

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Сырбу И.Ф., Булдышкин В.В., Капшитарь А.В.

*Запорожский государственный медицинский университет, г.З апорожье*

Механическая желтуха, осложняющая течение ряда паталогических состояний холедохолитиаз, заболевание большого дуоденального сосочка (БДС), (панкреотит, рак поджелудочной железы, рак желчных протоков, метастазы в ворота печени), является одной из актуальных проблем современной хирургии [1, 3]. Дифференциальная диагностика с другими видами желтух (паренхиматозная, гемолитическая) не всегда проста, а наличие печеночной недостаточности усугубляет риск оперативных вмешательств [1–3].

В клинике общей хирургии ЗГМУ для верификации диагноза применяются лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография / ЭРХПГ/, лапароскопия. ЭРХПГ при стенозах БДС и холедохолитиазе позволяет не только уточнить диагноз, но и выполнить папиллотомию.

Лапароскопия необходима для уточнения степени воспалительных изменений в желчном пузыре, характера и выраженности панкреатита. При лапароскопии выполняем блокаду и канюляцию круглой связки пече-

ни с целью направленной инфузии препаратов, холецистостомию, дренирование брюшной полости. Считаем показанными лапароскопические вмешательства при сочетании желтухи с панкреотитом, билирубинемией более 100 мкмоль/л., не эффективности консервативного лечения в течение 12-24 час.

В 1996–1998 гг. на лечении находилось 69 больных желтухой. У 16 пациентов диагностировано паренхиматозная желтуха, обусловленная сывороточным гепатитом [2], хроническим гепатитом [6], токсическим гепатитом [4], циррозом печени [4]. Проведено консервативное лечение. Из 53 пациентов с механической желтухой женщин было 39, мужчин – 14, средний возраст – 58 лет. Причинами желтухи были холедохолитиаз., доброкачественный стеноз холедоха и БДС (29 пациентов), панкреотит [14], рак поджелудочной железы [5], рак желчных протоков [3], метастазы в ворота печени [2]. Оперированы в срочном порядке 16 больных. Показаниями к операции были острый деструктивный холцистит, панкреатогенный перитонит при неэффективности лапароскопического и консервативного лечения.

Им выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха (10 больных), холецистостомия [3]. У 3 больных раком сдисеминированы метастазированием операция ограничена диагностической лапаротомией. Летальность 31% (5 пациентов) была обусловлена тяжестью основного заболевания, печеночно-почечной недостаточностью, сопутствующей патологией. 26 пациентам выполнены эндоскопические вмешательства: папиллотомия [10], холецистостомия [12], канюляция круглой связки печени [6], дренирование брюшной полости. Одновременно проводилось интенсивная инфузионная терапия, включающая реополиглюкин, гемодез, плазму, солевые растворы, глюкозу, новокаин, тиотриазолин, спазмолитики, а у больных острым панкреатитом также фторурацил, контрикал. В последнее время широко применяем тиатриазолин, улучшающий тканевой обмен в печени, оказывающий иммуномодулирующее и противовоспалительное действие [4, 5]. Использовали метод экстракорпоральной детоксикации (плазмафорез, гемосорпция) у 9 больных.

После стабилизации состояние больных нормализации биохимических показателей 14 больным выполнили операции в отсроченном порядке (холецистэктомия с операцией на протоках – 12, панкреатодуоденальная резекция – 1, резекция печени – 1). Умерло 4 пациента (летальность – 15,4%): причиной смерти у 2 был панкреонекроз, у 2 – сердечно-сосудистая недостаточность на фоне тяжелой кардиальной патологии. У 11 больных консервативное лечение значительно улучшило состояние, снизило уровень билирубина и амилазы. 7 из них оперированы в отсроченном порядке (холецистэктомия с операцией на протоках), летальных исходов в данной группе не было.

Сравнивая результаты лечения больных, оперированных по срочным показаниям, приходим к выводу, что дифференцированный подход к лечению механической желтухи, основанный на применении современных диагностических и лечебных методов (УЗИ, ЭРХПГ, лапароскопия), использование комплексного лечения и малотравматичных эндоскопических вмешательств, позволяет улучшить результаты.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Буянов В.М., Егиев В.Н., Рудакова М.Н. и др. Лечебная тактика при механической желтухе.- Советская медицина. – 1990. - № 10. – С. 90-93.
2. Панцырев Ю.М., Будзинский А.А., Ноздрачев В.И. и др. Лечебная тактика при острой блокаде терминального отдела холедоха. - Хирургия.- 1990 - №10. – С. 3-8.
3. Третьяков А.А., Бокман Г.Б. Роль эндоскопических и рентгеноконтрастных методов исследования в диагностике желтух. – Хирургия. – 1993. - № 5. – С. 32-35.
4. Фомочкин И.И., Влияние трентала и тиатриазолина на тканевой кровоток, напряжение кислорода и реактивность сосудов при остром экспериментальном панкреатите. – Клиническая хирургия. – 1998. - № 1. – С. 44-45.
5. Ярешко Н.О. Застосування тиатриазоліну у комплексі лікування розлитого гнійного перитоніту. – Клінічна хірургія.

## **РЕЗЮМЕ**

### **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ**

**Сирбу І.Ф., Булдишкін В.В., Капшитарь А.В.**

В статті розглянуті основні методи діагностики та досліджуються дані результатів лікування за 1996-1999 роки 69 хворих з жовтухою, 16 з яких оперовані в терміновому порядку. Розглянуто основні шляхи покращення результатів лікування.

## **SUMMARY**

### **MODERN ASPECTS OF A DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE**

**I.F. Syrbu, V.V. Buldyshkin, A.V. Kapshytar**

In the article the main diagnostic methods and the results of treatment during 1996-1998 of 69 patients with jaundice of which 16 were operated urgently are studied.