

РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ: Т. И. ТАММ, Б. М. ДАЦЕНКО, В. Б. БОРИСЕНКО, К. О. КРАМАРЕНКО «СИНДРОМ ЖЕЛТУХИ»*

Казалось бы, знание механизмов химических превращений билирубина и его дериватов в крови, желчи, моче и кале в норме и при желтухах различного генеза позволяет достаточно точно предварительно выявить происхождение желтух. В последующем на основании данных анамнеза, клиничко-биохимических анализов и современных методов инструментальных исследований диагноз может быть подтвержден или уточнен. Однако до сих пор много нерешенных и дискуссионных вопросов, связанных с диагностикой синдрома желтухи и лечебной тактикой. Мнения ведущих специалистов часто взаимоисключающие.

Несколько непринципиальных замечаний автора рецензии желательнее было бы учесть при переиздании очень ценного учебного пособия.

Необходимо дать определение основных терминов, поскольку «иктеричность» предполагает билирубинемия на уровне 30,6 мкмоль/л, а «желтуха» — более 42,5 мкмоль/л.

Самый ранний лабораторный показатель появления желтухи — наличие желчных пигментов в моче.

В предисловии дано четкое определение желтухи и механизмов превращения гемоглобина в билирубин и его дериваты. При тяжелом поражении печеночных клеток синтез билирубина может останавливаться на промежуточных стадиях с образованием зеленых пигментов — вердоглобина и биливердина и соответствующими изменениями оттенков желтухи с зеленым и землистым (при лептоспирозе с 1–2-х суток заболевания, при длительном консервативном лечении опухолевых желтух и изредка при холедохолитиазе).

Не умаляя заслуг отечественных авторов, следует напомнить, что в основе современных классификаций желтухи лежат схемы J. McNeil (1923) (гемолитическая, паренхиматозная и механическая (обструктивная)) и Н. Дисси (1947) (надпеченочная (предпеченочная), внутрипеченочная и подпеченочная (постпеченочная, механическая)). Авторы пособия придерживаются классификации патогенетических типов желтух на надпеченочную, пече-

ночную и подпеченочную (А. Ф. Блюгер, 1968). Но в настоящее время желтухи разделяют на:

1. Надпеченочную.
2. Печеночную.
3. Холестатическую.

Новое наименование третьего варианта вносит определенную путаницу в лечебную тактику. Если механическая (обтурационная, обструктивная, подпеченочная) желтуха однозначно требует хирургических вмешательств различного объема, то синдром холестаза включает заболевания различного генеза с частым холестатическим вариантом вирусного гепатита, не требующим оперативных пособий.

Теоретически при всех трех вариантах желтух гемолитический, паренхиматозный и механический компоненты встречаются на разных этапах заболевания и их разделение проводят по ведущему (преобладающему) компоненту (гемолиз, поражение паренхимы печени, препятствия для оттока желчи).

Старое название «гемолитическая желтуха» не является синонимом надпеченочной желтухи, поскольку гемолиз эритроцитов — это лишь составляющая данной формы заболеваний.

Подробно описаны наследственная гемолитическая желтуха (O. Minkowski, 1900) и приведены четкие клинические признаки, позволяющие отличить гемолитические желтухи от печеночных и холестатических. В разделе о приобретенных печеночных желтухах внимание уделено первичным и вторичным, лекарственным и вирусным гепатитам. Для дифференциальной диагностики вирусных гепатитов и механических желтух следовало бы представить все варианты преджелтушного периода (7–10 суток); астенический синдром; диспептический со снижением аппетита до анорексии и диареи; артралгия; катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей; бессимптомная форма преджелтушного периода вирусного гепатита. На 7–10-е сутки желтушного периода возможна кратковременная ахолия кала.

Для хирургов наибольший интерес представляет глава о подпеченочной желтухе.

* Тамм Т. И., Даценко Б. М., Борисенко В. Б., Крамаренко К. О. Синдром желтухи. — Харьков, 2013. — 143 с.

Не увлекаясь подробными (рабочими) классификациями, авторы пособия удачно объединили их в 5 основных групп: пороки развития; доброкачественные заболевания желчных путей; воспалительные заболевания; стриктуры магистральных желчных протоков вследствие операционной травмы. Описан подробно патогенез механических желтух.

Вероятно, следовало бы заострить внимание хирургов на том, что при недиагностированных ятрогенных повреждениях гепатикохоледаха при открытых и лапароскопических операциях (40—60 %) желтуха появляется на 2-е—3-и сутки послеоперационного периода. Хирурги в ее трактовке часто руководствуются чем угодно, но только не ятрогенной (по материалам судебно-медицинских экспертиз).

Превосходно написан раздел, посвященный ультразвуковой диагностике. Как известно, для выявления холелитиаза независимо от химической структуры конкрементов УЗИ имеет преимущества по сравнению как с компьютерной, так и с магнитно-резонансной томографией.

В лечении механической желтухи много дискуSSIONных моментов. Авторы являются сторонниками двухэтапного лечения с первоначальным использованием декомпрессии желчевыводящих путей, а после устранения желтухи вторым этапом выполняют операцию с желчеотведением.

По мнению ведущих специалистов, критический дооперационный уровень билирубинемии составляет от 70 до 170 мкмоль/л при безопасном уровне 35—40 мкмоль/л.

По данным нескольких рандомизированных исследований, нет различий в частоте послеоперационных осложнений и летальности при предварительной декомпрессии и операций на высоте желтухи. По нашему мнению, компромиссный вариант двухэтапной тактики показан у крайне тяжелых больных с явлениями холангита, сепсиса, признаков печеночно-почечной недостаточности. Общепринято, что решение всех диагностических проблем с механической желтухой должно занимать не более 10 суток. В противном случае возможно развитие пяти типов острой печеночной недостаточности при выполнении операций в поздние сроки: билиодинамической, микрососудистой, аутоиммунной, холангитической и паренхиматозно-токсической.

Для выявления билиарного сепсиса используют шкалу Biliary Septic Score (BSS), учитывающую лейкоцитоз, уровень общего билирубина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, инфекции мочевыводящей системы, изменения в ЦНС и сердечно-сосудистой системе (расширенный вариант пентады Raynolds—Dargan (1955)).

Представляют интерес оригинальные методики операции Б. М. Даченко с пластикой стенки холедаха у больных с синдромом Мириizzi 2-го типа.

В целом, учебное пособие «Синдром желтухи» представляет интерес как для хирургов широкого профиля, так и для специалистов гепатологических центров.

Желательно переиздать учебное пособие в расширенном виде (монография).

*В. И. Мамчич,
профессор кафедры хирургии и проктологии
Национальной медицинской академии
последипломного образования им. П. Л. Шупика*