

РОЛЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ ЖОВТЯНИЦІ, ШЛЯХИ ЇЇ РОЗРІШЕННЯ

Попик М.П.

Львівський державний медичний університет ім. Д.Галицького; Львівська обласна клінічна лікарня, м.Львів

Механічна жовтяниця - часте ускладнення гострого холециститу особливо у людей похилого і старечого віку [3, 5]. Механічна жовтяниця зумовлена повною, або частковою непрохідністю загального жовчного протоку, причинами якого може бути конкремент, стеноз ВДС, стриктура, замаска, пухлина. Механічна жовтяниця протікає з жовчною гіпертензією, на фоні холестазу, що в свою чергу веде до холемії і ахолії. Таким чином запускається механізм ендогенної інтоксикації, що приводить в першу чергу до печінкової недостатності в результаті порушень метаболічних процесів накопичення в організмі великої кількості токсичних метаболітів, які блокують окислювальні ферменти [1, 2, 4].

Ці зміни проявляються підвищенням рівня білірубину, лужної фосфатази, холестерину, аланінамінотрансферази, аспартатаміно- трансферази, лейкоцитарного індексу інтоксикації, молекул середньої маси.

Проаналізовано результати лікування 476 хворих із захворюваннями жовчно-вивідних шляхів похилого і

старечого віку. У 133 хворих була механічна жовтяниця, жінок - 90, чоловіків - 43, серед яких 45 старше 70 років.

Клінічні ознаки в значній мірі зумовлені типовою для хворих даної вікової категорії, тенденцією до наростання патологічного процесу на фоні важкої супутньої патології. Супутня патологія виявлена у 78.3% хворих.

Всіх хворих з механічною жовтяницею, причиною якої був холедохолітіаз, оперовано. Проводили холецистектомію, холедохолітотомію, ревізію холедоха, холедохолітоекстракцію, холедоходуоденоанастомоз по Заазе. Ускладнень пов'язаних з формуванням холедоходуоденоанастомозу не було. Проводилась комплексна терапія направлена на нормалізацію гемостазу, яка включала форсований діурез, антибіотикотерапію (цефалоспорини, аміноглікозиди), вітамінотерапію (Е, А, В1, В6, С). 14 хворим у яких виявлено гнійний холангіт з вираженим гепатorenальним синдромом застосовано гемосорбцію. Гемосорбцію проводили по вено-венозному способу перфузії і на сорбенті СУГС з швидкістю перфузії 80

мл/ хвилину. За сеанс гемосорбції через сорбційну колонку пропускали 1,0 - 1,5 об'єму циркулюючої крові. Стабілізацію крові проводили фраксипарином 0,6 мл.

Синдром ендогенної інтоксикації оцінювали по рівню білірубину, який при поступленні становив $68,0 \pm 14,4$ мкмоль/л, перед гемосорбцією - $59,1 \pm 13,2$ мкмоль/л, після операції - $36,2 \pm 9,8$ мкмоль/л, при виписці - $18,1 \pm 5,0$ мкмоль/л.

Лужна фосфатаза - при поступленні $293,9 \pm 18,9$ у.о, до операції - $300,6 \pm 84,6$ у.о, після операції - $280,7 \pm 93,9$ у.о, при виписці - $220,6 \pm 90,0$ у.о.

АСТ - при поступленні - $0,68 \pm 0,12$ ммоль/г.л, перед операцією - $0,67 \pm 0,16$ ммоль/г.л, після операції - $0,61 \pm 0,11$ ммоль/г.л. перед випискою - $0,48 \pm 0,19$ ммоль/г.л.

АЛТ - при поступленні - $1,44 \pm 0,37$ ммоль/г.л, перед операцією - $1,19 \pm 0,31$ ммоль/г.л, після операції - $1,19 \pm 0,07$ ммоль/г.л, при виписці $0,89 \pm 0,23$ ммоль/г.л.

МСМ - перед гемосорбцією становили $0,419 \pm 0,115$ у.о., після гемосорбції - $0,335 \pm 0,116$ у.о.

Померло 3 хворих, одна від тоббемболії легеневої артерії, друга від інфаркту міокарду, один пацієнт від портального цирозу, спленомегалії.

Таким чином механічна жовтяниця на фоні холедохолітиазу супроводжується синдромом ендогенної інтоксикації з проявами печінкової недостатності. Комплексна детоксикаційна терапія, яка включає хірургічну корекцію, інфузійну терапію, антибіотикотерапію, екстракорпоральну детоксикацію покращує результати лікування і знижує кількість післяопераційних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г., Куровлев Н.Ф., Саксварашвили Г.Р., Пинегин Б.В., Татишвили Г.Г., Хаштов Р.М., Гальперин З.И. Клинические стадии острого гнойного холангита // *Анналы хирургической гепатологии*. -- 1997. - Т.2-С. 103-109.
2. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В. В. Прогнозирование течения эндогенной интоксикации в неотложной хирургии // *Вестн. хир.* - 1991. - № 5-6. - С.3-7.
3. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Зктов П.В., Ивлев В.П., Бородин А.С. Холедохолитиаз: проблемы и перспективы // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1998. - Т.3. №2. - С.71-78.
4. Кабанов А.Н., Астафуров В.Н., Филипов С.И., Синдром интоксикации при гнойно-септических заболеваниях // *Вестн. хир.* - 1993. - №1-2. - С.3-7.
5. Малиновский Н.Н., Решетников Е.А., Кононенко С.Н. Клиника и лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // *Хирургия*. - 1993. - №6. - С.7-14.

РЕЗЮМЕ

РОЛЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, ПУТИ ЕЕ РАЗРЕШЕНИЯ

Попик М.П.

Проанализированы результаты лечения 476 больных с заболеваниями желчно-выводящих путей пожилого и старческого возраста. Сделан вывод о том, что механическая желтуха на фоне холедохолитиаза сопровождается синдромом эндогенной интоксикации с проявлениями печеночной недостаточности. Комплексная детоксикационная терапия, включающая хирургическую коррекцию, инфузионную терапию, антибиотикотерапию, экстракорпоральную детоксикацию улучшает результаты лечения и уменьшает количество послеоперационных осложнений.

SUMMARY

THE ROLE OF ENDOGENIC INTOXICATION DURING MECHANICAL JAUNDICE, THE WAYS OF TREATMENT

M.P. Popyk

The results of treatment of 476 patients with the diseases of gall ducts of senile age are presented. The conclusion is that mechanical jaundice on the background of choledocholithiasis is accompanied with endogenous intoxication syndrome with manifestations of liver insufficiency. Complex detoxication therapy including surgical correction, infusion therapy, antibiomatic therapy, extracorporeal detoxication improves the results.