# الملخص العربى

معظم التقدم فى التشخيص وعلاج امراض القناة المرارية نشأ فى الأونة الأخيرة ومع نهاية الثمانيات أصبح العلاج الأمثل لليرقان الإنسدادى الحصوى هوالمعالجة المنظارية لحصوات القنوات المرارية والدخول الى القناة المرارية من خلال الجلد عن طريق الكبد او منظار البطن الجراحى. ولقد أوشك استئصال المرارة بالمنظار أن يحل محل الجراحة التقليدية كطريقة مثلى لإستئصال المرارة.

تشكل هذه الدراسة محاولة لتقييم علاج اليرقان الإنسدادى الحصوى عن طريق المعالجة المنظارية لحصوات القنوات المرارية متبوعا بإستئصال المرارة بالمنظار من خلال مقارنتها بالعلاج الجراحى التقليدى.

وقد إشتملت المقارنة على تقييم مدى فاعلية كل طريقة وإنعاكسات كل طريقة على نقاهة المرضى أخذين فى الإعتبار المضاعفات والوفيات الناجمة عن تطبيق كل طريقة.

أجريت هذه الدراسةعلى خمسين مريضا يعانون من اليرقان الإنسدادى الحصوى منهم ٣٤ من الإناث و ١٦ من الذكور. وقد تراوحت أعمارهم بين ٢٢ و ٧٠ عاما بمتوسط ٤٦ ، ٤٥ عاما.

وفى سبيل الوصول الى التشخيص الصحيح خضع هؤلاء المرضى الى الفحص الإكلينيكى ثم الإختبارات المعملية والفحص بالموجات فوق الصوتية وأخيرا الفحص بمنظار تصوير القنوات المرارية والبنكرياس.

وبعد ذلك تم تقسيم المرضى بطريقة عشوائية الى مجموعتين متساويتين هما (أ) ، (ب).

إقتصر علاج مرضى مجموعة أ ( ٢٥ مريضا) على الطرق الجراحية التقليدية أما مرضى مجموعة ب ( ٢٥ مريضا) فقد اشتمل علاجهم على محاولة استخراج حصوات القناة المرارية بالمنظار متبوعا بعد اسبوعين بمحاولة إستئصال المرارة بالمنظار.

فى مرضى مجموعة ( ب) ، وبعد التغلب على الصعوبات المنظارية المختلفة. تم إستخراج حصوات القناة المرارية بالمنظار بنجاح فى ٢٣ مريضا (٩٢٪) مع حدوث مضاعفات فى إثنين منهم. أحدهما تعرض لحدوث نزيف بعد قطع العضلة القابضة للقناة المرارية وتم وقفة بالطرق المنظارية. أما المريض الأخرفقد تعرض لحدوث التهاب .بالبنكرياس بعد المنظار وتم علاجة بالطرق التحفظية.واثنين من مرضى هذة المجموعةى (٨٪) فشل فيهما استخراج الحصوات بالطرق المنظارية وتم تحويلهم الى العلاج بالطريقة الجراحية المعتادة.

اما الخطوة الثانية فى علاج مرضى مجموعة ( ب) وهى إستئصال المرارة بالمنظار فقد إقتصرت على الـ ٢٣ مريضا الذين أزيلت منهم حصوات القناه المرارية بالطرق المنظارية بنجاح.

وكان لهذه الخطوة الصعوبات الخاصة بها كتلك المتعلقة بالنفخ الغازى(غاز ثانى أوكسيد الكربون) أو بالخطوات التشريحية أو بإيقاف النزيف. أو بإنفراط الحصوات فى التجويف البريتونى، أو بإستخراج المرارة المكتظة بالحصوات. لذلك نجح إستئصال المرارة بالمناظير فى ١٩ مريضا فقط (٨٢,٦٪) وفشل فى الأربعة الآخرين ليتم تحويلهم الى الجراحة التقليدية.

بعد الوصول الى هذة النتيجة فى مرضى مجموعة (ب) اجريت مقارنة احصائية بين البيانات التشخيصية للمرضى الذين عولجوا منظاريا بنجاح والبيانات الخاصة بالمرضى الذين تم تحويلهم الى العلاج الجراحى التقليدى واظهرت هذة المقارنة اختلافا ملحوظا فى العديد من العوامل منها تقدم سن المريض. وإرتفاع نسبة الصفراء بالدم. وإرتفاع درجة الحرارة. ووجود تضخم بالكبد. وتألم المريض

بالضغط على المنطقة الوحشية اليمنى. بالإضافة الى اكتشاف علامات الإلتهاب الشديد المزمن بجدار المرارة عند الفحص بالموجات فوق الصوتية.

وفى مقارنة إحصائية أخرى أجريت بين الحالات التى عولجت بالطرق المنظارية فى مجموعة (ب) وتلك التى عولجت بالجراحة التقليدية فى مجموعة (أ) أظهرت الطرق المنظارية المميزات الآتية:

إنخفاض ملحوظ فى زمن إجراء الجراحة وبذلك إنخفضت مخاطر التعرض للتخدير العام بالإضافة إلى الانخفاض المتوقع فى تكاليف إستخدام غرفة العمليات.

* إنخفاض ملحوظ فى معدلات إستخدام المضادات الحيوية.
* إنخفاض ملحوظ فى ألآم ما بعد العملية ومعدلات إستخدام المسكنات.
* إنخفاض محلوظ فى فترة حدوث الإنسداد المعوى الشللى بعد الجراحة وترتب عليه سرعة تناول المرضى للسوائل بالفم وإنخفاض فترة إعطاء المحاليل الوريدية.
* الإنخفاض الملحوظ فى موجبات إستخدام الدرنقة مع عدم إستخدام أنابيب الشقط من المعدة ( رايل ) أو أنابيب حرف T
* إنخفاض ملحوظ فى فترة عدم تحرك المريض من السرير بعد العملية.
* إنخفاض ملحوظ فى معدل بقاء المريض فى المستشفى بعد العملية.

أما عن الوفيات والمضاعفات التى واجهتنا فى هذه الدراسة فقد توفى مريض واحد ينتمى الى مجموعة (أ) بعدإجراء العملية نتيجة حدوث فشل كلوى. وكانت المضاعفات التى واجهتنا هى:

* حدوث إلتهابات بالجروح ولكن معدلاتها فى مجموعة (ب) كانت أقل منها فى مجموعة (أ) والجدير بالذكر أن الحاجة الى الغيارات الموضعية والمضادات الحيوية فى هؤلاء المرضى كانت أيضا أقل فى مجموعة (ب).
* حدوث إنفجار بالجرح فى مريض واحد ينتمى الى مجموعة (أ).
* استطالة فترة الإنسداد المعوى الشللى بعد العملية فى إثنين من مرضى مجموعة أ

* حدوث حمى ما بعدالجراحة ولكن بمعدلات أقل فى مجموعة (ب) عنها فى مجموعة (أ).

**من نتائج هذه الدراسة يمكننا استخلاص الآتى :**

اثبتت الوسائل المنظارية فى العلاج المنظارى لحصوات القناة المرارية متبوعا بإستئصال المرارة بالمنظار قدرتها على علاج ٧٦٪ من حالات اليرقان الإنسدادى الحصوى محصلة نهائية مكافئة لنتائج الجراحة التقليدية.

* يمكننا توقع فشل إستئصال المرارة بالمنظار فى وجود العوامل الآتية :

- تقدم سن المريض.
- ارتفاع نسبة الصفراء بالدم.
- ارتفاع درجة حرارة المريض.
- تألم المريض عند الضغط على المنطقة الوحشية اليمنى.
- إكتشاف علامات الإلتهاب الشديد المزمن فى المرارةعند الفحص بالموجات فوق الصوتية.

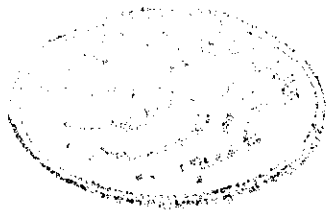
يمكننا خفض تكاليف علاج اليرقان الإنسدادى بتطبيق الوسائل المنظارية فى العلاج حيث أنها تخفض فترات البقاء فىحجرة العمليات والبقاء فى المستشفى بعد العملية بالاضافة الى خفض احتياجات المريض من العلاج بعد العملية.

يمكننا خفض معدلات المضاعفات والوفيات الناجمة عن علاج اليرقان الانسدادى الحصوى بالاضافة الى الحصول على نقاهة سريعة للمرضى وذلك بتطبيق الوسائل المنظارية فى العلاج حيث أنها تقلل من حجم التداخل الجراحى وإتلاف أنسجةالجسم.

وفى النهاية حيث أننا نعيش فى عصر يتزايد فيه الإهتمام بالشق الإقتصادى لعلاج المرضى . نحب أن نوصى باستخدام هذه الطريقة كخط علاج أول لمرضى

اليرقان الإنسدادى الحصوى . كما نوصى أيضا بمراعاة ارتفاع مستوى كفائة طبيب مناظير القنوات المرارية وكذلك جراح المناظير المستقبلى للوسائل التكنولوجية المتقدمة فى تكسير الحصوات منظاريا وجراحة المناظير حتى نرفع من معدلات نجاح هذة الوسائل المنظارية فى علاج اليرقان الإنسدادى الحصوى.

# دراسة مقارنة العلاج الجراحى والعلاج عن طريق منظار القناة المرارية فى أزالة الحصوات من القناة المرارية



**رسالة مقدمة من**


**الطبيب : عبد العاطى محمد مرسى الغنيمى**


توطئة للحصول على درجة الدكتوراه فى الجراحة العامة

**تحت اشراف**


**أ.د / نبيل محمد شديد**

أستاذ ورئيس قسم الجراحة العامة

كلية طب بنها

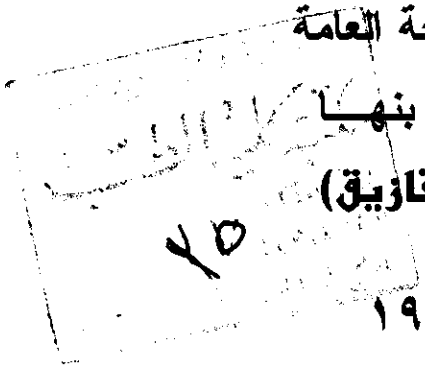
**( جامعة الزقازيق)**

**أ.د/ نبيل أحمد على**

أستاذ الجراحة العامة

بكلية طب بنها

**(جامعة الزقازيق)**

**١٩٩٨**