

УДК 616.36-008.5-007.272-08-059

© П.Г. КОНДРАТЕНКО<sup>1</sup>, М.В. КОНЬКОВА<sup>1</sup>, М.Л. СМІРНОВ<sup>1</sup>, О.М. МЕЛЬНИК<sup>2</sup>Донецький національний медичний університет<sup>1</sup>, Військовий медичний клінічний центр західного регіону<sup>2</sup>, м. Львів

## Тактичні підходи до лікування обтураційної жовтяниці

P.H. KONDRATENKO<sup>1</sup>, M.V. KONKOVA<sup>1</sup>, M.L. SMYRNOV<sup>1</sup>, O.M. MELNYK<sup>2</sup>Donetsk National Medical University<sup>1</sup>, Military Medical Clinical Centre of the West Region<sup>2</sup>, Lviv

### TACTICAL APPROACHES TO THE TREATMENT OF OBTURATIONAL JAUNDICE

Вивчено результати комплексного обстеження та лікування 763 хворих на обтураційну жовтяницю різної етіології. У лікуванні пацієнтів за показаннями використовували міні-травматичні пункційні, ендоскопічні та лапароскопічні втручання, а також традиційні лапаротомні операції. Лікування хворих на обтураційну жовтяницю різної етіології доцільно проводити у декілька етапів. Етапність визначається наявністю причини біліарного блоку та ступенем печінкової і поліорганної недостатності.

Results of complex examination and treatment of 763 patients with obturational jaundice of different etiology were studied. In treatment of these patients minitraumatic punctured, endoscopic and laparoscopic interventions and also traditional laparotomy surgeries were used by indications. Treatment of patients with obturational jaundice of different etiology expediently to perform in several stages. Staging determines by cause of biliary block and degree of liver and polyorganic failure.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Обтураційна жовтяниця є загрозливим для життя ускладненням досить великої кількості захворювань панкреатобіліарної системи. Основною причиною загибелі пацієнтів з обтураційною жовтяницею є прогресуюча поліорганна недостатність на ґрунті інтоксикації. Різна етіологія непрохідності жовчного тракту визначає різні тактичні підходи в його хірургічному лікуванні. Тривалість жовтяниці та ступінь компенсації печінкової дисфункції зумовлюють швидкість розвитку інтоксикаційного синдрому поліорганної недостатності, а, відповідно, й необхідність використання різних оперативних втручань, які визначатимуть лікувальну тактику. Однак, у зв'язку з узагальненістю патологічних змін гомеостазу на ґрунті обтураційного холестазу, в більшості лікувальних заходів тактика їх використання подібна.

**Мета роботи:** визначення тактичних підходів до лікування обтураційної жовтяниці різної етіології.

**Матеріали і методи.** Протягом 2006–2008 рр. у клініці хірургії на лікуванні перебувало 810 пацієнтів, які були госпіталізовані із попереднім діагнозом обтураційної жовтяниці. Вік хворих: 22–89 років. Хворих приймали в стаціонар в строк від 2 до 37 діб із моменту перших зовнішніх проявів жов-

тяниці. В комплекс обстеження були включені: клінічне дослідження, лабораторні біохімічні, сонографічні та ендоскопічні дослідження пацієнта.

У лікуванні хворих за показаннями використовувалися міні-травматичні пункційні, ендоскопічні та лапароскопічні втручання, а також традиційні лапаротомні операції.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Інструментальне обстеження пацієнтів у всіх випадках починалося із сонографічного дослідження черевної порожнини. Основною ознакою, яка дозволяла встановити обтураційний характер жовтяниці, було розширення загальної жовчної протоки більше 8 мм. Після проведеного обстеження механічна природа жовтяниці виключена у 47 (5,8 %) пацієнтів. У 2 із них паренхіматозний характер жовтяниці встановлено після смерті, хворі були госпіталізовані у вкрай тяжкому стані та померли у найближчі 12 год від прогресуючої печінкової недостатності. Таким чином, летальність у даній групі складала 4,2 %.

Обтураційну жовтяницю підтверджено у 763 (94,2 %) хворих, госпіталізованих у стаціонар.

Всім пацієнтам, яких прийняли, протягом перших 24 год їх перебування в стаціонарі проводили комплексну консервативну терапію, виконували лабораторне дообстеження, проводили соногра-

фічний моніторинг. При визначенні подальшої тактики лікування хворого враховували тривалість захворювання, показники білірубінемії, сонографічні дані.

У 48 (6,3 %) хворих, в яких при сонографічному дослідженні виявилось розширення холедоха без будь-яких змін його отвору, а також без патологічних змін у головці підшлункової залози, був запідозрений папілостеноз із наявністю мікрохоледохолітіазу. За відсутністю запальних змін у жовчному міхурі, при рівні вмісту білірубину крові менше 100 мкмоль/л та незалежно від тривалості жовтяниці, виконувалася дуоденоскопія протягом перших 48 год із моменту госпіталізації. При візуальному підтвердженні змін великого сосочка дванадцятипалої кишки виконували ендохірургічні транспапільярні втручання (ЕХТВ) – ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ). У даній групі оперативне лікування мало одноетапний характер, використано в 42 (87,5 %) хворих. При білірубінемії вище 100 мкмоль/л на першому етапі виконували зовнішнє жовчовідведення (холецисто- або холангіостомія) із подальшим проведенням ЕПСТ після стабілізації стану хворого і зниження ступеня поліорганної дисфункції. Таке двоетапне лікування папілостенозу проводили 6 (12,5 %) пацієнтам. Летальних випадків не було.

Причиною порушення прохідності жовчних шляхів у 611 (80,1 %) пацієнтів був холедохолітіаз. Резидуальний або рецидивний холедохолітіаз відмічено у 159 (26 %) хворих, холедохолітіаз у поєднанні з хронічним калькульозним холециститом – у 299 (48,9 %) пацієнтів, холедохолітіаз у поєднанні з гострим калькульозним холециститом – у 153 (25,1 %) хворих.

Серед пацієнтів із резидуальним або рецидивним холедохолітіазом після виконаної раніше холецистектомії перевагу віддавали одноетапній лікувальній тактиці – ЕПСТ у перші 48 год із моменту госпіталізації хворого. Ендохірургічні втручання виконані 148 (93,1 %) хворим, у післяопераційному періоді 2 (1,4 %) пацієнти померли від некомпенсованої печінкової недостатності. В 11 випадках, коли ЕХТВ були неефективними, за екстреними показаннями проводили холедохолітотомію із зовнішнім дренажуванням холедоха. Випадків післяопераційної летальності при лапаротомних втручаннях не спостерігали. Загальна летальність при резидуальному/рецидивному холедохолітіазі склала 1,3 %.

Подібною є лікувальна тактика при холедохолітіазі у поєднанні із хронічним або гострим катаральним холециститом. Першим етапом, у разі, коли рівень білірубінемії не перевищував 100 мкмоль/л,

незалежно від тривалості жовтяниці, виконували дуоденоскопію із папілосфінктеротомією та механічною літоекстракцією. Другим етапом, після регресії проявів обтураційної жовтяниці, виконували лапароскопічну холецистектомію. Така тактика використана в 314 хворих: 221 (73,9 %) пацієнту із хронічним калькульозним холециститом та 93 (85,3 %) пацієнтам із гострим катаральним калькульозним холециститом. У післяопераційному періоді летальних випадків не відмічено.

У 16 (14,7 %) хворих із гострим катаральним та у 55 (18,4 %) пацієнтів із хронічним калькульозним холециститом тривалість жовтяниці складала більше 14 діб, рівень білірубінемії перевищував 100 мкмоль/л, мали місце ознаки поліорганної дисфункції, у зв'язку з чим використана триетапна лікувальна тактика. Першим етапом виконана зовнішня декомпресія біліарного тракту: 50 пацієнтам проведено міні-інвазивні втручання під сонографічним контролем, 21 хворому – традиційну зовнішню холецистостомію. Другий етап мав місце після регресії проявів поліорганної дисфункції, виконувалися ЕХТВ із механічною літоекстракцією. Третім етапом виконували лапароскопічне видалення жовчного міхура. Прогресування поліорганної недостатності призвело до загибелі 6 пацієнтів (2 із гострим катаральним та 4 із хронічним калькульозним холециститом) після проведення холецистостомії. Післяопераційна летальність склала 5,6 %.

Спроби ліквідувати холедохолітіаз шляхом ЕХТВ були неефективними у 23 (5,1 %) хворих, що потребувало лапаротомного втручання на жовчних шляхах. У післяопераційному періоді померли 3 (13 %) хворих.

При виявленні під час сонографії деструктивних змін у стінці жовчного міхура, незалежно від вмісту білірубину крові та тривалості жовтяниці, використовували триетапну лікувальну тактику, аналогічну описаній вище. Першим етапом виконували міні-інвазивну або традиційну зовнішню холецистостомію, другим – ЕХТВ, третім – лапароскопічну холецистектомію. Подібна тактика була використана у 41 (26,8 %) пацієнта із гострим калькульозним холециститом. Післяопераційна летальність склала 2,4 %.

З приводу перитоніту на фоні холедохолітіазу та обтураційної жовтяниці оперовано 3 хворих. У всіх причиною перитоніту був гострий деструктивний холецистит.

При діагностованій пухлині панкреатобіліарної зони (104 хворих – 13,6 %) перевагу віддавали двоетапній лікувальній тактиці. На першому етапі виконували зовнішнє дренажування жовчних шляхів – пункційну холецисто- або холангіостомію під УЗ-

контролем або ендоскопічне назобіліарне дронування. Другий етап полягав у накладанні білідигестивного анастомозу.

На першому етапі ЕХТВ виконано 55 хворим, з них ЕПСТ із назобіліарним дронуванням – 43 пацієнтам (померли 3 хворих – летальність 7,9 %), ЕПСТ і біліарне стентування – 12 пацієнтам (летальних випадків не було). Холецисто- або холангіостомія для зовнішнього жовчовідведення виконані 49 хворим, в післяопераційному періоді летальність досягла 29,6 %. Загальна післяопераційна летальність становила 16,3 %.

На другому етапі виконано лапаротомію тільки 41 хворому, в 32 випадках накладено обхідні білідигестивні анастомози, в 9 пацієнтів діагностовано тотальний канцероматоз, у зв'язку з чим хворі визнані неоперабельними. Загальна післяопера-

ційна летальність після виконаних лапаротомій склала 9,8 %.

**Висновок.** Лікування хворих на обтураційну жовтяницю різної етіології доцільно проводити у декілька етапів. Етапність визначається наявністю причини біліарного блоку та ступенем печінкової і поліорганної недостатності. Оцінювати печінкову недостатність можна за тривалістю зовнішніх проявів жовтяниці та рівнем білірубінемії. Одноетапне лікування можливе при папілостенозі та холедохолітіазі після перенесеної раніше холецистектомії при тривалості жовтяниці менше ніж 14 діб та вмісту білірубіну менше за 100 мкмоль/л. В інших випадках необхідне лікування у два або три етапи, при цьому основним завданням першого етапу є забезпечення адекватної зовнішньої біліарної декомпресії.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ермолов А.С., Дасаев И.А., Юрченко С.В. Выбор лечебной тактики при обтурационной желтухе и холангите // Материалы Первого московского международного конгресса хирургов. – М., 1995. – С. 245–246.
2. Жилина Н.М., Ившин В.Г., Якунин А.Ю. Оценка эндотоксикоза у больных с опухолевой желтухой при декомпрессии желчных путей // Вестник новых медицинских технологий. – 2001. – № 1-2. – С. 57–60.
3. Клименко Г.А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение). – М.: Медицина, 2000. – 224 с.
4. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф., Конькова М.В., Стукало А.А. Экстренная хирургия желчных путей: Руководство для врачей / Под ред. проф. П.Г. Кондратенко. – Донецк: Лебедь, 2005. – 434 с.
5. Козырев М.А. Лечение острой печеночной недостаточности при обтурационной желтухе // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 42–45.
6. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А.Л. Минимальноинвазивная хирургия желчных путей. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.
7. Puskas T., Kiraly I. Percutaneous gallbladder puncture and drainage // Orv Hetil. – 2000. – № 141 (43). – P. 2343–2346.

Отримано 30.08.10