

НОВИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ГЕНЕЗУ ЖОВТЯНИЦЬ ТА КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ОБТУРАЦІЙНОГО ХОЛЕСТАЗУ

Василюк М.Д., Василюк С.М., Чурпій К.Л., Шевчук А.Г.

Івано-франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ

Не дивлячись на наявність високоінформативних методів діагностики патології органів черевної порожнини, при встановленні генезу механічної жовтяниці ще сьогодні виникають значні труднощі [3, 1]. При механічній жовтяниці виникають глибокі морфологічні і функціональні зміни в печінці, ступінь важкості яких є прямо залежний від тривалості холестазу [4, 5]. Ефективність хірургічного лікування хворих з механічною жовтяницею залежить не тільки від відновлення прохідності жовчевих шляхів, але й від своєчасної діагностики, адекватної передопераційної підготовки та ведення післяопераційного періоду [2].

У 178 хворих з синдромом обтураційного холестазу для діагностики причини жовтяниці ми проводили детальне клінічне, лабораторне і інструментальне дослідження (ультразвукове обстеження, комп'ютерну томографію, гідродинамічну дебітометрію дванадцятипалої кишки і холедоха за розробленою нами методикою, ендоскопічну трансдуоденальну панкреатохолангіографію та ін.). Для визначення стану білковосинтезуючої функції печінки використовували метод диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі (ПААГ) з наступним кількісним і якісним розшифруванням на розробленому нами програмно-апаратному комп'ютерному комплексі оптоелектронного аналізу. Паралельно вивчали вміст Ig G, Ig A, Ig M в окремих фракціях сироваткового білка за оригінальною методикою, яка дозволила встановити генез жовтяниці.

При аналізі диск-електрофореграми в ПААГ виявлено значні зміни білкового обміну: гіпопротеїнемію, яка мала пряму залежність від тривалості холемії, виражені зрушення у всіх фракціях диск-електрофореграми. В фракціях альбумінової та постальбумінової зон кількість альбуміну, церулоплазміну і трансферину знижувалась на 30-35%. В зоні швидких і повільних посттрансферинів, де локалізуються гаптоглобіни, гемопексиди, фібриноген, плазмоген, Ig G, Ig A, Ig M, макроглобуліни, β -ліпопротеїди та інші білки, спостерігалася виражена диспротеїнемія, яка була результатом важкого функціонального морфологічного пошкодження гепатоцитів.

Для диференціальної діагностики механічної і паренхіматозної жовтяниць ми використовували розроблений нами метод визначення Ig A в фракціях диск-електрофореграми в ПААГ сироваткового білка, характерна локалізація якого дає можливість діагностувати генез жовтяниці (а.с. № 1807417). При механічній жовтяниці доброякісного генезу, крім типового розміщення, Ig A додатково локалізуються в фракції крупнопористого гелю і фракції 27 дрібнопористого. Поява Ig A в крупнопористому гелі вказує на наявність вираженого механічного холестазу і холангіту з утворенням імунних комплексів, які разом з жовчю всмоктуються в кров і виявляються в фракціях сироваткового білка. У хворих з механічного

жовтяницею злоякісного генезу, крім локалізації Ig A, яка характерна для механічної жовтяниці доброякісного генезу, вони додатково розміщуються в фракції 26 і 25 дрібнопористого гелю.

При проведенні аналогічних досліджень у 35 хворих з інфекційним гепатитом було встановлено, що Ig A локалізувались тільки в фракціях, характерних для розміщення даного класу імуноглобулінів, а додаткового розміщення їх, яке характерне для механічної жовтяниці доброякісного і злоякісного генезу не спостерігалось. Достовірність отриманих результатів становить 94,5%.

У 128 хворих причиною порушення жовчевідтоку був холедохолітіаз, з них у 17 – в поєднанні з стенозом холедоха і великого дуоденального соска. У 7 хворих спостерігався перихоледохеальний лімфаденіт та у 11 – інші причини. У 81 хворого виявлено порушення моторно-евакуаторної функції дванадцятипалої кишки, причому в 11 – механічного генезу. У 32 хворих жовтяниця була викликана злоякісними пухлинами.

З метою доопераційної підготовки хворим проводили інтенсивну протизапальну та дезінтоксикаційну терапію: ампіцилін, гентаміцин, абактал, довенні інфузії реополіглокіну, 5% розчину глюкози, 5% розчину аскорбінової кислоти, есенціале та ін. Для покращення скіпальних властивостей крові використовували вікасол, 10% кальцію хлорид. Для корекції білкового обміну – переливання альбуміну, нативної одногрупної плазми, розчинів амінокислот.

При виборі тактики і методу лікування ми виходили з даних до- і інтраопераційного обстеження, характеру патологічного процесу, імунного статусу і ступеня функціонального порушення печінки. У всіх хворих була виконана лапаротомна чи лапароскопічна холецистектомія, у 91 – холедохолітотомія, із них в 13 – в поєднанні з холедохоентеростомією. У 4 хворих з гнійним холангітом виконана холецистектомія, зовнішнє дронування холедоха, ендоскопічна трансдуоденальна папілосфінктеротомія, а у 42 – папілосфінктеротомія з наступним видаленням конкрементів кошичком Дорміа або вони відійшли самостійно. Одночасно у 11 хворих була проведена додаткова корекція механічного дуоденостазу. У 95 хворих операція була закінчена зовнішнім дронуванням холедоха за Вишневським, Піковським чи Кером. У 32 хворих з злоякісними пухлинами були виконані різні паліативні операції спрямовані на ліквідацію холестазу (холецистоєюностомія, холедохоєюностомія, внутрішньопечінковий дренаж жовчевих шляхів та ін.).

В післяопераційному періоді хворим проводили адекватну медикаментозну терапію, спрямовану на ліквідацію запального процесу в позапечінкових жовчевих шляхах, дезінтоксикацію, корекцію білково-електролітного обміну та покращення функціонального стану печінки. Хворим з клінічними проявами печінкової недостатності в комплексне лікування додатково включали довенне введення гіпохлориду

натрію, довготривалу регіонарну мембранну печінки та покращенню результатів лікування даної категорії хворих. Такі заходи сприяли відновленню порушення функцій

ЛІТЕРАТУРА

1. Зайцев В.Т., Пєєв В.І., Воробйов Ф.П. і ін. Хірургічна тактика відносно хворих з механічною жовтяницею різної етіології. // В кн. Перший з'їзд хірургів України. Тези доповідей. – Львів:, «Світ», 1994, - с. 79.
2. Радионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. // М.:, «Медицина», 1991, - 319 с.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А. Хирургия печени и желчных путей. // Киев:, «Здоров'я», 1992. – 360 с.
4. Lumsden A.B., Henderson J.M., Flsbaugh J. Endotoxemia during percutaneous manipulation of the obstructed biliary tree. // Amer. J. Surg. – 1989. – vol. 158, № 1. – p. 21-24.
5. Cerny J., Seresi B. Reonstrucene operacie pri pooperaenych stricturach extrahepatalnych Zlecvech citst // Rjst. Chir. – 1989. – s. 68, № 6. – 5. 404-410.

РЕЗЮМЕ

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕЗА ЖЕЛТУХ И КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА

Василюк М.Д., Василюк С.М., Чурпий К.Л., Шевчук А.Г.

Обследовано 178 больных с синдромом обтурационного холестаза с целью диагностики причин желтухи. При выборе тактики и метода лечения исходили из данных до- и интраоперационного обследования, характера патологического процесса, иммунного статуса и степени функционального нарушения печени.

SUMMARY

NEW APPROACH TO THE DIAGNOSTICS OF GENESIS OF JAUNDICE AND COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF THE OBTURATION CHOLESTASIS SYNDROME

M.D. Vasyliuk, S.M. Vasyliuk, K.L.Churpiy, A.G. Shevchuk

178 patients with the syndrome of obturation cholestasis have been examined for the diagnostics of the causes of the jaundice. In the choice of the tactics and the method of treatment we based on the data of a pre- and intraoperative examination, the character of the pathologic process, immune status and the degree of functional disturbance of the liver.
