

УДК 616.36-008.5+617-089.

*І.В. Черепенко, Б.Г. Безродний, Л.Д. Мартинович*

## ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ ДОБРОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ*

Проаналізовані результати лікування 121 хворого на обтураційну жовтяницю доброякісного генезу в осіб літнього віку. Зроблено висновок про те, що обтураційна жовтяниця на ґрунті холедохолітазу супроводжується синдромом ендогенної інтоксикації та проявами печінкової недостатності. Застосування комплексного хірургічного лікування, із застосуванням малоінвазивних методик, дезінтоксикаційної, антибіотикотерапії, покращує результати лікування та зменшує післяопераційні ускладнення.

**Ключові слова:** обтураційна жовтяниця, холедохолітаз, малоінвазивні методи лікування.

Гостра печінкова недостатність є найбільш грізним ускладненням обтураційної жовтяниці, яка виникає на фоні холестазу, жовчної гіпертензії, ахолії, викликаючи функціональні та морфологічні зміни в печінці [1, 2]. Проблема хірургічного лікування обтураційної жовтяниці залишається ще до кінця не вирішеною, так як результати лікування залежать від характеру патологічного процесу, тривалості жовтяниці, розвитку гострої печінкової недостатності, наявності супутньої соматичної патології. Це пов'язано з відсутністю єдиної думки у виборі показів та оптимальних термінів хірургічного лікування даної категорії хворих, враховуючи важкість стану хворого [3, 4, 5]. Холедохолітаз та спричинена ним обтураційна жовтяниця, у осіб старшого віку з супутньою патологією серцево-судинної, дихальної систем, нирок та різного генезу гепатитами, при яких настають суттєві зрушення функціонального стану цих органів – вимагає в доопераційному періоді декомпресії жовчних шляхів та запобіганню апоптозу гепатоцитів в до- та післяопераційному періоді, шляхом застосування сучасних гепатопротекторів [8, 9]. Післяопераційна летальність пов'язана з тривалою холемією та ендогенною інтоксикацією і за даними різних авторів коливається в межах 15-33% [6, 7].

**Мета дослідження** – розробити комплексне хірургічне лікування хворих похилого і старечого віку на калькульозний холецистит, поєднаний з холедохолітазом та ускладнений обтураційною жовтяницею, спрямованого на попередження виникнення

печінкової недостатності з метою покращення результатів лікування та зменшення післяопераційної летальності.

### *Матеріал пф методи*

Нами піддано хірургічному лікуванню 121 хворих з обтураційною жовтяницею на ґрунті холедохолітазу віком 60 років і більше. 30 хворих (33,8%) були з хронічним калькульозним холециститом, холедохолітазом, 41 (46%) – з ізольованим холедохолітазом, 8 (8,9%) – з стенозуючим папілітом і холедохолітазом та 10 хворих (11,3%) – гострим холециститом, холедохолітазом, гнійним холангітом. У пацієнтів літнього віку, в яких є супутні захворювання, накопичення токсичних продуктів обміну в крові і виражений ендотоксикоз значно погіршують результати оперативного втручання і перебіг післяопераційного періоду. Саме тому, актуальним є пошук ефективних заходів попередження виникнення гострої печінкової недостатності.

Всі хворі поступали в клініку з проявами гострої печінкової недостатності. Із супутніх захворювань найбільш часто зустрічались гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, аденома передміхурової залози, цукровий діабет, пневмосклероз.

Для уточнення клінічного діагнозу та подальшого вибору тактики хірургічного лікування використовували комплекс фізикальних, лабораторних, інструментальних і рентгенологічних досліджень, включаючи УЗД, езофагофіброгастроуденоскопію (ЕФГДС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреа-

тографію (ЕРХПГ), комп'ютерну томографію (КТ), лапароскопію.

### *Результати та обговорення*

Клінічними проявами в усіх хворих були: жовтяниця, свербіння шкіри, відсутність апетиту, загальна слабкість, білірубінемія, підвищення концентрації прямого білірубіну, висока активність АсАТ та АлАТ, тахікардія, зниження добового діурезу. Поява таких ознак були передвісниками розвитку гострої печінкової недостатності, що погіршувало результати лікування. Виходячи з цього нами були вироблені наступні тактичні підходи щодо попередження виникнення останньої при обтураційній жовтяниці доброякісного генезу в осіб літнього віку.

Екстренні оперативні втручання проводили при поєднанні деструктивного холециститу, гнійного холангіту, перитоніту.

При ефективності консервативного лікування, операцію виконували в плановому порядку, ліквідувавши гострі явища запалення та провівши лабораторне та інструментальне обстеження.

Прогресування захворювання, неефективність консервативного лікування, інтермітуючий перебіг хвороби, наявність тяжкої супутньої патології та розвиток гострої печінкової недостатності були показами до виконання ендоскопічної декомпресії жовчних шляхів, а при технічній неможливості її виконання – проводили оперативне лікування за життєвими показами.

При обтураційній жовтяниці у 96 хворих вдалось провести ЕРПХГ, яка дозволила в 80 хворих встановити кінцевий етіологічний і топічний діагноз та вирішити питання про можливість і доцільність проведення ендоскопічної декомпресії жовчних шляхів. Першим етапом оперативного лікування у 80 хворих була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ). З них в 58 конкременти були видалені кошиком Дорміа, в 22 – вони відійшли самостійно. У 16 пацієнтів конкременти продовжували знаходитися в загальній жовчній протоці і цим хворим було виконано лапаротомну холецистектомію і видалення конкрементів з холедоха з наступним його дрениванням за Вишневським, Піковським чи Кером, а в 15 хворих проведена одноетапна операція – лапаротомна холецистектомія, літо екстракція та

дренивання холедоха. В 5 хворих зі стенозом термінального відділу загальної жовчної протоки, неможливістю ендоскопічної екстракції конкрементів операцію завершено лапаротомією з накладанням білідигестивного анастомозу.

Після першого етапу хірургічного лікування з клініки було виписано 34 хворих – з них у 25 – жовчний міхур був видалений раніше, і 9 хворих, які від подальшого оперативного лікування відмовились, у зв'язку з високим анестезіологічним та операційним ризиком. У 51 хворого, другим етапом була проведена лапароскопічна холецистектомія.

В перед- і післяопераційному періоді всім хворим проводили інтенсивну медикаментозну підготовку, спрямовану на корекцію метаболічних і імунологічних зрушень, покращення функціонального стану гепатоцитів, зниження катаболічних процесів в організмі та ендотоксикозу. Покращення мікроциркуляції та зниження гіпоксії гепатоцитів досягалося шляхом довенних інфузій актовегіну 5 мл, серміону 5 мл, тренталу 5 мл чи но-шпи 2 мл на 5 % розчині глюкози, введенням реополіглюкіну та рефортану. Для корекції гомеостазу та детоксикації проводили довенні інфузії лактопротеїну з сорбітолом або реосорбілакту по 400 мл один раз в добу впродовж 4-6 діб, альбуміну 200 мл чи однокрупної плазми 100-200 мл щоденно, інфузії розчинів електролітів, 0,9% натрію хлориду, трисолу та 5-10 % розчину глюкози з інсуліном. З метою попередження апоптозу гепатоцитів використовували довенні інфузії есенціале 5 мл, глутаргіну 4% – 50 мл і 5 % розчину аскорбінової кислоти 5-10 мл, гідрокортизону 50-100 мг впродовж 2-3 діб, ентерального прийому вітаміну К і Е). Інтенсивна протизапальна терапія включала інтраопераційні довенні інфузії 200 мг цифрану, а в післяопераційному періоді – антибіотики цефалоспоринового, пеніцилінового ряду і фторхінолони в звичайних дозах, довенні інфузії абакталу на 5% розчині глюкози чи інші антибактеріальні середники.

В комплекс до- та післяопераційного лікування у 26 пацієнтів нами було включено вітчизняний гепатопротектор глутаргін. Препарат вводили довенно впродовж 7 діб в дозі 50 мл на 0,9% розчині ізотонічного розчину натрію хлориду.

У всіх пацієнтів після застосування глутар-

гину спостерігалася швидка регресія клініко-лабораторних ознак печінкової недостатності: знижувався рівень загального білірубіну, нормалізувалася активність трансаміназ, нормалізувались показники осадкових реакцій (сулемової та тімолової), а також активності екскреторних ферментів (ЛФ і ГГТП), покращувалися показники коагулограми.

Померло 2 хворих, в яких була важка супутня патологія, що склало післяопераційну летальність 1,65%.

Таким чином, хворі з обтураційною жовтяницею, складають категорію важкохворих з високим ризиком виникнення післяопераційних ускладнень. Тому застосування малоінвазивних методик та етапне лікування хворих на обтураційну жовтяницю, особливо в осіб літнього віку, дозволить попередити виникнення печінкової недостатності та знизити післяопераційну летальність.

### З а к л ю ч е н н я

Клінічні ознаки обтураційної жовтяниці, та проведення УЗД та ЕРХПГ дозволяють встановити генез синдрому обтураційної жовтяниці в 70-93% хворих. Проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії та видалення конкрементів при вираженій холемії, з метою ліквідації холестазу, а другим етапом через декілька днів проводити радикальну операцію, сприяла попередженню виникнення гострої гепатоцелюлярної недостатності в післяопераційному періоді, та дозволила знизити післяопераційну летальність. Застосування в до- та післяопераційному періоді з метою комплексної терапії глутаргіну сприяє більш швидкій нормалізації імунологічного та метаболічного гомеостазу у хворих ЖКХ, ускладненою обтураційною жовтяницею.

### ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ОБТУРАЦИОННУЮ ЖЕЛТУХУ ДЕБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

*И.В. Черепенко, Б.Г. Безродный, Л.Д. Мартынович*

Проанализированы результаты лечения 121 больного с обтурационной желтухой доброкачественного генеза у больных пожилого возраста. Сделана

выводы о том, что обтурационная желтуха на фоне холедохолитиаза сопровождается синдромом эндогенной интоксикации и явлениями печеночной недостаточности. Проведение комплексного хирургического лечения, с применением малоинвазивных методик, дезинтоксикационной, антибиотикотерапии, улучшает результаты лечения и уменьшает послеоперационные осложнения.

**Ключевые слова:** обтурационная желтуха, холедохолитиаз, малоинвазивные методы лечения

### THE PREVENTATION OF THE HEPATIC INSUFFICIENCY IN OLD AGE PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JANDICE OF BENIGN GENESIS.

*I.V. Cherepenko, B.G. Bezrodny, L.D. Martinovich*

It was analyzed the results of treatment of 121 patients with obstructive jaundice of benign genesis. A conclusion is done that an obstructive jaundice on soil of choledocholithiasis is accompanied the syndrome of endogenous intoxication and displays of hepatic insufficiency. Using the minimally invasive procedures medicative improved the results and decreased the numbers of a postoperativ complications.

**Key words:** obstructive jaundice, choledocholithias, minimally invasive methodes treatment

### ЛІТЕРАТУРА

1. Недостаточность печени. / Э.И. Гальперин, М.И. Семендяева, Е.А. Неклюдова и др. – М.: Медицина, 1978.
2. Место и возможности малоинвазивных вмешательств в лечении больных механической желтухой / Ш.И. Каримов, В.Л. Ким, Ш.А. Юнусметов и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 1. – С. 23-26.
3. Клименко Г.А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение). / Г.А. Клименко. – М.: Медицина, 2000. – С. 26-60.
4. Нечитайло М.Ю. Лапароскопичні методи санації загальної жовчної протоки при ускладненій жовчнокам'яній хворобі / М.Ю. Нечитайло, П.В. Огородник // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 128-130.
5. Выбор хирургической тактики у больных с желтухой различной этиологии / А.С. Никоненко, Н.Г. Головкин, В.А. Грушка и др. // Матеріали XX з'їзду хірургів України, Тернополь. – 2002. – Т. 2. – С. 28-29.
6. Батвинков Н.И. Функциональное состояние печени при воспалительных заболеваниях желчного пузыря и желчнокаменной болезни / Н.И. Батвинков, К.А. Фомин // Клиническая хирургия. – 1993. – № 5. – С. 53-60.
7. Lillemoe K.D. Surgical treatment of billiary tract infections / K.D. Lillemoe // Amer. J. Surg. – 2000. – Vol. 66, № 2. – P. 138-144.
8. Ковешников О.В. Оцінка ефективності глутаргіну в комплексі хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу, поєданого з патологією печінки / О.В. Ковешников // Український медичний альманах. – 2003. – Т. 6, № 1. – С. 41-44.
9. Vallance P. Nitric oxide in the clinical arena / P. Vallance // Biochemist. – 1994. – Vol. 16, № 5. – P. 23-27.

Стаття надійшла 14.03.2011