

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Бейшенбаев Р.К., Ажыбаев М.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Рассмотрен опыт изучения 56 больных механической желтухой различного генеза. Лечебную тактику основывали на верификации диагноза, комплексной оценке состояния больных. Показана необходимость предоперационной коррекции функции печени. Изменения в печени и других органах, возникающие при механической желтухе, являются главной причиной высокой летальности после операции, выполненных на фоне механической желтухи, определены принципы лечения в зависимости от генеза механической желтухи.

Ключевые слова: механическая желтуха, печеночная недостаточность, холангит, эндотоксемия, интенсивная терапия.

МЕХАНИКАЛЫК САРГАЮУНУН АР ТҮРДҮҮ СЕБЕПТЕРИ ЖАНА ДАРЫЛООНУН ОПТИМАЛДУУ ЖОЛДОРУН ТАНДОО

Бейшенбаев Р.К., Ажыбаев М.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ар түрдүү механикалык саргаюу менен 56 бейтапка тажрыйба жүргүзүлдү. Дарылоо ыкмасын дартты аныктоо менен, бейтаптын жалпы абалын жана операцияга чейинки боордун иштөө функцияларына таяндык. Механикалык саргаюдан кийинки боордогу жана башка органдардагы өзгөрүүлөр ар кандай оор жоготуулардын негизги себеби болуп келет. Механикалык саргаюунун жана анын дарылоо ыкмасы аныкталды.

Негизги сөздөр: механикалык саргаюу, боор жетишсиздиги, холангит, эндотоксемия, интенсивдүү терапия.

THE CHOICE OF OPTIMAL TACTIC OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SYNDROME OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF DIFFERENT GENESES

Beishenbaev R. K. Ajybaev M. R.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: It is examined experience of the study 56 patients with obstructive jaundice of various origins. Treatment policy was based on the verification of the diagnosis, a comprehensive assessment of the patients. The necessity of correcting preoperative liver function. Is given changes in the liver and other organs, resulting in obstructive jaundice are the main cause of the high mortality after surgery performed on the background of jaundice, the principles of treatment depending on the genesis of obstructive jaundice are determining.

Key words: jaundice, liver failure, cholangitis, endotoxemia, intensive therapy.

Введение. Несмотря на активное внедрение в клиническую практику современных диагностических и лечебных технологий проблема диагностики и лечения механической желтухи (МЖ) остается одной из трудноразрешимых до настоящего времени задач клинической хирургии.

МЖ – синдром развивающийся при различных доброкачественных и злокачественных заболеваниях, вызывающих нарастающую закупорку желчных протоков (ЖП). Каждое из заболеваний, вызвавших МЖ, имеет

свою специфику и резко отличается друг от друга (холедохолитиаз и опухоль головки поджелудочной железы), однако фон на котором они протекают (МЖ) остается одинаковым. Именно этот фон в значительной степени и определяет состояние больного и исход заболевания.

Многочисленные исследования [1,2] показывают, что выполнение операций на высоте МЖ, особенно продолжительной, увеличивает риск развития послеоперационных осложнений до 50-70% и сопровождается

высокой летальностью (10-45%).

МЖ вызывает тяжелые гемодинамические, метаболические, коагуляционные, иммунные изменения организма, приводящие к функциональным и морфологическим нарушениям печени и других жизненно важных органов и систем [3,4,5].

Цель. Разработать оптимальную тактику предоперационного ведения больных с МЖ различного генеза.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии проходили обследование и лечение 56 больных с синдромом МЖ. Мужчин было 19, женщин 37. Возраст больных варьировал от 36 до 68 лет (средний возраст $51 \pm 2,3$ года). Все пациенты с учетом этиологии МЖ были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли пациенты с доброкачественной этиологией МЖ, 2- злокачественного генеза. При этом отметим, что из 1 группы (п-40) женщин было 32, а мужчин 8, в то время как при опухолевой причине синдрома МЖ (п-16) мужчин было 11, а женщин – 5.

Кроме клинической оценки, для определения холестаза и цитолиза у всех больных исследовали биохимические показатели крови, уровень трансаминаз и щелочной фосфатазы. Особое значение придавали определению свободного и связанного билирубина крови.

УЗИ выполняли всем пациентам прежде всего для оценки состояния печени, поджелудочной железы, протоковой системы и выявления признаков желчной гипертензии, его этиологии и уровня блока. Чувствительность и специфичность метода в 1 группе составила 96% и 75% во второй, при этом чувствительность УЗИ снижалась если размер опухоли был менее 1 см. Для определения причины и уровня нарушения проходимости желчевыводящих путей у больных с без болевой формой желтухи проводили компьютерную томографию (КТ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), последнее исследование выполняли пациентам для оценки состояния большого сосочка 12-перстной кишки (БСДПК) и исключения других заболеваний.

Результаты и их обсуждения. В результате оценки лабораторной диагностики выявлено, что повышение у больных определенных показателей клинического анализа крови указывает в основном на воспалительный процесс, а активность печеночных ферментов на изменение функции органов

гепатопанкреатодуоденальной зоны, вызванное нарушением оттока желчи. Наиболее значимой информацией являются биохимические показатели крови, особенно у больных 1 группы. Так, повышение уровня общего билирубина, в основном за счет ее прямой фракции, позволяло подтвердить механический генез желтухи и этот критерий можно использовать в дифференциальной диагностики.

Мы пришли к мнению, что очень важно осмыслить важность и значение тех изменений в печени, которые наступают пристойкой МЖ, так как недооценка этого момента порой и является основной причиной не удовлетворительных результатов при выборе и объеме оперативного лечения МЖ.

Общеизвестно, что патологические изменения в печени развиваются пропорционально продолжительности холестаза, а выраженность этих изменений в органе зависит от темпа нарастания желчной гипертензии.

При доброкачественной МЖ (32 – холедолитиаз, 2 – синдром Мирризи, и 6 больных с рубцовой стриктурой различного уровня). Заболевание возникло остро (холедохолитиаз) с приступом боли, нередко с лихорадкой, ознобом. Эта симптоматика позволяла быстро госпитализировать больных, желтуха в этой группе больных была кратковременной, билирубинемия не высокая (до 100 мкмоль/л), но у многих превалировала картина гнойной интоксикации и холангита. В такой ситуации проводить длительную предоперационную терапию, направленную на защиту гепатоцитов и борьбу с интоксикацией не считали приоритетной, так как на этом этапе не было высокого риска развития осложнений МЖ. Оптимальным в этой группе больных явился выбор активного хирургического вмешательства. Такая тактика подтверждалась благоприятным течением послеоперационного периода у большинства пациентов. (нагноение раны – у 6, реактивный плеврит -1). Осложнения составили 17,5%.

Другая ситуация развивается во 2 группе больных с МЖ опухолевой этиологии. У них желтуха была без болевой, развивалась на фоне слабости и общего недомогания. Сроки обращения пациентов в нашу клинику удлинялись от 1-2 недель. Основной причиной поздней госпитализации являлось затруднение в постановке диагноза. Так некоторые больные находились в инфекционном отделении с

подозрением на паренхиматозную желтуху, другие из-за отсутствия субъективных проявлений болезни. Так или иначе, эта группа поступила к нам с высокой билирубинемией (более 250 мкмоль/л) и длительной желтухой. Это именно те больные, для которых МЖ представляет большую опасность. Тактика лечения в этой группе применялась иная.

В данном случае некоторые авторы [5] считают целесообразным выполнение двухэтапного вмешательства, производя предварительное дренирование желчных путей. Однако есть и другое мнение [3] – анализ эффективности предоперационного билиарного дренирования вызванной злокачественной опухолью показал, что эта тактика не имеет преимуществ от исходной, а повышает риск развития осложнений, связанных с проведением методов декомпрессии желчных протоков. Таким образом, в вопросе о предварительной декомпрессии у больных с МЖ злокачественной этиологии нет согласованного мнения.

В ходе исследования мы обратили внимание на одну закономерность, что из второй группы больных после операции у 4-х, у которых была длительная МЖ и высокая билирубинемия в первые дни после декомпрессии ЖП происходит ухудшение состояния, усиление энцефалопатии и увеличение уровня общего билирубина на 30-60 мкмоль/л. То есть, имело место развитие печеночной недостаточности, которая не имела такой явной картины до операции. Операционная травма, ее объем и длительность на фоне стойкой, «высокой» МЖ приводит к декомпенсации исходных метаболических нарушений, эндотоксикоза и прогрессирование синдрома печеночной недостаточности.

Таким образом, мы считаем обоснованным применение гепатопротекторов, инфузионных препаратов-антигипоксантов до и после операции у больных относящихся к 2 группе исследования, как перспективный метод

интракорпоральной детоксикации имеющий целью компенсации эндотоксикоза у данной категории больных, что заметно снижает риск развития острой послеоперационной печеночной недостаточности и полиорганной дисфункции.

Выводы. Механическая желтуха и ее последствия являются мощной основой развития осложнений, имеющих полиэтиологичный характер. В связи с этим необходим индивидуальный, обоснованный подход к выбору оптимальной программы диагностики и лечения.

Целесообразно выделение групп больных в соответствии с этиологическими факторами заболевания, тяжестью его течения и осложнений, определяющих рациональные диагностические, тактические и технические решения в сочетании с адекватной интенсивной терапией на всех этапах лечения таких больных, что обеспечивает уменьшение частоты летальных исходов, особенно среди лиц пожилого возраста, и повышает качество их жизни.

Литература:

1. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // *Хирургия.* - 2005. - №10. - С. 40-45.
2. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // *Российский журнал гепатологии, колопроктологии.* - 1999. - №3. - С. 18-24.
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. Медицина: 2006. - 326с.
4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе // *Анналы хирургической гепатологии.* - 1998. - №11. - С. 96-111.
5. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // *Хирургия.* - 1998. - №9. - С.52-59.