

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО»**

Галей Микола Михайлович

УДК:616.36-008.52-089.-819

**ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ТА ВИБІР МІНІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ ДОБРОЯКІСНОГО
ГЕНЕЗУ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ**

14.01.03 – хірургія

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Тернопіль – 2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в державному вищому навчальному закладі "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського" МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор *ДЗЮБАНОВСЬКИЙ Ігор Якович*, державний вищий навчальний заклад "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського" МОЗ України, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор *Шевчук Ігор Михайлович*, Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри госпітальної хірургії;
- лауреат Державної премії України, доктор медичних наук, професор *Ничитайло Михайло Юхимович*, Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова АМН України, завідувач відділення лапароскопічної хірургії та холедохолітіазу.

Захист відбудеться 29 травня 2009 р. о 13⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у державному вищому навчальному закладі "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського" (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці державного вищого навчального закладу "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського" (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8)

Автореферат розісланий 27 квітня 2009 р.

В.о. вченого секретаря спеціалізованої
вченої ради Д 58.601.01.

доктор біологічних наук, професор

І.М. Кліщ

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Найбільш грізним ускладненням жовчнокам'яної хвороби є обтураційна жовтяниця, рівень післяопераційної летальності на висоті жовтяниці залишається високим і складає 7-42 % (М.Ю. Ничитайло і співав., 2008; П.Г. Кондратенко і співав., 2005). Серед причин незадовільних результатів хірургічного лікування даної категорії хворих слід відмітити і деякі організаційні аспекти, адже 90 % хворих на обтураційну жовтяницю поступають спочатку до інфекційних стаціонарів (Л.Я. Ковальчук і співав., 2008; Ю.С. Семенюк і співав., 2007). Це призводить до пролонгації основного захворювання, зростання тривалості та інтенсивності жовтяниці і, як наслідок, до виникнення у більшості хворих печінково-клітинної недостатності, що обумовлюється довгостроково існуючою декомпенсованою жовтяницею (І.М. Шевчук, О.Л.Ткачук, 2005).

Незаперечним є факт, що зв'язок поліморбідності з обтураційною жовтяницею та печінковою недостатністю у хворих похилого і старечого віку трактується, як синдром взаємного обтяження і значно збільшує операційно-анестезіологічний ризик, а також є тим чинником, який безпосередньо впливає на вибір лікувальної тактики при обтураційній жовтяниці. (В.І. Русин і співав., 2005). Роль і місце декомпресійних мінінвазивних втручань, які ефективно використовуються як перший етап хірургічного лікування поряд з традиційними відкритими методами біліарної декомпресії, багатьма вченими трактується неоднозначно.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського "Розробка методів підвищення безпеки та ефективності оперативного лікування основних хірургічних захворювань у віковому аспекті та під дією малих доз радіації" (№ держреєстрації 0104U004517), у виконанні якої автором проведено дослідження стосовно обґрунтування критеріїв оптимізації хірургічної тактики і вибору типу мінінвазивних відеоендоскопічних і лапароскопічних операцій у хворих на обтураційну жовтяницю у віковому аспекті. Тема дисертації затверджена Проблемною комісією "Хірургія" 23.12.2003 р., протокол № 21.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу за умов поліморбідності на основі оптимізації хірургічної тактики шляхом першочергового виконання відеоендоскопічної біліарної декомпресії та наступного вибору радикальних оперативних втручань з використанням лапароскопічних технологій.

Завдання дослідження:

- вивчити варіанти клінічного перебігу обтураційної жовтяниці залежно від рівня обтурації жовчних протоків;
- встановити сонографічні ознаки обтураційної жовтяниці та оцінити діагностичну значимість та ефективність сонографічних, рентгенендоскопічних та ендосонографічних показників у діагностиці характеру обтураційної жовтяниці та рівня обструкції біліарного тракту;
- вивчити функціонально-структурні зміни печінки, жовчовивідних шляхів залежно від тривалості жовтяниці і рівня обструкції в експерименті та клініці;
- виробити об'єктивні критерії ступеня тяжкості обтураційної жовтяниці з урахуванням показників функціонально-структурних змін печінки, тривалості і темпу наростання жовтяниці за умов поліморбідності;
- обґрунтувати критерії оптимізації хірургічної тактики у хворих на обтураційну жовтяницю за умов поліморбідності;
- удосконалити алгоритм мініінвазивних відеоендоскопічних і лапароскопічних операційних втручань у хворих на обтураційну жовтяницю з врахуванням ефективності превентивної біліарної декомпресії;
- провести порівняльний аналіз лікувальної тактики у хворих на обтураційну жовтяницю в різні періоди дослідження.

Об'єкт дослідження: хворі на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу, експериментальні тварини, у яких змодельовано механічну жовтяницю доброякісного генезу.

Предмет дослідження: клінічні варіанти перебігу обтураційної жовтяниці, функціонально-структурні зміни печінки, сонографічні, рентгенендоскопічні, ендосонографічні діагностичні критерії рівня обтурації жовчної протоки, алгоритм лікувальної тактики при обтураційній жовтяниці залежно від тяжкості обтураційного холестазу за умов поліморбідності.

Методи дослідження: клінічні, біохімічні, сонографічні дослідження – з метою постановки діагнозу та оцінки ступеня тяжкості обтураційної жовтяниці; ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, інтраопераційна ендовідеоскопія – для визначення оптимальності операційної тактики; морфологічні – для порівняльної оцінки морфоструктурних змін печінки після різних типів операцій і медикаментної корекції.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження. Вперше для оцінки ступеня тяжкості жовтяниці і функціональних змін печінки в різні терміни тривалості обтураційного холестазу і в післяопераційному періоді використано сонографічні показники максимальної

щільності дослідженої зони ультразвукового зрізу печінки (Деклараційний патент України на винахід № 67926 А).

Стверджено залежність між вираженістю ехощільності тканини печінки, темпом наростання, тривалістю обтураційної жовтяниці і з різним рівнем гіпербілірубінемії.

Базуючись на специфічності і чутливості клінічних симптомів обтураційної жовтяниці виділено холецистохоледохо-іктеричний, іктерично-панкреатичний, іктерично-больовий та інтермітуючий варіанти перебігу обтураційного холестазу.

Обґрунтовано доцільність застосування в комплексній інфузійній терапії сорбенту ентеросгелю для медикаментної корекції і попередження наслідку жовтяниці на етапах її хірургічного лікування.

Практичне значення одержаних результатів. Застосування ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії, ендоскопічної ультрасонографії з 100 % ефективністю і чутливістю суттєво підвищує можливість діагностики етіологічного чинника обтураційної жовтяниці.

Індивідуалізована тактика поетапного підходу до вибору типу мініінвазивних операційних втручань залежно від ступені тяжкості жовтяниці та шкали операційно-анестезіологічного ризику.

Удосконалено алгоритм відеоендоскопічних операційних втручань з врахуванням характеру обтурації та ефективності превентивної біліарної декомпресії. Розроблено технічні прийоми відео-ендоскопічних операцій на жовчовивідних шляхах (Деклараційний патент України на винахід № 56846 А).

Запропонована діагностично-лікувальна тактика у хворих на обтураційну жовтяницю дозволила знизити частоту післяопераційних ускладнень з 20,43 до 6,8 %, а рівень післяопераційної летальності – з 4,3 до 1,7 %.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в роботу хірургічних відділень Луцької центральної районної лікарні і Луцької міської клінічної лікарні, відділення інвазивних методів діагностики та лікування Волинської обласної клінічної лікарні.

Особистий внесок дисертанта в одержання наукових результатів, що виносяться на захист. Дисертант самостійно здійснив інформаційно-патентний пошук, аналітичний огляд літератури за темою дисертації, визначив мету і завдання дослідження, сформував карту для клінічного обстеження 210 хворих. Безпосередньо виконував частину операційних втручань, а також асистував. Є автором ідей, виконання і впровадження в клінічну практику винаходів „Спосіб хірургічного лікування обтураційної жовтяниці доброякісного генезу”, „Спосіб діагностики механічної жовтяниці непухлинного генезу”. Самостійно провів статистичну обробку

матеріалу, узагальнив результати діагностики і лікування хворих, обґрунтував висновки. Експериментальне дослідження проведено за консультативної допомоги професорів М.С. Гнатюка і І.М. Кліща. У тій частині актів впровадження, що стосуються науково-практичної новизни, та наукових працях, опублікованих у співавторстві, викладено матеріали дисертації.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дисертації й основні положення оприлюднено на науково-практичних конференціях "Нові тенденції у хірургії XXI століття" (Київ, 2001), "Малоінвазивна хірургія без кордонів (Тернопіль, 2001), XX з'їзді хірургів України (Тернопіль, 2002); Міжнародній науково-практичній конференції „Нове в хірургії XXI століття” (Київ, 2003), XLVI підсумковій науково-практичній конференції „Здобутки клінічної та експериментальної хірургії” (Тернопіль, 2003), науково-практичній конференції „Актуальні питання геріатричної хірургії” (Тернопіль, 2004); науково-практичній конференції „Актуальні проблеми сучасної хірургії” (Тернопіль, 2008).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 15 наукових праць, з них 10 – у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 3 – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій, 2 – деклараційних патенти України на винахід.

Об'єм і структура дисертації. Матеріали дисертації викладені на 183 сторінках комп'ютерного тексту (основний обсяг становить 143 сторінок). Дисертаційна робота складається зі вступу, 7 розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку використаних джерел (всього 145 найменувань), додатків. Робота ілюстрована 42 таблицями і 26 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Робота виконана на експериментальному та клінічному матеріалі. Комісією з біоетики державного вищого навчального закладу "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського" порушень морально-етичних норм при проведенні досліджень не виявлено (протокол засідання № 17 від 17.10.2008 р.).

Клінічний розділ роботи включав аналіз безпосередніх результатів хірургічного лікування 210 пацієнтів на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу. Усі пацієнти були розділені на три групи. У першу групу ввійшли 114 (54,3 %) пацієнтів до одного тижня від початку хвороби, в другу – 77 (36,7 %) хворих від одного до двох тижнів і в третю – 19 (9,0 %) хворих в період від двох до трьох тижнів.

Чоловіків було 76 (37 %), жінок – 134 (63 %). Пацієнти працездатного віку склали 51,6 %; у віці 60-74 років – 40 % і віком 75-90 років було 8,4 % хворих. Співвідношення чоловіків і жінок віком 20-59 років склало 1:1,7; віком 60-74 років – 1:1,8; віком 75 і більше років – 1:1,6. Середній вік хворих становив 52 роки.

Серед етіологічних чинників обтураційної жовтяниці перше місце за частотою займав холедохолітаз, що склало 84,2 % (177 пацієнтів); стенозуючий папіліт був виявлений у 17 хворих (8,3 %); післяопераційні стриктури холедоха – у 7 (3,3 %); панкреатит з синдромом обтураційної жовтяниці – у 9 пацієнтів (4,2 %) (табл. 1).

Супутня патологія була виявлена у 189 пацієнтів (90 %). Лише у 21-го хворого (10 %) віком 20-59 років як клінічно, так і при функціонально-інструментальних методах обстеження не було виявлено супутніх захворювань. Із 189 хворих з наявною супутньою патологією одне супутнє захворювання (СЗ) було виявлено у 95 (50,26 %), два СЗ – у 48 (25,39 %), три СЗ – у 25 (13,22 %), чотири СЗ – у 15 (7,90 %). Характерно, що у 87 пацієнтів із супутньою патологією віком 20-59 років відмічено 112 СЗ. У 84 пацієнтів віком 60-74 років виявлено 174 СЗ, а у 18 пацієнтів віком 75 років і більше відмічено 70 СЗ. Індекс поліморбідності (ІП) у пацієнтів віком 20-59 років склав 1,03; віком 60-74 років – 2,07; віком 75 років і більше – 4,1. Із 189 пацієнтів з супутньою патологією було виявлено 362 СЗ із загальним індексом поліморбідності для всіх вікових груп досліджуваних хворих 1,7. У 106 пацієнтів (50,3 %) було виявлено зміни з боку серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний коронаросклероз – у 51 (24,1 %) хворих (з них 5,3 % хворих перенесли інфаркт міокарда), гіпертонічна хвороба – у 55 (26,2 %). Захворювання дихальної системи відмічено у 42 хворих (20,2 %), серед яких переважали: хронічний бронхіт та пневмонія – у 20 (9,9 %); бронхіальна астма – у 22 (10,3 %); захворювання органів травлення – у 15 (7 %); інші захворювання склали 26 (12,5 %).

Таблиця 1

Розподіл хворих за віком та причинами обтураційної жовтяниці

Причина обтурації	Вікова група			Всього
	20-59 років	60-74 років	75 років і більше	
Холедохолітаз	91 (43,4 %)	71 (33,8 %)	15 (7,1 %)	177 (84,2 %)
Стенозуючий папіліт	9 (4,2 %)	6 (2,8 %)	2 (1 %)	17 (8,3 %)
П/о стриктури холедоха	1 (0,5 %)	5 (2,4 %)	1 (0,5 %)	7 (3,3 %)
Панкреатит з синдромом жовтяниці	7 (3,3 %)	2 (1 %)		9 (4,2 %)

Всього	108 (51,4 %)	84 (40 %)	18 (8,6 %)	210 (100 %)
--------	--------------	-----------	------------	-------------

Ультрасонографію (УСГ) органів черевної порожнини виконували на ультразвукових діагностичних апаратах фірми Toshiba 220A02 з визначенням ехощільності печінкової тканини та стінок печінкових протоків. Інформацію отримували у вигляді гістограм, що відображає розподілення ехоінтенсивності досліджуваної зони ультразвукового зрізу. Для статистичних розрахунків використовували показник „М” у гістограмі, який означає максимальну ехощільність у вибраній для дослідження ділянці. Причому для більшої достовірності кількість точок з даною ехощільністю (показник „МАХ”) повинна бути більшою 15 %. Для виявлення рівня блоку у хворих виконували ендоскопічну ретроградну панкреатохоланіографію (ЕРХПГ). Для проведення ЕРХПГ використовували ендоскоп моделі JF-1T10 фірми "Olympus" з освітлювачем і пристроєм для обробки зображення та поліпроекційним рентгенівським апаратом "Сіремобількомпакт" фірми Simens (Японія). Катетеризацію устя великого дуоденального сосочка (ВДС) проводили за допомогою катетерів діаметром 0,025 дюйма марки PR – 8 Q фірми "Olimpus" (Японія). Застосовували водорозчинні рентгеноконтрастні середники (тріомбрас, кардіотраст у концентрації 35 %). Ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) виконували за допомогою електрохірургічного блоку PDS-10 "Olympus". Використовували стандартний папілотом, у поодиноких випадках – "голчастий" папілотом. Безпосередньо перед рентгенендоскопічним втручанням з метою премедикації хворим вводили довенно атропіну сульфат 1 % – 1,0 мл і сібазон 0,5 % – 2,0 мл. Для створення гіпотонії дванадцятипалої кишки використовували препарати різних фармакологічних груп: м-холінолітики (метацин, гіосцин), гангліоблокатори (бензогексоній, пентамін), глюконат кальцію, глюкагон. Для додаткової релаксації сфінктера Одді хворі приймали сублінгвально нітрогліцерин, а саму папілу під час огляду зрошували розчином лідокаїну. Інсуфляція повітря була мінімальною для запобігання розвитку або наростанню парезу кишок, а після завершення ендоскопічного обстеження максимально аспірували інсуфльоване повітря. Фіброгастродуоденоскопію виконували ендоскопами ОР-Т10 та ІР-1Т10 фірми "Olimpus" (Японія), ком'ютерну томографію – апаратом фірми Simens (Японія). Лапароскопічні операції проводили на лапароскопічному устаткуванні фірм "Olimpus" (Японія) та „КАРЛ ШТОРЦ” (Німеччина) інструментами фірм "Olimpus" (Японія), „КАРЛ ШТОРЦ” (Німеччина), „Крило” (Росія), „Етикон”(США).

Біохімічні дослідження включали визначення вмісту загального білірубіну, лужної фосфатази, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, сечовини, креатиніну в різні періоди захворювання.

Для визначення об'єктивного статусу хворого та клінічного перебігу захворювання проводили загальноклінічні дослідження.

Клас операційно-анестезіологічного ризику визначали із застосуванням модифікованої шкали Detsky-Larsen-Goldman (1995).

Догляд за тваринами і всі маніпуляції проводили у відповідності з положеннями «Європейської конвенції про захист тварин в експериментальних і інших наукових цілях» (Страсбург, 1985). Експериментально модель механічної жовтяниці непухлинного генезу моделювали у 94 щурів лінії Вістар масою 205-270 грам, які були поділені на 5 груп. I група включала 11 практично здорових тварин, II група – 20 білих щурів з експериментальною ОЖ до 7 діб, III група – 20 щурів з експериментальною ОЖ до 14 діб, IV група – 23 щурі з експериментальною ОЖ до 21-28 діб, V група – 20 щурів з експериментальною ОЖ, корегованою ентеросгелем в добовій дозі 650 мг/кг. Гістологічну структуру паренхіми печінки вивчали у світловому мікроскопі в стандартно виготовлених препаратах, забарвлених гематоксилином та еозином та в електронному мікроскопі.

Крім цього, для вивчення ефективності ентеросгелю в умовах змодельованої ОЖ в терміни до 7, 14, 21-28 діб з моменту моделювання ОЖ проводили гістологічні дослідження тканини печінки.

Отримані дані обробляли із застосуванням параметричних критеріїв. Обробку проводили за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Pentium III 1500 МГц та прикладної програми для роботи з електронними таблицями Microsoft[®] Excel 2003 в середовищі Windows 2003 Second Edition (США, 2003). Вираховували середнє значення показника, середньоквадратичне відхилення, похибку середнього. Достовірність оцінювали по t-критерію Ст'юдента. Відмінності вважались достовірними, якщо величина P складала 95 % і більше ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення.

Проведено аналіз клінічної симптоматики у хворих з obturaційною жовтяницею доброякісного генезу. Базуючись на специфічності і чутливості клінічних симптомів obturaційної жовтяниці, виділено наступні варіанти клінічного перебігу: іктерично-панкреатичний, характерний для ураження термінального відділу холедоха (у 9 пацієнтів (4,3 %)); іктерично-больовий для проксимального відділу холедоха (у 15 (7,1 %)); холецистохоледохо-іктеричний для супрадуоденального і термінального відділу холедоха (у 152 (72,4 %)); інтермітуючий (у 33 (16,2 %)).

Основним методом інструментального обстеження хворих на obturaційну жовтяницю не пухлинного генезу є ультрасонографія (УСГ). Оцінювали стан внутрішніх печінкових та

зовнішніх позапечінкових ходів. Діагноз обтураційної жовтяниці стверджено у 103 (86 %) пацієнтів. Основними сонографічними ознаками обтураційної жовтяниці є розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків, розширення позапечінкових жовчних протоків. При УСГ було діагностовано наступні рівні обтурації біліарного тракту. Для високого рівня (обтурація на рівні d. hepaticus communis) характерні розширені внутрішньопечінкові жовчні протоки і спільна печінкова протока, нерозширений холедох і не збільшений жовчний міхур (15 хворих (7,1 %)). Для блоку середньої частини (супрадуоденальна частина холедоха) сонографічно діагностовано розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків, d. hepaticus communis та частина холедоха до перешкоди у 32 (31,2 %) пацієнтів. УСГ-ознаками блоку були розширені жовчні протоки вище блоку, відсутність спільної жовчної протоки, застійний жовчний міхур.

Блок на рівні дистальної частини (ретродуоденальний і термінальний відділи холедоха) стверджено у 74 (61,7 %) пацієнтів. Він характеризувався: розширенням холедоха більше ніж 10 мм, збільшеним і напруженим жовчним міхуром, розширенням внутрішньо- і зовнішньопечінкових протоків.

Чутливість і специфічність УСГ-критеріїв обтураційної жовтяниці доброякісного генезу залежно від рівня обтурації склали 89,6 і 81,1 %, відповідно.

У 210 хворих на обтураційну жовтяницю для виявлення точного рівня обтурації, причини обтурації жовчних шляхів, розміру перешкоди виконали ЕРХПГ. Прямими ознаками обтураційної жовтяниці при ЕРХПГ були нерозширений холедох до перешкоди, розширення внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних протоків, розширення холедоха над перешкодою і термінальної частини.

Ознаками низької обтурації є розширення холедоха, збільшений і напружений жовчний міхур, розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків. У 12 % хворих на обтураційну жовтяницю, у зв'язку із невзуалізацією причини обтурації в термінальному відділі холедоха, виконано ендоскопічну сонографію гепатопанкреатодуоденальної зони з 100 % чутливістю. Отже, застосування ЕРПХГ в поєднанні з ендоскопічною сонографією із 100 % інформативністю підвищує діагностичну цінність методів верифікації причини і рівня обтураційного холестазу.

Залежно від рівня біліарного блоку та етіологічного чинника розроблено діагностично-лікувальний алгоритм у хворих на обтураційну жовтяницю (схема 1).

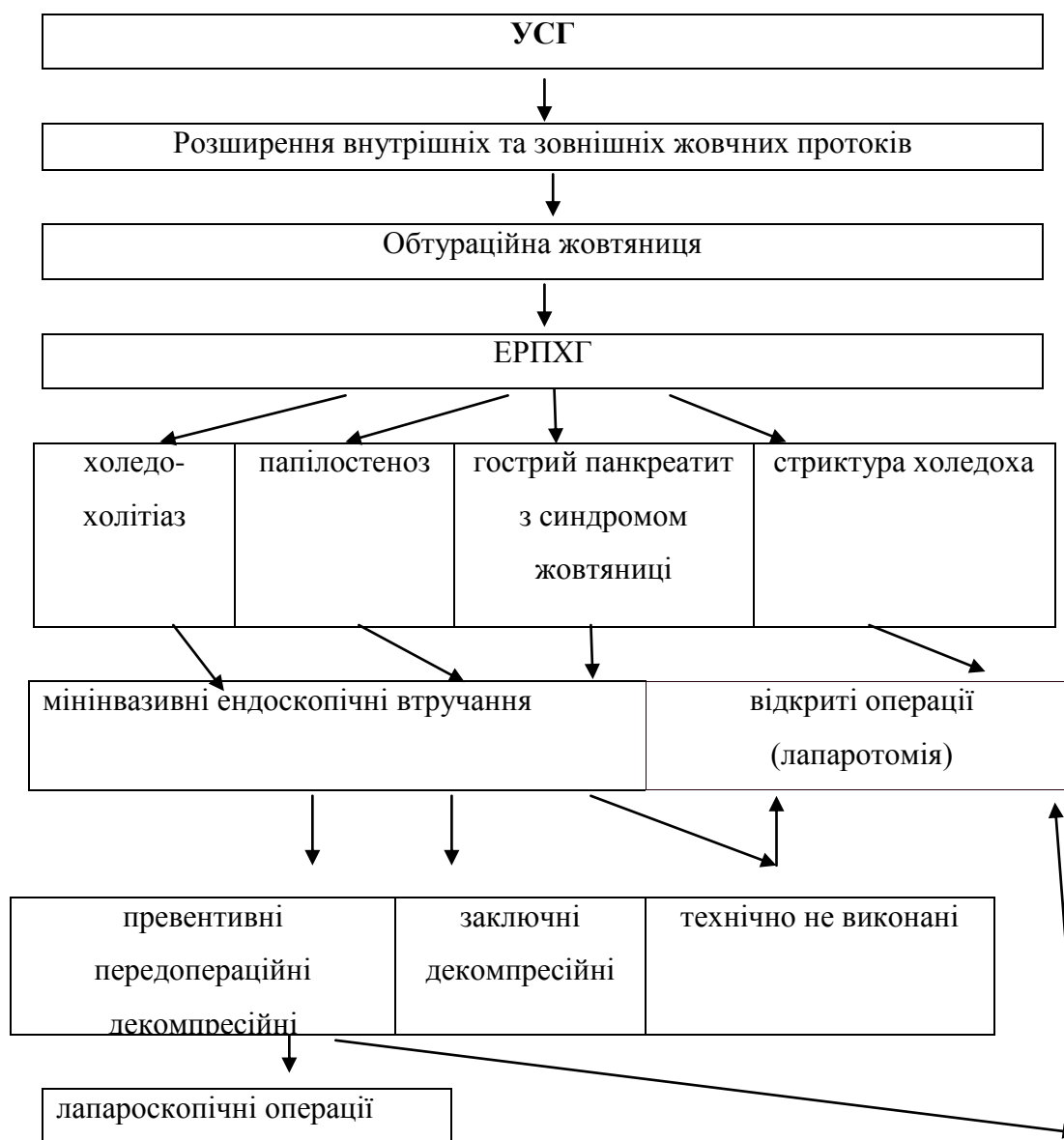
Сонографічні, рентгенендоскопічні та ендосонографічні методи дослідження показали, що у 177 (84,2 %) пацієнтів причиною обтураційної жовтяниці у всіх вікових групах був

холедохолітиаз, у 17 (8,3 %) хворих – стенозуючий папіліт, післяопераційні стриктури холедоха – у 7 (3,3 %) пацієнтів, гострий панкреатит з синдромом жовтяниці – у 9 (4,2 %) хворих.

Для вибору оптимальної хірургічної тактики при лікуванні хворих з даною біліарною патологією, ускладненою ОЖ, слід враховувати ступінь тяжкості ОЖ за умов поліморбідності з врахуванням ступеня операційно-анестезіологічного ризику (ОАР). Для вивчення ступеня тяжкості жовтяниці застосовували програму „Алгоритм”, в основі якої лежить використання бальної системи з визначенням загального бала на основі значення та ваги кожного параметру за дванадцятибальною шкалою.

Схема 1

Діагностично-лікувальний алгоритм у хворих на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу



Серед параметрів визначали ехощільність тканини печінки ($8,55 \pm 1,7$) Дб, що склало 0,1 бали; збільшення білірубину від 30 до 50 мкмоль/л – 0,4 бали; збільшення АЛТ до 1,5 мкмоль/л – 0,2 бали; збільшення АСТ до 1,1 мкмоль/л – 0,2 бали; темп наростання жовтяниці 14,5 мкмоль/л на добу – 0,7 бали; строки жовтяниці до 7 днів – 0,9 бали, що відповідало легкому ступеню ОЖ (0-3 балів) (130 хворих). Середньому ступеню тяжкості ОЖ – 3-6 балів (61 хворий) відповідали наступні параметри: ехощільність тканини печінки ($14 \pm 1,6$) Дб – 0,5 бали, збільшення білірубину від 51 до 100 мкмоль/л – 0,3 бали; збільшення АЛТ від 1,6 до 2,0 мкмоль/л – 0,6 бали; збільшення АСТ від 1,2 до 1,6 мкмоль/л – 0,2 бали; темп наростання жовтяниці 16,4 мкмоль/л/добу – 1,1 бали; строки жовтяниці – 7-14 днів – 2,0 бали. Важкому ступеню ОЖ – 6-12 балів (19 хворих) відповідали: ехощільність тканини печінки ($21,55 \pm 1,7$) Дб – 1,3 бали; збільшення білірубину 100 і більше мкмоль/л – 2,4 бали; збільшення АЛТ – 2,1 і більше мкмоль/л – 0,9 бали; збільшення АСТ 1,7 і більше мкмоль/л – 0,4 бали; темп наростання жовтяниці 17,2 мкмоль/л /добу – 2,3 бали; строки жовтяниці – 14-21 днів – 2,1 бали.

Аналіз результатів етапного дослідження, дозволив нам обґрунтувати критерії оптимізації хірургічної тактики і удосконалити лікувальний алгоритм вибору мініінвазивних методів операційного лікування хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу за умов поліморбідності з урахуванням оцінки ступеня тяжкості жовтяниці, класу ОАР і терміновості операційних втручань (табл. 2).

Мініінвазивні відеоендоскопічні операційні втручання виконано у 187 (84,2 %) хворих, при цьому у 27 (12,8 %) – вони були заключними операційними втручаннями. У 129 (61 %) пацієнтів операційні втручання мали превентивний передопераційний характер, як перший етап, з наступним виконанням лапароскопічної холецистектомії, а у 25 (11,9 %) – з наступним виконанням відкритих з (лапаротомного доступу) радикальних операційних втручань у зв'язку з технічними складнощами виконання мініінвазивних втручань. Одноетапна хірургічна тактика застосована у 50 (23,7 %) пацієнтів на обтураційну жовтяницю. Із них у 27 (12,8 %) були виконані мініінвазивні операційні втручання: у 21 (10 %) ЕПСТ із назобілярним дрениванням з наступним ендопротезуванням холедоха і у 6 (2,8 %) пацієнтів була виконана ЕПСТ з літоекстракцією. Одноетапна хірургічна тактика з мініінвазивними відеоендоскопічними операційними втручаннями була опрацьована у хворих із середнім і важким ступенем обтураційної жовтяниці та з IV класом ОАР та прооперованих в екстреному порядку.

У 23 (10,9 %) хворих були виконані одноетапні відкриті операційні втручання. Із них у 12 (5,7 %) – холецистектомія із зовнішнім дрениванням холедоха і в 11 (5,2 %) –

холецистектомія із білідігестивним анастомозом. Дані операційні втручання були виконані в плановому порядку у хворих з легким і середнім ступенем ОЖ та I-II класом ОАР.

Таблиця 2

Хірургічна тактика у хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу

Типи операційних втручань	Ступінь жовтяниці	Клас ОАР	Термін операції	Абс. число	%
Відкриті одноетапні лапаротомні операції					
ХЕ + дренивання холедоха (зовнішнє, внутрішнє)	легкий, середній	I-II	планова	33	10,9
Мінінвазивні одноетапні операції					
ЕРПХГ, ЕПСТ, НБД+ ендопротезування холедоха;	середній, тяжкий	IV	екстрена	21	10,0
ЕРПХГ+ЕПСТ+ЕЕК	середній, тяжкий	IV	екстрена	6	2,8
Мінінвазивні двохетапні операції					
ЕРПХГ+ЕПСТ+ЕЕК-1 етап +ЛХЕ – 2 етап	легкий, середній	I-III	екстрена+ планова	129	61,4
ЕРПХГ, ЕПСТ, НБД - 1етап + ЛХЕ, ЛХЛТ+ інтраопераційна відеоревізія ЖШ + глухий шов холедоха	легкий, середній	I-III	екстрена+ планова	6	2,7
Двохетапні (мінінвазивні, лапаротомні) операції					
ЕРПХГ+НБД - 1етап + ХЕ і ХДА - 2етап	легкий, середній	I-III	екстрена+ планова	8	3,8
ЕРПХГ, НДБ - 1етап, + ХЕ і ХДА на каркасному дренажі – 2 етап	легкий, середній	I-III	екстрена+ планова	17	8,1

Двохетапна хірургічна тактика була опрацьована у 160 (76,1 %) хворих на обтураційну жовтяницю. При цьому у 129 (61,4 %) були проведені двохетапні мініінвазивні операції – ЕПСТ і літоекстракція (I етап), і як II етап – лапароскопічна холецистектомія. Ще у 6 (2,7 %) хворих були виконані ЕПСТ в поєднанні з лапароскопічною холецистектомією, холедохолітотомією з інтраопераційною відеоендоревізією жовчного протоку з наступним

накладанням глухого шва на холедох (Деклараційний патент України на винахід № 56846). Як правило, це були пацієнти з легким та середнім ступенем тяжкості ОЖ і з I-III класом ОАР. При цьому мініінвазивні відеоендоскопічні операції носили превентивний декомпресійний характер і виконувались в екстреному порядку з передопераційною підготовкою до другого етапу виконання радикального операційного втручання. В інших 25 випадках (11,9 %) були виконані двохетапні поєднані операційні втручання. Всім хворим на першому етапі проведена ЕРПХГ з назобіліарним дренажуванням (НБ) з наступним виконанням відкритої холецистектомії і холедоходуоденоанастомозом 8 (3,1 %) і у 17 (8,1 %) хворих – холецистектомія з холедоходуоденоанастомозом на каркасному дренажі, як другий етап операції.

У структурі післяопераційних ускладнень протягом першого періоду спостереження частота гнійних холангітів і печінкової недостатності склала 20,43 %. Це спонукало до пошуку та удосконалення методів медикаментної корекції в до- та післяопераційному періоді.

Проведена експериментальна і клінічна апробація ентеросгелю в комплексі інфузійної терапії показала статистично достовірне зниження білірубінемії, гіпертрансферазомії, нормалізацію показників ехоцільності печінки, а за даними електронної та світлової мікроскопії – покращення функціонального стану печінки, зменшення структурних уражень паренхіми і строми печінки.

Порівняльний аналіз хірургічної тактики в різні періоди дослідження показав, що питома вага мініінвазивних відеоендоскопічних втручань у хворих на ОЖ доброякісного генезу склала 74,4 %, причому за останній період кількість цих втручань збільшилась майже в три рази (табл. 3).

Таблиця 3

Порівняльний аналіз результатів лікування

Ближні результати лікування	1997-2001 роки (n=93)		2002-2007 роки (n=117)	
	Лапаротомні операції	Мініінвазивні операції	Лапаротомні операції	Мініінвазивні операції
Частота п/о ускладнень	14 (14,6 %)	5 (5,2 %)	5 (3,4 %)	3 (2,8 %)
Рівень п/о летальності	3 (2,9 %)	1 (0,7 %)	2 (1,7 %)	-

Запропонована діагностично-лікувальна тактика у хворих на обтураційну жовтяницю дозволила зменшити частоту післяопераційних ускладнень з 20,43 до 6,8 %, а рівень післяопераційної летальності знизити з 4,3 до 1,7 %.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено нове вирішення наукового завдання, що полягає в покращенні результатів хірургічного лікування хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу за рахунок зниження рівня післяопераційної летальності шляхом оптимізації хірургічної тактики та удосконалення алгоритму і технічних прийомів відеоендоскопічних операцій на жовчних шляхах залежно від ефективності превентивної біліарної декомпресії, попередження і комплексної медикаментної корекції мофофункціональних змін печінки в післяопераційному періоді.

1. Клінічна симптоматика обтураційної жовтяниці доброякісного генезу перебігає за чотирима варіантами: холецистохоледохоіктеричним, іктерично-панкреатичним, інтермітуючим, іктерично-больовим. Клінічні симптоми характеризуються високою чутливістю і специфічністю в оцінці конкретного варіанту клінічного перебігу.

2. Чутливість, специфічність та діагностична цінність сонографічних критеріїв у хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу складає 95,39 %, 88,46 % та 99,18 %, відповідно. Застосування ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії і ендоскопічної сонографії з 100 % інформативністю підвищує діагностичну можливість оцінки причини і рівня обтураційного холестазу.

3. Високоспецифічними критеріями оцінки ступеня тяжкості обтураційної жовтяниці слід вважати темп наростання і строки жовтяниці, сонографічні показники максимальної щільності печінкової тканини, рівень гіпербілірубінемії. Відмічено кореляційний зв'язок зі ступенем тяжкості обтураційної жовтяниці та тривалістю передопераційного жовтяничного періоду.

4. Хірургічна тактика у хворих на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу з різними ступенями тяжкості повинна базуватися на принципах першочерговості відеоендоскопічних біліарних декомпресивних втручань з наступним вибором типу радикального оперативного втручання із застосуванням лапароскопічних технологій.

5. У хворих з легким та середнім ступенем обтураційної жовтяниці непухлинного генезу з індексом поліморбідності 1,03-2,07 і при I-III класі операційно-анестезіологічного

ризик показані як одноетапні лапаротомні, так і двоетапні мініінвазивні операційні втручання.

6. Двоетапні мініінвазивні ендоскопічні і лапароскопічні операційні втручання, а також одноетапні відеоендоскопічні декомпресійні втручання показані хворим з тяжким ступенем обтураційної жовтяниці, зумовленої «критичними» показниками обтураційного холестазу, індексом поліморбідності більше як 4,1 і при IV класі операційно-анестезіологічного ризику.

7. Запропонований лікувальний алгоритм у хворих на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу, який передбачає диференціацію одноетапних лапаротомних і двоетапних ендоскопічних та лапароскопічних операційних втручань залежно від ступеня тяжкості жовтяниці за умов поліморбідності, а також післяопераційної медикаментної корекції структурних змін печінки шляхом застосування гепатопротекторів та ентеросгелю, дозволив зменшити частоту післяопераційних ускладнень з 20,43 до 6,8 %, а рівень післяопераційної летальності знизити з 4,3 до 1,7 %.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Протокол діагностичного алгоритму верифікації причини і рівня обтураційної жовтяниці включає ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію в поєднанні з ендоскопічною сонографією.

2. У хворих з тяжким ступенем обтураційної жовтяниці та при IV класі операційно-анестезіологічного ризику рекомендовано виконувати одноетапні мініінвазивні операційні втручання:

а) ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, ендоскопічну папілосфінктеротомію, ендоскопічну екстракцію конкремента;

б) ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, ендоскопічну папілосфінктеротомію, ендоскопічне стентування холедоха.

3. В комплекс інфузійної терапії у хворих на обтураційну жовтяницю, направлених на корекцію порушень гомеостазу, доцільно включати ентеросгель.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Дзюбановський І. Я. Невідкладні малоінвазивні хірургічні втручання в комплексному лікуванні хворих на обтураційну жовтяницю / І. Я. Дзюбановський, Т. В. Янюк, М. М. Галей, І. Р. Мисула // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 42–44. (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз результатів хірургічного лікування, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).
2. Дзюбановський І. Я. Оцінка ефективності невідкладних малоінвазивних хірургічних втручань у хворих з обтураційною жовтяницею / І. Я. Дзюбановський, Т. В. Янюк, М. М. Галей // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2001. – Вип. 10, кн. 4. – С. 490–493. (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз результатів хірургічного лікування, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).
3. Галей М. М. Використання сонографічних гістограм в діагностиці та виборі хірургічної тактики у хворих на обтураційну жовтяницю непухлинного генезу / М. М. Галей, І. Я. Дзюбановський // Галицький лікарський вісник. – 2002. – № 3. – С. 53–54. (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз результатів хірургічного лікування, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).
4. Галей М. М. Малоінвазивні хірургічні втручання при обтураційній жовтяниці непухлинного генезу // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 2. – С. 118–119.
5. Галей М. М. Вибір хірургічного методу дренувань зовнішніх жовчних шляхів у хворих з обтураційною жовтяницею непухлинного генезу / М. М. Галей // Хірургія України. – 2003. – № 4 (8). – С. 206–207.
6. Гнатюк М. С. Функціональні зміни печінки та їх корекція ентеросгелем в умовах експериментально змодельованого обтураційного холестазу / М. С. Гнатюк, М. М. Галей, І. М. Щур, І. Я. Дзюбановський // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 2. – С. 61–64. (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз експериментально змодельованого обтураційного холестазу, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).
7. Дзюбановський І. Я. Ендоскопічне стентування жовчних проток у хворих з "критичною" обтураційною жовтяницею / І. Я. Дзюбановський, М. М. Галей, О. Я. Савчук // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 4. – С. 41–44. (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз результатів хірургічного лікування, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).

8. Дзюбановський І. Я. Лікувальний алгоритм у хворих на обтураційну жовтяницю не пухлинного генезу» / І. Я. Дзюбановський, М. М. Галей // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 3. – С. 49–53. (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз результатів хірургічного лікування, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).

9. Галей М. М. Доопераційна оцінка клінічних варіантів перебігу обтураційної жовтяниці непухлинного генезу / М. М. Галей // Вісник наукових досліджень. – 2008. - № 4. – С. 63–65.

10. Деклараційний патент на винахід 56846 А Україна, МПК А 61 N 7/00. Спосіб хірургічного лікування обтураційної жовтяниці доброякісного генезу / М. М. Галей, І. Я. Дзюбановський, О. В. Риполовська ; заявник і патентовласник М. М. Галей, І. Я. Дзюбановський, О. В. Риполовська. – № 2002107828 ; заявл. 02.10.2002 ; опубл. 15.05.2003, Бюл. № 5. (Здобувачеві належить участь у розробці способу хірургічного лікування обтураційної жовтяниці доброякісного генезу).

11. Деклараційний патент на винахід 67926 А Україна, МПК А 61 N 7/00. Спосіб діагностики механічної жовтяниці непухлинного генезу / М. М. Галей, О. В. Риполовська, І. Я. Дзюбановський ; заявник і патентовласник М. М. Галей, О. В. Риполовська, І. Я. Дзюбановський. – № 2003054740 ; заявл. 26.05.2003 ; опубл. 15.07.2004, Бюл. № 7. (Здобувачеві належить участь у розробці методики та забезпечення клінічним матеріалом).

12. Галей М. М. Відеоендоскопічні технології в діагностиці та лікуванні хворих похилого віку з обтураційною жовтяницею непухлинного генезу / М. М. Галей // Актуальні питання геріатричної хірургії : Міжнародна наук.-практ. конф., 1-2 квітня 2004 р. : зб. матеріалів конф. – Тернопіль, 2004. – С. 115–166.

13. Галей М. М. Малоінвазивні хірургічні втручання в комплексному лікуванні хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу / М. М. Галей // XX з'їзд хірургів України : матеріали з'їзду. – Тернопіль, 2002. – Т. 2. – С. 490 (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз результатів хірургічного лікування, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).

14. Галей М. М. Роль сонографічних гістограм в діагностиці ступеня важкості обтураційної жовтяниці не пухлинного генезу / М. М. Галей // Здобутки клінічної та експериментальної медицини : XLVI підсумкова наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 9 червня 2003 р. – 2003. – № 1 (1). – С. 102.

15. Гнатюк М. С. Морфологічні зміни печінки та їх корекція при змодельованій обтураційній жовтяниці / М. С. Гнатюк, І. М. Кліщ, М. М. Галей // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 78–82. (Здобувачем зібрано та систематизовано матеріал, проведено аналіз

морфологічних змін печінки при змодельованій обтураційній жовтяниці, статистичну обробку отриманих результатів, підготовку до друку).

АНОТАЦІЯ

Галей М.М. Хірургічна тактика та вибір мініінвазивних методів оперативного лікування хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу у віковому аспекті. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Державний вищий навчальний заклад „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” МОЗ України, Тернопіль, 2009.

Проаналізовано результати хірургічного лікування 210 хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу за умова поліморбідності. Аналіз клінічної картини обтураційної жовтяниці дозволив виділити чотири варіанти клінічного перебігу залежно від рівня обтурації. У всіх вікових групах переважав холедохолітіаз (84,2 %). Сонографія з визначенням ехощільності стінки жовчної протоки показала чутливість методу у 96 % випадків, ендоскопічна ретроградна панкреатохоледохографія та ендоскопічна ультрасонографія – у 100 %.

Індекс поліморбідності у хворих віком 20-59 років склав 1,03, віком 60-74 років – 2,07 і віком 75 років і старше – 4,1. Морфологічні, морфометричні показники печінки в умовах змодельованої обтураційної жовтяниці, корегованої ентеросгелем, показали позитивний вплив ентеросорбції на структурні ураження печінкової строми.

Обґрунтовано критерії оптимізації хірургічної тактики і удосконалено лікувальний алгоритм вибору мініінвазивних методів операційного лікування хворих на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу за умов поліморбідності з урахуванням оцінки ступеня тяжкості жовтяниці, класу ОАР і терміновості операційних втручань. Порівняльний аналіз хірургічної тактики в різні періоди дослідження показав, що питома вага мініінвазивних відеоендоскопічних втручань на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу склала 74,4 %, причому за останній період кількість цих втручань збільшилась майже в три рази. Запропоновано діагностично-лікувальна тактика у хворих на обтураційну жовтяницю дозволила знизити частоту післяопераційних ускладнень з 20,43 до 6,8 %, а рівень післяопераційної летальності – з 4,3 до 1,7 %.

Ключові слова: холедохолітіаз, обтураційна жовтяниця, ендоскопічні транспапілярні втручання.

АННОТАЦИЯ

Галей Н.М. Хирургическая тактика и выбор миниинвазивных методов оперативного лечения больных с обтурационной желтухой доброкачественного генеза в возрастном аспекте. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия – Государственное высшее учебное заведение "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского" МЗ Украины, Тернополь, 2009.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 210 больных на обтурационную желтуху доброкачественного генеза в условиях полиморбидности. Анализ клинической картины обтурационной желтухи дал возможность выделить четыре варианта клинического течения болезни в зависимости от уровня обтурации. Во всех возрастных группах превалировал холедохолитиаз (84,2 %). Билиарный блок на уровне супрадуоденальной части холедоха выявлен в 98 (47 %) больных, на уровне обтурации ретродуоденального и терминального отдела холедоха – в 112 (53 %). Сонография с вычислением эхоплотности стенки желчной протоки для выявления уровня обтурации желчной протоки показала чувствительность метода в 96 %, чувствительность эндоскопической ретроградная панкреатохолангиография и эндоскопической ультрасонографии была 100 %. Степень тяжести желтухи оценивали по программе „Алгоритм”. С легкой степенью тяжести выявлено 130 больных (62 %), со средней – 61 больной (29 %) и тяжелой – 19 больных (9 %).

Индекс полиморбидности у больных в возрасте 20-59 лет составил 1,03, в возрасте 60-74 лет – 2,07, а в возрасте 75 лет и старше – 4,1.

Морфологические, морфометрические показатели печени в условиях смоделированной обтурационной желтухи, коррегированной энтеросгелем показали позитивное влияние энтеросорбции на структурные изменения печеночной стромы.

Анализ результатов этапного лечения обтурационной желтухи разрешил нам оптимизировать критерии хирургической тактики и улучшить лечебный алгоритм выбора метода миниинвазивного операционного лечения больных с обтурационной желтухой доброкачественного генеза в условиях полиморбидности с учетом оценки степени тяжести желтухи, класса ОАР и срочности операционных вмешательств.

Миниинвазивные видеоэндоскопические операционные вмешательства проведены в 187 (84,2 %) больных. При этом в 27 (12,8 %) они были заключительными операционными

вмешательствами. В 129 (61 %) пациентов операционные вмешательства имели превентивный предоперационный характер, как первый этап, с последующим проведением лапароскопической холецистэктомии, а в 25 (11,9 %) – с последующим проведением открытых (с лапаротомного доступа) радикальных операционных вмешательств в связи с техническими сложностями проведения миниинвазивных вмешательств.

Одноэтапная хирургическая тактика использована в 50 (23,7 %) больных с обтурационной желтухой. Из них в 27 (12,8 %) больных были проведены миниинвазивные операционные вмешательства: в 21 (10 %) – эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЕПСТ) с назобилиарным дренированием и последующим эндопротезированием холедоха и в 6 (2,8 %) больных была проведена ЕПСТ с литоэкстракцией.

Одноэтапная хирургическая тактика с миниинвазивными видеоэндоскопическими операционными вмешательствами была отработана у больных со средней и тяжелой степенью обтурационной желтухи и четвертым классом ОАР, которая проводилась в экстренном порядке. В 23 (10,9 %) больных были проведены миниинвазивные операционные вмешательства. Из них в 12 (5,7 %) больных – холецистэктомия с внешним дренированием холедоха и в 11 (5,2 %) – холецистэктомия с билиодигестивным анастомозом. Данные операционные вмешательства были проведены в плановом порядке у больных с легкой и средней степенью обтурационной желтухи и с первым и вторым классами ОАР.

Одноэтапная хирургическая тактика использована в 160 (76,1 %) больных с обтурационной желтухой. При этом в 129 (61,4 %) больных были проведены двухэтапные миниинвазивные операционные вмешательства – ЕПСТ и литоэкстракция (первый этап), и как второй этап – лапароскопическая холецистэктомия. Еще в 6 (2,8 %) больных была проведена ЕПСТ с лапароскопической холецистэктомией, холедохолитотомией и интраоперационной ревизией холедоха с последующим наложением глухого шва на холедох (Декларационный патент Украины на изобретение № 56846). Как правило, это были больные с легкой и средней степенью тяжести обтурационной желтухи и с первым-третьим классом ОАР. В данном случае миниинвазивные видеоэндоскопические операции носили превентивный декомпрессионный характер и выполнялись в экстренном порядке с предоперационной подготовкой ко второму этапу выполнения радикального операционного вмешательства.

В других 25 случаях (11,9 %) были выполнены двухэтапные объединенные операции. Всем больным на первом этапе проведена ЕРПХГ с назобилиарным дренированием с последующим выполнением открытой холецистэктомии и холедоходуоденоанастомозом в 8 (3,1 %) больных и в 17 (8,1 %) – холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом на каркасном дренаже, как второй этап операции.

Сравнительный анализ хирургической тактики в разные периоды исследования показал, что удельный вес миниинвазивных видеоскопических операционных вмешательств у больных с обтурационной желтухой доброкачественного генеза составил 74,4 %, причем за последний период количество этих вмешательств повысилось почти в три раза.

Предложенная лечебно-диагностическая тактика у больных с обтурационной желтухой дала возможность снизить частоту послеоперационных осложнений с 20,43 до 6,8%, а уровень послеоперационной летальности – с 4,3 до 1,7 %.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, эндоскопические транспапилярные вмешательства.

SUMMARY

Thesis on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03 – Surgery. – The State higher educational institution "I.Y. Horbachevsky Ternopil State Medical University" of Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, 2009.

Galey M.M. Surgical tactics and the choice of mini-invasive means of operative treatment of patients with obstructive jaundice having benign genesis in the age aspect. – Manuscript.

Dissertation to gain the scientific degree of Candidate of Medicine, speciality – surgery. – State Higher Educational Establishment “Horbachevskiy Ternopil State Medical University” Ministry of Health Protection, Ternopil, 2009.

The results of surgical treatment of 210 patients with obstructive jaundice having benign genesis under conditions of polymorbidness were analysed. The learning of clinical picture of obstructive jaundice allowed to differentiate the four variants of clinical course depending upon the degree of obturation. (84,2%) was characteristic of all age groups. Sonography with identification of gall-duct’s ultrasound density for defining of degree of its obturation proved the sensitivity of the method in 96%, the endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic ultrasonography – in 100 %. 130 (62%) patients had the light degree of jaundice, 61 (29%) had the medium degree and 19 (9%) had the bad (serious) degree.

The index of polymorbidness which the 20-59-years-old patients have is 1,03, in the age of 60-74 – 2,07, and in the age of 75 and older – 4,1. Morphological, morphometrical liver index under circumstances of changed obstructive jaundice are modified by enterosgel showed the positive impact of enterosorbition on structural lesion of hepatic framework.

Proved criteria of optimisation of therapeutic approach and improved medical algorithm of searching for mini-invasive means of operative treatment of patients with obstructive jaundice with

benign genesis under conditions of taking into account the estimation of seriousness degree of jaundice, OAR class and urgency of operative [surgical] intervention. Mini-invasive video-endoscopic operative intervention was operated upon 187 (84,2%) patients. The two-step therapeutic approach was applied to 160 (76,1%) patients. Comparative analyses of therapeutic approach in different periods of examination showed that unit weight of mini-invasive video-endoscopic operative intervention in obstructive jaundice with benign genesis was 74,4% , meanwhile the number of these operative interventions has become almost three times larger recently. The suggested diagnosis-therapeutic approach to treatment of patients suffering from obstructive jaundice allowed to lessen the postoperative complications from 20,43 % to 6,8 % , and the degree of postoperative lethality from 4,3 % to 1,7 % .

Key-words: choledocholithiasis, obstructive jaundice, endoscopic transpapilla operative intervention.