

динаміки та якості життя. Із наведених результатів нейропсихосоматичних досліджень у хворих із хронічним циститом видно, що найбільшими відхиленнями показників астеничного синдрому та депресивних проявів.

Під час оцінки ефективності лікування добрі результати відзначались у 18 (81,8 %) хворих, задовільні — у 3 (13,6 %) і незадовільні — у 1 (4,6 %) пацієнта.

Висновки

1. Оперативне видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози, усунення механічного фактора обструкції та використання традиційних методів лікування хворих у післяопераційному періоді не усувають порушення уродинаміки, у тому числі клінічні симптоми гіперактивного сечового міхура.

2. Використання медикаментозної корекції гіперактивного сечового міхура після оперативного видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози і одночасний курс лікування блокатором мускаринових холінорецепторів детрузора препаратом Везикар, блокатором α_1 -адренорецепторів Омніком (Омнік Окас) і седативним препаратом Персеном є ефективним, дозволяє реабілітувати практично дезадаптованих хворих чоловіків середнього віку і літніх пацієнтів, що раніше вважалися низько курабельними.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мазо Е. Б. Гиперактивный мочево́й пузырь / Е. Б. Мазо, Г. Г. Кривобородов. — М.: Издательский дом «Вече», 2003.
2. Переверзев А. С. Гиперактивный мочево́й пузырь у пожилых мужчин / А. С. Переверзев // Здоровье мужчин. — К., 2003. — С. 3.

3. Марков А. В. Комплексная терапия ирритативных расстройств мочеиспускания после ТУР ДГПЖ / А. В. Марков // Урология. — 2007. — № 4. — С. 41-44.

4. Лорон О. Б. Применение дриптана у больных с императивными формами расстройства мочеиспускания / О. Б. Лорон, Д. Ю. Пушкарь, К. П. Тевлин // Урология. — 1998. — № 4. — С. 24-26.

5. Кривобородов Г. Г. Тропацин в лечении больных гиперактивным мочево́м пузырем / Г. Г. Кривобородов, П. Г. Шварц // Терапевтический архив. — 2001. — Т. 73. — С. 55-58.

6. Chaple C. Selective α -adrenoreceptor antagonist in benign prostatic hyperplasia / C. Chaple // Eur. Urol. — 1996. — Vol. 29. — P. 129-144.

7. Cucchi A. Detrusor instability and bladder outflow obstruction. Evidence for correlation between the severity of obstruction and the presence of instability / A. Cucchi // Br. J. Urol. — 1988. — Vol. 61.

8. Thomas A. W. Lower urinary tract symptom benign prostatic obstruction and the overactive bladder / A. W. Thomas, P. Abrams // Br. J. Int. — 2000. — Vol. 85. — P. 57-68.

УДК 616.36-008.5(043.3)

В. В. Грубнік, Д. В. Герасимов, В. В. Готка

П'ЯТНАДЦЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНИХ ЖОВТЯНИЦЬ

Одеський державний медичний університет

Лікування механічної жовтяниці з приводу холедохолітазу за допомогою ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії (ЕРХПГ), із виконанням ендоскопічної ретроградної папілосфінктеротомії (ЕРПСТ) та видаленням конкрементів уже давно є загальноприйнятим. За статистикою, ендоскопічні лікувальні заходи виявлялись успішними при виконанні ЕРХПГ у 92,7 % пацієнтів, а ендоскопічні папілотомії у 95,4 %. Ускладнення при застосуванні цих двох методик становили 12,8 %.

Спроба ендоскопічної деконпресії жовчних шляхів у 266 пацієнтів, які не мали холедо-

холітазу, у 94 % випадків була успішною, позитивна динаміка при цьому відзначалась у 92 %. Після втручання виникли ускладнення: у 7,9 % хворих кровотеча (2 пацієнти померли), у 9 (3,6 %) — розвиток панкреатиту. Черезшкірне втручання виконане 242 хворим, 206 (97,2 %) проведено зовнішнє дренирування, із них у 175 (72,5 %) — успішне стентування зони обструкції. У ранньому післяопераційному періоді 13 (6,3 %) хворих померли від печінкової недостатності, у 9 (4,4 %) виникла дислокація дренажу з протоки (3 померли). При стисканні холедоха доброякісного генезу у всіх хворих вдалося

нормалізувати пасаж жовчі (як ендоскопічними методами, так і черезшкірним втручанням). Проводилось ендоскопічне стентування у 14 і черезшкірне — у 16 хворих із післяопераційними стриктурами гепатикохоледоха. Після ендоскопічного стентування у 4 (28,6 %) хворих виникли ознаки часткового рестенозу, після черезшкірного у віддаленому терміні спостереження (від 3 до 7 років) рестенозу не виявлено.

Як відомо, основними причинами механічної жовтяниці є холедохолітаз, пухлинні ураження органів панкреатобіліарної зони та рубцеві стриктури гепатикохоледоха [1]. Лікуван-



ня холедохолітазу тільки у дуже рідких випадках потребує втручань традиційними лапаротомічними методами. Здебільшого при цій патології застосовуються малоінвазивні методи втручання під час виконання лапароскопічної холецистектомії з ревізією жовчних проток або лікарі-ендоскопісти за допомогою ЕРХПГ з ЕРПСТ видаляють конкременти. На сучасному етапі розвитку хірургії перевага віддається оптимальному методу лікування хворих із холедохолітазом. На підставі вивчення віддалених результатів, найбільш перспективними є лапароскопічні методи без виконання папілотомії. Проте й вони не виключають необхідності застосування методик транспапільярних втручань [2].

Порушення пасажу жовчі, що виникло внаслідок обструкції жовчних шляхів бластоматозного генезу, залишається однією зі складних й актуальних проблем у невідкладній хірургії. Зовсім недавно лікування обструктивних жовтяниць полягало лише у виконанні тяжких для пацієнта лапаротомних операцій з обов'язковим хірургічним втручанням на позапечінкових жовчних протоках. Втягування у патологічний процес суміжних органів підвищувало відсоток післяопераційних ускладнень [3]. За наявності вираженої жовтяниці, холангіту, печінкової недостатності, а також тяжкої супровідної патології оперативне лікування супроводжується високою летальністю, яка становить від 5,6 до 33 % [4]. При високому рівні обструкції оперативний доступ до зони, не ураженої пухлиною, неможливий через пухлинну інфільтрацію ділянки воріт печінки й гепатодуоденальної зв'язки [3; 4; 6–8].

Удосконалення ендоскопів й іншого ендоскопічного інструментарію для малоінвазивних втручань довело, що тактику лікування таких хворих необхідно й можливо змінювати. У багатьох функціонально не-

операбельних випадках малоінвазивні методи дозволяють надати допомогу пацієнтам, ліквідувати біліарну гіпертензію, отже, виграти час для підготовки хворого до операції. При відновленні природного пасажу жовчі в кишку стентування зони обструкції можна розглядати у більшості випадків як остаточне втручання.

Ендоскопічні та черезшкірні втручання при обструкції жовчних шляхів виконані нами у 508 пацієнтів. Найчастіше, а саме в 242 випадках, було наявне пухлинне ураження великого дуоденального сосочка, голівки підшлункової залози та дистальних відділів холедоха (таблиця).

При надходженні хворого із синдромом жовчної гіпертензії слід якомога раніше виконати декомпресію жовчних шляхів, не гаючи часу на проведення методик, які уточнюють ситуацію. Найпростіші інструментальні та лабораторні дослідження в більшості випадків дозволяють досить точно визначити причину й рівень обструкції жовчних шляхів і вибрати найкращий метод біліарної декомпресії. Так, при ультразвуковому обстеженні виявляються незаперечні ознаки жовчної гіпертензії у вигляді розширення позапечінкових і внутрішньопечінкових проток. За відсутності візуалізації холедоха варто припускати проксимальне

ураження гепатикохоледоха аж до роз'єднання часткових проток. Якщо просвіт холедоха простежується на певному протязі, можна припустити дистальний рівень обструкції.

Під час ендоскопії легко визначається пухлинне ураження Фатерового сосочка у вигляді дуже уразливих, кровоточивих ворсинчастих розростань, вразкування його поверхні. При пухлинах, що виходять із слизової оболонки протоки, Фатерів сосочок різко збільшений, але слизова оболонка над ним може бути не зміненою, і тільки після виконання папілотомії в кишку вивертається патологічно змінена слизова оболонка протоки. При виявленні незміненого Фатерового сосочка варто припускати більш проксимальне ураження протоки.

Спроба ендоскопічної декомпресії жовчних шляхів при обструкції різного походження виконана у 266 пацієнтів, при цьому у 94 % випадків вона була успішною. Невдачі були пов'язані з попередніми оперативними втручаннями, вираженою деформацією кишки внаслідок стиснення пухлиною, звивистою траєкторією стисненої ділянки холедоха. Цим хворим виконані черезшкірні втручання.

Позитивна динаміка після ендобіліарного протезування досягнута у 230 з 250 (92 %)

Таблиця

Ендоскопічні та черезшкірні втручання при обструкції жовчних шляхів

Локалізація ураження	Усього	Втручання	
		ендоскопічні	черезшкірні
Пухлинне ураження дистальних відділів холедоха	242	135	107
Пухлинне ураження проксимальних відділів холедоха	107	32	75
Пухлинне ураження воріт печінки	31	1	30
Непухлинна обструкція жовчних шляхів	98	84	14
Ятрогенні ушкодження проток	30	14	16
Разом	508	266	242



хворих. У 7 осіб відзначено прогресування жовтяниці, розвиток печінково-ниркової недостатності внаслідок необоротних змін у печінці. У 13 пацієнтів констатували приєднання симптомів холангіту, що розцінено як результат неадекватного дренивання протокової системи, особливо при високому стисканні проток, наявності густої жовчі, що потребувало додаткового черезшкірного дренивання. Зареєстровані ускладнення, пов'язані з виконанням папілотомії: у 20 (7,9 %) випадках розвинулася кровотеча, яка призвела до смерті 2 пацієнтів, у решти хворих кровотечу купірували консервативними методами. Розвиток панкреатиту відзначений у 9 (3,6 %) осіб, причому клінічні прояви обмежувалися болями у проекції підшлункової залози, підвищенням рівня амілази в крові й сечі. Випадків розвитку панкреонекрозу не відмічено.

Після ліквідації жовтяниці, нормалізації життєвих функцій прооперовано 32 хворих: 11 особам виконано радикальне втручання, 21 — накладено біліодигестивний анастомоз. У решти пацієнтів ендоскопічне встановлення стентів стало остаточною хірургічною допомогою.

Оскільки стент, розташований у протоці, є стороннім тілом, неминуха реакція навколишньої тканини у вигляді надлишкового утворення слизу, сладжу. Окрім цього, наявність стента пов'язана з існуванням у протоці певних видів бактерій, що тягне за собою зміну хімізму жовчі, порушує стабільність розчинних жовчних кислот. Все це з часом призводить до утворення так званої жовчної замазки (сладжу), яка у першу чергу відкладається на внутрішній і зовнішній поверхнях стента, поступово спричинюючи його обструкцію. При тривалому стентуванні «жовчна замазка» нагромаджується у протоці та просвіті стента, утворює зліпки різної щільності, які можна розцінити як м'які конкременти. Слід відмітити, що збільшення за-

гального терміну перебування стента у протоці підвищує ймовірність нагромадження замазки у холедосі, а також її ущільнення.

За нашими спостереженнями, середня тривалість служби ендопротеза діаметром 9–10 Fr — 3–4 міс., при діаметрі 12 Fr — 4–5 міс. Привертає увагу те, що навіть при повній обструкції протеза, яку визначали під час його заміни, стан пацієнтів найчастіше залишається задовільним, не відзначається порушень самопочуття, що можна пояснити надходженням жовчі уздовж зовнішніх стінок стента.

Термін життя хворих, яким виконували ендопротезування при пухлинній обструкції проток, становив від 2 міс. до 9 років (у середньому — 1,5 роки). Чим вище розташовувався рівень обструкції холедоха, тим гіршим був прогноз щодо тривалості життя пацієнта.

У 212 хворих, в основному при високому рівні обструкції й труднощах, пов'язаних з ендоскопічним доступом, проводили черезшкірне дренивання печінкових проток під рентгеноконтролем або під контролем ультразвукового сканера, з подальшим встановленням внутрішнього або зовнішньо-внутрішнього ендопротеза. При зовнішньо-внутрішньому стентуванні застосовувався пластиковий ендопротез, зовнішній кінець якого використовували лише для періодичного промивання або заміни ендопротеза, а між маніпуляціями його закривали наглухо і ховали під пов'язкою. Із 212 хворих, яким виконували черезшкірне втручання, у 206 (97,2 %) вдалося встановити зовнішній дренаж, а 175 (85 %) пацієнтам потім вдалося здійснити реканалізацію пухлинного стенозу з подальшим стентуванням.

Ранні ускладнення спостерігалися у 14 хворих; 13 (6,3 %) пацієнтів після черезшкірного дренивання жовчних проток померли від наростаючої печінкової недостатності. У 9 (4,4 %) осіб протягом подальшого лі-

кування відбулася дислокація дренажу з протоки в черевну порожнину. Дислокація проявлялася припиненням надходження жовчі з дренажу, появою у ньому геморагічної рідини, при промиванні дренажу відсутнє зворотне відтікання. Контрастування через дренаж остаточно підтверджує наявність дислокації. Прооперовано 2 хворих, у 3 виконане ендоскопічне втручання — установлення ендопротеза або назобіліарного дренажу, у 4 проведене повторне дренивання під УЗ або рентгеноконтролем. Незважаючи на це, 3 (1,4 %) хворих померли, у 6 (2,9 %) — виникли прояви холангіту, які потребували корекції положення або діаметра дренажу. Одна пацієнтка вмерла від тромбозу ворітної вени під час раннього післяопераційного періоду.

Установлені черезшкірні стенти замінювали через кожні 5 міс., що запобігало їх обструкції та розвитку холангіту. Термін життя хворих у разі успішного черезшкірного жовчовідвідного втручання при пухлинній обструкції проток становив від 1 міс. до 8 років (у середньому 1,2 року). Хворі гинули внаслідок розповсюдження пухлинного процесу на проксимальні відділи жовчного дерева, генералізації процесу, приєднання ускладнень.

Здебільшого стискання холедоха відбувається внаслідок доброякісних процесів: індуративного панкреатиту, стискання лімфовузлами, фляками. Зазначена ситуація нерідко трапляється після холецистектомії та дрениваннями холедоха, коли спостерігається значний дебіт жовчі по дренажу. Після виконання папілотомії й повної санації протоки відтік жовчі з холедоха в кишку різко сповільнений або відсутній. Дилатація місця стискання, як правило, не приносить жодного ефекту внаслідок еластичності стенозованої ділянки. У такій ситуації виправдане біліарне стентування.

Ендоскопічне встановлення стентів при доброякісному



стисканні холедоха й жовчних проток виконано 84 хворим, у 14 пацієнтів використаний черезшкірний доступ (через холангіостому, установлену під контролем ультразвукового апарата, або через канал установленого під час операції дренажу холедоха). У всіх хворих вдалося досить швидко нормалізувати пасаж жовчі.

Знаходження стента достатнього діаметра у зоні стенозу згодом приводить до формування каналу, адекватного для відтоку жовчі. При стисканні протоки внаслідок набряку підшлункової залози згодом, при відповідній консервативній терапії, відзначаються відкриття просвіту, нормалізація пасажу жовчі. За нашими спостереженнями, стентування протягом 6–12 міс. досить для нормалізації пасажу жовчі у більшості таких пацієнтів.

Складним завданням для хірурга є лікування хворих з ятрогенними ушкодженнями жовчних проток. Нами проводилось ендоскопічне стентування у 14 та черезшкірне — у 16 хворих із післяопераційними стриктурами гепатикохоледоха. Черезшкірний доступ для дренивання й дилатації післяопераційних стриктур звичайно можливий лише під рентгеноконтролем, оскільки пристінкова дилатація виражена в меншо-

му ступені, ніж при пухлинній обструкції.

Установлені ендопротези заміняли кожні 4–5 міс. (залежно від діаметра) в амбулаторному режимі. Дилатація стриктури на внутрішньому або зовнішньовнутрішньому ендопротезі проводилася протягом не менше двох років.

Після ендоскопічного стентування в 4 (28,6 %) пацієнтів періодично спостерігалися симптоми холангіту, які потребували повторного установлення ендопротеза. Після черезшкірного стентування спостереження у терміни від 3 до 7 років не виявило ознак рестенозу.

Накопичений досвід свідчить про перспективність малоінвазивних методик при лікуванні обструкції жовчних шляхів, можливість поліпшити результати хірургічного лікування при застосуванні нових матеріалів й інструментів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хрусталева М. В. Оперативная эндоскопия заболеланий внепеченочных желчных путей : автореф. дис. на соискание научной степени доктора мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / М. В. Хрусталева. — М., 2004.
2. Порівняльна оцінка ефективності ендоскопічних і лапароскопічних втручань в лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітіазом / В. В. Грубнік, О. Л.

Ковальчук, О. В. Грубнік, С. В. Калинчук // Шпитальна хірургія. — 2005. — Т. 3. — С. 10-17.

3. Чрескожные вмешательства на желчевыводящих путях под контролем УЗИ / О. В. Гаврилин, В. Д. Федоров, В. А. Вишневский [и др.] // Тезисы междунар. науч.-практ. конф. — Пенза, 1997. — С. 25-26.

4. Капранов С. А. Результаты чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе / С. А. Капранов, М. В. Авалиани, В. Ф. Кузнецова // Анналы хирургической гепатологии. — Тула, 1996. — С. 91 (Материалы 4-й конф. хирургов-гепатологов).

5. Капранов С. А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства при стриктурах желчных протоков / С. А. Капранов, М. В. Авалиани, В. Ф. Кузнецова // Анналы хирургической гепатологии. — 1997. — Т. 2. — С. 123-131.

6. Эндоскопические транспиллярные вмешательства при опухолевой обструкции желчных протоков / А. А. Соколов, Г. И. Перминова, Н. А. Кингсеп, И. В. Грицкова // Современные проблемы практической хирургии : Сб. науч. трудов ; под ред. проф. Н. А. Кузнецова. — 2000. — С. 110-115.

7. Патютко Ю. И. Хирургическое лечение больных опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников // Первый Московский международный конгресс хирургов. — М., 1995. — С. 270-272.

8. Ившин В. Г. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой / В. Г. Ившин, А. Ю. Якунин, О. Д. Лукичев. — Тула, 2000.

