

УДК 616.366-003.7-07-089

DOI: 10.22141/1997-2938.2.37.2018.147844

Кутовий О.Б., Родинська Г.О., Балик Д.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Досвід лікування хворих із синдромом тяжкої механічної жовтяниці доброякісної етіології

Резюме. Проаналізовані результати лікування 67 хворих віком від 26 до 84 років із синдромом тяжкої механічної жовтяниці, що була обумовлена доброякісними причинами. Лікування починалось із призначення інтенсивної медикаментозної й інфузійної терапії протягом перших 2–3 днів. При неефективності останньої на першому етапі лікування використовували малоінвазивні методи декомпресії жовчних протоків (черезшкірно-черезпечінкове дренивання). Після нормалізації функції печінки на другому етапі виконували традиційні радикальні хірургічні операції (лапаротомію, холедохолітоекстракцію з холецистектомією й глухим швом холедоху, холедоходуоденостомію). За неможливості застосування малоінвазивних методів декомпресії жовчних протоків хірургічні втручання виконували на висоті жовтяниці (лапаротомію чи лапароскопію з холедохотомією й літоекстракцією й зовнішнім дрениванням холедоху за Холстедом — Піковським). Аналіз результатів лікування хворих із тяжкою механічною жовтяницею показав, що консервативна інтенсивна терапія була ефективна в 7,4 % випадків і привела до завершення тяжкої механічної жовтяниці без операцій, двохетапна хірургічна тактика була більш безпечною й дієвою.

Ключові слова: тяжка механічна жовтяниця; зовнішнє дренивання жовчного міхура й протоків; хірургічне лікування

Вступ

Своєчасна діагностика причин і лікування синдрому тяжкої механічної жовтяниці на сьогодні залишаються актуальними проблемами, що далекі від свого остаточного вирішення [1–4]. Питання вибору раціональної лікувальної тактики при даній патології залишаються відкритими [5]. Результати лікування захворювань, ускладнених тяжкою механічною жовтяницею, залежать від давності гіпербілірубінемії, рівня й причини obturації жовчних протоків [6, 7]. Хірургічні втручання, що виконуються на висоті жовтяниці, супроводжуються більш високою кількістю ускладнень і більшою летальністю порівняно з тими випадками, коли жовтяницю вдається ліквідувати до операції [8, 9]. Тому більшість авторів вважає за необхідне проводити лікування тяжкої механічної жовтяниці у два етапи [10–13]. На першому етапі виконують декомпресію жовчних протоків за допомогою одного з методів жовчовідведення, а на другому етапі, після суттєвого зменшення рівня білірубінемії, намагаються ліквідувати причину, яка

викликала механічну жовтяницю. Така тактика лікування дозволяє знизити летальність і зменшити кількість післяопераційних ускладнень [14]. У той же час на сьогодні немає чіткої позиції щодо вибору способів декомпресії, потреби й методу інверсії жовчі до шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Ціль дослідження — оцінка результатів комплексного лікування хворих із тяжкою механічною жовтяницею доброякісної етіології.

Матеріали та методи

Проведений ретроспективний аналіз лікування 67 хворих віком від 26 до 84 років із тяжкою механічною жовтяницею доброякісного генезу в обласній клінічній лікарні ім. І.І. Мечникова м. Дніпра з 2010 по 2015 рік. Серед них — 36 (53,7 %) жінок і 31 (46,3 %) чоловік. Середній вік пацієнтів був $61,4 \pm 5,7$ року. У структурі патології, що викликала тяжку механічну жовтяницю, переважав холедохолітиаз — 54 (80,6 %) випадки. Серед інших причин були: хронічний псевдотуморозний панкреатит —

8 (11,9 %), стенозуючий папіліт — 2 (2,9 %), цистаденома головки підшлункової залози — 1 (1,4 %), поліпоз великого дуоденального сосочка — 1 (1,4 %), стриктура холедоха — 1 (1,4 %). Діагностика синдрому механічної жовтяниці базувалася на даних анамнезу, скаргах, фізикальних, лабораторних та інструментальних методах дослідження. Як скринінговий метод усім без винятку пацієнтам проводили ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини й жовчних протоків. У сумнівних випадках виконували комп'ютерну томограму (КТ). З метою оцінки слизової шлунка й дванадцятипалої кишки (ДПК), визначення наявності або відсутності в ДПК жовчі, а також для огляду зони великого дуоденального сосочка проводили фіброгастроскопію.

Лікування хворих починали з проведення інфузійної терапії, що була направлена на підтримку гемодинаміки, відновлення адекватної мікроциркуляції й тканинної перфузії. Для цього використовували кристалоїдні глюкозо-сольові розчини, препарати, що покращують реологічні властивості крові, препарати білка, амінокислоти, кровозамінники, свіжозаморожену плазму. Обов'язковим компонентом лікування була профілактика ерозій і кровотеч із шлунково-кишкового тракту, для чого використовували антациди й інгібітори протонної помпи. За наявності холангіту призначали антибактеріальні препарати.

У разі неефективності консервативних заходів протягом 2–3 днів виконували зовнішнє дренування жовчних протоків у 31 (75,6 %) хворого, пункційну холецистостомію — у 10 (24,3 %), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) з ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) — у 5 (7,4 %).

Хворих було розподілено на три групи: I група (n = 41) — пацієнти, при лікуванні яких використовували двохетапну тактику, II група (n = 21) — хворі, яким хірургічне втручання виконували на висоті жовтяниці без попередньої декомпресії жовчних протоків. III група (n = 5) — хворі з псевдотуморозним панкреатитом, 3 — з холедохолітазом, у яких консервативна терапія виявилась повністю ефективною і привела до завершення жовтяниці.

У всіх оперованих хворих оцінювали динаміку зниження білірубину, аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ) у сироватці крові. Хворим першої групи після виконання зовнішнього дренування повертали жовч до шлунково-кишкового тракту різними способами. Інверсію жовчі починали з третьої доби після налагодження жовчовідтоку назовні. 24 (58,5 %) хворим повертали жовч *per os*, використовуючи при цьому обволікаючі й антисекреторні препарати для захисту слизової шлунка й стравоходу. 12 (29,3 %) хворим повертали жовч до шлунково-кишкового тракту за допомогою зонда, який при фіброгастроудоденоскопії був заведений за дуоденоєюнальний вигин.

Пацієнтам, які приймали жовч *per os*, повертали близько 30–40 % добової кількості. Прийом жовчі виконували через 10 хвилин після сніданку, розводячи її напоями, що містять лимонну кислоту, для нейтралізації гірких властивостей жовчі, що виключало появу печії й нудоти. Пацієнтам із шлунковими зондами повертали до ШКТ всю добову жовч через зонд. Критерієм можливості виконання хірургічних втручань був рівень білірубінемії нижче ніж 50 мкмоль/л.

У I групі другим етапом хірургічного лікування були виконані такі операції, як лапаротомія, холецистектомія, холедохолітоекстракція. У 35 (85,3 %) випадках втручання були завершені глухим швом холедоха. При цьому з метою декомпресії жовчних протоків залишали раніше встановлений під УЗД-контролем черезшкірний черезпечінковий дренаж. У 6 (14,6 %) випадках хірургічні втручання завершували накладанням холедоходуоденоанастомозу за Юрашем — Виноградовим. Показаннями для накладання холедоходуоденоанастомозу були: діаметр загальної жовчної протоки більше ніж 2 см наряду із сумнівним результатом контролю проходження зони великого дуоденального сосочка.

У другій групі хірургічні втручання, що виконували на висоті жовтяниці, — це лапаротомія, холецистектомія, холедохотомія й літоекстракція. При цьому в 10 (47,6 %) випадках використовували середню лапаротомію, в 5 (23,8 %) — лапароскопію. Усі операції в цій групі були завершені зовнішнім дренуванням загальної жовчної протоки за Холстедом — Піковським.

Статистичну обробку проводили за допомогою прикладної програми статистичного аналізу Statistica for Windows 6.0 [15]. Крім того, використано методи порівняльного аналізу й біостатистики. Перевірка гіпотези на нормальність розподілу кількісних ознак здійснювалася за критерієм Шапіро — Уїлка. Оцінка вірогідності розбіжностей середніх величин проводилася у випадку нормального розподілу за критерієм Стьюдента, в іншому — за критерієм Манна — Уїтні. Для оцінки розбіжностей якісних ознак використовували критерій хі-квадрат.

Результати та обговорення

У зв'язку з тим, що у хворих I і II груп лікувальна тактика була різною, порівняння результатів проводили відповідно до етапів надання допомоги: I етап — декомпресія жовчних протоків, II етап — радикальні операції. Часовий проміжок між першим і другим етапами лікування в I групі становив $24,0 \pm 3,5$ днів. У хворих II групи перший і другий умовні етапи збіглися за часом. Зниження рівня загального білірубину до 50 мкмоль/л спостерігалось в середньому впродовж $23,4 \pm 4,3$ днів після декомпресії жовчних протоків і за умов повернення жовчі до ШКТ у першій групі пацієнтів, в другій — $24,2 \pm 3,6$ днів після хірургічного втручання (рис. 1).

Оцінка динаміки зниження ферментів печінки АлАТ, АсАТ продемонструвала, що рівень цих показників змінювався значно швидше за рівень білірубину (рис. 2, 3).

Незважаючи на відсутність статистично вірогідних відмінностей між показниками у хворих обох груп, можна відмітити тенденцію до більш швидкої нормалізації функції печінки при попередній декомпресії жовчних протоків.

На першому етапі лікування у I групі хворих в 1 (2,4 %) випадку після черезшкірного черезпечінкового дренивання спостерігали дислокацію дренажу, в 1 (2,4 %) — підтікання жовчі в черевну порожнину, що призвело до формування біломи надпечінкового простору, яка була дренована. На другому етапі в 1 (2,4 %) випадку післяопераційний період ускладнився формуванням піддіафрагмального абсцесу, що потребувало виконання релапаротомії, а потім і додаткового дренивання черевної порожнини.

У другій групі в ранньому післяопераційному періоді відмічали внутрішньочеревну кровотечу, що призвело до летальності в 1 (4,8 %) випадку. На-

гноєння рани спостерігали в 3 (14,3 %) хворих. У 1 (4,8 %) пацієнта в результаті фістулографії було діагностовано резидуальний конкремент у загальній жовчній протоці, що потребувало виконання ЕРХПГ з ЕПСТ.

Результати хірургічного лікування хворих на механічну жовтяницю обох груп за окремими показниками подано в табл. 1.

Звертає на себе увагу те, що значення усіх показників хворих II групи перевищували відповідні у хворих I групи, при цьому частота формування післяопераційних гриж мала статистично вірогідні відмінності ($p < 0,05$).

Висновки

Отже, проведення інтенсивної консервативної терапії протягом перших діб після госпіталізації у 5 (7,4 %) випадках дало змогу домогтись ліквідації тяжкої механічної жовтяниці без операції. Двоетапна тактика хірургічного лікування хворих із тяжкою механічною жовтяницею супроводжувалась меншою кількістю ускладнень і меншою летальніс-

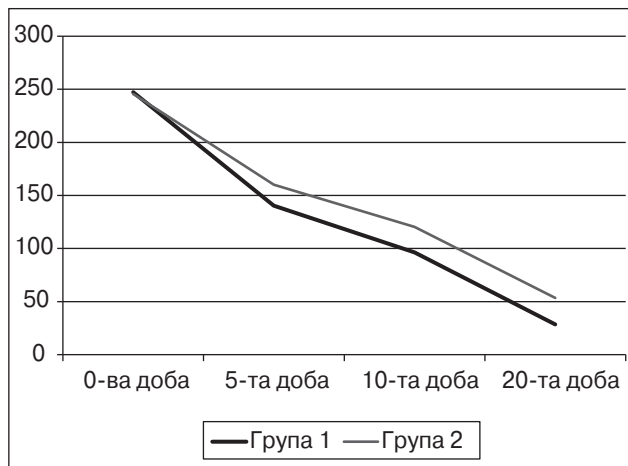


Рисунок 1. Зміни рівня білірубину крові у хворих на механічну жовтяницю після декомпресії жовчних протоків

Примітка: * — статистично вірогідні відмінності між відповідними показниками відсутні, $p > 0,05$.

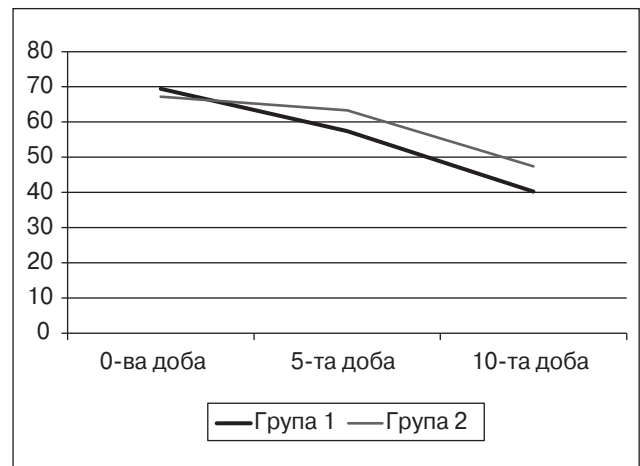


Рисунок 2. Зміни рівня АлАТ крові у хворих на механічну жовтяницю після декомпресії жовчних протоків

Примітка: * — статистично вірогідні відмінності між відповідними показниками відсутні, $p > 0,05$.

Таблиця 1. Результати хірургічного лікування хворих обох груп

Показники	I група (n = 41)	II група (n = 21)
Інтраопераційна крововтрата (мл)	178,4 ± 87,2	326,8 ± 76,4
Час операції (хв)	87,2 ± 19,8	95,03 ± 30,0
Час перебування в реанімаційному відділенні (днів)	1,3 ± 0,4	2,9 ± 1,1
Кількість і частота післяопераційних ускладнень (абс./%)	3/7,3	4/19,5
Летальність (абс./%)	0	1/4,8
Формування вентральних гриж у віддаленому післяопераційному періоді (абс./%)	2/4,9	5/23,8*

Примітка: * — вірогідність відмінностей між показниками, $p < 0,05$.

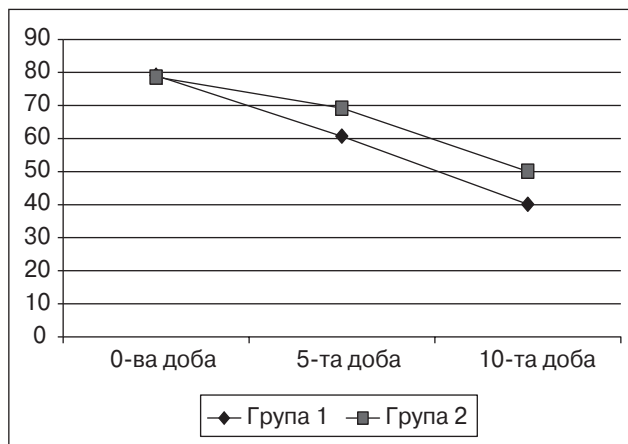


Рисунок 3. Зміни рівня АсАТ крові у хворих на механічну жовтяницю після декомпресії жовчних протоків

Примітка: * — статистично вірогідні відмінності між відповідними показниками відсутні, $p > 0,05$.

ттю. При цьому суттєвої різниці в загальному стані хворих залежно від способу повернення жовчі не було виявлено.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Ившин В.Г. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных с механической желтухой / В.Г. Ившин, О.Д. Лукичев. — Тула: Гриф и К, 2007. — 185 с.
2. Иванов Ю.В. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение // Хирургия. — 2008. — № 3. — С. 47-51.
3. Истомин Н.П. Двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом / Н.П. Истомин, С.А. Султанов, А.А. Архипов // Хирургия. — 2005. — № 1. — С. 48-50.
4. Шевченко Ю.Л. Диагностика и лечебная тактика при синдроме механической желтухи / Ю.Л. Шевченко // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — № 4(13). — С. 96-105.
5. Джаркенов Т.А. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом осложненным холедохолитиазом / Т.А. Джаркенов, А.А. Мовчун // Хирургия. — 2004. — № 3. — С. 13-17.
6. Бебезов Х.С. Результаты чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств в хирургии желчных путей / Х.С. Бебезов, Т.А. Осмонов, Б.Х. Бебезов // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — № 4. — С. 51-51.
7. Крышень В.П. Пути оптимизации лечебно-диагностической тактики у больных с неопухоловой обтурационной желтухой / В.П. Крышень, Д.Ю. Рязанов, В.Е. Кудрявцева // Гастроэнтерология. — 2015. — № 2. — С. 18-56.
8. Ничитайло М.Ю. Алгоритм диференційної і топічної діагностики механічної жовтяниці та мініінвазивної корекції прохідності магістральних жовчовивідних шляхів / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, А.Г. Дейниченко // Клінічна хірургія. — 2012. — № 2. — С. 5-10.
9. Даценко Б.М. Коррекция печеночной дисфункции у больных при обтурационной желтухе / Б.М. Даценко, В.Б. Борисенко, Т.И. Тамм [и др.] // Клінічна хірургія. — 2013. — № 4. — С. 9-12.
10. Eickhoff A. Long-term outcome of percutaneous transhepatic drainage for benign bile duct stenoses / A. Eickhoff, D. Schilling, R. Jakobs [et al.] // Roczn. Acad. Med. Białymst. — 2005. — Vol. 50. — P. 155-160.
11. Zhou P.H. Endoscopic biliary drainage for biliary obstruction / P.H. Zhou, L.Q. Yao, Y.Q. Zhang [et al.] // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. — 2003. — Vol. 2. — P. 598-601.
12. Park Y.S. Percutaneous treatment of extrahepatic bile duct stones assisted by balloon sphincteroplasty and occlusion balloon / Y.S. Park, J.H. Kim, Y.W. Choi [et al.] // Korean J. Radiol. — 2005. — Vol. 6. — P. 235-40.
13. Somnay K. Stones in the bile duct: endoscopic approaches. In Surgery of the liver and biliary tract / K. Somnay, D. Carr-Locke // Surgery of the Liver and Biliary Tract. — 2000. — P. 749-770.
14. Пьянкова О.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза / О.Б. Пьянкова, Ю.Б. Бусырев, Т.И. Карпунина // Медицинский альманах. — 2009. — № 2. — С. 173-176.
15. Ключин Д.А. Доказательная медицина / Д.А. Ключин, Ю.И. Петунин. — М.: Диалектика, 2007. — С. 320.

Отримано 07.12.2017 ■

Кутовой А.Б., Родинская Г.А., Балык Д.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина

Опыт лечения больных с синдромом тяжелой механической желтухи доброкачественной этиологии

Резюме. Проанализированы результаты лечения 67 больных в возрасте от 26 до 84 лет с синдромом тяжелой механической желтухи, которая была обусловлена доброкачественными причинами. Лечение начиналось с назначения интенсивной медикаментозной и инфузионной терапии в течение первых 2–3 суток. При неэффективности послед-

ней на первом этапе лечения использовали малоинвазивные методы декомпрессии желчных протоков (чрескожно-чреспеченочное дренирование). После нормализации функции печени вторым этапом выполняли традиционные радикальные хирургические операции (лапаротомию, холедохолитоэкстракцию с холецистэктомией и глухим швом

холедоха, холедоходуоденостомію). При неможливості використання малоінвазивних методів декомпресії желчних протоків хірургічні втручання виконували на висоті жовтухи (лапаротомію або лапароскопію з холедохотомією і літоекстракцією і зовнішнім дренируванням холедоха по Холстеду — Піковському). Аналіз результатів лікування хворих з важкою механічною жовтухою

показав, що консервативна інтенсивна терапія була ефективною в 7,4 % випадків і привела до розв'язання важкої механічної жовтухи без операцій, двохетапна хірургічна тактика була більш безпечною і дієвою. **Ключові слова:** тяжка механічна жовтуха; зовнішнє дренирування жовчного пухирця і протоків; хірургічне лікування

A.B. Kutovoy, G.A. Rodinskaya, D.V. Balyk

State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

Experience in treating patients with severe obstructive jaundice with benign cause

Abstract. We have analyzed treatment outcomes in 67 patients aged 26 to 84 years with severe obstructive jaundice with benign causes. Treatment began with the administration of intensive drug and infusion therapy during the first 2–3 days. When the latter was ineffective, at the first stage of treatment, minimally invasive methods of biliary decompression were used (percutaneous transhepatic cholangial drainage). After the normalization of liver function, at the second stage, traditional radical surgeries were performed (laparotomy, choledocholithoextraction with cholecystectomy and a blind suture of the choledochus, choledochoduodenostomy). If minimally invasive methods of biliary de-

compression cannot be used, surgical interventions (laparotomy or laparoscopy with choledochotomy and lithoextraction and external drainage of choledochus by Halsted-Pikovsky) were performed when manifestations of jaundice were maximal. Analysis of treatment outcomes in patients with severe obstructive jaundice showed that conservative intensive care was effective in 7.4 % of cases and led a resolution of severe obstructive jaundice without surgery, two-stage surgical approach was safer and more effective.

Keywords: severe obstructive jaundice; external drainage of the gallbladder and ducts; surgical treatment