



УДК 616.36-008.5-08

Д.М. КРАСИЛЬНИКОВ¹, А.В. ЗАХАРОВА¹, Д.М. МИРГАСИМОВА¹, Р.И. НИГМАТЗЯНОВ²¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

Комплексное лечение больных с механической желтухой

Красильников Дмитрий Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1, тел. +7-987-290-27-12, e-mail: dmkras131@gmail.com

Захарова Анна Викторовна — ассистент кафедры хирургических болезней № 1, тел. +7-927-408-22-07, e-mail: zahanna.83@rambler.ru

Миргасимова Джаухария Мирхатимовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1, тел. +7-904-667-45-51, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru

Нигматзянов Рафаэль Ильгизович — врач-хирург, заведующий отделением по организации платных медицинских услуг, тел. +7-987-296-98-69, e-mail: Nigraf81@mail.ru

Проанализирован опыт диагностики и лечения 909 больных с механической желтухой. Механическую желтуху доброкачественного генеза наблюдали у 763 (83,9%), злокачественного — у 146 (16,1%) больных. Выбор оперативного лечения зависел от причины МЖ и тяжести состояния больного: в 414 (45,5%) случаях эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) явилась окончательным этапом лечения, двухэтапная тактика лечения проведена в 261 (28,7%) случае, 116 (12,8%) больным были установлены холецисто-холеодохо- или гепатикостомы чрескожно-чреспеченочным доступом, у 118 (13%) больных по экстренным показаниям было проведено традиционное хирургическое лечение. Изучена эффективность применения препарата «Ремаксол» в комплексном до- и послеоперационном лечении больных с МЖ.

Ключевые слова: механическая желтуха, диагностика, хирургическое лечение, инфузионный гепатопротектор.

D.M. KRASILNIKOV¹, A.V. ZAKHAROVA¹, D.M. MIRGASIMOVA¹, R.I. NIGMATZYANOV²¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064

Comprehensive treatment of patients with obstructive jaundice

Krasilnikov D.M. — D. Med. Sc., Professor, Head of the Department of Surgical Pathologies № 1, tel. +7-987-290-27-12, e-mail: dmkras131@gmail.com

Zakharova A.V. — Assistant of the Department of Surgical Pathologies № 1, tel. +7-927-408-22-07, e-mail: zahanna.83@rambler.ru

Mirgasimova D.M. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Surgical Pathologies № 1, tel. +7-904-667-45-51, e-mail: d.mirgasimova@yandex.ru

Nigmatzyanov R.I. — operating surgeon, Head of the Department of organization of paid medical services, tel. +7-987-296-98-69, e-mail: Nigraf81@mail.ru

There was analyzed the experience of diagnosis and treatment of 909 patients with obstructive jaundice. Obstructive jaundice of benign genesis was observed in 763 (83,9%) patients, and malignant — in 146 (16,1%) of cases. The choice of surgical treatment depended on the cause of obstructive jaundice and severity of the patient: in 414 (45,5%) cases endoscopic papillosphincterotomy was the final stage of treatment, two-stage therapeutic approach was carried out in 261 (28,7%) cases, 116 (12,8%) patients were made cholecysto-, choledocho- or hepaticostomy by percutaneous transhepatic access, 118 (13%) patients for emergency indications were performed traditional surgical treatment. The efficacy of the drug Remaxol application in the complex pre- and postoperative treatment of patients with obstructive jaundice was studied.

Key words: obstructive jaundice, diagnostics, surgical treatment, infusion hepatoprotector.



Диагностика и лечение больных с механической желтухой (МЖ) остается одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии [1-3]. Это связано с неуклонным ростом больных с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны, увеличением среди них лиц пожилого и старческого возраста [4]. Выполнение декомпрессии при развившейся печеночной недостаточности на фоне длительной МЖ бывает недостаточным для восстановления функции печени. Поиск новых патогенетически обоснованных методов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения этих больных представляется актуальным.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с синдромом механической желтухи путем усовершенствования предоперационной подготовки и хирургической тактики.

Материал и методы

Проведен сравнительный анализ результатов диагностики и лечения 909 больных с синдромом МЖ, находившихся на лечении в клинике хирургии № 1 на базе отделений абдоминальной и эндоскопической хирургии РКБ МЗ РТ за период с 2006 по 2011 год. Мужчин было 315 (34,7%), женщин — 594 (65,3%). Возраст больных варьировал от 17 до 89 лет, причем более 60% составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска.

Причинами МЖ у 763 больных (83,9%) были доброкачественные заболевания, у 146 (16,1%) — злокачественные. При доброкачественной МЖ наибольшее количество больных было с холедохолиаэзом (55,4%) и стенозом БДС (23,8%), другие причины составили 4,8%. Среди причин МЖ злокачественного генеза чаще всего встречался рак головки поджелудочной железы (8,3%), практически равные доли пришлось на рак БДС, опухоль Клацкина и холангиокарциному.

Всем больным при поступлении в стационар проводили комплекс мер, включающий сбор клинико-объективных данных, клинические и биохимические лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС с осмотром зоны БДС. На основании полученных данных определяли характер желтухи и формировали рабочий диагноз. Дальнейший выбор метода инструментальной диагностики зависел от предполагаемой причины обтурации желчных протоков, возможности перевода диагностического исследования в лечебное вмешательство, технического оснащения лечебного учреждения.

Дифференцированный лечебно-диагностический алгоритм позволил определить оптимальный вариант оперативного вмешательства в каждом конкретном случае.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в сочетании с литоэкстракцией явилась основным методом декомпрессии у больных с МЖ доброкачественного генеза, позволила не только подготовить пациентов к дальнейшему оперативному вмешательству, но и устранить причину возникновения МЖ в 414 (45,5%) случаях.

Двухэтапная тактика лечения была проведена 261 больному. В данной группе пациентов этап декомпрессии в основном осуществлялся транспапиллярными способами — 236 случаев, лишь в 25 случаях были применены чрескожные малоинвазивные методы. На втором этапе у больных с ЖКБ выпол-

нялись ЛХЭ или холецистэктомии из минидоступа. При невозможности выполнения лапароскопической операции проводились открытые операции. Послеоперационная летальность при двухэтапной тактике составила 1,5% (4 больных).

Больным с тяжелой сопутствующей патологией и тяжелой степенью печеночной недостаточности были установлены холецисто-холедохо- или гепатикостомы чрескожно-чреспеченочным доступом. Из 116 таких больных 103 были с МЖ опухолевого генеза.

Декомпрессия желчных путей была не всегда выполнима, и приходилось выполнять открытое оперативное вмешательство на высоте желтухи. Из 909 пациентов с МЖ у 118 (13%) по экстренным показаниям было проведено традиционное хирургическое лечение, из них 96 больных были с МЖ доброкачественного генеза, 22 — с МЖ злокачественного генеза. Все они были из категории больных с тяжелой степенью печеночной недостаточности.

Общая летальность составила 4,95% (45 больных), в том числе 13 больных были с МЖ опухолевого генеза.

Успех результатов хирургического лечения зависит от комплексной консервативной терапии в до- и послеоперационном периоде, главным образом направленной на профилактику печеночной и почечной недостаточности, устранение эндотоксикоза, предупреждение развития инфекционных и геморрагических осложнений [5-10].

Консервативная терапия начинается с момента поступления больного, наряду с проводимыми диагностическими манипуляциями. Проводят массивную инфузионную терапию, направленную на поддержание гемодинамики, восстановление адекватной тканевой перфузии и микроциркуляции. Для этих целей используются кристаллоидные глюкозо-солевые растворы, препараты, улучшающие реологические свойства крови, белковые препараты, кровезаменители. Устранение эндотоксикоза проводится методом форсированного диуреза, энтеросорбцией препаратами лактулозы, при необходимости — осуществляли экстракорпоральную детоксикацию (плазмаферез, гемодиализ). Консервативная терапия включает также комплексную витаминотерапию и гепатопротекторы (фосфолипиды, адометионин). Назначают также аминокислоты, стимуляторы метаболизма, анаболические гормоны. Целесообразно назначение стероидных гормонов: преднизолон по 60-120 мг/сут, в тяжелых случаях внутривеночного холестаза и холангита — до 1000 мг/сут. Обязательным компонентом лечения является профилактика острых эрозий и кровотечений из ЖКТ, для чего назначают антациды и ингибиторы протонной помпы. При наличии холангита назначается антибактериальная терапия [11].

При МЖ на фоне нарушенного энергообмена развиваются системные метаболические нарушения, приводящие к развитию острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Поэтому особую значимость приобретают препараты, оказывающие комплексное дезинтоксикационное и антигипоксическое действие. К ним относят ремаксол, который является новым гепатопротектором для инфузионной терапии.

Ремаксол содержит активные метаболические компоненты — янтарную кислоту, рибоксин, никотинамид, метионин, электролиты — натрия хлорид, магния хлорид, калия хлорид, сольстабилизирующий агент N-метилглюкамин и является сбалансированным полиионным раствором [12, 13]. Актив-



ность компонентов, входящих в состав препарата, доказана в экспериментальных и клинических исследованиях. Препарат способствует снижению уровня билирубина и его фракций, улучшает экскрецию прямого билирубина в желчь, снижает активность экскреторных ферментов — ЩФ и ГТПП, способствует окислению холестерина в желчные кислоты. Показанием к назначению ремаксол являются нарушения функции печени вследствие острого или хронического ее повреждения (токсические, алкогольные, лекарственные гепатиты).

Была изучена эффективность применения препарата ремаксол в комплексном до- и послеоперационном лечении больных с МЖ. В рандомизированное исследование вошли 83 больных с МЖ неопухолевого генеза: 52 больных — основная группа, получавшая в составе инфузионной терапии ремаксол, 31 больной — группа сравнения, в которой проводили традиционную инфузионную терапию, включающую растворы 5%-ной глюкозы, Рингера или натрия хлорида с добавлением калия хлорида и магния сульфата. Объем инфузионной терапии в обеих группах был одинаковым и составлял 1200-1800 мл/сутки.

В сравнительное исследование были включены больные со средней и тяжелой степенью МЖ. У всех исследуемых пациентов при поступлении отмечалась гипербилирубинемия в интервале от 100 до 400 мкмоль/л, в основном за счет прямой фракции, а также повышение ферментов, характеризующих цитолитический синдром (АЛТ, АСТ) и холестатический синдром (ЩФ, ГТПП), что свидетельствует о паренхиматозном поражении печени.

Все больные оперированы в один или два этапа малоинвазивными способами. На первом этапе проводилась декомпрессия (ЭПСТ, ЭПСТ+литоэкстракция, ЧЧХС). У 33 больных (20 из основной группы и 13 из группы сравнения) эта операция явилась окончательным этапом лечения. У 50 больных (32 из

основной группы и 18 из группы сравнения) в последующем выполнили второй этап — ЛХЭ или ХЭ из минидоступа. Больные получали ремаксол в дозе 400 мл в сутки, в течение 2-7 суток в зависимости от тяжести состояния. Инфузионная терапия началась со дня поступления больных в стационар, параллельно с диагностическими мероприятиями, согласно существующему в клинике алгоритму. Как правило, на 2-й день после комплексной интенсивной подготовки выполняли первый этап лечения — декомпрессию желчных путей. При этом, всем больным в динамике определяли общий и прямой билирубин, АЛТ, АСТ, ГТПП, ЩФ, амилазу (см. табл.). Контроль осуществляли также на следующий день после декомпрессии (3-й день лечения). Так как в основном декомпрессию осуществляли транспапиллярными вмешательствами, в большинстве случаев отмечалось повышение уровня амилазы в обеих группах. Но в основной группе больных амилаземия была менее значительной. Если в дальнейшем планировался 2-й этап лечения, то проводили контроль (на 5-й день) перед операцией.

В основной группе отмечалась более быстрая нормализация всех показателей. Данные изменения отражаются на улучшении клинического течения МЖ, что проявляется в более быстрой нормализации функции печени, снижении интоксикации. Это позволило сократить сроки между оперативными вмешательствами при двухэтапном лечении до 2,5±0,7 суток, тогда как в группе сравнения этот срок составлял 4,7±0,5 суток (p<0,05). Кроме того, в результате эффективного лечения с применением ремаксол, удалось уменьшить время пребывания больных в стационаре с 12,3±2,2 до 8,2±1,06 суток (p<0,05).

При стойкой тенденции к снижению желтухи выполнялся второй этап вмешательства, не дожидаясь полной нормализации всех показателей. Достаточным считался уровень билирубина не более

Таблица.
Динамика показателей крови (M±m)

Показатели крови	Группа больных	При поступлении	1-е сутки после декомпрессии (3-й день)	5-й день (2-й этап)	7-й день
Билирубин общий (N=4-21 мкмоль/л)	основная сравнения	215,8±9,2 201,7±6,1	156,7±7,1* 171,8±9,4*	56,6±6,1* 121,3±10,1*	37,7±3,3* 62,8±4,5*
Билирубин прямой (N=0-4 мкмоль/л)	основная сравнения	151,6±9,9 138,5±8,9	101,2±7,6* 121,7±6,6*	44,5±3,4* 85,8±4,7*	20,4±2,2* 44,1±2,8*
АЛТ (N=0-38ед/л)	основная сравнения	157,1±8,7 141,7±7,4	140,3±7,5* 127,5±6,4	108,6±5,3* 124,7±6,5	80,4±4,4* 94,3±4,1
АСТ (N=0-40ед/л)	основная сравнения	135,3±5,7 129±6,7	125,1±5,7* 117,2±6,7	100,7±4,9 107,1±5,6	72,4±3,8* 94,8±4,4
ЩФ (N=60-275 ед/л)	основная сравнения	450,3±12,8 433,7±13,4	327,9±10,2* 389,7±11,3	289,5±9,8* 304,7±10,3	159,3±8,7* 250,4±9,1
ГТПП (N=10-50 ед/л)	основная сравнения	175,7±7,2 162,3±7,9	107,5±8,9* 144,4±10,1	88,6±7,6 102,5±8,3	72,6±3,5* 98,5±4,8*
Амилаза (N=0-120 ед/л)	основная сравнения	95,1±4,7 78,6±4,8	309,8±13,3* 392,5±12,6*	118,9±9,9* 221,7±10,2	87,8±6,4 112,6±5,6

Примечание: достоверность p<0,05

50 мкмоль/л. Препарат переносится хорошо, не было отмечено побочных эффектов и аллергических реакций при введении ремаксолола. После проведения внутривенных инфузий ремаксолола все больные отмечали значительное улучшение общего состояния, сна, повышение физической активности, исчезновение диспепсических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии: с приложением CD-ROM «Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии» / Э.И. Гальперин [и др.]; под ред. Э.И. Гальперина и Т.Г. Дюжевой. — Москва: Видар-М, 2011. — 536 с.
2. Brown K.T. Management of malignant biliary obstruction / K.T. Brown, A.M. Covey // *Techn. Vasc. Intervent. Radiol.* — 2008. — Vol. 11 (1). — P. 43-50.
3. Management of the patient with obstructive jaundice / D.L. Clarke [et al.] // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2006. — Vol. 88. — P. 610-616.
4. Пьянкова О.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза / О.Б. Пьянкова, Ю.Б. Бусырев, Т.И. Карпунина // *Медицинский альманах.* — 2009. — № 2. — С. 173-176.
5. Зюбина Е.Н. Хирургическое лечение доброкачественной непроходимости желчных протоков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.Н. Зюбина. — Волгоград, 2008. — 324 с.
6. Интенсивная терапия: национальное руководство/под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 1. — 269 с.
7. Майстренко Н.А. Синдром механической желтухи доброкачественного генеза: оптимизация диагностических и лечебных подходов / Н.А. Майстренко, П.Н. Ромащенко, Е.Ю. Струков //

Вывод

Таким образом, полученные результаты сравнительного анализа позволяют сделать заключение о целесообразности применения инфузионного гепатопротектора «Ремаксол» в комплексной предоперационной подготовке и послеоперационном лечении больных с МЖ.

Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. — Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. — С. 118.

8. Механическая желтуха: современные взгляды на проблему диагностики и хирургического лечения / Ю.А. Пархисенко [и др.] // *Украинский журнал хирургии.* — 2013. — № 3. — С. 202-214.

9. Analysis of causes of mechanical jaundice and treatment methods in a group of 103 hospitalized patients / Piecuch J. [et. al.] // *Wiad Lek.* — 2003. — Vol. 56 (3-4). — P. 157-161.

10. Turkcapar N. Octreotide inhibits hepatic fibrosis, bile duct proliferation and bacterial translocation in obstructive jaundice / N. Turkcapar, S. Bayar, A. Koyuncu // *Hepatogastroenterology.* — 2003. — Vol. 50 (51). — P. 680-683.

11. Савельев В.С. 80 лекций по хирургии / В.С. Савельев. — М.: Литтерра, 2008. — 910 с.

12. Сологуб Т.В. Гепатопротективная активность ремаксолола при хронических поражениях печени / Т.В. Сологуб, Л.Г. Горячева // *Клиническая медицина.* — 2010. — № 1. — С. 62-66.

13. Яковлев А.Ю. Инфузионная терапия у больных желчно-каменной болезнью, осложненной механической желтухой / А.Ю. Яковлев, В.Б. Семенов // *Хирургия им. Н.И. Пирогова.* — 2010. — № 12. — С. 82-86.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ГИПОНАТРИЕМИЯ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гипонатриемия в значительной степени повышает риск развития осложнений и смерти в течение 30 дней после операции — отмечается в докладе, опубликованном на прошлой неделе группой специалистов из США. Были проанализированы результаты по 964 263 взрослым пациентам, которые перенесли серьезную операцию в стенах 200 различных больниц на территории США в период с 2005 по 2010 год. Предоперационная гипонатриемия была зарегистрирована в 75 423 случаях (7,8% от общего числа пациента).

«Мы обнаружили, что предоперационная гипонатриемия присутствует приблизительно у одного 1 из 13 пациентов, и эта группа людей имела на 44% более высокий риск послеоперационных осложнений и столь же более высокий риск смерти в течение 30 дней после проведения операции», — отмечают авторы исследования. «Предоперационная гипонатриемия была также связана с повышенным риском периоперационных коронарных событий, развития у пациентов пневмонии и более длительного пребывания в больнице», — добавляют они.

Согласно итоговому отчету по исследованию статистика смерти при предоперационной гипонатриемии была весьма негативной. В группе с данным состоянием смертность равнялась 5,2%, в то время как в основной группе эта цифра равнялась 1,3%. Риск периоперационных коронарных событий увеличивался до 1,8% против 0,7% в основной группе, заноса инфекции в рану возрастал до 7,4% против 4,6% в основной группе, равно как и заражение пневмонией — 3,7% против 1,5). По словам ученых, наверняка перечень неблагоприятных операционных рисков при гипонатриемии этим не ограничивается.

«Необходимо разработать оптимальную по срокам, эффективности и безопасности предоперационную методику терапии, которая позволила бы устранить гипонатриемию», — отмечает ведущий автор исследования Александр Лэнг.

Источник: Medlinks.ru