



Т. І. Тамм, І. Г. Зульфигаров,
Д. Д. Рябушенко

Харківська медична академія
післядипломної освіти

© Колектив авторів

МОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ЖОВТЯНИЦІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Реферат. *Мета.* Поліпшити результати лікування хворих із синдромом жовтяниці шляхом підвищення якості діагностики обтураційної жовтяниці та вдосконалення способів хірургічного лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати діагностики та лікування 272 хворих з синдромом жовтяниці доброякісного генезу, що надійшли в клініку в ургентному порядку за період з 2010 по 2020 р. Диференційну діагностику природи жовтяниці та її причини здійснювали за даними УЗД і ЕРХПГ.

Результати та обговорення. На підставі виявлених відмінностей у даних гістоструктури стінки жовчного міхура у хворих на гострий холецистит, гепатит і цироз печінки визначені ультразвукові критерії диференційної діагностики механічної та паренхіматозної жовтяниці. УЗД дало змогу в короткі терміни за характером змін у печінці та стінці жовчного міхура визначити обтураційну або паренхіматозну природу жовтяниці (патент № 134089 від 25.04.2019). У випадках механічного походження жовтяниці дані УЗД створили можливість встановити її причину та визначити тактику лікування.

Висновки. 1. Морфологічні зміни, які виникли в стінці жовчного міхура у хворих на гострий холецистит, гепатит і цироз печінки, якісно відрізняються один від одного. 2. Виявлені при УЗД поєднання змін в печінці і стінці жовчного міхура дозволяють з високим ступенем достовірності диференціювати паренхіматозну і обтураційну жовтяницю.

Ключові слова: *гострий холецистит, синдром жовтяниці, диференціальна діагностика.*

Вступ

Жовтяниця являє збірний синдром, який є наслідком різних захворювань печінки та жовчовивідних шляхів. Поміж усіх видів жовтяниці тільки обтураційна вимагає хірургічного лікування й у деяких випадках невідкладного втручання. Підвищення тиску в жовчних ходах у разі обтураційної жовтяниці порушує функцію гепатоцитів, унаслідок чого страждає антитоксична функція, пігментоутворювальна, білковосинтезувальна й інші функції печінки. Через холестази підвищується також концентрація гідрофобних кислот, які запускають ланцюг біохімічних процесів, що призводять до загибелі гепатоцитів і холангіоцитів [1].

Поміж хворих з обтураційною жовтяницею частка доброякісного її генезу становить 18 % від загальної кількості хірургічних пацієнтів [2, 3]. З них у 15–20 % хворих причиною механічної жовтяниці є первісикальні ускладнення гострого холецистити (ГХ), панкреатиту, стенозу великого дуоденального сосочка (ВДС) тощо [2, 3, 4].

З огляду на незворотність процесів, які відбуваються в клітинах печінки в разі обтурацій-

ної жовтяниці, рання її діагностика і своєчасне лікування для попередження загибелі гепатоцитів є важливою проблемою.

У хворих із болями в животі й наявністю механічної жовтяниці термінові або екстрені оперативні втручання спрямовані насамперед на усунення причини жовтяниці. Водночас нерідко бувають випадки хірургічних втручань у хворих із жовтяницею немеханічної природи, які закінчуються розвитком ускладнень і несприятливим результатом [2, 4, 5].

Мета досліджень

Поліпшити результати лікування хворих із синдромом жовтяниці шляхом підвищення якості діагностики обтураційної жовтяниці та вдосконалення способів її хірургічного лікування.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати діагностики та лікування 320 хворих із синдромом жовтяниці, що ургентно потрапили до клініки за період із 2010 до 2020 р. З них у 48 (15 %) хворих причи-

ною жовтяниці були злякисні новоутворення позапечінкових жовчних шляхів і голівки підшлункової залози.

Холедохолітіаз став причиною жовтяниці в 74 (23 %) пацієнтів, стеноз ВДС — у 83 (26 %), перивезікальні ускладнення ГХ — у 87 (27 %) і 28 (9 %) пацієнтів були з паренхіматозною жовтяницею.

З дослідження виключені 48 хворих із механічною жовтяницею, яку спричинили злякисні утворення.

Диференційна діагностика виду жовтяниці проводилася у 272 хворих у віці від 32 до 76 років, серед яких 101 пацієнт був чоловічої статі, 171 — жіночої.

Для обстеження пацієнтів використовували клініко-лабораторні методи з визначенням білірубіну та співвідношенням білка і його фракцій, трансаміназ, коагулограми.

З променевих методів дослідження в ургентній ситуації проводили ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, за потреби проводили ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) та комп'ютерну томографію (КТ).

Результати досліджень та їх обговорення

На першому етапі хворим проводили диференційну діагностику механічної та паренхіматозної жовтяниці в першу добу надходження до лікарні за допомогою УЗД печінки й позапечінкових жовчних шляхів. З 272 хворих ознаки механічної жовтяниці у вигляді розширення гепатикохоледоха й жовчних шляхів виявлені в 187 (68,75 %) пацієнтів. Наявність ознак дистальної непрохідності холедоха стало показанням до виконання ендоскопічної папілоскопії, під час якої у 93 хворих виявлений стеноз ВДС, а в 94 при виконанні ЕРХПГ виявлено холедохолітіаз, який спричинив жовтяницю. У цій групі хворих для ліквідації жовтяниці у 93 виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ). У 94 пацієнтів ЕПСТ була доповнена літоекстракцією каменів із просвіту холедоха. Під час оперативних втручань на ВДС і холедохі в 10 (5,3 %) пацієнтів виникли ускладнення у вигляді гострого панкреатиту (7) і кровотечі з папілотомної рани (3). Кровотеча була зупинена ендоскопічно шляхом ін'єкції розчину адреналіну. Напад гострого панкреатиту купірували консервативною терапією упродовж 5-6 днів.

У 57 хворих із болями в підребер'ї праворуч із синдромом жовтяниці під час УЗД була підозрена наявність синдрому Міріззі. Їм виконали ЕРХПГ, під час якої в 11 пацієнтів виявлено фістулу між жовчним міхуром і холедохом, водночас камені частково перекривали просвіт

жовчної протоки. У 46 хворих був підтверджений синдром Міріззі I типу.

Лапароскопічна холецистохоледохолітотомія виконана в 3 пацієнтів із синдромом Міріззі II типу, а у 8 пацієнтів проведена резекція жовчного міхура з пластикою стінки холедоха [6].

Поміж хворих із синдромом Міріззі I типу 37 виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), у 6 пацієнтів — відкрита холецистоектомія і в 3 хворих — конверсійна.

У 28 (10,3 %) під час УЗД була виявлена збільшена печінка без розширених внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних шляхів. Об'єм жовчного міхура не перевищував нормальних розмірів і становив $(28,4 \pm 1,4)$ см³. Стінка міхура являла подвійний контур завширшки від 7 до 11 мм, що можна розцінити як ознаку гострого холециститу [3].

Під час ендоскопічного дослідження виявлено, що ВДС був мало зміненим, проте водночас із нього не надходила жовч у просвіт кишки, що було розцінено як ознака механічної жовтяниці. Усім хворим (28) була виконана ЕРХПГ, під час якої гепатикохоледох мав звичайну ширину й не містив каменів.

Відсутність ознак механічної жовтяниці при ЕРХПГ стало показанням для імунологічного дослідження крові на вірусний гепатит. З 28 хворих у 12 (43 %) виявлені маркери вірусного гепатиту В, у 6 (21 %) — гепатит С, у 3 (10,7 %) хворих виявлені маркери гепатиту А. У 7 (25 %) хворих при подальшому дослідженні встановлено цироз печінки з декомпенсацією її функції за паренхіматозним типом.

Після виконання ЕРХПГ на тлі активного гепатиту у 14 (50 %) пацієнтів виник гострий холангіт, із яких померло 2 хворих від прогресуючої печінкової недостатності. Гострий панкреатит у легкій формі розвинувся у 2 пацієнтів і завершився одужанням унаслідок проведеної консервативної терапії. В 1 хворого перебіг гострого панкреатиту мав тяжку форму, процеси деструкції в підшлунковій залозі перейшли у фазу гнійних ускладнень, через що пацієнта двічі оперували, і він помер через поліорганну недостатність, яка розвилася.

На аутопсії померлих (3) хворих у стінках жовчного міхура під час гістологічного дослідження виявлені ознаки хронічного холециститу. У хворих, яким видалили жовчний міхур із каменями, ГХ мав товщину стінок понад 10 мм. Під час гістологічного дослідження в стінці міхура виявлено надмірну кількість сполучної тканини й колагенових волокон.

З 28 хворих, які потрапили до клініки з болями в підребер'ї праворуч і паренхіматозною жовтяницею і були оперовані, померло 3 (10,7 %) пацієнтів.



В ургентній ситуації в арсеналі хірурга в разі надходження хворих із болями в животі й синдромом жовтяниці для постановки діагнозу, крім клінічних виявів, є лабораторні методи дослідження та УЗД. За кількістю білірубину в крові, співвідношенням його фракцій та рівнем трансаміназ визначити характер жовтяниці складно, особливо при перебігу захворювання кілька тижнів. Значущу інформацію лікарю в цих ситуаціях дає УЗД органів черевної порожнини.

Ознаки механічної жовтяниці, виявлені в процесі УЗД, добре відомі: це розширення жовчних проток усередині печінки й позапечінкових ходів над місцем перешкоди. Ознаками паренхіматозної жовтяниці є збільшення розмірів печінки, підвищення її ехогенності й відсутність розширення внутрішньопечінкових і позапечінкових жовчних шляхів. Одночасно відсутність надходження жовчі в міхур спричиняє його «спустошення», яке добре видно під час УЗД. При цьому товщина стінки міхура збільшується й може досягати 5–6 мм, що можна помилково прийняти за ознаку гострого холециститу.

Далі, у хворих із цирозом печінки при гістологічному дослідженні в стінці жовчного міхура визначали надлишковий вміст сполучної тканини й колагенових волокон. При УЗД стін-

ка жовчного міхура в цих випадках і також була більше за 2–3 мм із яскраво білим позитивним сигналом.

На підставі виявлених відмінностей даних гістологічного дослідження стінки жовчного міхура у хворих на ГХ, гепатит і цироз печінки були визначені ультразвукові критерії диференціальної діагностики механічної та паренхіматозної жовтяниці [7].

Аналіз результатів лікування 272 хворих із болями в животі й жовтяницею показав можливість у короткі терміни за допомогою УЗД за характером змін у печінці і стінці жовчного міхура визначити природу жовтяниці — обтураційну чи паренхіматозну. У випадках механічного походження жовтяниці дані УЗД дають змогу встановити її причину та визначити тактику лікування пацієнтів.

Висновки

1. Морфологічні зміни, які виникають в стінці жовчного міхура у хворих на гострий холецистит, гепатит і цироз печінки, якісно відрізняються один від одного.

2. Виявлені при УЗД поєднання змін у печінці та стінці жовчного міхура дозволяють з високим ступенем достовірності диференціювати паренхіматозну і обтураційну жовтяницю.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Фиалкина СВ, Бекбауев СА, Мазница ДА. Микробиоценоз кишечника при механической желтухе, вызванной обтурацией желчных протоков. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2012;3:61-64.
2. Гальперина ЭИ, Ветшева ПС, ред. Руководство по хирургии желчных путей. Москва: Видар. 2009, 568 с.
3. Кондратенко ПГ. Хірургічні хвороби. Харків: Факт, 2006;341-86.
4. Coucke EM, Akbar H, Kahloon A, et al. Biliary Obstruction. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539698/>
5. Taylor A, Stapley S, Hamilton W. Jaundice in primary care: a cohort study of adults — aged more 45 years using electronic medical records. Fam Pract, 2012; 29:416-20. doi: 10.1093/fampra/cmrl18
6. Тамм ТІ, Аббуд Хамам, Крамаренко КО. Спосіб лікування другого типу синдрому Міріззі. Патент України №55395. груд.10.
7. Тамм Т.І., Мамонтов І.М., Зульфигаров І.Г. Спосіб диференційної діагностики механічної та паренхіматозної жовтяниці. Патент України № 134089. квіт. 25.

REFERENCES

1. Fialkina SV, Bekbauev SA, Maznitsa DA. Intestinal microbiocenosis with obstructive jaundice caused by obstruction of the bile ducts. Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology. 2012;3:61-4.
2. Galperin EI, Vetsheva PS, ed. Guide to surgery of the biliary tract. Moscow: Vidar M. 2009;568 p.
3. Kondratenko PG. Hirurgic ailments. Kharkiv: Fact, 2006;341-86.
4. Coucke EM, Akbar H, Kahloon A, et al. Biliary Obstruction. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539698/>
5. Taylor A, Stapley S, Hamilton W. Jaundice in primary care: a cohort study of adults — aged more 45 years using electronic medical records. Fam Pract, 2012; 29:416-20. doi: 10.1093/fampra/cmrl18
6. Tamm TI, Abboud Hamam, Kramarenko KO. Sposib likuvannya other type of syndrome Mirizzi. Patent for corisna model № 55395, dated 10.12.2012.
7. Tamm TI, Mamontov IM, Zulfigarov IG. Method of differential diagnostics of mechanical and parenchymal diseases. Patent for corisna model № 134089, dated 25.04.2019.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБОСНОВАНИЕ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ
СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Т. И. Тамм, И. Г. Зульфугаров,
Д. Д. Рябушенко*

Реферат. *Цель.* Улучшить результаты лечения больных с синдромом желтухи путем повышения качества диагностики обтурационной желтухи и совершенствования способов хирургического лечения

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 272 больных с синдромом желтухи доброкачественного генеза, поступивших в клинику в ургентном порядке за период с 2010 по 2020 г. Дифференциальную диагностику природы желтухи и ее причины осуществляли по данным УЗИ и ЭРХПГ.

Результаты и обсуждение. На основании выявленных различий в данных гистоструктуры стенки желчного пузыря у больных острым холециститом, гепатитом и циррозом печени определены ультразвуковые критерии дифференциальной диагностики механической и паренхиматозной желтухи. УЗИ дало возможность в короткие сроки по характеру изменений в печени и стенке желчного пузыря определить обтурационную или паренхиматозную природу желтухи. (Патент № 134089 від 25.04.2019). В случаях механического происхождения желтухи данные УЗИ помогли установить ее причину и определить тактику лечения.

Выводы. 1. Морфологические изменения, возникшие в стенке желчного пузыря у больных острым холециститом, гепатитом и циррозом печени, качественно отличаются друг от друга. 2. Выявленные при УЗИ сочетание изменений в печени и стенке желчного пузыря позволяют с высокой степенью достоверности дифференцировать паренхиматозную и обтурационную желтуху.

Ключевые слова: *острый холецистит, синдром желтухи, дифференциальная диагностика.*

MORPHOLOGICAL
SUBSTANTIATION
OF DIFFERENTIAL
DIAGNOSIS OF JAUNDICE
SYNDROME IN
PATIENTS WITH ACUTE
CHOLECYSTITIS

*T. I. Tamm, I. G. Zulfugarov,
D.D. Ryabushenko*

Summary. *Objective.* To improve the results of treatment of patients with jaundice syndrome by improving the diagnosis quality of obstructive jaundice and improving methods of surgical treatment.

Materials and methods. The results of diagnosis and treatment of 272 patients with benign jaundice syndrome admitted to the clinic on an urgent basis from 2010 to 2020 were analyzed. Differential diagnosis of the nature of jaundice and its cause was carried out according to ultrasound and ERCP.

Results. Based on the revealed differences in the data of histostructures of the gallbladder wall in patients with acute cholecystitis, hepatitis, and liver cirrhosis, we determined ultrasound criteria for the differential diagnosis of mechanical and parenchymal jaundice. Ultrasound made it possible in a short time to determine the obstructive or parenchymal nature of jaundice by the nature of changes in the liver and the wall of the gallbladder. (Patent № 134089 dated April 25, 2019). In cases of mechanical origin of jaundice, ultrasound data helped to establish its cause and determine the tactics of treatment.

Conclusion. 1. Morphological changes in the wall of the gallbladder in patients with acute cholecystitis, hepatitis and liver cirrhosis are qualitatively different from each other. 2. The combination of changes in the liver and the wall of the gallbladder revealed by ultrasound examination makes it possible to differentiate parenchymal and obstructive jaundice with a high degree of reliability.

Key words: *acute cholecystitis, jaundice syndrome, differential diagnosis.*