХ, у 3 (5%) виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), у 1 (2%) – холедохоеюноанастомоз. В основній групі у 35 (61%) виконано ЗДХ, у 18 (31%) – ХДА, комбіноване зовнішньо-внутрішнє дренивання – у 2 (4%) пацієнтів, ЕПСТ – у 2 (4%) хворих (див. табл.).

Безпосередні результати оцінювані на основі інтраопераційних та післяопераційних ускладнень (в ранньому післяопераційному періоді) – в обох групах пацієнтів суттєво не відрізнялись. Аналіз віддалених результатів виявив достовірно нижчу якість життя пацієнтів контрольної групи по більшості шкал, що відображають як фізичне, так і соціальне (психологічне) здоров'я. Достовірно нижча якість життя хворих контрольної групи, порівняно з основною, відмічена в шкалах ФФ (55,1±4,3 і 83,2±3,3; 95% CI, p<0,0001), РФФ (24,3±4,1 і 51,5±4,3; 95% CI, p<0,05), Б (50,1±27,2 і 86,5±5,8; p<0,0001), що відображають фізичне здоров'я, а також в шкалах Ж (36,2±4,5 і 53,1±4,2; 95% CI, p<0,0001) і СФ (47,6±4,9 і 62,4±7,2; 95% CI; p<0,05), що відображають психологічне здоров'я. Нами не отримано достовірних різниць показників якості життя по шкалам ЗЗ, РЕФ, ПЗ.

Висновки

Інтраопераційна ревізія біліарного дерева з допомогою ультразвукового дослідження дозволяє отримувати інформацію в реальному масштабі часу, що забезпечує візуалізацію не лише конкременту, а й самого процесу його видалення.

Застосування ІУЗД при ревізії біліарного тракту на 28% збільшило використання сфінктерозберігаючих операцій, що позитивно корелювало з якістю життя у віддаленому післяопераційному періоді.

Види оперативної корекції

Таблиця.

Вид оперативного втручання	Основна група	Контрольна група
Зовнішнє дренивання холедоха	32 (61%)	26 (44%)
Холедоходуоденоанастомоз	18 (31%)	25 (42%)
ХДА+ЗДХ	2 (4%)	4 (7%)
Холедохоеюноанастомоз	-	1 (2%)
ЕПСТ	2 (4%)	3 (5%)

ВЛИЯНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ НА МЕТОДИКУ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

*А.И. Годлевский, А.В. Фуников, С.И. Саволюк,
О.А. Ярмач, А.П. Превар*

Цель работы – улучшить ранние и отдаленные последствия хирургического лечения больных с осложненными формами холедохолитиаза. Проведен анализ лечения 116 пациентов. Больные распределены на 2 группы. В основную группу включено 57 пациентов оперированных с использованием УЗИ во время ревизии желчных путей. В контрольной группе (59 больных) интраоперационно применялись только традиционные методы ревизии желчных путей. Дополнение ревизии желчных путей интраоперационным ультразвуковым исследованием создавало визуальный контроль в реальном масштабе времени, что позволяло убедиться в полном освобождении протоков от конкрементов и минимизировать использование билиодигестивного анастомоза как сфинктероклещающей операции, в пользу внешнего дренирования холедоха. Анализ отдаленных определил достоверно более низкое качество жизни пациентов контрольной группы. Использование интраоперационного ультразвукового исследования при обследовании желчных путей и увеличение количества операций, сохраняющих функцию большого дуоденального сосочка и сфинктера Одди - положительно коррелируют с качеством жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: билиодигестивный анастомоз, наружное дренирование холедоха, интраоперационное ультразвуковое исследование, качество жизни пациента.

THE INFLUENCE OF INTRAOPERATIVE ULTRASONOGRAPHY ON THE METHODOLOGY OF OPERATIVE CORRECTION IN CASE OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF NON-CANCER GENESIS.

*A.I. Godlevsky, A.V. Funikov, S.I. Savoljuk,
O.A. Yarmak, A.P. Prevar*

To improve the early and late effects of surgical treatment of patients with complicated forms of choledocholithiasis by optimizing the choice of methods of surgical correction through the use of intraoperative ultrasound. We analysed the treatment of 116 patients. Patients were divided into 2 groups. The study group included 57 patients operated, using ultrasonography during the audit of the biliary tract. In the control group (59 patients), intraoperatively, we used only the traditional methods of auditing the biliary tract. Supplementing of audit of biliary tract with intraoperative ultrasound created a visual control in the real time, which ensured the full release of the ducts from the concretions, and minimized the use of biliodigestive anastomosis as sfinκτηr excluding operations in favor of external drainage of common bile duct. Analysis of late results identified significantly lower quality of life of patients from control group. Using intraoperative ultrasound when examining the biliary tract and an increase in the number of operations that preserve the function of major duodenal papilla and sphincter of Oddi - positively correlated with quality of life of patients in the late postoperative period.

Key words: biliodigestive anastomosis, external drainage of common bile duct, intraoperative ultrasound, the quality of patient's life.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук О.Л. Обґрунтування вибору інтраопераційних методів обстеження гепатобіліарної зони. / О.Л. Ковальчук // Практична медицина. – 2002. – № 2. – С. 80-83.
2. Матиас Хофер, Райх Т. Ультразвуковая диагностика / Х. Матиас, Т. Райх // Пер. с англ. – М.: Медицинская литература, 2003. – 104с.
3. Мизандари М. Интраоперационное ультразвуковое исследование гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны при холедохолитиазе. / М. Мизандари // Медицинская визуализация. – 2002. – №2. – С.74-48.
4. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчевыводящих путей. / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский. – Київ.: «Здоров'я», 1993. – 508 с.
5. Parulekar S.G. Transabdominal sonography of bile ducts / S.G. Parulekar // Ultrasound Q. – 2002. – Vol. 18, № 3. – P. 187-202.
6. WHO. Meeting of Investigations on Quality of life. / WHO. – Geneva. – 1992. – P. 134-137.

Стаття надійшла 23.02.2011