

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НЕПУХЛИННОЇ ПРИРОДИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Гіленко І.О., Дем'янюк Д.Г., Горлачов М.І., Сакевич П.П., Ляховський В.І., Крижановський О.А., Шкурупій О.А., Діхтенко Т.Г., Ходатенко Р.О., Ханенко В.В.

Українська медична стоматологічна академія

За 25 років захворюваність населення жовчнокам'яною хворобою збільшилась в 2,8 рази. серед госпіталізованих з приводу цієї патології люди похилого і старечого віку складають 48,5%.

За період 1194-1998 р.р. в госпітальній хірургічній клініці з приводу жовчнокам'яної хвороби оперовано 573 хворих. Серед них 212 (36,9%) – люди похилого і старечого віку. Чоловіків лікувалося 73, жінок – 139. У 108 (18,8%) перебіг захворювання ускладнився

механічною жовтяницею. Строки госпіталізації хворих в клініку були в межах 14-90 днів.

Важливим моментом в лікуванні хворих вважаємо визначення ступеня печінкової недостатності. Визначаємо рівень білірубину в сироватці крові. Він складав 48-460 мкмоль/л. У 31 хворого спостерігався помірний хвилеподібний перебіг процесу: період покращення, що тривав 2-3 доби, змінювався погіршенням стану здоров'я та підвищенням рівня білірубину. Простан гепатоцитів судили, визначаючи величину аспартатамінотрансферази (АсАТ), аланінамінотрансферази (АлАТ), протеїнограму, показники протромбінового індексу. Рівень АсАТ, АлАТ коливався в значних межах. У 17 осіб з давністю перебігу жовтяниці до 20 днів рівень ферментів перевищував норму в 2-4 рази, у 82 – був більше норми в 1,6 рази, у 9 – не перевищував нормальних показників. Рівень загального білка в крові у 67 госпіталізованих залишався нормальним. Проте, у 53 з них спостерігалось зниження альбуміну та альбуміноглобулінового коефіцієнта. Спостерігалася зміна показників протромбінового індексу. Він складав 50-70% у 57 хворих. Фібриноген рівнявся 1,7-1,9 г/л у

37 осіб. Толерантність плазми до гепарину перевищувала нормальні показники у 53% хворих. Залишковий азот крові був у межах 46,0-60,1 ммоль/л у 32, дорівнював 62,3-86,0 ммоль/л – у 19 чоловік. Рівень сечовини перевищував нормальні показники в 1,5 рази у 49, в 2-2,5 рази – у 11 осіб. Креатинин крові перевищував нормальні показники у 67 чоловік.

Печінкова недостатність I ступеня була у 29, II – у 56, III – у

21 хворого. В наших спостереженнях кожний госпіталізований хворів в середньому 3-5 супутніми захворюваннями. серед них перше місце належить артеріальній гіпертонії – 34,8%. Перенесений в минулому інфаркт міокарду, порушення серцевого ритму спостерігалися у 29,6%.

Виконували УЗД, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію – 96 хворим, черезшкірну черезпечінкову холангіографію 19 пацієнтам. Одночасно ЕРПХГ і ЧЧХ – 9 госпіталізованим. Знайдена патологія: розтягнутий жовчний міхур з потовщеними стінками, розширені внутрішньопечінкові та позапечінкові жовчні ходи, конкременти в міхурі та в жовчних ходах – у 49; конкременти в жовчному міхурі, розширеному холедосі, стеноз Фатерового сосочка – у

3; збільшений жовчний міхур, розширені внутрішньопечінкові та позапечінкові жовчні ходи, наявність конкрементів, звуження термінального відділу холедоха на протязі 2-3 см – у 7; відключений жовчний міхур, розширені позапечінкові жовчні ходи з конкрементами в порожнині – у 15 хворих; розширені позапечінкові жовчні ходи, камінь в термінальному відділі холедоха – у 8 хворих, раніше оперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби.

Перед операційним втручанням вимагали тривалої передопераційної підготовки 89 (82,4%) хворих. Для зменшення інтоксикації внутрішньовенно вводили ізотонічні розчини глюкози, гемодез. Практикували форсований діурез шляхом внутрішньовенного введення еуфіліну, лазіксу. Для захисту гепатоцитів призначали комплекс вітамінів групи В, аскорбінову кислоту в максимальний добових дозах, АТФ. Вводили анаболічні гормони (ретаболіл) з метою утримання репаративних процесів на належному рівні. З урахуванням протеїнограми використовували білкові препарати крові, суміші амінокислот, лентоксил, метілурацил, оротат калію. Для нормалізації згортання крові вводили вікасол, епсилон-амінокапронову кислоту, препарати кальцію, антигемофілну плазму. При наявності ознак холангіту у 39 осіб застосовували антибіотики. Енергійне проведення зазначеної терапії на протязі 7-10 днів привело до покращення стану хворих. Проте, у 57 чоловік помітного зменшення білірубину не спостерігалось. Їм виконували гемосорбцію. В процесі підготовки до операції ендоскопічну папілосфінктеротомію виконали 29 хворим, відведення жовчі через катетер після ЧЧХ у 5 чоловік.

Особи, що вимагали корекції порушеної серцевої діяльності, отримували спеціальну терапію під наглядом кардіолога.

Хворі оперовані. Холецистектомія, холедохолітотомія, зовнішнє дренивання холедоха виконано 64 хворим, видалення каменів з холедоха, зовнішнє дренивання холедоха – 8. Після ендоскопічної папілосфінктеротомії 29 хворих оперували в середньому через 13 днів. Їм виконали холецистектомію, холедохолітотомію, зовнішнє дренивання холедоха. У випадках тубулярного стенозу холедоха (8 осіб) – виконали холецистектомію, холедохолітотомію, холедоходуоденостомію, зовнішнє дренивання холедоха.

Померли після операції 9 (8,3%) хворих.