

УДК 616.36-008.811.4-089.168.1-06:616.36-001-085

*І.Я. Дзюбановський, В.І. Максимлюк, О.І. Дзюбановський,
Н.М. Галей, І.І. Смачило, Л.В. Синовєрський*

ВИЗНАЧЕННЯ ОПЕРАТИВНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦІЙНІЙ ЖОВТЯНИЦІ, ОБУМОВЛЕНІЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

Нами проаналізовано результати лікування 177 пацієнтів на обтураційну жовтяницю, обумовлену холедохолітазом. У 27 (15,25%) хворих були виконані одноетапні малоінвазивні оперативні втручання: 21 пацієнту ендоскопічну папілосфінтеротомію з назобілярним дренажуванням з подальшим ендопротезуванням холедоха і 6 пацієнтам виконана ендоскопічна папілосфінтеротомія з літоекстракцією. Ці оперативні втручання були кінцевими, оскільки ризик наступних операцій був надто високим. У 135 (76,3%) хворих були виконані малоінвазивні двоетапні оперативні втручання: 129 хворим проведено ендоскопічну папілосфінтеротомію з літоекстракцією (I етап), а в подальшому – II етап: лапароскопічна холецистектомія. 6 пацієнтам було виконано ендоскопічну папілосфінтеротомію з лапароскопічною холецистектомією, холедохолітотомія з інтраопераційною відеондоскопією позапечінкових жовчних проток з накладанням глухого шва на холедох. В решти 15 (8,5%) хворих була виконана традиційна холецистектомія з лапаротомного доступу з формуванням біліодигестивного співусття. На основі отриманих результатів нами проведено визначення клініко-лабораторних критеріїв печінкової недостатності в доопераційний період та встановлено ризик прогресування її в постдекомпресійний період. Враховуючи те, що, за нашими даними, найточнішим показником гепатоцитолізу був рівень маркера пошкодження печінки L-FABP, ми порівняли його з критеріями печінкової недостатності у хворих на обтураційну жовтяницю в до- і післяопераційний періоди і встановили ризик виникнення гепатаргії в постдекомпресійний період. Усім хворим оцінювали тяжкість холестатичного синдрому за рівнем білірубінемії, цитолітичного синдрому, за рівнем маркера пошкодження гепатоцитів (L-FABP). Результати обстежень вказують на активацію синдрому цитолізу в ранньому післяопераційному періоді, з послідуною його нормалізацією до 12 доби постдекомпресійного періоду. Встановлено, що маркер пошкодження печінки L-FABP об'єктивно відображає тяжкість гепатоцитолізу і є критерієм вибору строку другого етапу радикального оперативного втручання у хворих на обтураційну жовтяницю.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця, холестаза, гепатоцитоліз.

Світова тенденція зростання захворюваності на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) спонукає до оновлення хірургічної та медикаментної тактики цієї патології. Близько 20% дорослого населення планети страждають на цю недугу. Найбільш грізним ускладненням жовчнокам'яної хвороби є обтураційна жовтяниця (ОЖ) [1, 2]. Причиною порушення відтоку жовчі є холедохолітаз у 30-85% випадків, стеноз та стриктури великого дуоденального сосочка та жовчних проток становлять від 6 до 25% [1, 2] та ін. Летальність після відновлення плинності жовчі на висоті обтураційної жовтяниці сягає від 9,2 до 25% [1, 2]. Причинами летальності є синдром обтураційної жовтяниці, який характеризується проникненням жовчних кислот в кров'яне русло людини та відсутністю печінкових ферментів в травній системі, що приводить до інтоксикації та порушення травлення. Синдром біліарної декомпресії, або „синдром швидкого скидання”, приводить до морфологічних та функ-

ціональних змін, що виникають після декомпресії жовчних шляхів.

Ці зміни прямо і опосередковано впливають на судинне русло печінки і обумовлюють виникнення комплексних зрушень печінки, відомих як ішемічно-реперфузійний синдром [3, 4].

Провівши огляд лікувальних методик і медикаментозної корекції ішемічно-реперфузійного синдрому при лікуванні хворих з ОЖ, переконуємось, що немає адекватної методики, яка могла б запобігти деструктивним зрушенням в печінці після ліквідації холестазу. Тому будь-яка лікувальна тактика, наслідком котрої є зменшення проявів печінкової недостатності (ПН) в післяопераційному періоді, є доцільною і актуальною в сьогоденні.

Метою роботи була оптимізація хірургічної тактики у хворих на обтураційну жовтяницю шляхом визначення методів біліарної декомпресії та вибору строків радикального оперативного втручання з використанням лапароскопічних технологій.

Матеріал та методи

В основу роботи покладено результати обстеження 177 хворих на ОЖ. Усіх їх розділено на 4 групи за рівнем білірубину в сироватці крові. В першій групі пацієнтів він не перевищував 100 мкмоль/л, в другій – складав від 101-200 мкмоль/л, в третій – був у межах 201-300 мкмоль/л, в четвертій – понад 300 мкмоль/л. Причиною ОЖ був холедохолітиаз на ґрунті жовчнокам'яної хвороби, постхолецистектомічний синдром з холедохолітиазом та стриктура холедоха. Усім хворим для встановлення динаміки холестатичних проявів проводили визначення рівня білірубінемії; тяжкість гепатоцитолізу оцінювали за рівнем аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ) та концентрації liver fatty acids binding proteins (L-FABP) перед операцією і через 3 годин, на 1-шу, 2, 3, 4, 5, 7, 10,12,14-добу після ліквідації холестаза.

Віком 20-59 років було 91 пацієнт (51,4%), 60-74 роки – 71 хворий (40,1%), 75 років і більше – 15 хворих (8,5%). Чоловіків було 37%, жінок – 63%.

Для діагностики причин ОЖ виконували ультрасонографію, ендоскопічну ретроградну холедохопанкреатографію (ЕРХПГ), фіброгастроудоденоскопію, комп'ютерну томографію. Лапароскопічні оперативні втручання проводили на обладнанні фірми „Olimpus”. Рівень L-FABP визначали з допомогою імуноферментного аналізатора.

Результати та обговорення

У 27 (15,25%) хворих були виконані одноетапні малоінвазивні оперативні втручання: 21 пацієнту ендоскопічну папілосфінтеротомію (ЕПСТ) з назобілярним дренажуванням з подальшим ендопротезуванням холедоха і 6 пацієнтам виконана ЕПСТ з літоекстракцією. Ці оперативні втручання були кінцевими, оскільки ризик подальших операцій був надто високим. У 135 (76,3%) були виконані малоінвазивні двоетапні оперативні втручання: 129 хворим проведено ЕПСТ з літоекстракцією (I етап), а в подальшому – II етап: лапароскопічна холецистектомія (ЛХ). 6 пацієнтам було виконано ЕПСТ з ЛХ, холедохолітотомія з інтраопераційною відеоендоревізією позапечінкових жовчних проток з накладанням глухого шва на холедох. У решти 15 (8,5%) хворих

була виконана традиційна холецистектомія з лапаротомного доступу з формуванням білідигестивного співустя.

На основі отриманих результатів нами проведено визначення клініко-лабораторних критеріїв печінкової недостатності (ПН) в доопераційний період та встановлено ризик прогресування її в постдекомпресійний період. Враховуючи те, що, за нашими даними, найточнішим показником гепатоцитолізу був рівень маркера пошкодження печінки L-FABP, ми порівняли його з критеріями ПН у хворих на ОЖ в до- і післяопераційний періоди і встановили ризик виникнення гепатаргії в постдекомпресійний період.

Враховуючи доопераційну ПН та прогресування її в постдекомпресійному періоді за рівнем маркера пошкодження печінки, ми відмітили, що показник гепатоцитолізу найактивніше зростав у пацієнтів з високим ризиком. Сюди входили хворі на гостру ОЖ з рівнем білірубінемії понад 300 мкмоль/л, усі пацієнти з тривалою та хронічною ОЖ. Цим хворим було застосоване двоетапне оперативне втручання. Двоетапне оперативне втручання також виконувалось хворим з дуже високим ризиком виникнення ПН, це пацієнти на тривалу ОЖ з рівнем білірубінемії понад 300 мкмоль/л та пацієнти на хронічну ОЖ з рівнем білірубину крові понад 200 мкмоль/л. Критерієм до вибору даної тактики була різниця між доопераційним показником L-FABP печінки і контрольним рівнем в 10 і більше разів від норми. Виходячи з цього, ми порівняли динаміку маркера пошкодження печінки, котрі відповідають за цитолітичну активність печінки та рівень холестатичної активності за даними рівня білірубінемії (рис. 1., 2.).

За даними рівня L-FABP у хворих на ОЖ встановлено ріст цитолітичної активності впродовж першої післяопераційної доби у усіх пацієнтів порівняно з доопераційним показником. Причому рівень активності L-FABP був тим більшим, чим більший доопераційний рівень білірубінемії. Повернення показника цитолізу до норми також залежало від рівня білірубінемії. Так, у хворих з показником доопераційного рівня білірубину до 100 мкмоль/л цитолітична активність нормалізувалась на 5-6 післяопераційну добу. У пацієнтів з білірубінемією від 100 до 200 мкмоль/л цей показник нормалізувався на 7-8 добу постдекомпре-

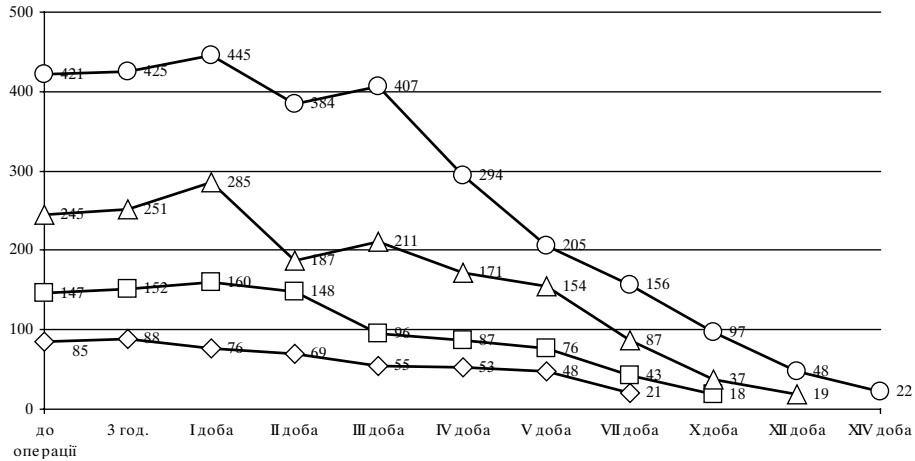


Рис. 1. Рівень холестазу в післяопераційному періоді

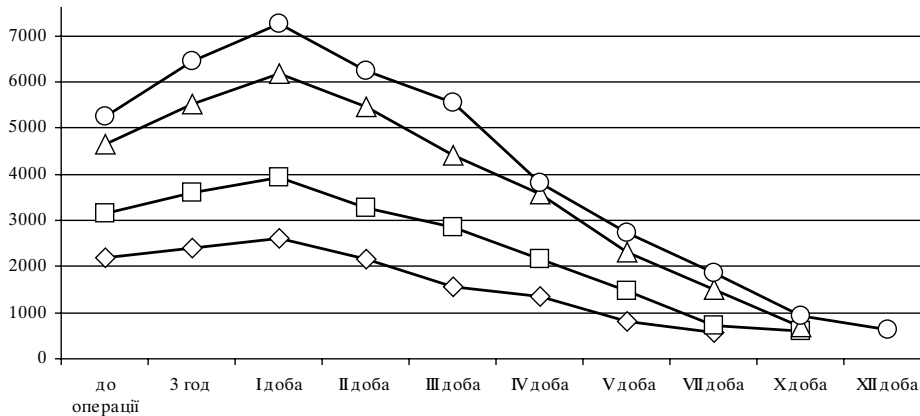


Рис. 2. Активність цитолітичного синдрому за рівнем L-FABP у післяопераційному періоді

сійного періоду. У хворих з III групи показник L-FABP стабілізувався на 9-10 добу після виконаного першого етапу оперативного втручання, а в пацієнтів з рівнем білірубину в крові понад 300 мкмоль/л цей же показник нормалізувався до 10-11 післяопераційної доби. В порівнянні з цитолітичною активністю рівень холестазу в післяопераційний період утримувався від однієї до 3 діб довше. Причому чим вищий був доопераційний показник білірубину, тим тривалішим був період стабілізації холестатичних проявів.

Висновок

Маркер пошкодження печінки L-FABP об'єктивно відображає тяжкість гепатоцитолізу і є критерієм вибору строку другого етапу радикального оперативного втручання у хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

И.Я. Дзюбановский, В.И. Максимлюк, О.И. Дзюбановский, Н.М. Галей, И.И. Смачило, Л.В. Синоверский

Нами проанализировано результаты лечения 177 пациентов с обтурационной желтухой, обусловленной холедохолитиазом. В 27 (15,25%) больных выполнены одноэтапные малоинвазивные оперативные вмешательства: 21 пациенту эндоскопическую папилосфинктеротомию со следующим эндопротезированием холедоха и 6 пациентам выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия с литоэкстракцией. Эти оперативные вмешательства были конечными, так как риск дальнейших операций был слишком высоким. В 135 (76,3%) пациентов были выполнены малоинвазивные двухэтапные оперативные вмешательства: 129 больным проведена эндоскопическая папилосфинктеротомия с литоэкстракцией (I этап), со следующей лапароскопической холецистэктомией (II этап). 6 пациентам выполнено эндоскопическую папилосфинктеротомию с лапароскопической холецистэктомией, холедохолитотомия с интраоперационной видеэндоскопией внепеченочных желч-

ных проток с наложением глухого шва на холедох. В остальных 15 (8,5%) больных была выполнена традиционная холецистэктомия с лапаротомного доступа с формированием билиодигестивного соустья. На основании полученных результатов проведено определение клинико-лабораторных критериев печеночной недостаточности в дооперационном периоде и установлено риск прогрессирования ее в постдекомпрессионном периоде. Учитывая то, что, по нашим данным, наиболее точным показателем гепатоцитолита был уровень маркера повреждения печени L-FABP, мы сравнили его с критериями печеночной недостаточности у больных на обтурационную желтуху в до- и послеоперационный периоды и установили риск возникновения гепатаргии в постдекомпрессионный период. Всем больным оценивали тяжесть холестатического синдрома по уровню билирубинемии, цитолитического синдрома, по уровню маркера повреждения гепатоцитов (L-FABP). Результаты обследований указывают на активацию синдрома цитолиза в раннем послеоперационном периоде, с последующей его нормализацией до 12 суток постдекомпрессионного периода. Установлено, что маркер повреждения печени L-FABP объективно отражает тяжесть гепатоцитолита и является критерием выбора срока второго этапа радикального оперативного вмешательства у больных на обтурационную желтуху.

Ключевые слова: обтурационная желтуха, холестаз, гепатоцитолит.

DETERMINATION OF OPERATIVE TACTIC AT OBSTRUCTIVE JAUNDICE CAUSED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

I.Ya. Dzyubanovsky, V.I. Maksimlyuk, O.I. Dzyubanovsky, N.M. Haley, I.I. Smachylo, L.V. Sinoverskiy

The results of treatment of 177 patients with obstructive jaundice caused by choledocholithiasis were been analyzed. Single-staged miniinvasive operative interventions were conducted in 27 cases (15.25% of patients): endoscopic papillosphinterotomy with nasobiliar drainage and following endoprosthesis of choledochus in 21 cases and endoscopic papillosphinterotomy with lythoextraction in 6 cases. These operative interventions were final, because the risk of further operations

was too high. Two-staged miniinvasive operative procedures were conducted in 135 cases (76,3%): in stage I endoscopic papillosphinterotomy with lythoextraction was conducted, in stage II – laparoscopic cholecystectomy. Endoscopic papillosphinterotomy with laparoscopic cholecystectomy, choledocholithotomy with intraoperative videorevision of extrahepatic bile ducts with imposition of obtuse suture were conducted in 6 patients. In remaining 15 (8.5%) patients cholecystectomy was performed with traditional laparotomy access with the formation of biliodigestive aperture. On the basis of the results the clinical and laboratory criteria for liver failure in preoperative period and the risk of its progression in postdecompression period were determined. Considering that the most accurate hepatolysis index was the level of a marker of liver damage L-FABP, we compared it with the criteria of LF in patients with obstructive jaundice in pre- and postoperative period and have established the risk of hepatarhy in postdecompression period. In all patients the severity of the cholestatic syndrome by level of bilirubinaemia, cell-lysis syndrome, the level of marker damage of hepatocytes (L-FABP) was evaluated. Test results indicate activation of the cytolysis syndrome in the early postoperative period, followed by its normalization up to 12 days of postdecompression period. The marker of the liver damage L-FABP objectively reflects the severity of hepatolysis and determines the choice of the term of the second stage of radical surgery in patients with obstructive jaundice.

Key words: obstructive jaundice, cholestasis, hepatolysis.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клименко Г.А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / Г.А. Клименко. – М.: Медицина, 2000. – 224 с.
2. Экстренная хирургия желчных путей / П.Г. Кондратенко [и др.]. – Донецк : ООО «Лебедь», 2005. – 434 с.
3. Биленко М.В. Ишемические и реперфузионные повреждения органов (молекулярные механизмы, пути предупреждения и лечения) / М.В. Биленко. – М.: Медицина, 1989. – 368 с.
4. Дзюбановський І.Я. Цитолітичний синдром при обтураційній жовтяниці / І.Я. Дзюбановський, І.І. Смачило // Здобутки клінічної та експериментальної медицини (збірник матеріалів підсумкової науково-практичної конференції). – Тернопіль : Укрмедкнига, 2007. – С. 76-78.

Стаття надійшла 23.03.2011