



В. П. Крышень,
Д. Ю. Рязанов, А. А. Полюдов,
В. В. Задорожный, А. Г. Рубан

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

Днепропетровская медицинская
академия

Запорожская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

Резюме. В условиях комплексного динамического исследования у 99 больных обтурационной желтухой до и после оперативных вмешательств изучались показатели иммунитета, биохимические параметры, качественные и количественные характеристики спланхического кровообращения. Проведенные исследования показали, что у больных, у которых выполнялись миниинвазивные хирургические операции, преимущественно одноэтапные, наблюдалась наиболее благоприятная динамика показателей гомеостаза. Более того, некоторые параметры печеночного кровоснабжения оказывались более информативными и ранними признаками положительного хода после оперативных вмешательств, чем общеизвестные биохимические, в частности – билирубин. В работе доказана эффективность применения иммуномодулятора у больных в процессе комплексного консервативного лечения. Итогом работы стала разработка оптимальной тактической схемы диагностики и лечение обтурационной желтухи с приоритетом современных миниинвазивных и видеоэндоскопических методов.

Ключевые слова: синдром обтурационной желтухи, миниинвазивная хирургия, гомеостаз.

Введение

Одной из актуальных проблем современной хирургии является ранняя диагностика и выбор эффективного лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненной синдромом обтурационной желтухи (ОЖ) [3, 4, 8]. Во всех странах мира отмечается высокий уровень заболеваемости ЖКБ, достигая у лиц 60–70 лет 30–40 %; частота выявленных камней в желчных протоках составляет от 10 до 35 % [1, 2, 5, 7]. В 40–50 % случаев наблюдается сочетание стенозирующих поражений протоков с холедохолитиазом [9]. Усугубляют течение ЖКБ гнойно-септические осложнения, встречающиеся в 60–80 % [6-8].

Нарушения гомеостаза организма у больных ОЖ, развивающиеся в до- и раннем послеоперационном периоде и во многом определяющие характер осложнений, изучены еще недостаточно. Отсутствует и единый подход к выбору лечебной тактики у этих больных.

Цель исследования

Обосновать лечебно-диагностическую программу у больных с синдромом ОЖ, что позволит снизить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

Материалы и методы исследований

Под динамическим наблюдением находилось 99 прооперированных больных с ЖКБ, осложненной ОЖ. Средний возраст был

61,75±11,19 лет, большую часть больных составили женщины (соотношении 3:1) с анамнезом заболевания 5,1±1,4 лет. В зависимости от проводимого лечения, все больные были разделены на две группы:

1-я группа — 58 (58,6 %) больных, которым применялись современные малоинвазивные вмешательства (двухэтапным способом — 38 (65,5 %) и одномоментно — 20 (35,5 %).

2-я группа — 41 (42,4 %) больной, у которых выполнялась вторым этапом лапаротомия, чаще после эндоскопической коррекции желчеоттока.

Причинами обтурационного холестаза у больных обеих групп были холедохолитиаз на фоне ЖКБ, хронического калькулезного холецистита 66 (66,7 %); ПХЭС, рубцовая стриктура гепатикохоледаха 7 (7,07 %); ПХЭС, резидуальный холедохолитиаз — 21 (21,2 %); синдром Мириззи — 5 (5,1 %). Желтушный синдром имел место у 100 % больных. Повышение температуры тела до 38 °С отмечалось у 20 (34,5 %) больных 1-й и у 11 (26,8 %) больных 2-й групп соответственно. Триада Шарко была выявлена у 13 (22,4 %) больных 1-й группы и у 11 (26,8 %) больных 2-й группы. Клиническое обследование больных проводилось в соответствии со стандартами. Контрольную группу составили 17 практически здоровых человек.

С целью целенаправленного изучения специальных биохимических и иммунологических показателей крови в сыворотке кро-

ви определяли содержание меди, липидов (Л), активность гаммаглутамилтрансферазы (ГГТФ), уровень общего холестерина (Х), β -липопротеиды (β -ЛП), Х-липопротеиды (Х-ЛП), гексозамины (ГА), желчные кислоты (ЖК), церулоплазмина (ЦП), оксипролина (ОП), супероксиддесмутаза (СОД), липидный спектр крови и уровень эфиров холестерина.

Состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали по концентрации ЦП и СОД сыворотки крови. Использовали также коэффициент соотношения $СОД/ЦП \times 100$.

Определяли субпопуляционный состав лимфоцитов: CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+, CD25+, CD95+, HLA-DR+. Изучали гуморальное звено иммунитета (иммуноглобулины классов: IgA, IgM, IgG), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК), интерлейкины ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8 в сыворотке крови. Функциональную активность гранулоцитов оценивали в НСТ-тесте. Степень и формулу иммунных расстройств (ФРИС) определяли по Земскову А. М.

Инструментальные методы включали рентгенографию органов брюшной и грудной полости, УЗИ, ЭФГДС, ЭРПХГ. В ряде случаев применяли чрескожную гепатохолангиостомию (ЧГХС). Ультразвуковое сканирование с доплерографией выполнялось при госпитализации, на 3-5 и 7-11 сутки после операций в комбинации с ультразвуковой томографией (УЗТ). Изучали гемодинамику в наиболее значимых сосудах: общей печеночной артерии (ОПА), воротной и печеночной венах (ВВ, ПВ).

Результаты исследований и их обсуждение

Анализ биохимических показателей больных обеих групп при первичном обследовании показал достоверное их увеличение (табл. 1).

Наблюдалось увеличение следующих показателей: липиды у больных обеих групп в 1,43 раза; холестерин в 1,69 раза; Х – ЛП в 13,97 раза; ТГ – в 1,98 раза; ЖК – в 2,78 раза; ГГТ – в 8,43 раза; медь сыворотки крови – в 1,81 раза; коэффициент медь/ЦП – в 1,14 раза; ОП – в 1,70 раза; ГА – в 1,17; МСМ, мг/л, по белку – в 1,70 раза; МСМ, фотометрически, 210 – в 1,96 раза; МСМ, 254 – в 2,93 раза; МСМ, 280 – в 1,82 раза; ЩФ – в 4,80 раза; СОД – в 1,23 раза; К, ЦП/СОД – в 1,38 раза. Достоверных различий между группами больных при первичном обследовании в момент госпитализации не выявлено.

У больных 1-й группы на 3–5 сутки послеоперационного периода наблюдалась тенденция к восстановлению биохимических показателей; на 7-11 сутки отмечалось отсутствие достоверной разницы с показателями контрольной группы с сохранением достоверных различий ($p < 0,05$) с больными 2-й группы в аналогичные сроки. Длительное сохранение высокого уровня оксипролина свидетельствовало об усилении процессов фиброза. Повышение содержания церулоплазмина, медьсодержащих белков, СОД, К ЦП/СОД указывало на усиление перекисного окисления липидов (ПОЛ).

После малоинвазивных операций на 7–11 сутки отмечалась достоверная нормализация

Таблица 1

Динамика изменений биохимических показателей у больных 1 и 2 групп в динамике хирургического лечения

Биохимический показатель	Контрольная группа, n = 17	Группы больных					
		1 – я группа n = 58			2 – я группа n = 41		
		При госпитализации	3–5 сутки	7–11 сутки	При госпитализации	3–5 сутки	7–11 сутки
Липиды, г/л	6,0±0,7	8,56±0,33	7,46±0,21	6,29±0,18	8,61±0,32	7,80±0,23	6,73±0,21
Холестерин, ммоль/л	5,2±0,6	8,81±0,42	7,29±0,31	5,50±0,20	8,73±0,45	7,60±0,33	6,36±0,21
β -ЛП, ед	45,0±2,25	74,95±3,47	62,67±2,35	48,59±2,01	75,15±4,12	65,80±2,38	55,74±2,07
Х-ЛП, ед/мл	2,75±0,28	38,42±5,87	23,80±1,15	6,67±0,31	36,12±4,31	25,44±1,17	12,43±0,33
ТГ, ммоль/л	1,16±0,06	2,30±0,13	1,82±0,05	1,30±0,04	2,37±0,13	1,99±0,05	1,50±0,04
ЖК, ммоль/л	0,14±0,03	0,37±0,02	0,28±0,02	0,16±0,02	0,39±0,03	0,31±0,02	0,25±0,02
ГГТ, мккат/л	0,82±0,03	6,70±0,63	4,23±0,20	1,53±0,06	6,91±0,64	5,08±0,22	2,59±0,06
ЦП, мг/л	340,0±16,2	561,16±20,48	480,49±11,73	336,54±10,24	578,12±21,12	506,8±12,27	409,97±11,14
Медь, мкмоль/л	17,70±0,57	30,49±0,63	25,12±0,51	19,23±0,51	32,11±0,71	27,64±0,55	21,88±0,53
К, Медь/ЦП	7,70±0,15	8,76±0,12	8,21±0,10	7,79±0,10	8,78±0,24	8,55±0,11	8,2±0,10
ОП, мкмоль/л	136,04±4,3	223,56±9,91	187,68±7,52	146,55±3,22	231,18±9,97	200,74±7,81	164,59±3,56
ГА, ммоль/л	5,61±0,12	6,59±0,12	6,14±0,10	5,71±0,09	6,48±0,24	6,21±0,11	5,80±0,09
МСМ, мг/л	445,6±18,2	759,94±33,98	627,92±21,17	473,33±15,32	743,41±37,11	654,07±22,15	551,96±16,36
МСМ, 210 ед.о.п.	0,223±0,020	0,412±0,026	0,323±0,015	0,338±0,013	0,431±0,028	0,369±0,017	0,294±0,014
МСМ, 254 ед.о.п.	0,016±0,003	0,042±0,003	0,031±0,022	0,018±0,002	0,047±0,003	0,037±0,002	0,027±0,002
МСМ, 280 ед.о.п.	0,033±0,003	0,60±0,004	0,049±0,003	0,036±0,002	0,070±0,005	0,059±0,003	0,047±0,002
ФЛ, ммоль/л	83,12±4,16	91,40±4,25	88,01±4,15	84,12±3,78	93,15±4,35	89,95±4,17	86,04±3,87
ЩФ, ед/л	52,23±6,71	245,47±11,92	164,31±11,70	73,12±8,12	257,15±12,15	195,68±10,5	109,89±0,23
СОД, ус.ед	30,3±1,32	36,17±1,26	33,76±0,82	30,95±0,56	37,26±1,33	35,11±1,02	33,31±0,61
К, ЦП/СОД	11,22±0,05	15,51±0,03	14,23±0,03	10,87±0,04	15,52±0,02	14,43±0,05	12,70±0,04



показателей ПОЛ, липидного обмена, внутриклеточных ферментов. У больных 2-й группы, которым была выполнена лапаротомия, тенденция к восстановлению указанных параметров была выражена не столь четко.

Всем больным проводилось исследование иммунного статуса. Для дифференцированного анализа больные были распределены на три группы в соответствии со значениями общего билирубина крови, положенных в основу классификации тяжести ОЖ:

1-я группа — 43 больных с первой степенью тяжести синдрома ОЖ;

2-я группа — 44 больных со второй степенью тяжести синдрома ОЖ;

3-я группа — 12 больных с третьей и четвертой степенью тяжести синдрома ОЖ.

Как видно из табл. 2, отмечается вторичный иммунодефицит по супрессивному типу с недостаточностью Т-звена иммунитета на фоне активации В-клеток, находившийся в зависимости от тяжести патологического процесса, уровня билирубинемии. У больных 1-й группы был выявлен адекватный иммунный ответ за счет компенсаторных возможностей; у больных 2-й — наблюдалось максимальное напряжение на грани срыва компенсации для адекватного иммунного ответа; в 3-й группе выявлен неадекватный иммунный ответ, дисбаланс цитокиновой регуляции. Длительное сохранение высокого уровня ИЛ-1Ra, ИЛ-4,

ИЛ-6 расценивалось как неблагоприятный прогностический симптом, связанный с персистирующим гепатитом, нарастанием фиброза и цирротической трансформацией.

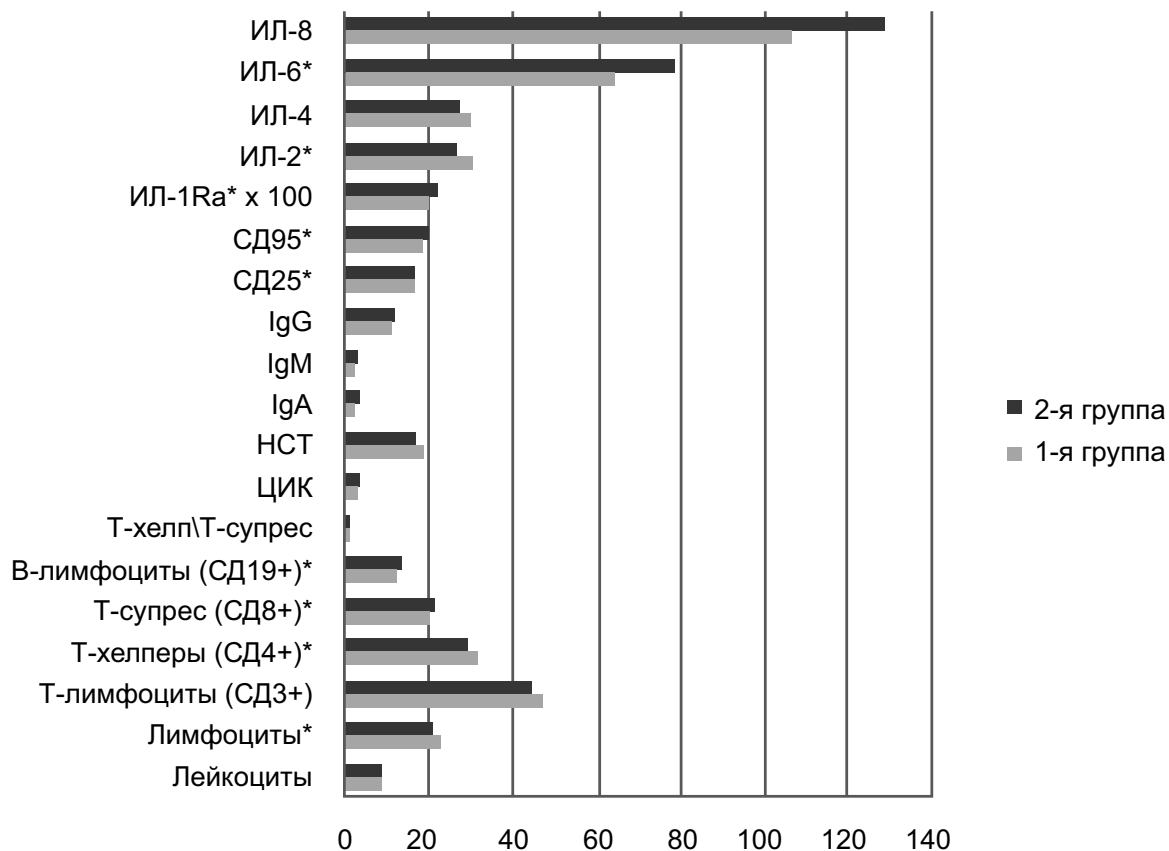
Наиболее тяжелое течение ОЖ характеризовалось выраженной иммунодепрессией со снижением содержания в периферической крови лимфоцитов менее 10 %; Т-хелперов (CD4+) до 2 раз; увеличения содержания В-клеток (CD19+) более 2 раз; снижением соотношения Т/В-лимфоцитов (CD3+/CD19+) до 1,1 и Т-хелпер/Т-супрессор (CD4+/CD8+) до 1,0; значительным увеличением ЦИК (в 6 и более раз), снижением содержания рецепторов CD25+ и HLA-DR+ и повышением CD95+ и CD16+; а также увеличением содержания ИЛ-1Ra более 3000 пг/мл, ИЛ-6 — более 100 пг/мл, ИЛ-8 — более 200 пг/мл и падением до субнормальных значений — ИЛ-2 и ИЛ-4.

Для уточнения влияния хирургических методов лечения на изучаемые показатели проведен их анализ перед выпиской больных. В зависимости от проводимого хирургического лечения больные разделены на две группы: 1-я — 30 человек, где выполнялись малоинвазивные операции; 2-я — 30 человек, у которых вторым этапом вмешательства была лапаротомия. Данные сравнительного анализа приведены на диаграмме, из которой следует, что в 1-й группе показатели иммунной системы более близки к своим контрольным значениям.

Таблица 2

Исходное состояние иммунитета у больных обтурационной желтухой неопухолевого генеза

Показатели	Группа			
	1-я, n=43	2-я, n=44	3-я, n=12	контрольная, n=17
Лейкоциты	12,71±0,42	13,03±0,61	17,81±0,79	6,26±0,36
Лимфоциты, %	17,67±1,76	18,50±1,08	11,12±1,17	28,2±0,45
Т-лимфоциты CD3+, %	36,76±1,5	36,17±1,29	30,67±1,04	54,88±0,29
Т-хелперы CD4+, %	22,41±1,03	24,44±1,11	16,11±1,29	38,92±0,39
Т-супрессоры CD8+, %	16,47±1,03	17,58±1,14	24,27±1,0	20,7±0,56
β-лимфоциты CD19+, %	21,15±1,24	21,75±1,51	27,63±1,14	12,89±0,59
Т/В	1,71±0,13	1,69±0,11	1,11±0,07	2,78±0,15
НСТ	19,17±1,04	21,8±1,16	27,4±1,21	14,1±0,81
ЦПА	0,35±0,05	0,44±0,08	0,76±0,06	0,20±0,01
Тх/Тс	1,51±0,08	1,47±0,07	1,05±0,09	1,98±0,09
ЦИК, ед.опт.пл.	5,24±0,05	9,04±0,59	12,94±0,36	2,74±0,15
IgA, г/л	3,15±0,37	3,26±0,48	4,99±0,34	2,22±0,14
IgM, г/л	1,91±0,08	1,52±0,08	0,98±0,06	1,88±0,06
IgG, г/л	17,51±0,66	15,17±0,54	12,58±0,45	13,90±0,18
CD25+, %	19,28±0,33	16,51±0,56	15,13±0,55	20,36±0,39
CD16+, %	22,16±0,54	25,03±0,54	27,97±0,89	19,92±0,43
CD95+, %	19,94±0,32	21,13±0,35	22,84±0,27	17,82±0,15
HLA-DR+, %	20,04±0,23	18,27±0,29	16,35±0,32	22,09±0,33
ИЛ1Ra пг/мл	1596,93±182,88	2866,61±204,52	3908,83±290,92	750±186
ИЛ-2 пг/мл	33,90±4,99	18,59±1,49	13,90±1,06	14,50±0,93
ИЛ-4 пг/мл	35,23±1,72	22,62±1,59	16,88±1,22	17,50±1,17
ИЛ-6 пг/мл	59,62±8,16	79,24±10,18	126,81±13,21	22,38±5,56
ИЛ-8 пг/мл	106,37±15,2	128,63±20,57	224,33±25,74	26,0±2,62



Діаграма. Іммунологічні показники у хворих ОЖ по закінченню лікування

Учитывая стойкие иммунные нарушения было принято решение провести иммуномодулирующую терапию. В исследование включены 40 больных, у которых в комплексе медикаментозной терапии применен «Глутоксим» внутримышечно в виде 3 % раствора (1 мл) в суточной дозе 30 мг в течение 10 дней. Для сравнения были взяты 59 больных, у которых этот препарат не применялся. По степени тяжести синдрома ОЖ больные обеих групп не отличались. Исследовали состояния звеньев иммунитета до и после окончания лечения. Результаты проведенных исследований представлены в таблице 3.

Следовательно, препарат способствовал восстановлению регуляторных функций иммунной системы, баланса между субпопуляциями Т-лимфоцитов. Это подтвердилось и при изучении активированных рецепторов на лимфоцитах CD25+, CD95+, CD16+, HLA-DR+: достоверным снижением содержания ИЛ-1Ra, ИЛ-8 и повышением – ИЛ-2 и ИЛ-4; тенденцией к нормализации иммунорегуляторного индекса. При этом сохранялся на достаточном уровне цитокиновый ответ и уменьшался дисбаланс между про- и противовоспалительными интерлейкинами. Такой положительной картины не наблюдалось в группе больных, у которых препарат «Глутоксим» не применялся.

Всем больным обеих групп проводилась доплерографическая сонография спланхического бассейна. На момент поступления наблюдали достоверное увеличение количественных показателей кровотока в ОПА: увеличение диаметра, максимальной (V_{max} м/с), минимальной (V_{min} м/с), усредненной во времени максимальной (TAMAX) и объемной (Q мл/мин) скоростей кровотока, пульсационного (Pi) и резистивного (Ri) индексов – что свидетельствует об артериализации печеночного кровотока. Одновременно с этим отмечали снижение количественных показателей кровотоков в ВВ: уменьшение диаметра, максимальной (V_{max} м/с), минимальной (V_{min} м/с), усредненной во времени максимальной (TAMAX) и объемной (Q мл/мин) скоростей кровотока.

Портально-артериальная инверсия в различной степени выраженности наблюдалась у всех больных и коррелировала со степенью тяжести ОЖ. На 3–5 сутки послеоперационного периода в 1-й группе наблюдалось снижение портально-артериальной инверсии и тенденция к восстановлению портального кровотока, на 7–11 сутки достоверной разницы с контрольной группой не было. Во 2-й группе, где выполнялась лапаротомия, портальный кровоток восстанавливался в более поздние сроки.

Состояние Т-клеточного и В-клеточного звеньев иммунитета у больных обтурационным холестазом в динамике лечения глутоксимом

Показатели	Группа				Контрольная, n=17
	1-я, n=40		2-я, n=59		
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	15,35 \pm 0,3	6,78 \pm 0,34	16,26 \pm 0,41	9,19 \pm 0,28	6,26 \pm 0,36
Лимфоциты, %	18,9 \pm 1,74	26,42 \pm 1,07	16,0 \pm 1,14	21,89 \pm 0,95	28,2 \pm 0,45
Т-лимфоциты (CD3+), %	34,57 \pm 1,28	51,58 \pm 1,46	33,67 \pm 1,23	45,69 \pm 1,41	54,88 \pm 0,29
Т-хелперы, (CD4+), %	24,36 \pm 1,25	36,33 \pm 1,48	22,74 \pm 1,28	30,42 \pm 1,32	38,92 \pm 0,39
Т-супрессоры (CD8+), %	16,08 \pm 1,04	21,67 \pm 1,03	15,31 \pm 1,12	20,95 \pm 0,91	20,7 \pm 0,56
В-лимфоциты (CD19+), %	24,36 \pm 1,09	18,33 \pm 1,14	25,44 \pm 1,24	18,21 \pm 1,08	12,89 \pm 0,59
Тх/Тс	1,51 \pm 0,04	1,75 \pm 0,05	1,48 \pm 0,09	1,45 \pm 0,11	1,98 \pm 0,09
ЦИК, ед.опт.пл.	5,89 \pm 0,45	3,92 \pm 0,31	6,52 \pm 0,67	3,62 \pm 0,18	2,74 \pm 0,15
НСТ, %	22,27 \pm 1,03	15,83 \pm 1,01	22,0 \pm 0,75	18,2 \pm 1,1	14,1 \pm 0,81
IgA, г/л	3,32 \pm 0,35	3,27 \pm 0,28	3,24 \pm 0,25	3,21 \pm 0,28	2,22 \pm 0,14
IgM, г/л	1,54 \pm 0,05	1,52 \pm 0,06	2,34 \pm 0,08	2,71 \pm 0,07	1,88 \pm 0,06
IgG, г/л	17,4 \pm 0,59	16,27 \pm 0,51	14,24 \pm 0,57	11,69 \pm 0,65	13,90 \pm 0,18
CD25+, %	17,06 \pm 0,27	19,42 \pm 0,39	16,85 \pm 0,34	17,03 \pm 0,29	20,36 \pm 0,39
CD16+, %	24,38 \pm 1,15	20,92 \pm 0,55	25,58 \pm 0,85	20,63 \pm 1,03	19,92 \pm 0,43
CD95+, %	19,94 \pm 0,11	17,25 \pm 0,23	20,85 \pm 0,13	19,42 \pm 0,31	17,82 \pm 0,15
HLA-DR+, %	20,33 \pm 0,21	22,92 \pm 0,34	18,64 \pm 0,29	19,51 \pm 0,49	22,09 \pm 0,33
ИЛ1Ra пг/мл	2790,79 \pm 226,11	1530,15 \pm 140,3	2820,15 \pm 201,12	2115,36 \pm 151,11	750 \pm 186
ИЛ- 2 пг/мл	22,13 \pm 2,51	39,15 \pm 2,57	20,31 \pm 2,11	28,92 \pm 2,19,2	14,50 \pm 0,93
ИЛ- 4 пг/мл	24,91 \pm 1,51	35,31 \pm 1,73	24,10 \pm 1,52	28,35 \pm 1,53	17,50 \pm 1,17
ИЛ- 6 пг/мл	88,56 \pm 10,52	58,09 \pm 7,31	86,11 \pm 10,12	72,13 \pm 8,17	22,38 \pm 5,56
ИЛ- 8 пг/мл	153,11 \pm 20,50	79,12 \pm 6,2	157,31 \pm 11,3	112,53 \pm 10,2,2	26,0 \pm 2,62

При сравнении результатов доплеровской сонографии и биохимических показателей крови в послеоперационном периоде выявлена более ранняя положительная динамика показателей печеночного кровотока (3–5-е сутки), чем биохимических параметров (7–11-е сутки).

При анализе результатов оперативного вмешательства больные были разделены на 4 подгруппы в зависимости от особенностей оперативного лечения и хирургической тактики.

1. У 20 больных ЖКБ с резидуальным или рецидивным холедохолитиазом приоритетным был одномоментный эндоскопический метод лечения: ЭПСТ с литоэкстракцией. ЭПСТ выполняли канюлизационным способом либо с помощью игольчатого торцевого папиллотомы, литоэкстракцию – корзинками Дормиа или Сегура.

2. У 38 больных ЖКБ с хроническим или острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом успешно применялся двухмоментный малоинвазивный способ хирургического лечения: первым этапом проводилась ЭПСТ с литоэкстракцией; вторым – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с холедохоскопией и ревизией холедоха и установкой в него дренажа.

3. У 30 больных ЖКБ с синдромом Мириizzi, билиодигестивным свищем, технически неустраняемым конкрементом гепатикохоледоха проводили двухмоментное комбинированное

хирургическое лечение. Первым этапом проводилось ЭПСТ с назобилиарным дренированием. После достижения билиарной декомпрессии выполнялась холангиография и лапаротомная холецистэктомия, холедохолитотомия с ревизией внепеченочных желчных путей и дренированием гепатикохоледоха по Керу.

4. У 11 больных ЖКБ с парапапиллярными дивертикулами ДПК, продленным стенозом дистального отдела холедоха, технически невыполнимым эндоскопическим вмешательством на БСДК проводилось двухмоментное хирургическое лечение с использованием интервенционной сонографии с предварительной ЧЧХС. Вторым этапом выполнялась лапаротомия с холедохолитотомией, ревизией внепеченочных желчных протоков, наружным или внутренним дренированием холедоха.

Анализ результатов оперативных вмешательств представлен в табл. 4.

Таким образом, одномоментное либо двухмоментное малоинвазивное вмешательство является эффективным и наименее травматичным методом коррекции данного заболевания, что позволяет снизить частоту послеоперационной летальности с 12,2 до 1,7 % ($\chi^2=4,63$; $P<0,05$), послеоперационных осложнений с 24,4 до 6,7 % ($\chi^2=6,05$; $P<0,05$), продолжительность госпитализации с 17,3 \pm 2,0 до 10,1 \pm 1,5 суток ($t=2,93$; $P<0,05$).

Результаты хирургического лечения больных ЖКБ, осложненной ОЖ

Показатели	Группы оперированных больных							
	1-я группа, n=58				2-я группа, n=41			
	1-я подгруппа		2-я подгруппа		3-я подгруппа		4-я подгруппа	
	n=20	%	n=38	%	n=30	%	n=11	%
Послеоперационная летальность	0	0	1	2,6	3	10	2	18,2
Итого:	n=1		1,7%		n=5		12,2%	
Послеоперационные осложнения	1	5	3	7,9	6	20,3	4	27,35
Итого:	n=6		6,7%		n=10		24,4%	
Продолжительность госпитализации, сут.	8,6±0,6		11,6±0,9		15,3±1,8		19,3±2,2	
Итого:	10,1±1,5				17,3±2,0			

Выводы

1. Комплексное обследование больных с применением иммунологических, биохимических исследований и оценкой показателей печеночного кровотока позволяет оценить степень нарушения гомеостаза и провести целенаправленную предоперационную подготовку.

2. Применение малоинвазивных хирургических вмешательств заметно улучшает резуль-

таты лечения больных ОЖ. Транспапиллярное дренирование способствует быстрому купированию ОЖ и холангита, позволяя выполнить отсроченное адекватное хирургическое вмешательство.

3. При средней и тяжелой степени ОЖ показана иммуномодулирующая терапия препаратом «Глутоксим».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Возможности* доплерографической сонографии в оценке функционального состояния печени при механической желтухе / И. И. Затевахин, М. Ш. Цициашвили, Г. Ж. Дзарасова [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2001. Том 6, № 1. — С. 113-124.

2. *Выбор* хирургической тактики у больных с механической желтухой доброкачественного генеза / А. С. Никоненко, С. Н. Завгородний, Н. Г. Головкин [и др.] // *Материалы 22 съезда хирургов Украины*. Винница, — 2010. — С. 12.

3. *Годлевский А.И.* Перспективы повышения эффективности комплексной предоперационной лечебной программы у больных с осложненными формами доброкачественной обтурационной желтухи. / А. И. Годлевский, С. И. Саволюк // *Хирургия Украины*. — 2008, — № 4 (28), приложение № 1. [Сб. Актуальные вопросы современной хирургии]. — С. 60-61.

4. *Дронов О. И.* Изменение мицеллярности и литогенности желчи под влиянием чрезкожной электростимуляции и энтеросорбции у больных с обтурационной желтухой неопухолового генеза / О. И. Дронов, О. И. Прилуцкий // *Клиническая хирургия*. — 2010. — № 5. — С. 29-32.

5. *Захараш М. П.* Хирургия единого лапароскопического доступа — новое направление миниинвазивной

хирургии. / М. П. Захараш, Ю. М. Захараш, Е. В. Усова // *Хирургия Украины*. — 2010. — № 3(35). — С. 100-110.

6. *Лечение* механической желтухи, осложненной холангитом, у больных с крупным холедохолитиазом. / С.Г. Шаповальянц, А. Г. Мыльников, А. Г. Паньков [и др.] // *Материалы городского семинара*, т. 208. — М.: НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, 2009. — С. 6-8.

7. *Литвиненко О. М.* Использование поляризационной микроскопии протоковой желчи в диагностике микрохоледохолитиаза у больных с разными формами проявления желчекаменной болезни / О. М. Литвиненко, И. И. Лукеча // *Хирургия Украины*. — 2008. — № 4 (28), приложение №1. [Сб. Актуальные вопросы современной хирургии]. — С. 156-157.

8. *Малоинвазивные* оперативные вмешательства у больных с механической желтухой / В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, Л. А. Ковальчук, Д. В. Герасимов // *Материалы 22 съезда хирургов Украины*. — Винница, 2010, — С. 9.

9. *Транспапиллярные* вмешательства у больных с осложненным холедохолитиазом. / В. В. Хацко, А. Д. Шаталов, С. А. Шаталов [и др.] // *Украинский журнал хирургии*. — 2011. — № 1 (10). — С. 124-127.



ЛІКУВАЛЬНО-
ДІАГНОСТИЧНА
ТАКТИКА У ХВОРИХ НА
СИНДРОМ ОБТУРАЦІЙНОЇ
ЖОВТЯНИЦІ

*В. П. Кришень,
Д. Ю. Рязанов,
О. А. Полудов,
В. В. Задорожний,
А. Г. Рубан*

Резюме. В умовах комплексного динамічного дослідження у 99 хворих на обтураційну жовтяницю до та після оперативних втручань вивчались показники імунітету, біохімічні параметри, якісні та кількісні характеристики спланхнічного кровообігу. Проведені дослідження показали, що у хворих, у яких виконувались мініінвазивні хірургічні операції, переважно одноетапні, спостерігалась найбільш сприятлива динаміка показників гомеостазу. Більш того, деякі параметри печінкового кровопостачання виявлялись більш інформативними і ранніми ознаками позитивного перебігу після оперативних втручань, ніж загальновідомі біохімічні зокрема білірубін. В роботі доведена ефективність застосування імуномодулятора у хворих в процесі комплексного консервативного лікування. Підсумком роботи стала розробка оптимальної тактичної схеми діагностики і лікування обтураційної жовтяниці з пріоритетом сучасних мініінвазивних та відеоендоскопічних методів.

Ключові слова: *синдром обтураційної жовтяниці, мініінвазивна хірургія, гомеостаз.*

TREATMENT AND
DIAGNOSTIC TACTICS AT
OBSTRUCTIVE JAUNDICE
SYNDROME

*V. P. Kryshen,
D. Yu. Riazanov,
A. A. Poludov,
V. V. Zadorozhnyi,
A. G. Ruban*

Summary. The 99 patients with obstructive jaundice syndrome were observed in dynamics during of surgery. There are conducted such a complex of clinical, immunological, biochemical, splanchnico-hemodynamics research. Our data revealed the more beneficial picture related to homeostasis parameters in cases where the mini-invasive procedures was involved. The early positive signs from hepatic hemodynamics in postoperative time was vividly showed. Implementation of immunoactive remedy was grounded on proper comparison of investigation groups and this effects was confirm. As a final result of conducting research turned out to elaborate the optimal diagnostic and treatment tactics relating to patients with obstructive jaundice syndrome underlining the priority of one-moment mini-invasive surgery.

Key words: *obstructive jaundice syndrome, mini-invasive surgery, homeostasis.*