

---

# МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

М.Д. Кашаева

Кафедра морфологии человека  
Институт медицинского образования  
Новгородский Государственный Университет имени Ярослава Мудрого  
*ул. Большая Санкт-Петербургская, 41, Великий Новгород, 173003*

Проведен ретроспективный анализ клинических, биохимических, иммунологических и морфологических данных у 235 больных с осложненной билиарной патологией. Выявлены значимые показатели риска, учет которых позволит рационально влиять и на лечебную тактику. Оценка реальных резервов печени уже до операции позволит снизить частоту развития послеоперационной печеночной недостаточности.

**Ключевые слова:** печеночная недостаточность, функциональный резерв печени.

Течение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу осложненных форм желчно-каменной болезни (ЖКБ) (холецистит, холангит), нередко осложняется развитием печеночной недостаточности, что значительно отягощает течение болезни и состояние больного, приводит к летальному исходу [6—8]. Лечение печеночной недостаточности в этих условиях представляет одну из сложных проблем билиарной хирургии, поскольку лечебные мероприятия оказываются запоздалыми и, нередко, неэффективными [1—5]. Поэтому представляют интерес и являются актуальными меры превентивного характера, направленные на предупреждение этого грозного осложнения. Возникает необходимость объективизации функциональных резервных возможностей печени до операции путем количественной оценки важнейших функциональных параметров органа и выделения, на этом основании, групп больных с высоким риском развития печеночной недостаточности. Такой подход позволит адаптировать и дифференцировать хирургическую тактику в этой группе больных соответственно степени нарушения функциональной резервной возможности печени.

Ретроспективный анализ клинических, биохимических, иммунологических и морфологических данных у 235 больных с осложненной билиарной патологией путем ранжирования каждого показателя с исходами операции позволил выявить прогностическую значимость каждого из них. Информативность последних и ряда операционных факторов (ургентность, длительность и объем операции) в оценке функциональных резервных возможностей печени и прогнозировании послеоперационной печеночной недостаточности изучалась путем сопоставления исходных значений параметра с результатами лечения в группах больных с благоприятным и осложненным (печеночная недостаточность) течением болезни. Анализ результатов исследования показал, что из всей совокупности оцениваемых параметров (свыше 40) прогностически наиболее значимыми оказались следующие клинические: перенесенные ранее заболевания печени (болезнь Боткина, бытовые и профессиональные гепатотоксические поражения), холецистит с ро-

ками свыше двух недель, гнойный холангит; а также лабораторные: гипоальбуминемия с уменьшением альбумин/глобулинового коэффициента ниже 1,0, гипериммуноглобулинемия А, нарушение вязкости крови, повышение коэффициента агрегации эритроцитов, эндогенной интоксикации по содержанию олигопептидов (МСМ) и сорбционной способности эритроцитов, процессов ПОЛ с повышением в плазме уровня малонового диальдегида, снижение антиоксидантной активности крови, появление в сыворотке крови противопеченочных антител ( $\gamma$  — 0,56—0,48). Указанные параметры наиболее реально отражали функциональные резервные возможности печени у больных с осложненной ЖКБ и проявляли высокую, по сравнению с другими, связь с исходами лечения и развитием послеоперационной печеночной недостаточности. Согласно методике Child-Turcotte (1964) каждый из учитываемых параметров оценивался по трехбалльной шкале. В соответствии с этими критериями были выделены группы больных с компенсированной (7—10 баллов), субкомпенсированной (11—15 баллов) и декомпенсированной (свыше 15 баллов) функциональной резервной возможностью печени. Значение совокупного учета всех указанных параметров для прогноза вероятности развития послеоперационной печеночной недостаточности было достаточно велико, так множественная корреляция для них составила 0,70. Из операционных факторов наиболее значимыми оказались длительность операции ( $\gamma$  — 0,64) и в меньшей степени — ее экстренность ( $\gamma$  — 0,56). Множественная корреляция для всей совокупности исследуемых факторов, относительно вероятности развития послеоперационной печеночной недостаточности составила 0,80. Следовательно, интегральная оценка клинических, лабораторных и операционных показателей позволила с вероятностью 80% прогнозировать возможность развития послеоперационной печеночной недостаточности. Проведенный анализ позволил не только оценить функциональные резервные возможности печени до операции, но и провести соответствующие превентивные мероприятия по улучшению прогноза и профилактике развития печеночной недостаточности. Так, нивелирование влияния первого показателя возможно за счет адекватной терапии до операции гепатопротективными средствами, а устранение влияния второго фактора будет достигнуто при выборе тактики этапных вмешательств. Соответствующая терапия, корригирующая гипо- и диспротеинемию, мембранотропная терапия, дезинтоксикация и иммунокоррекция позволяют ограничить влияние и остальных факторов риска. Нивелирование влияния операционных факторов риска может быть достигнуто путем выбора тактически обоснованных, этапных вмешательств, либо максимального сокращения времени (объема) операции у больных из группы высокого риска.

Таким образом, оценка по косвенным показателям реальных резервов печени уже до операции позволит объективизировать степень вероятности развития послеоперационной печеночной недостаточности. Учет совокупного функционального резерва печени при осложненных формах ЖКБ и остром холецистите дает возможность с вероятностью 70—80% прогнозировать развитие печеночной недостаточности. Знание значимости конкретных показателей риска позволит рационально влиять и на лечебную тактику у больных группы высокого риска путем дифференциации и соответствующей адаптации хирургической тактики.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Абеуов М.Е.* Гнойный холангит в хирургии желчных путей // Материалы научно-практической конференции КазНИИ клинической и экспериментальной хирургии им. А.Н. Сызганова. — Алматы, 1994. — С. 64—65.
- [2] *Артемьева Н.Н., Воинов В.А., Цветков С.П., Зеликсон Б.М.* Лечение острой печеночной недостаточности при механической желтухе и гнойном холангите // Вестник хирургии. — 1998. — № 2. — С. 119—120.
- [3] *Борисов А.Е., Глушков Н.И., Борисова Н.А.* Опыт лечения гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени // Неотложная хирургия. — Алматы, 1994. — С. 73—78.
- [4] *Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С.* Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. — СПб., 1997. — 150 с.
- [5] *Гальперин Э.И.* О тактике лечения острого холецистита // Хирургия. — 1983. — № 11. — С. 114—116.
- [6] *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р.* Рубцовые стриктуры желчных протоков. — М.: Медицина, 1982. — 239 с.
- [7] *Гальперин Э.И., Татишвили Г.Г., Кузовлев Н.Ф., Еремишвили М.Г.* Хирургическое лечение гнойного холангита // Хирургия. — 1983. — № 8. — С. 14—17.
- [8] *Оразбеков Н.И.* Совершенствование хирургической тактики при сочетанных заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Алматы, 1997. — 48 с.

## METHOD OF DEFINITION OF RISK OF DEVELOPMENT OF HEPATIC INSUFFICIENCY AT COMPLICATED BILIARITIASIS

**M.D. Kashaeva**

Chair of morphology of the person  
Medical education institute

Novgorod State University of a name of Yaroslava Mudrogo  
*Big St.-Petersburg str., 41, Great Novgorod, 173003*

The retrospective analysis clinical, biochemical is carried out, immunological and the morphological data at 235 patients with complicated biliary the pathology reveals significant indicators of the risk which account will allow to influence rationally and medical tactics. The estimation of real reserves of a liver already will allow to lower frequency of development of postoperative hepatic insufficiency to operation.

**Key words:** hepatic insufficiency, a functional reserve of a liver.