

УДК 616.366-003.7-06:616.36-008.51]-089

*В.И. Лупальцов, И.А. Дехтярук, А.И. Ягнюк, Р.С. Ворощук, В.В. Мельников***ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ***Харьковский национальный медицинский университет*

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 96 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. Женщин было 57 (59,4%), мужчин – 39 (40,6%). Острая механическая желтуха наблюдалась у 49 (51,0%) больных, острая затяжная – у 35 (36,5%) и хроническая желтуха имела место у 12 (12,5%) больных. Комплекс диагностической программы предполагал ультразвуковое исследование гепатодуоденальной зоны, эндоскопическое исследование большого дуоденального сосочка и релаксационную дуоденографию. Объем оперативного вмешательства включал холецистэктомию (n=96) – холедохолитотомию (n=96), дополненную супрадуоденальной холедоходуоденостомией (n=8), и трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой (n=5). Операцию заканчивали дренированием холедоха по Холстеду, а подпеченочного пространства – перчаточнo-трубочным дренажом. Умерло 4 (4,2%) больных пожилого и старческого возраста с хронической механической желтухой и выраженной патологией систем жизнеобеспечения. У больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой, имеются выраженные нарушения гомеостаза организма, обусловленные желчной гипертензией, которые прямо пропорциональны ее длительности. Профилактику и лечение печеночной недостаточности следует проводить с момента поступления больного в хирургический стационар, независимо от сроков и тяжести холемии.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, механическая желтуха, хирургическая коррекция желчеоттока.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), осложненная острым деструктивным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой, занимает одно из первых мест среди ургентной хирургической патологии органов брюшной полости [1, 13]. Холедохолитиаз встречается у 7-19% больных с ЖКБ [2-4] и является наиболее частой причиной развития обтурационной желтухи (21,4-68,1%) [5-7].

Обтурационная желтуха вызывает прогрессирующую желчную гипертензию, нарушения артериального и портального кровотока, ишемию печени, поражение гепатоцитов, повреждение слизистой желчных путей с транслокацией бактерий в системный кровоток, снижение иммунного статуса с последующим развитием вначале печеночной, а затем полиорганной недостаточности [8, 9, 10].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние годы в хирургическом лечении обтурационных желтух, полученные результаты не могут удовлетворить хирургов, прежде всего из-за высокой послеоперационной летальности, достигающей 10-15% [3, 7, 11]. Особую актуальность эта тема приобретает у больных пожилого и старческого возраста,

где течение заболевания усугубляется сопутствующей патологией жизненно важных систем.

**Цель работы** – изучить результаты хирургической коррекции больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом с механической желтухой и разработать оптимальные способы коррекции, улучшающие результаты лечения у этой категории больных.

**Материал и методы.**

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 96 больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. Женщин было 57 (59,4%), мужчин – 39 (40,6%). Возраст больных варьировал от 25 до 86 лет. Следует отметить, что большинство больных (62 или 64,6%) были лица пожилого и старческого возраста. До 6 час с момента заболевания в хирургический стационар поступили 5 (5,2%) больных, до 24 час – 41 (42,7%), до 48 час – 12 (12,5%), и позже 48 час – 38 (39,6%) больных. Основная причина поздней госпитализации – поздняя обращаемость за медицинской помощью.

При поступлении в стационар у 47 (49,0%) больных отмечалась желтушность кожных по-

кровов и билирубинемия, у 37 (38,5%) – повышенное содержание билирубина в крови и иктеричность склер появились спустя сутки после госпитализации, у 12 (12,5%) больных желтушность кожных покровов и холемия были выявлены на 2-3 сутки консервативной терапии.

Сопутствующая патология различных органов и систем была выявлена у 59 (61,5%) больных, причем у некоторых пациентов были выявлены хронические заболевания, поражающие несколько систем организма. Как правило, это были больные пожилого и старческого возраста. Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца были отмечены у 59 (61,5%) больных, заболевания органов дыхания – у 33, сахарный диабет – у 6, ожирение IIIIV степени – у 8, хронический пиелонефрит – у 5, другие заболевания – у 5 больных.

Согласно классификации В.Е.Смирнова (1974) [12] острая механическая желтуха наблюдалась у 49 (51,0%) больных, острая затяжная – у 35 (36,5%) и хроническая желтуха (холемия больше 1 мес.) имела место у 12 (12,5%) больных.

Оценка тяжести состояния больных с ЖКБ, осложненной обтурационной желтухой, проводилась согласно интегральной шкале АРАСНЕ-2 и расценивалась как удовлетворительное состояние у 14 (14,6%) больных, средней тяжести – у 63 (65,6%) и тяжелое – у 19 (19,8%) больных.

Кроме общепринятых клинико-лабораторных и инструментальных исследований всем больным проводили биохимические исследования, почечные и печеночные пробы, определяли уровень интоксикации и состояние иммунореактивных сил организма. В комплекс диагностической программы в обязательном порядке включали ультразвуковое исследование (УЗИ) гепатодуоденальной зоны, эндоскопическое исследование большого дуоденального сосочка и релаксационную дуоденографию. Компьютерная томография (КТ) была выполнена 14 больным.

В ургентном порядке были оперированы 13 (13,5%) больных, у которых в момент поступления в стационар имелись клинические симптомы перитонита. Спустя 18-24 часа при сохранении выраженной клинической картины заболевания, болевого синдрома, нарастании лейкоцитоза в периферической крови,

прооперированы 22 (22,9%) больных. В плановом порядке после всесторонней предоперационной подготовки оперирован 61 (63,6%) больной.

Операцию выполняли под эндотрахеальным комбинированным наркозом верхне-срединным лапаротомным доступом. Объем оперативного вмешательства включал холецистэктомию (96 больных) – холедохолитотомию (96), дополненную супрадуоденальной холедоходуоденостомией при стенозе терминального отдела холедоха длиной более 18 мм (8 или 8,3%), и трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой (5 или 5,2% больных).

Операцию заканчивали дренированием холедоха по Холстеду, а подпеченочного пространства – перчаточнотрубочным дренажом, которые выводили из отдельных разрезов в правом подреберье. Флегмонозные воспаления желчного пузыря выявлено у 32 (32,3%) больных, гангренозные изменения – у 3 (3,1%), катаральные – у 12 (12,5%) больных.

#### *Результаты и обсуждение*

При поступлении больных в стационар, кроме умеренно выраженного болевого синдрома в правой подреберной области, у 47 (49,0%) больных отмечалась отчетливая желтушность кожных покровов и склер, высокий лейкоцитоз в периферической крови со сдвигом формулы крови влево, билирубинемия (от 80 до 300 мк моль/л), у 17 (17,7%) больных было повышенное содержание амилазы крови и диастазы мочи, что свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс поджелудочной железы. При УЗИ панкреатодуоденальной зоны было установлено утолщение стенок желчного пузыря, наличие в них конкрементов различных размеров (96 больных), расширение внепеченочных желчных путей от 15 до 22 мм, наличие в них конкрементов (96). Вколоченные камни терминального отдела холедоха заподозрены в 12 (12,5%) случаях, стеноз большого дуоденального сосочка диагностирован у 5 (5,2%) больных. На 2 сутки на фоне проводимой комплексной предоперационной терапии отмечено повышение содержания билирубина в крови и появление желтушности склер и кожи у остальных больных.

Наличие конкрементов в желчном пузыре и тем более в холедохе, расширение холедоха по данным УЗИ, повышение уровня билиру-

бина в крови – явились показаниями к оперативному лечению.

Ахоличный кал отмечен в 87 (90,6%) больных, у остальных больных обесцвечивание кала носило перемежающийся характер. Следует отметить прямо пропорциональную зависимость между длительностью механической желтухи и уровнем билирубина в сыворотке крови. У больных с острой механической желтухой билирубинемия достигала 80-100 мкмоль/л, подострой – 150-200 мкмоль/л, хронической – 200-300 мкмоль/л.

При острой механической желтухе прямая фракция билирубина превышала непрямую в 1,3-2 раза, при подострой и хронической желтухе это отличие было менее выраженным.

У всех больных с механической желтухой отмечалось повышение активности аминотрансфераз (АсАТ, АлАТ) и щелочной фосфатазы. Гипопротеинемия с выраженным снижением содержанием альбумина в 1,5-2 раза имела место только в группе больных с хронической механической желтухой, что свидетельствует о тесной взаимосвязи белкового обмена и тяжести основного заболевания.

Уровень эндогенной интоксикации определяли по содержанию молекул средней массы (МСМ) и иммунорегуляторному индексу (соотношение Т-хелперов / Т-супрессоров). Интоксикация была прямо пропорциональна длительности механической желтухи. Наиболее высокий уровень эндогенной интоксикации был отмечен на первые сутки послеоперационного периода и только на 3 сутки намечалась тенденция к нормализации.

В послеоперационном периоде проводили дезинтоксикационную терапию, форсированный диурез, коррекцию углеводного и водно-электролитного обменов. Профилактика и терапия печеночной недостаточности включала антиоксиданты с целью уменьшения и подавления перекисного окисления липидов, чрезмерная активность которых является одним из ведущих факторов ее развития и прогрессирования.

При повышенном уровне амилазы крови для угнетения ферментативной активности поджелудочной железы и нейтрализации последствий «уклонения ферментов» применяли сандостатин, блокаторы ионов Са, гастропепин. Для улучшения микроциркуляции и дезагрегации форменных элементов крови использовали в/в введение реополиглюкин-

компламин-тренталовой смеси. Важную роль играет коррекция вторичного иммунодефицита. С этой целью применяли тимолин, гексопептид, иммунофен и др.

С целью профилактики гнойных осложнений и лечения холангита назначались антибиотики, способные в терапевтических концентрациях попадать в желчевыводящую систему (тиенам, мефоксин и др.).

Важным звеном терапии печеночной недостаточности является санация желчных протоков раствором антибиотика широкого спектра действия, разведенного в 100 мл. 0,25% раствора новокаина, вводимого через микроирригатор в холедох в течение 5-7 дней.

Умерло 4 (4,2%) больных пожилого и старческого возраста с хронической обтурационной желтухой и выраженной патологией систем жизнеобеспечения.

Безусловно, оперативное лечение больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом на фоне механической желтухи, особенно у больных пожилого и старческого возраста с выраженной патологией витальных систем всегда имеет высокий риск развития тяжелых осложнений в послеоперационном периоде. Поэтому попытки разделить оперативное пособие на 2 этапа – сначала эндоскопически уменьшить или ликвидировать холемию, а затем, в плановом порядке удалить вторым этапом желчный пузырь и конкременты из холедоха, находят много сторонников.

У нас имеется опыт подобного подхода к лечению ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. Некоторым больным как первый этап оперативного лечения было произведено стентирование холедоха или эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Недостаточное количество клинических наблюдений не позволяет нам делать выводы. Однако, предварительный анализ полученных результатов двухэтапного лечения больных ЖКБ, осложненных холедохолитиазом и механической желтухой, позволяет надеяться на широкое признание этого метода.

### **В ы в о д ы**

1. У больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой, имеются выраженные нарушения гомеостаза организма, обусловленные желчной гипертензией, которые прямо пропорциональны ее длительности.

2. Профилактику и лечение печеночной недостаточности следует проводить с момента поступления больного в хирургический стационар, независимо от сроков и тяжести холемии.

#### ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ, ЩО УСКЛАДНЕНА МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

*В.І. Лупальцов, І.А. Дехтярук, А.І. Ягнюк, Р.С. Ворошчук, В.В. Мельніков*

Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 96 хворих на жовчнокам'яну хворобу, що була ускладнена холедохолітазом та механічною жовтяницею. Жінок було 57 (59,4%), чоловіків – 39 (40,6%). Гостра механічна жовтяниця спостерігалася у 49 (51,0%) хворих, гостра затяжна – у 35 (36,5%) та хронічна жовтяниця мала місце у 12 (12,5%) хворих. Комплекс діагностичної програми припускав ультразвукове дослідження гепатодуоденальної зони, ендоскопічне дослідження великого дуоденального сосочка та релаксаційну дуоденографію. Обсяг оперативного втручання включав холецистектомію (n=96) – холедохолітотомію (n=96), доповнену супрадуоденальною холедоходуоденостомією (n=8) й трансдуоденальною папілосфінктеропластиком (n=5). Операцію завершували дренажуванням холедоха за Холстедом, а підпечінкового простору – рукавичко-трубчатим дренажем. Померло 4 (4,2%) хворих похилого та старечого віку з хронічною механічною жовтяницею і вираженою патологією систем життєзабезпечення. У хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена холедохолітазом з механічною жовтяницею, є виражені порушення гомеостазу організму, зумовлені жовчною гіпертензією, які прямо пропорційні її тривалості. Профілактику та лікування печінкової недостатності слід проводити з моменту надходження хворого в хірургічний стаціонар, незалежно від термінів та тяжкості холемії.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, холедохолітаз, механічна жовтяниця, хірургічна корекція жовчовідтоку.

#### THE WAYS OF IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*V.I. Lupaltsov, I.A. Dehtyruk, A.I. Yagnyuk, R.S. Voroshchuk, V.V. Melnikov*

The study is based on the retrospective analysis of surgical treatment of 96 patients, female – 57 (59,4%), male – 39 (40,6%), with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis with obstructive jaundice. Acute jaundice was observed in 49 (51,0%) patients, acute prolonged – in 35 (36,5%) and chronic jaundice was occurred in 12 (12,5%) patients. Complex diagnostic program included echography of hepatoduodenal region, endoscopic examination of the major duodenal papilla and relaxation duodenography. The surgery included cholecystectomy (n = 96) – choledocholithotomy (n=96), supplemented by supraduodenal choledochoduodenostomy (n=8) and transduodenal papillosphincteroplasty (n=5). The surgery is followed by an external drainage

of the hepatocholedochus after Holstead and drainage of infrahepatic region by the glove-pipe drainage. Died 4 (4,2%) patients of old or elderly age with chronic obstructive jaundice and severe concomitant pathology of the life essential systems. In patients with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis with jaundice, there were stated expressive disorders of homeostasis caused by biliary hypertension, which were directly correlated with its duration. Prevention and treatment of the liver failure should be carried out after admission to the surgical hospital, regardless of the timing and severity of cholaemia.

**Key words:** cholelithiasis, choledocholithiasis, mechanical jaundice, surgical correction of cholerisis.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Яковцов Е.П. Особенности течения и хирургическая тактика при желчнокаменной болезни в пожилом и старческом возрасте / Е.П. Яковцов, А.Е. Гавриков, А.Э. Феськов, С.К. Рамалданов // Харківська хірургічна школа. – 2007. – №4 (27). – С. 200-202.
2. Балалыкин А.С. Эндоскопическая папиллотомия при холедохолитиазе: доступы, принципы, эффективность / А.С. Балалыкин, А.В. Жандаров, Ю.В. Снегирев // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – № 2. – С. 16-22.
3. Сравнительная оценка различных методов лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / В.П. Башилов, Е.И. Брехов, Ю.А. Малов [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 10. – С. 40-45.
4. Современная тактика лечения холедохолитиаза / М.Е. Ничитайло, П.В. Огородник, В.В. Беляев [и др.] // Клиническая хирургия. – 2006. – № 7. – С. 16-19.
5. Конькова М.В. Хирургическое лечение обтурационной желтухи / М.В. Конькова, Н.Л. Смирнов // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2009. – Т. 9. – Вып. 1 (25). – С. 97-99.
6. Неймарк А.И. Эфферентная терапия при хирургических и урологических заболеваниях / А.И. Неймарк // Хирургия. – 2007. – № 1. – С. 28-34.
7. Ничитайло М.Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М.Е. Ничитайло. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.
8. Даценко Б.М. Обтурационная желтуха – патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса / Б.М. Даценко // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова. – 2010. – Т. 14 (1). – С. 15-19.
9. Багненко С.Ф. Современные подходы к этиологии, патогенезу и лечению холангита и билиарного сепсиса / С.Ф. Багненко, С.А. Шляпников, А.Ю. Корольков // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – № 3. – С. 27-32.
10. Ахаладзе Г.Г. Морфологические и микроциркуляторные изменения печени при механической желтухе и холангите / Г.Г. Ахаладзе // XVI Междунар. Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 16-18 сентября 2009 г.: тезисы докл. – Екатеринбург. – 2009. – С. 108.
11. Балалыкин А.С. Актуальные вопросы чреспапиллярной эндоскопической хирургии / А.С. Балалыкин, В.В. Гвоздик // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 25-32.
12. Смирнов Е.В. Хирургическое лечение обтурационных желтух желчекаменного и травматического происхождения / Е.В. Смирнов. – Медгиз, 1974. – 143 с.
13. Risk factors for conversion to open surgery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy / S. Ibrahim, T.K. Hean, L.S. Ho et al. // World J. Surg. – 2006 – Vol. 17, № 3. – P. 309-313.