

76.
 5. Arciniegas D.B. The cholinergic hypothesis of cognitive impairment caused by traumatic brain injury // Curr. Psychiat. Rep. 2003. № 5. P. 391-399.
 6. McAllister T.W., Flashman L.A., McDonald B.C., Saykin A.J. Mechanisms of working memory dysfunction after mild and moderate TBI: Evidence from functional MRI and neurogenetics. Journal of Neurotrauma. 2006; 23: 10: 1450—1467

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСПЕЧІНКОВОГО КАРКАСНОГО ДРЕНУВАННЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Т.В. Форманчук

доцент кафедри хірургії № 2
 Вінницького національного медичного
 університету ім. М.І. Пирогова

АНОТАЦІЯ

В статті на основі аналізу літературних джерел розглянутий досвід застосування каркасного дренивання жовчних шляхів. Проаналізовано переваги та недоліки методу. Висвітлені два клінічні випадки із застосуванням методу транспечінкового каркасного дренивання жовчних шляхів у хворого з метастазами у ділянці воріт печінки, ускладненого механічною жовтяницею та при ятрогенному пошкодженні позапечінкових жовчних шляхів.

Ключові слова: жовчні протоки, механічна жовтяниця, каркасне транспечінкове дренивання жовчних шляхів.

Не зважаючи на значний прогрес в сучасній гепатології, проблема лікування пацієнтів з високими стриктурами та пошкодженнями позапечінкових жовчних проток залишається актуальною. Приєднання механічної жовтяниці значно погіршує стан пацієнта та викликає сумніви щодо можливості виконання радикальної операції при стриктурах пухлинного генезу. На сьогоднішній день арсенал методів корекції механічної жовтяниці включає в себе: ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію з ендоскопічною папілосфінктеротомією та назобіліарним дрениванням; черезшкірну черезпечінкову холангіографію з черезшкірним черезпечінковим дрениванням жовчних проток; холецистостомію під контролем УЗД або КТ; ендопротезування жовчних шляхів; інтраопераційні методи декомпресії жовчних шляхів.

На сьогоднішній день більшість хірургів віддають перевагу декомпресії жовчних шляхів мініінвазивними методами. Запропонований широкий арсенал різноманітних сучасних мініінвазивних ендоскопічних методів дренивання жовчних шляхів, направлених на бужування та стентування звужених ділянок жовчних проток. Однак усі ці методи можливо застосовувати лише в умовах відповідного технічного оснащення спеціалізованих відділень та наявності висококваліфікованих ендоскопістів-хірургів. Наявність високих стриктур злоякісного генезу значно утруднює можливість застосування ендоскопічних методів, наприклад при пухлинах Клацкіна ефективність ендопротезування значно нища, ніж при дистальних пухлинних стриктурах. Крім того, наявність зовнішнього дренажу пов'язана з втратами жовчі, рідини та електролітів, є воротами інфекції в жовчному дереві. Ендопротези не пов'язані з втратами жовчі та електролітів, але синтетичні стенти малого діаметру можуть обтуруватись, мігрувати, що спричиняє розвиток холангіту, рецидиву жовтяниці, а зі збільшенням їх діаметру зростає ризик травматичності та розвитку ускладнень, що потребує відкритих хірургічних втручань [6, 107-178; 7, 412-419; 8, 108-112].

З метою ліквідації біліарної гіпертензії у неоперабельних пацієнтів з високими стриктурами, або як підготов-

чий етап напередодні радикальних операцій у таких пацієнтів застосовують черезпечінкові методи дренивання. Питання доцільності та ефективності транспечінкового каркасного дренивання жовчних проток, термінів знаходження дренажу в просвіті проток, профілактики та лікування ускладнень при транспечінковому розташуванні дренажу залишається актуальним. Застосування методу транспечінкового каркасного зовнішньо-внутрішнього дренивання жовчних шляхів не достатньо висвітлене в сучасній літературі, недостатньо знайдено даних по порівняльному аналізу операцій із застосуванням транспечінкового дренивання печінки та без застосування його, переваг даного методу в реконструктивній хірургії жовчних проток [2, 108].

Гарелик П. В. та Батвинков Н. І., 2008, наводять власний досвід застосування транспечінкового каркасного дренивання по Сейпол-Куриану з хорошим віддаленим результатом в двох пацієнтів, що перенесли не одноразові оперативні втручання з приводу травми жовчних шляхів, що ускладнились стриктурою гепатикоєюноанастомозу, гнійним холангітом та механічною жовтяницею [1, 1-8]. Аналогічну тактику описують А.А. Третьяков та співав. у 4 хворих з високими стриктурами в ділянці воріт печінки, яким виконували каркасне білатеральне дренивання по Сміту [3, 46-50].

Набиуллин І. Р., 2005, рекомендує застосовувати транспечінкове каркасне дренивання печінки при: технічних труднощах формування білідигестивного анастомозу, при наявності холангіту, цирозу печінки, місцевих гнійно-інфільтративних змінах в тканинах, що оточують поза печінкові жовчні протоки, склерозуванні стінок дольових проток [2, 108]. М. Є. Ничитайло та співавт., 2007, описують можливість застосування транс печінкового каркасного дренивання жовчних шляхів при ятрогенних пошкодженнях жовчовивідних шляхів під час лапароскопічних операцій [4, 21-25].

Наводимо два клінічні випадки застосування методу каркасного транспечінкового зовнішньо-внутрішнього дренивання жовчних протоків з власного досвіду.

Клінічний випадок 1. Хворий Б., 56 р., медична карта №12441 поступив зі скаргами на болі в епігастрії та правому підребер'ї, нудоту, пожовтіння шкіри та склер, свербіж шкіри, загальну слабкість. Діагноз при госпіталізації: ЖКХ. Холедохолітиаз. Механічна жовтяниця? Хворому проведено ряд клініко-лабораторних, інструментальних методів обстеження. Лабораторні показники: гемоглобін – 100 г/л, еритроцити – $3,5 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,99, лейкоцити – $9,3 \times 10^9$ /л, паличко ядерні – 30%, сегментоядерні – 58%, лімфоцити – 10%, моноцити – 2%, ШОЕ – 40 мм/ год. Сечовина – 6,2 мМ/л, креатин – 124 мкМ/л, протромбіновий індекс – 100%, фібриноген А – 6216 мг/л, фібриноген В - -, час рекальцифікації - 130", етаноловий тест - +, Нт – 33%. Загальний білірубін – 301 мкмоль/л, прямий – 205 мкмоль/л, непрямий – 96 мкмоль/л.

Виконана фіброгастроуденоскопія - в середній третині тіла шлунку, по передній стінці, ближче до малої кривизни, дефект слизової до 2.0-3.0 см в ді, глибиною до 0.3-0.4 см. Дно покрито білим фібрином. З дистального краю взята біопсія. В дванадцятипалій кишці незначна кількість жовчі. Заключення ФГДС: Катаральний гастродуоденіт.

Виразково-інфільтративний рак шлунку? Гістологічне заключення - ріст аденогенного раку.

Ультрасонографічне дослідження: печінка - ехогенність незначно підвищена, ехоструктура однорідна. Внутрішньопечінкові жовчні протоки дилатовані (4-5 мм). Жовчний міхур 147x43 мм з вираженим перегином ближче до шийки, стінка ущільнена в порожнині локований неоднорідний осад за рахунок гіперехогенних включень по типу "піска", максимальне 2-3 мм, ductus choledochus - 13 мм, в дистальному відділі ductus choledochus локована неоднорідна згущенна жовч, деталізувати не є можливим. В епігастральній області, можливо в проекції сальника, відмічається локальне скупчення вільної рідини. Підшлункова залоза – головка - 32 мм, тіло - 14 мм, ехогенність незначно підвищена, ехоструктура однорідна. Заключення: біліарна гіпертензія, підпечінковий блок.

Хворому виконане оперативне втручання з приводу раку шлунку - субтотальна розширена дистальна резекція шлунку за Більрот II. Холецистодуоденоанастомоз.

Динаміка лабораторних показників в післяопераційному періоді (рис. 1):

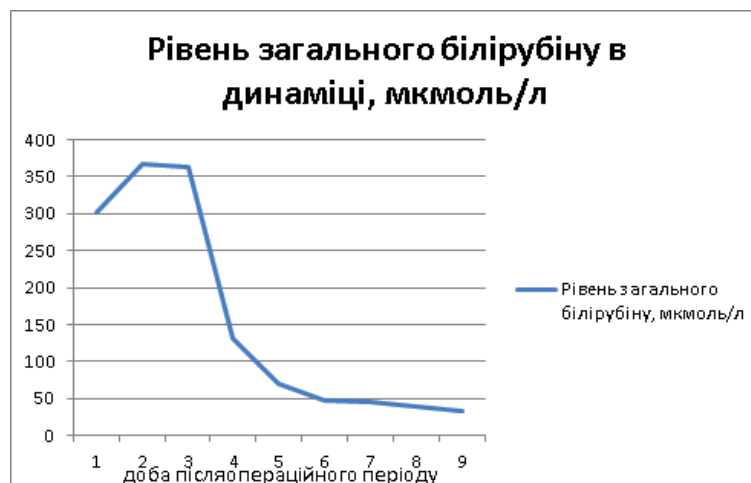


Рис. 1. Динаміка рівня загального білірубіну в післяопераційному періоді.

Через 2 тижні в задовільному стані хворий виписаний з відділення під нагляд онколога за місцем проживання для подальшого лікування.

Через місяць госпіталізований повторно з клінікою наростаючої жовтяниці. Курс хіміотерапії не проходив. При лабораторному обстеженні: Лабораторні показники: гемоглобін – 111 г/л, еритроцити – $3,5 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,9, лейкоцити – $8,7 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 4 %, сегментоядерні – 62 %, лімфоцити – 32 %, моноцити – 2 %, ШОЕ – 45 мм/ год. Сечовина – 8,3 мМ/л, креатин – 134 мкМ/л, протромбіновий індекс – 83%, фібриноген А – 7104 мг/л, фібриноген В - -, час рекальцифікації - 97", етаноловий тест - . Загальний білірубін – 165 мкмоль/л, прямий – 104 мкмоль/л, непрямий – 61 мкмоль/л.

Результати ультрасонографічного обстеження - внутрішньопечінкові жовчні протоки розширені до 4-5 мм, загальна жовчна протока в межах можливої візуалізації розширена до 11.8 мм, додаткових утворень немає. ЖМ: розміри

127x37 мм, має вигляд частково скороченого, стінки ЖМ потовщені до 5-6 мм, вміст міхура неоднорідний, вздовж задньої стінки візуалізується гіперехогенний осад без акустичної тіні. Контури підшлункової залози нерівні, нечіткі, ехогенність дещо знижена. Головна протока розширена до 2.6 мм. В ділянці воріт печінки – гіперехогенне утворення до 1,5 см в діаметрі. Заключення: ознаки біліарної гіпертензії. Мts в ділянці воріт печінки. Хворому виконане оперативне втручання: зовнішньо-внутрішнє транспечінкове каркасне дренивання жовчних протоків з виведенням дренажа через мікроентеростому, дренивання підпечінкового простору. Під час інтраопераційного УЗД виявлено – метастаз в ділянці воріт печінки. Післяопераційний діагноз: аденокарцинома тіла шлунку T4N1M1, IV ст., IV кл. група. Мts в ворота печінки. Механічна жовтяниця.

В післяопераційному періоді динаміка рівня загального білірубіну (рис. 2).

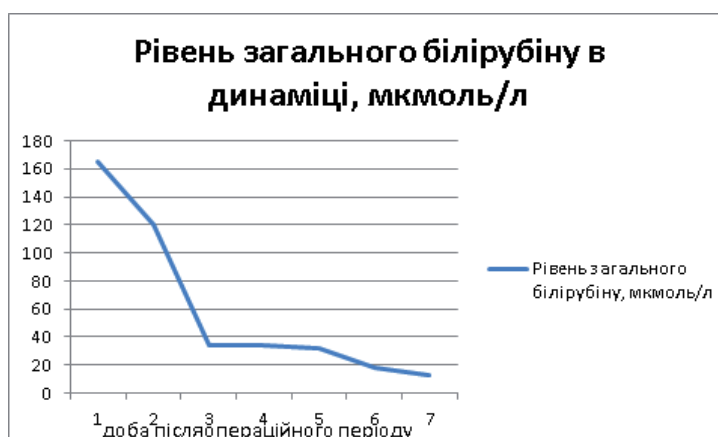


Рис. 2. Динаміка рівня загального білірубину в післяопераційному періоді.

Через тиждень після операції виконане ультразвукографічне дослідження - внутрішньопечінкові жовчні протоки розширені незначно до 3,5-4,5 мм, загальна жовчна протока в межах можливої візуалізації до 6,5 мм, додаткових утворень немає. Жовчний міхур розташований в типовому місці, розміри 47x11 мм, скорочений. В проекції жовчних протоків гіперехогенна структура (дренажна трубка). Виписаний на амбулаторне лікування під нагляд онколога.

Клінічний випадок 2. Хвора Ш., медична карта № 12355, госпіталізована зі скаргами на болі в правому підребер'ї, гіркоту в роті, нудоту. Діагноз при госпіталізації: ЖКХ. Гострий калькульозний холецистит. Хворій виконано комплекс клініко-лабораторних, інструментальних методів обстеження. Лабораторні показники: гемоглобін – 125 г/л, еритроцити – $3,4 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,9, лейкоцити – $9,9 \times 10^9$ /л (з незначним зсувом формули вліво, паличкоядерні – 12%), ШОЕ – 18 мм/ год. Сечовина – 5,2 мМ/л, креатин – 104 мкМ/л, протромбіновий індекс – 95%, фібриноген А – 4221 мг/л, фібриноген В -. Загальний білірубін – 19,8 мкмоль/л. Загальний аналіз сечі без змін. Діастаза сечі –

8 Од. Заключення ультразвукового методу обстеження: ехоструктура печінки однорідна. Внутрішньо- та поза печінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 120x37 мм, стінка міхура дещо ущільнена, не потовщена, в порожнині міхура гіперехогенне утворення до 1,5 см в діаметрі з акустичною тінню. Загальна жовчна протока 7 мм в діаметрі. Помірні дифузні зміни в паренхімі підшлункової залози. Після дообстеження хворій розпочата інфузійна терапія, на фоні якої пацієнтка відмітила покращення загального стану, лабораторних показників, після чого їй було запропоноване оперативне втручання мініінвазивним методом – лапароскопічна холецистектомія. Під час лапароскопічної холецистектомії ятрогенно пошкоджено загальну жовчну протоку (тангенційне пошкодження). У зв'язку з чим хворій виконано холедоходуоденостомію з наскрізним каркасним черезпечінковим дренажем, обидва кінці якого виведені назовні: транспечінково та у вигляді єюностоми. Такий дренаж дозволив регулярно промивати дренажну трубку антисептиками та виконувати холангіографію в післяопераційному періоді (рис. 3).



Рис. 3. Черездренажна холангіограма хворої Ш. з каркасним черезпечінковим дренажуванням жовчних шляхів.

Такий дренаж при необхідності легко піддається заміні. У зв'язку з його інкрустацією солями жовчі іноді виникає потреба у заміні дренажа, як правило через 5-6 місяців.

Дренаж легко видалили, хвора виписана в задовільному стані на амбулаторне лікування (рис. 4).



Рис. 4. Загальний вигляд хворої Ш. після операції (А), заміна дренажу в післяопераційному періоді (Б), видалення дренажу (В).

Висновки. Транспечінкове внутрішньо-зовнішнє каркасне дренивання жовчних протоків може розглядатися як альтернативний метод, коли інші операції неефективні або їх не можливо виконати з технічних причин і є одним із методів достатньої декомпресії жовчних протоків, особливо при високих стриктурах, що запобігає розвитку таких післяопераційних ускладнень, як холангіт, неспроможність анастомозів. Даний метод дозволяє зменшити прояви печінкової недостатності та створює жорсткий каркас для жовчних протоків при стенозуючих захворюваннях (холангіт, стриктури, пухлини) та відновлює нормальний пасаж жовчі в дванадцятипалу або тонку кишку.

Перелік використаної літератури:

1. Гарелік П.В. Хирургия рубцовых стриктур проксимальных сегментов внепеченочных желчных протоков / П. В. Гарелик, Н. И. Батвинков // Вестник ВГМУ. – 2008. – Том 7, № 3. – С. 1-8.
2. Набиуллин И. Р. Транспеченочное каркасное дренирование в хирургии поврежденных и доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.00.27 / И. Р. Набиуллин ; Сургутский государственный университет ХМАО. – Сургут, 2005. – 108с.
3. Третьяков А.А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / А.А. Третьяков, Н. И. Слепых, А. К. Корнилов // Хирургия. – 1998. - № 10. – С. 46-50.
4. Хирургическое лечение повреждения и стриктуры желчных протоков после холецистэктомии / М.Е. Ничитайло, А. В. Скумс, В. П. Шкарбан и соавт. // Клінічна хірургія. – 2007. - № 2. – С. 21-25.
5. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при холецистэктомии / В.В. Дарвин, С. В. Онищенко, И. Р. Набиуллин. – Актуальные вопросы неотложной хирургии. М., 2003. – С. 42-45.
6. Bismuth H. Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver / Bismuth H., Corlette M.B. // Surg. Gynecol. Obstet. 1975, febr, V 140, 170-178.
7. Cameron J.L. Proximal bile duct tumors. Surgical management with silastic transhepatic biliary stents / Cameron J.L., Broc P., Zuidema G.D. // Ann. Surg. - 1982, Vol. 196. – P. 412-419.
8. Myburgh J.A. Resection and bypass for malignant obstruction of bile duct / Myburgh J.A. // World J. Surg. - 1995, № 19. – P. 108 -112.