

Тактика фармакотерапии беременных в нашей стране во многом не соответствует международным стандартам:

широко используются препараты с недоказанной клинической эффективностью;

высок процент полипрагмазии;

часто назначаются нерациональные комбинации лекарственных средств.

Учитывая низкий индекс здоровья женщин в настоящее время и высокий процент заболеваемости, врач пытается максимально сохранить беременность и плод, применяя «агрессивную» лекарственную терапию, однако он должен:

помнить и иметь четкое представление о фармакокинетики лекарственных веществ в организме беременной;

рационально подходить к назначению каждого препарата, стараясь минимизировать их количество и дозу;

информировать женщин о вреде бесконтрольного применения данных средств.

Таким образом, фармакотерапия беременных является сложной и актуальной проблемой, которая, несомненно, требует дальнейшего изучения и существенных дополнений.

И, может, стоит рассмотреть проблему невынашивания беременности ранних сроков с позиции стран Европы и США, где женщин, с угрожающим самопроизвольным абортом до 12 недель не лечат, считая,

что 80% таких выкидышей – это проявление естественного отбора, так как чаще всего к ним приводят аномалии развития плода. В нашей стране, применяя активную сохраняющую фармакотерапию, мы увеличиваем процент рождения детей с врожденными пороками развития. Учитывая свой тридцатилетний опыт работы в акушерстве, считаю, что, по крайней мере, стоит индивидуально, взвешенно подходить к каждой беременности малых сроков и строго по показаниям применять консервативную тактику ведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Перинатальная фармакология. – СПб: Logos, 1994. – 178 с.
2. Зайченко А. В., Шевченко О. И. и соавт. Основы рационального применения лекарств и фармацевтической опеки в акушерско-гинекологической практике. – Харьков, 2003.
3. Михайлов И. Б., Ярославский В. К. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей. – СПб: Фолиант, 2001. – 256 с.
4. Кукес В. Г. Клиническая фармакология и фармакотерапия. – СПб, 2006. – 640 с.
5. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. – М.: ООО «Медиа-бюро Статус презенс», 2011. – С. 135–166.
6. Norwitz E., Wilson T. // Am. j. obstet. gynecol. – 2000. – Vol. 183. – P. 1.

Поступила 20.12.2011

А. М. ПЕТРОВ, В. С. ХАБИЦОВ, М. И. АККИЕВ

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*31-я городская клиническая больница,
Россия, 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42. E-mail: hirurg_2001@mail.ru*

Дана клиническая оценка эффективности и безопасности методик чреспеченочного дренирования у больных с механической желтухой различной этиологии. Выделены основные типы изменений клинической симптоматики после успешного выполнения декомпрессионного вмешательства при печеночной недостаточности.

Ключевые слова: желчеотведение, механическая желтуха, печеночная недостаточность.

A. M. PETROV, V. S. HABITSOV, M. I. AKKIEV

INDICATORS OF CLINICAL EFFICACY EXTERNAL BILE DIVERSION IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*31 City clinical hospital,
Russia, 119415, Moscow, Lobachevskii street, 42. E-mail: hirurg_2001@mail.ru*

The authors have given the clinical efficacy and safety techniques of transhepatic drainage in patients with obstructive jaundice of different etiology. Highlights the major types of changes of clinical symptoms after successful decompression in patients with liver failure.

Key words: bile diversion, obstructive jaundice, liver failure.

Развитием механической непроходимости желчных протоков сопровождается большая группа заболеваний билиарной системы и поджелудочной железы. Лечение больных этой категории осложняется наличием обтурации желчных путей, холангита, а в отдельных

случаях и печеночной недостаточности [1, 4]. Присоединение к основному заболеванию механической желтухи быстро приводит к выраженной дисфункции гепатоцитов и к глубокому нарушению детоксикационной и синтетической функции печени [2, 5]. Развивающиеся

на фоне печеночной недостаточности геморрагические и гнойные осложнения значительно ухудшают прогноз основного заболевания [3].

Эффективность чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков принято оценивать по изменению общего состояния больного и биохимических данных. Эффективным чрескожное дренирование мы считали при уменьшении или полном исчезновении кожного зуда, появлении аппетита, нормализации окраски каловых масс (при наружно-внутреннем дренировании), снижении до нормы или прогрессивном уменьшении концентрации сывороточного билирубина, улучшении самочувствия больного.

Признаки малоэффективного дренирования включают в себя уменьшение, но не исчезновение желтушности и кожного зуда, появление слабой окраски каловых масс (при наружно-внутреннем дренировании) и просветление мочи, недостаточное снижение концентрации билирубина без тенденции к нормализации.

Цель исследования – оценка показателей клинической эффективности наружного желчеотведения у больных с механической желтухой.

Материалы и методы исследования

Клиническим материалом нашего исследования явились данные 92 больных с механической желтухой, находившихся на лечении в клинической больнице Центросоюза РФ в период с 2007 по 2011 г. (40 больных) и хирургических отделениях городской клинической больницы № 31 г. Москвы в период с 2009 по 2011 г. (52 больных).

Результаты и их обсуждение

Верификация состояний внепеченочных желчных протоков, идентификация содержимого желчных протоков и подтверждение причины билиарной гипертензии, приведшей к дилатации желчных протоков, получены в 12 случаях при лапароскопии или открытой операции, у 19 больных она была установлена при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии, в 51 случае – по рентгенохолангиографическим, ультразвуковым и/или томографическим данным. В 8 случаях при опухоли головки поджелудочной железы, осложнённой механической желтухой, и в 2 случаях при опухоли в области ворот печени подтверждение основного диагноза было получено при аутопсии.

У 55 (59,8%) больных с механической желтухой ее причиной явились злокачественные заболевания, у 37 (40,2%) – доброкачественные поражения вне- и внутрипеченочных желчных протоков и поджелудочной железы.

Хронический калькулезный холецистит выявлен у 40 больных, среди которых в 5 случаях имелись признаки выраженного хронического перихолецистита, а в 3 случаях просвет желчного пузыря при ультрасонографии не определялся. Обострение хронического холецистита отмечено у 32 больных, при этом в 6 случаях были выявлены ультрасонографические признаки деформации стенки желчного пузыря с развитием, в 3 случаях – перипузырного абсцесса. Холедохолитиаз был выявлен у 28 больных, при этом в 11 случаях дилатация общего желчного протока не сопровождалась признаками механической желтухи, явления гнойного холангита наблюдались у 7 больных.

Причиной желчной гипертензии у 3 больных явились преампулярные стриктуры общего желчного протока,

приведшие в 2 случаях к его выраженной дилатации. В одном случае было установлено наличие мультифокальных стриктур общего желчного протока. Причиной сдавления терминального отдела общего желчного протока у 6 больных явилось обострение индуративного панкреатита. У 2 больных причиной механической желтухи явился распространенный рост рака желчного пузыря, у 4 больных – опухоль большого дуоденального соска, у 2 больных – опухоль общего желчного протока, у 45 больных – опухоль головки поджелудочной железы, у 2 больных – опухоль в области ворот печени.

У всех больных отмечались гипербилирубинемия от 27,8 до 751,0 мкмоль/л, повышение щелочной фосфатазы, умеренное повышение АлТ и АсТ. Длительность желтухи на момент поступления колебалась от 2 до 93 суток. У 42 (45,7 %) больных длительность желтухи была более 14 суток. Средняя продолжительность желтухи до дренирования в первой группе больных составила 22 суток.

Оперативному вмешательству во всех случаях предшествовала предоперационная детоксикационная терапия, а при выраженной печеночной недостаточности, гипербилирубинемии более 300 мкмоль/л и в случаях, осложненных гнойным холангитом, применялись методы экстракорпоральной детоксикации. Гемосорбция была выполнена у 16 больного, эндобилиарное введение сорбентов – у 8, лимфосорбция – у 8, интракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови – у 5 больных.

Наружное дренирование желчевыводящих путей выполнялось по традиционным методикам Сельдинге-ра и стилет-катетером под ультразвуковым контролем в качестве операции первого этапа декомпрессии желчевыводящих путей и уменьшения тяжести эндогенной интоксикации. Всего было выполнено 49 холангиостомий и 9 холецистостомий. Эндобилиарное дренирование было выполнено у 34 (37,0%) больных.

Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 30 больных, холецистэктомия открытым доступом выполнена в 3 случаях. У 12 больных холецистэктомия была дополнена холедохолитотомией, в 11 случаях выполненной при лапароскопическом вмешательстве. Билиодегистивный анастомоз был наложен в 6 случаях (в 4 случаях – при лапароскопической операции). У 29 больных была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Панкреатодуоденальная резекция в классическом ее варианте была выполнена в 6 случаях рака головки поджелудочной железы. 2 больным была произведена резекция общего желчного протока с опухолью. При этом в одном из случаев инвазии опухолью верхнего края головки поджелудочной железы была выполнена дорзальная панкреатодуоденальная резекция. В одном случае при проксимальной локализации опухоли с преимущественным поражением правого печеночного протока была произведена резекция развилки общего печеночного протока с правосторонней гемигепатэктомией. В одном случае при опухолях печеночно-поджелудочной ампулы размером около 1 см была выполнена расширенная трансдуоденальная папиллэктомиа с удалением парахоледохеальных и ретропанкреатических лимфоузлов.

После успешного выполнения декомпрессионного вмешательства при средневыраженной печеночной недостаточности мы наблюдали два типа изменений клинической симптоматики. При первом типе отмеча-

лось замедленное, но постоянное улучшение состояния, при втором – заметное улучшение в первые дни с последующим непродолжительным нарастанием признаков печеночной недостаточности, появление слабости, адинамии, снижения аппетита. Значимое улучшение клинического состояния в этой группе больных обычно наступало на 10–12-е сутки дренирования. У большинства больных с механической желтухой, вызванной ростом злокачественной опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, существенное улучшение клинического состояния происходило к 14–16-м суткам желчеотведения.

Если до выполнения декомпрессионного вмешательства на желчных протоках у больного имелась выраженная печеночная недостаточность, после начала дренирования клинические данные изменялись, как правило, незначительно, но к 5–7-м суткам в большинстве случаев отмечалось либо медленное улучшение, либо прогрессивное снижение функции печени. Чаще всего добиться положительного клинического эффекта к 12–14-м суткам в этой группе больных удавалось при медленной декомпрессии желчных путей.

В целом желчеотведение при механической желтухе позволило улучшить клиническое состояние у 81,2% больных. При наличии холангита чрескожное желчеотведение позволило устранить проявления гнойной интоксикации у 71,5% больных в течение 4–6 суток. При этом стойкое улучшение состояния наступало в основном через 2 недели после начала дренирования.

Долговременное отведение желчи у 6 больных по наружному дренажу привело к нарушению энтерогепатического обмена, потере желчных кислот и дисбалансу жирового и белкового обмена. В результате этого через 2–3 месяца у большинства больных этой группы отмечались резкое снижение аппетита, частая тошнота, снижение веса, замедление свертывания крови. У 2 больных наблюдались судороги и постоянная гипотония, у 3 больных – умеренно выраженная гипохромная анемия, протеинурия и снижение уровня кальция.

Повышение активности трансаминаз, щелочной фосфатазы и билирубина было отмечено у 7 больных. Однако даже при нерегулярном и неполном восполнении потери желчи путем ее перорального приема эти клинические проявления были умеренно выраженными и компенсированными.

В 44 случаях после успешного чрескожного желчеотведения мы не наблюдали развития каких-либо осложнений. В этой группе больных в период дренирования нами были отмечены следующие особенности.

В первую неделю после начала желчеотведения состояние почти половины больных несколько ухудшилось. Появлялась или усиливалась слабость, в течение 2–3 дней отмечались боли в области установленного дренажа. У 4 больных выраженность болей была значительной. У 4 больных после декомпрессии желчных путей мы отметили усугубление клинических признаков печеночной недостаточности.

Печеночная недостаточность развилась у 2 больных с длительностью механической желтухи до 14 суток, у 6 больных с длительностью желтухи 15–25 суток и у одного больного – более 45 суток. При исходной билирубинемии до 250 мкмоль/л печеночная недостаточность возникла у 3 больных, при билирубинемии более 300 мкмоль/л – у 6 больных.

Печеночная недостаточность прогрессировала у 8,7% больных после недозированной и у 4,7% – после

дозированной декомпрессии желчных путей. В 4 случаях признаки печеночной недостаточности сочетались с острой почечной недостаточностью.

Относительная небольшая частота печеночной недостаточности, на наш взгляд, связана с использованием для планирования и проведения декомпрессионного вмешательства трехмерных диагностических данных, которые позволили выполнить чрескожное желчеотведение в ранние сроки и снизить травматичность чреспеченочного вмешательства с уменьшением количества пробных пункций, исключением инъекций контрастного вещества в паренхиму печени.

В случаях, сопровождавшихся явлениями гнойного холангита, при недозированной декомпрессии нами было отмечено быстрое устранение симптомов гнойной интоксикации: снижение температуры тела до субфебрильных значений уже к концу вторых суток.

Однако у 33,9% больных этой группы после декомпрессии желчных путей отмечалось усиление признаков печеночной недостаточности. Одномоментное выполнение холецистостомии и холангиостомии, а также санация желчных протоков растворами антисептиков в сочетании с недозированной декомпрессией также не всегда предупреждали прогрессирования печеночной недостаточности.

Одномоментное наложение холецисто- и холангиостомы с санацией желчных протоков и дозированной декомпрессией было выполнено 3 наиболее тяжелым больным с гнойным холангитом на фоне длительной (в среднем 26 суток) и интенсивной (средняя билирубинемия 380 мкмоль/л) желтухи. Во всех случаях отмечались выраженные признаки церебральных нарушений. Через 2 суток от начала лечения у всех больных была отмечена некоторая регрессия клинических признаков печеночной недостаточности. При этом выраженность симптомов церебральных нарушений значительно уменьшилась.

Функциональное состояние печени у больных механической желтухой оценивалось нами по биохимическому профилю крови, при этом основное внимание мы уделяли уровню билирубина в сыворотке крови. Снижение уровня билирубина после декомпрессии желчных протоков было отмечено у 78,5% больных. В отдельных случаях для нормализации уровня билирубина было достаточно полноценной декомпрессии одной доли печени. У 9,2% больных, при механической желтухе длительностью более 24 суток улучшения биохимических показателей крови не наблюдалось, что было обусловлено необратимыми повреждениями гепатоцитов.

Степень выраженности цитолитического процесса оценивалась нами по активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы сыворотки крови. В целом нормализация основных лабораторных показателей у больных с явлениями печеночной недостаточности происходила в течение 9–14 дней, а в отдельных случаях – в течение 22–28 суток.

Темпы разрешения желчной гипертензии при различных декомпрессионных манипуляциях в некоторых случаях существенно различались. Так, при наружном желчеотведении по холангиостоме гипертензия в желчных протоках устранялась к концу 3-х суток, а при наружно-внутреннем желчеотведении – к 4–5-м суткам. В большинстве случаев при выполнении чрескожного чреспеченочного дренирования с аспирацией максимально возможного количества желчи желчные

протоки полностью спадались и не визуализировались при рентгеноскопическом контроле уже через 15–20 минут после начала желчеотведения по холангиостоме.

При ультразвуковом исследовании области печени у 10 больных с механической желтухой длительностью более 12–14 суток было выявлено, что длительность желтухи не оказывала влияния на диаметр общего печеночного протока. Его диаметр у больных с холецистостомой перед декомпрессией в среднем составил 14 мм, у больных с холангиостомой – 16 мм. Во всех случаях внутрипеченочные желчные протоки были расширены. Через 20–30 минут от начала желчеотведения по холангиостоме просвет внутрипеченочных желчных протоков, как правило, не определялся, максимально выраженное уменьшение просвета общего печеночного протока происходило в течение первых 15 минут.

При декомпрессии по холецистостоме уменьшение просвета общего печеночного протока было более медленным. Через час от начала декомпрессии просвет общего печеночного протока был на 3–4 мм больше, чем после наложения холангиостомы. Ультразвуковое исследование, выполненное через 2–3 суток после наложения холецистостомы, показало, что просвет общего печеночного протока составляет от 7 до 10 мм, а при холангиостоме он, как правило, соответствовал диаметру установленного катетера. После перекрытия наружного конца дренажа при наружно-внутреннем желчеотведении общий печеночный проток расширялся до 8–9 мм.

У 14 больных с наружным желчеотведением был определен объем выделяющейся желчи. Измерение проводилось на 2, 7 и 12-е сутки после начала декомпрессии. При благоприятном течении послеоперационного периода к концу вторых суток объем выделенной желчи составлял от 370 до 500 мл. В последующие дни отмечалось постепенное увеличение количества выделяемой желчи до 520–740 мл.

Чрескожная пункция и катетеризация значительно увеличенного и неглубоко расположенного желчного пузыря в нашем исследовании не были связаны с техническими трудностями и удавались во всех случаях. Катетеризировать внутрипеченочные желчные протоки удалось в 93,7% случаев. При этом основными причинами неудач были такие факторы, как беспокойное поведение больного вследствие неадекватной аналгезии, а также выраженная извитость и уплотнение стенок желчных протоков.

Неудачи возникли в 6,1% случаев при использовании обычных методик рентгеноскопического и ультра-

звукового контроля и в 2,27% случаев при планировании пункционной траектории по трехмерным диагностическим данным.

Попытки перевода наружного дренажа в наружно-внутренний предпринимались у 8,4% больных, при этом частота успеха составила 81,8%. По нашему мнению, главными условиями, определяющими сложность выполнения этого вмешательства, являются уровень окклюзии желчных протоков и ее протяженность. Наиболее трудны для прохождения окклюзии располагающиеся сразу ниже слияния правого и левого долевых протоков.

У 36 больных, для которых наружное желчеотведение явилось окончательным паллиативным мероприятием, нами прослежена длительность функционирования дренажа. Замена дренажа потребовалась 14,6% больных, причем у 4 – неоднократно. Причиной замены дренажа у 3 больных была его инкрустация желчными солями, в одном случае – полное выпадение. В среднем от момента установки дренажа до его замены проходило 72 дня.

В целом желчеотведение при механической желтухе позволяет улучшить клиническое состояние у 81,2% больных. При наличии холангита чрескожное желчеотведение приводит к устранению проявления гнойной интоксикации у 71,5% больных в течение 4–6 суток. При этом стойкое улучшение состояния наступает в основном через 2 недели после начала дренирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобаков А. И., Мокин М. В., Бирюшев В. И., Захаров Ю. И. Механическая желтуха при раке внепеченочных желчных протоков у пациентов пожилого возраста // Клиническая геронтология. – 2005. – Т. 11. № 3. – С. 50–52.
2. Орехов В. Ф. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. – 2004. – № 5. – С. 57–60.
3. Циммерман Я. С. Синдром холестаза: современные представления // Клиническая медицина. – 2009. – Т. 87. № 9. – С. 8–14.
4. Garcea G., Ong S. L., Dennison A. R., Berry D. P., G. J. Maddern Palliation of malignant obstructive jaundice // Dig. dis. sci. – 2009. – Jun. № 54 (6). – P. 1184–1198.
5. Papadopoulos V., Filippou D., Manolis E., Mimidis K. Haemostasis impairment in patients with obstructive jaundice // J. gastrointest. liver. dis. – 2007. – Jun. № 16 (2). – P. 177–186.

Поступила 25.11.2011

А. М. ПЕТРОВ, В. С. ХАБИЦОВ, М. И. АККИЕВ

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ВЕТВЛЕНИЯ ВНУТРИОРГАННОЙ ПРОТОКОВОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ

31-я городская клиническая больница,

Россия, 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42. E-mail: hirurg_2001@mail.ru

Изучены наиболее часто встречающиеся типы ветвления желчных протоков, имеющие значение для транспеченочного дренирования при желчной гипертензии различной степени выраженности. Показано, что непостоянство ветвления желчных протоков почти всех бассейнов желчеоттока и наличие инверсионных протоков свидетельствуют о необходимости индивидуального планирования как наружного, так и внутреннего желчеотведения, в особенности при внутрипеченочной блокаде желчеоттока.