

УДК 616.36-008.5-006.03-07-089

А.Ж. НУРМАКОВ, А.Н. БАЙМАХАНОВ

Кафедра хирургических болезней №1 КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Обсуждена проблема механической желтухи доброкачественного генеза с позиции новых технологий диагностики и лечения.***Ключевые слова:** механическая желтуха, классификация степени тяжести МЖ, хирургическое и консервативное лечение, системная энзимотерапия (СЭТ).

Актуальность. В последние 10-15 лет наметилась явная тенденция увеличения числа больных с ЖКБ. У таких пациентов опытный врач поинтересуется, не было ли эпизода желтухи в прошлом и установит нет ли её в настоящее время. И это правильно. Вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения механической желтухи (МЖ), сопровождающая многие заболевания печени и внепеченочных желчных путей, остается актуальной. Это связано трудностью установления причины, дифференциальной диагностики, высоким риском хирургического вмешательства, частотой неблагоприятных исходов и высокой послеоперационной летальностью, которая колеблется в пределах 15-30% (2,3).

МЖ, писал В.В.Виноградов (1972), вначале возникнув как симптом закупорки желчных ходов, затем превращается как бы в новое, самостоятельное заболевание, уже со своим патогенезом, методами диагностики и лечения. При этом причины, вызвавшие желтуху, отходят на второй план, а клиническую картину и тяжесть состояния больных определяют факт застоя желчи и развивающаяся желчная гипертензия, холангит и их последствия. В настоящее время МЖ справедливо относят к категории острых хирургических заболеваний, требующих ранней диагностики и своевременного начала лечения. Чем длительнее желтуха, тем больше нарушения в печени, как морфологические, так и функциональные, тем чаще осложнения и опаснее течение послеоперационного периода. Изложенные обстоятельства подчеркивают актуальность проблемы.

Цель. Исследование результатов диагностики и лечения механической желтухи (МЖ) и её последствий в условиях внедрения новых технологий.

Материал и методика. Проведен анализ результатов диагностики и лечения у 168 больных с синдромом желтухи, поступивших в клинику с различными заболеваниями желчного пузыря и желчных путей по экстренным показаниям за период 2005-2012 годы. Мужчин было 67 (39,9%), женщин 101(60,1%), в возрасте 37-83 лет. Всем больным, поступившим с синдромом МЖ, применяли принятый в клинике алгоритм диагностики. Учитывая важность ранней и своевременной диагностики МЖ, комплекс диагностических мероприятий проводился в предельно короткие сроки (1-3дня). Он был направлен на решение следующих задач: 1. Определение характера желтухи, т.е. доказать механическое происхождение желтухи; 2. Установление характера причины (камни, опухоль, стеноз и др.); 3. Определение уровня локализации причины и, наконец; 4. Выбор рациональной предоперационной подготовки и послеоперационного лечения. Для реализации первых трех пунктов использовали диагностический алгоритм, принятый в клинике. Последний включал анализ крови (общий билирубин, общий белок крови, печеночные пробы), консультация терапевта и инфекциониста, обзорная рентгеноскопия и графия брюшной полости, УЗИ, ЭРХПГ, КТ и МРТ. Широкое внедрение в последние годы в практику новых, высокоинформативных технологий существенно улучшило диагностику и лечение больных с синдромом МЖ.

Причиной желтухи среди анализируемых нами больных, в основном, были осложнения желчнокаменной болезни (ЖКБ). Среди них наиболее часто обнаруживался холедохолитиаз - 77(45,8%). Из них у 18 камни были резидуальными («забытые»). Острый панкреатит был причиной желтухи у 49 (29,1%), холангит

у 21 (12,5%) больного. Из них у 5 холангит развился на фоне «забытых» камней. Далее шли стеноз терминального отдела холедоха 12(7,2%), хронический индуративный панкреатит 6(3,6%). У этих больных, как правило, определялся длительный анамнез ЖКБ. Из категории редких причин МЖ у 2 (1,2%) больных была выявлена киста холедоха и у одного больного (0,6%) проток сдавливался экзокорковой кистой правой доли печени.

Кроме установления причин МЖ, наряду с общепринятыми критериями оценки состояния больных определяли класс тяжести МЖ (Гальперин Э.И., 2012). Он оценивался по показателям билирубина и белка сыворотки крови, а также по имеющимся осложнениям МЖ (холангит, печеночная недостаточность, энцефалопатия, признаки кровотечения и др.). По лабораторным данным и выявленным признакам осложнений присваивали балльные оценки. Так, при показателе билирубина сыворотки крови 60 мкмоль/л, а количества белка >60 мкмоль/л присваивался 1 балл, билирубин 60-200 мкмоль/л, а белок >60-55 мкмоль/л-2 балла, >55-3 балла и т.д. Каждое осложнение МЖ оценивалось 2 раза выше балла билирубина. Путем сочетания балльных оценок выявленных признаков определяли класс тяжести, который обозначается буквами А,В,С. Класс А-≤5 баллов, класс В-6-12 баллов, класс С-≥16 баллов. Эта классификация позволяет наметить лечебную тактику, а также определить прогноз предстоящей операции и объем консервативного лечения в послеоперационном периоде (1). По классу тяжести МЖ больные были распределены так: класс А-34 больных (20,3%), к классу В-123 (73,2%), и к классу С-11(6,5%).

Трудной задачей остается лечение больных с МЖ. Его необходимо проводить комплексно, включая консервативное лечение, которое проводилось в до- и послеоперационном периоде и оперативное лечение. Основной целью лечебных мероприятий является ликвидация причины МЖ, профилактика развития или прогрессирования её последствий, главным образом, печеночной недостаточности.

В настоящее время ликвидация причины МЖ большинством хирургов осуществляется в два этапа. Первый этап предусматривает декомпрессию желчных путей с целью уменьшения холестаза, желчной гипертензии и улучшения функции печени, а вторым этапом ликвидируется основная причина МЖ. Мы, в клинике, также, придерживаемся этой лечебной тактики. В двухэтапном лечении МЖ, в основном, нуждаются больные со степенью тяжести категории В и С, у которых выявляются значительные нарушения гомеостаза и другие осложнения основного патологического процесса. Арсенал для декомпрессии желчевыводящих путей, как первый этап лечения МЖ, в настоящее время, включает различные способы. Среди множества существующих методов отведения желчи мы используем ЭПСТ и холецистостомию, которую выполняем черезкожной пункцией под контролем УЗИ или лапароскопа. После улучшения состояния больного и биохимических показателей выполняется второй этап-типичная холецистэктомия, устранение причины МЖ. Для этого выполняем такие традиционные методы хирургического вмешательства, как супрадуоденальная холедохотомия с холедохолитотомией, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с пластикой папиллы. Холедохотомию завершаем применением одного из видов наружного (по Керу,

по Вишневскому) или внутреннего дренирования (ХДА, ХЕА). При высоком риске операции лапаротомию завершаем формированием холецистостомии после удаления камней из желчного пузыря. При невозможности выполнения малоинвазивных методов декомпрессии применяем традиционную лапаротомию с обязательной ревизией внепеченочных желчных путей интраоперационной холангиографией или холедохоскопией и одномоментным устранением основного заболевания с коррекцией оттока желчи.

Немаловажным при лечении МЖ, после хирургического вмешательства является проведение адекватной консервативной терапии. Она направлена, главным образом, на восстановление нарушенных функций печени, профилактику печеночной недостаточности и обеспечения благоприятного течения послеоперационного периода. С этой целью в комплекс консервативных мероприятий, наряду со средствами нормализующих гомеостаз, инфузионной и витаминотерапии мы в последнее время включаем системную энзимотерапию (СЭТ).

СЭТ представляет собой метод терапевтического воздействия на организм с помощью препаратов, состоящих из смесей ферментов растительного и животного происхождения и рутин. Многочисленными исследованиями, в т.ч. сотрудников нашей клиники установлено, что СЭТ оказывает многоплановое положительное действие на патофизиологические механизмы больного организма, в т.ч. противовоспалительное и иммуномоделирующее (5). СЭТ нашим больным мы проводили

при применении препаратов Флогэнзим (рег.№ 012753\01) и Вобэнзим (рег.№011530\01). Важным моментом считаем, что СЭТ можно применять длительное время в амбулаторно-поликлинических условиях.

Небольшой опыт применения СЭТ, как свидетельствуют наши клинические наблюдения, оказывает положительное действие на восстановление основных функций печени, улучшения показателей неспецифической резистентности организма и качества жизни больных. Такое действие обеспечивало более гладкое течение послеоперационного периода и более раннее восстановление лабораторно-клинических показателей. Каких-либо побочных эффектов от применения препаратов СЭТ мы не наблюдали.

Из 168 больных умерли 12 больных (7,1%). Все они по тяжести МЖ относились к группам В и С, в возрасте 65 лет и старше. Среди больных группы А умерших не было. Основными причинами летального исхода были ПН, холемическое кровотечение, полиорганная недостаточность.

Заключение. Результаты анализа диагностики и лечения МЖ показывают, что проблема диагностики и лечения больных МЖ остается весьма актуальной и нуждается в проведении дальнейших углубленных исследований по улучшению диагностики, совершенствованию хирургических вмешательств и консервативных методов для профилактики и лечения печеночной недостаточности. Применение новых технологий в диагностике и в лечении открывает перспективы улучшения исходов доброкачественных заболеваний, сопровождающиеся синдромом МЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи. /Э.И. Гальперин, О.Н. Момунова // Хирургия. - 2014.- N 1. – С.5-9.
- 2 Анналы хирургической гепатологии, 2012. - №2. - С. 26.
- 3 Иванов Ю.В., Чудных С.М. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение. /Medlinks. ru. Раздел. - Хирургия, 2008.
- 4 Поташов Л.В., Сидоров А.И., Нурмаков А.Ж. Применение эндоскопической ретроградной холангиографии в диагностике и лечении холедохолитиаза. //Клин. Хирургия. - №9. - С. 62-64.
- 5 Нурмаков А.Ж., Поташов Л.В. Желчнокаменная болезнь. - Алма-Ата: Издательство «Берен», 1993. - 143 с.
- 6 Мазуров В.И. Роль и место энзимов в современной медицине. Доктор Ру. - 2007. - С. 2-4.
- 7 Родионов В.В. Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. - М.: Медицина, 1991. - 319 с.

А.Ж. НҰРМАҚОВ, А.Н. БАЙМАХАНОВ

ҚАТЕРСІЗ СЕБЕПТЕРДЕН ТУҒАН МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮДЫ АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ТАКТИКА

Түйін: Механикалық сарғаю белгісі бар науқастарды зерттеу және емдеу нәтижелеріне сараптама жасалынған. Науқастар сарғаюдың себебіне және ауырлық дәрежесіне қарай топтастырылып, хирургиялық емдеу жүргізілген. Консервативті емнің құрамына жүйелі энзимотерапия қолданылып, оның нәтижелері баяндалған. Қатерсіз себептерден туған механикалық сарғаюды (МС) зерттеуде және емдеуде жаңа технологияларды қолдану емдеу нәтижесін жақсартуға мүмкіндік беретіні анықталған.

A.G. NURMAKOV, A.BAJMACHANOV

SURGICAL TACTICS APPLIED AT DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE NOT MALIGNANT GENESIS

Resume: The analysis of inspection and treatment of patients with mechanical jaundice is carried out. Patients are distributed for the reason and severity of mechanical jaundice. Surgical treatment is carried out. In conservative treatment was the complex enzimoterapiya which results were reported. It was revealed that application of new technologies is improved by results of treatment of mechanical jaundice not malignant genesis.