

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ

С.В.Тарасенко, А.А.Натальский, А.В.Левитин

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 71 больного с механической желтухой в клинике Рязанского центра «Реконструктивной хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы». На основании изучения динамики биохимических показателей, определения качества жизни и гистологических изменений подтверждена необходимость дифференцированного подхода при выборе метода желчеотведения и определен оптимальный способ декомпрессии желчевыводящих путей.

Неуклонно растет число больных, поступающих в хирургические стационары с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой, и на сегодняшний день составляет 22,6-23,7% [8]. Механическая желтуха носит выраженный холестатический характер (внепеченочный холестаз). Причиной внепеченочных или механических желтух чаще всего является желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз (36,9%) [1]. Помимо нее, в настоящее время, наметилась тенденция к увеличению больных, страдающих механической желтухой некалькулезного происхождения. Нарушения функции печени и соответствующие им изменения клинко-лабораторных показателей в практике хирурга встречаются часто, но интерпретируются различно, так как, во-первых, параллельно с нарастанием холестаза развиваются явления печеночной недостаточности, а, во-вторых, разный смысл вкладывается в понятие острой печеночной недостаточности [5].

Успешно выполненное желчеотведение при механической желтухе позволяет купировать печеночно-почечную недостаточность, уменьшить эндотоксемию, нормализовать свертывающую систему крови, улучшить иммунобиологическое состояние, увеличить продолжительность и качество жизни пациента [4]. В связи с этим проведение декомпрессии билиарной системы приобрело значение самостоятельной проблемы [7]. Остается открытым вопрос – насколько обратимы гистохимические изменения печени при подпеченочном холестазе и как быстро восстанавливается функция печеночной ткани в постдекомпрессионном периоде? Обсуждается проблема качества жизни пациентов при разных способах дренирования желчевыводящей системы. Все это послужило посылкой для настоящего исследования.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой путем совершенствования методов хирургической коррекции.

Для достижения цели были сформулированы основные задачи исследования: изучить комплекс морфологических изменений печени при внепеченочном холестазе; оценить в динамике регрессию гипербилирубинемии и явлений печеночной недостаточности при различных способах дренирования желчных путей; выяснить обратимость явлений печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде; определить корреляцию биохимических показателей и гистологической

картины при внепеченочном холестазах; оценить качество жизни у больных с внепеченочным холестахом в раннем послеоперационном периоде; разработать оптимальную методику предоперационной подготовки, дренирования желчных путей, консервативного лечения больных с механической желтухой и обосновать их сроки.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты наблюдения, обследования и лечения 71 больного с подпеченочным холестахом, находившихся в нашей клинике с 2006 по 2007 год. Механическая желтуха опухолевого генеза была выявлена у 31 больного, неопухолевого – у 40. Всем больным выполнены оперативные вмешательства. Произведено 100 операций. У 24 пациентов декомпрессия осуществлена в 2 этапа. На первом этапе: эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 9, миниинвазивная холецистостомия – 15. Все оперированные больные с печеночной недостаточностью I и II стадии разделены на 5 групп. В первую группу вошли больные с наружным дренированием желчевыводящих путей. Вторую группу составили больные, которым выполнялась холедохоюностомия. Третью группу – гепатикоюностомия, четвертая группа - холедоходуоденостомия, пятая - эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Всем больным бралась биопсия печени как интраоперационно, так и в раннем послеоперационном периоде, проведены исследования качества жизни, основных биохимических показателей, анализ послеоперационных осложнений и летальности. Обследованию подверглись также 50 соматически здоровых лиц обоего пола в возрасте от 22 лет до 65 лет.

Изучение исходных лабораторных показателей в сравниваемых группах показало, что из биохимических параметров больных с подпеченочным холестахом и печеночной недостаточностью наиболее достоверные различия по сравнению со здоровыми людьми имеют: общий билирубин, прямой билирубин, непрямо́й билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, коэффициент де Ритиса, щелочная фосфатаза, активированное время рекальцификации плазмы, уровень фибриногена сыворотки крови, фибринолитическая активность крови.

Выполнен сравнительный анализ эффективности билиарного дренирования в основных 5 группах.

Результаты и их обсуждение

Течение постдекомпрессионного периода у пациентов с выполненным наружным желчеотведением характеризовалось следующей динамикой биохимических показателей: уровень прямого билирубина за 1 сутки падал в среднем на 40,6%, затем постепенно снижался к 3 суткам на 15,1 и на 17,5 % к 7 суткам. В течение последующих дней тенденций к уменьшению не наблюдалось и к 10 суткам составлял 42,5% от исходного значения, что в 15 раз превышало норму. Полной нормализации показателя не достигалось, по-видимому, из-за дисфункции сфинктеров желчных путей при подпеченочном холестазах. Непрямо́й билирубин снижался на 20,1% за 1 сутки и в дальнейшем имел плавную тенденцию к нормализации, на 10 сутки в 1,9 раза превышая норму. Динамика снижения общего билирубина в значительной части обеспечивалась за счет резкого снижения прямого и к 10 суткам общий билирубин превосходил норму в 5,2 раза. Аспартатаминотрансфераза снижалась на 38% к 1 суткам, к 5 – еще на 17,6 %, но к 7 суткам отмечался прирост в 2,3 раза, а к 10 – на 31,9 %, в итоге показатель к 10 суткам был выше нормы в 2,5 раза. Аланинаминотрансфераза имела тенденцию плавного снижения на 7,2% за 1 сутки, на 6,1% к 3 суткам, затем отмечался незначительный рост к 7 суткам на 10,8% и

вновь снижение к 10-м на 15,6%, последнее значение превосходило норму в 7 раз. Соответственно изменялся коэффициент де Ритиса: за 1 сутки снизился вдвое на 3 сутки уменьшился на 49, а к 10 суткам вырос на 55% и остановился на значении в 2,7 раза ниже нормы. Такие показатели аминотрансфераз и коэффициента де Ритиса свидетельствуют о значительной активности реактивного гепатита, развившегося в ответ на холестаза с некоторым стиханием к концу 10 суток. Щелочная фосфатаза как маркер холестаза имела тенденцию к снижению и на 10 сутки снижалась на 29% от исходного значения, однако, превышая норму в 2,5 раза. Динамика параметров общего анализа крови была неоднозначной: наблюдалось достоверное нарастание лейкоцитоза на 5-7 сутки со сдвигом лейкоцитарной формулы влево на фоне плавного увеличения скорости оседания эритроцитов (СОЭ), а к 10 суткам происходила нормализация количественного и качественного уровней лейкоцитов при СОЭ превышающей норму в 4 раза. При исследовании коагулологических показателей в динамике послеоперационного периода у больных с наружным желчеотведением отмечается достоверное снижение активированного времени рекальцификации плазмы с небольшим скачком повышения на 7 сутки в пределах общепринятых интервалах нормы, что связано со значительным желчеотделением по наружным дренажам за первую неделю. Фибриноген зигзагообразно снижался с достоверными пиками подъема на 3 и 7 сутки и значительно приближался к норме на 10 суток. Сниженная фибринолитическая активность крови достоверно падала на 3 сутки, однако, позднее наблюдался слабо заметный рост, в итоге к 10 суткам оставалась сниженной в 1,5 раза по отношению к среднему нормальному значению.

Течение послеоперационного периода у больных с выполненным холедохоюноанастомозом в целом было значительно лучше, чем у больных с наружным желчеотведением – большинство общеклинических и биохимических показателей вернулось к норме. Однако, скорость изменений параметров была самой низкой среди основных сравниваемых групп.

Наилучшая динамика среди эндоскопических методик в послеоперационном периоде по нормализации биохимических и общеклинических показателей была достигнута у больных с выполненным гепатикоюноанастомозом.

Динамику биохимических и общеклинических показателей у больных с холедоходуеноанастомозом можно охарактеризовать как среднюю, занявшую положение между группой с холедохоеюноанастомозом и гепатикоюноанастомозом.

Лучшая динамика по нормализации общеклинических и биохимических показателей наблюдалась в группе больных, которым была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, что связано с малой травматизацией во время вмешательства, исключением токсического действия наркоза и самой техникой операции, которая направлена не на создание нового пути оттока желчи, а на восстановление привычного естественного. Прямой билирубин достоверно снижался в течение всего постдекомпрессионного периода следующими темпами: за первые сутки на 32,2%, вторые – 30,6%, третьи – 34,7%, седьмые – 32,1%, десятые – 32,0%. Непрямой билирубин показывал схожую динамику, максимально снизившись до нормальных значений к 10 суткам. Общий билирубин соответственно снижался преимущественно за счет прямого билирубина, нормализовавшись к 10 суткам. Аспаратаминотрансфераза наиболее выраженное падение имела к 3 суткам – на 19,5%, к 5- 19,8%, а к 10 – нормализовалась, уменьшившись на 29,9%. Аланинаминотрансфераза в течение первых суток постдекомпрессионного периода снизилась на 16,3%, третьих – 6,5%, седьмых – 8,7%, а к 10 суткам резко упала на 34,9%, однако,

полной нормализации достигнуто не было. Коэффициент де Ритиса плавно равномерно снижался за счет более медленной тенденции к нормализации аланинаминотрансферазы и конечное значение было выше, чем в группах с сформированными билиодигестивными анастомозами. Щелочная фосфатаза показала наилучшую динамику по нормализации среди сравниваемых групп, снизившись к 1 суткам на 12,1%, 3- 24,1%, 5 – 24,4%, 7- 12,5 % и к 10 – 15,9 %, тем самым достигнув наименьшего значения, максимально приблизившись к верхней границе общепринятой нормы. Все показатели общего анализа крови изначально находились в нормальных пределах и существенных изменений в течение послеоперационного периода не претерпевали. Изменения коагулологических показателей характеризовались зигзагообразным снижением фибриногена на 32,7% до нормального значения с пиком на 5 сутки и ростом фибринолитической активности на 20,2%, достигшей показателя здоровой группы. Активированное время рекальцификации не претерпевало существенных изменений, находясь в общепринятых пределах нормы.

Исследование качества жизни в постдекомпрессионном периоде показало высокую согласованность с биохимическими данными. Качество жизни было лучше у пациентов с выполненной папиллосфинктеротомией и гепатикоюноанастомозом.

Гистологические исследования печеночной ткани у больных с подпеченочным холестазом и печеночной недостаточностью I и II стадии показали, во-первых обратимость морфологических изменений печени, а во вторых - наиболее выраженную динамику за счет уменьшения выраженности холестаза, дистрофических явлений в гепатоцитах, фиброза у больных с гепатикоюноанастомозом.

Предложенный и апробированный у 47 больных полузакрытый способ наложения билиодигестивных анастомозов показал свои преимущества, что подтвердилось отсутствием таких осложнений, как несостоятельность и тонкокишечные свищи. Оптимизация хирургического лечения заключалась также в осуществлении нутритивной поддержки в раннем послеоперационном периоде. С этой целью использовались трехкомпонентные системы Нутрифлекс 70/240 липид (Б.Браун), где подобраны необходимые количества и метаболически верные соотношения аминокислот, глюкозы, липидов и электролитов.

Выводы

Сравнительный анализ методов хирургической декомпрессии при подпеченочном холестазе показал преимущество гепатикоюноанастомозии над классическими эндоскопическими методами желчеотведения. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия остается наиболее эффективным способом декомпрессии желчевыводящих путей, однако, ее применение ограничено у больных с высоким блоком желчных протоков. Вместе с тем ни один из описанных методов не является стопроцентным решением проблемы дренирования при подпеченочном холестазе, поэтому поиск максимально эффективных методик желчеотведения будет продолжен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения// *Consilium medicum*. - 2003. - приложение №1. - С. 3-8.
2. Байматов М.С., Рентгенохирургические методы лечения осложненных форм билиарной гипертензии, 2004. Мат. конф., - С. 31-36
3. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Войтковский А.Е., Мартынов А.А. Рентген-эндоскопическая диагностика и паллиативная терапия опухолей поджелудочной

железы// 5-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Сб. тезисов под ред. проф. Галлингера Ю.И. - М., 2001. - С. 219-221.

4. Буеверов А.О. Достижения в изучении патогенеза внутрипеченочного холестаза//Рос. педиатр. журн. - 2002. -№5. - С. 43-46.

5. Давыдов А.А., Давыдов М.А., Дадаев Р.С. С соавт. Диагностика и лечение механической желтухи с признаками печеночной энцефалопатии.// РМЖ. - 2001. – Т. 9. - №12. - С. 38-40.

6. Ившин В.Г. Чрескожные диагностические и лечебные вмешательства у больных механической желтухой: Автореф. дис. д-ра мед. Наук:(14.0027-Хирургия)/ Моск. мед. акад. - М., 2001. - С. 31-36.

7. Каримов Ш.И., Боровский С.П., Рахманов С.У., Атаханов Д.А. Выбор доступа для выполнения чреспеченочных эндоваскулярных и эндобилиарных вмешательств// Хирургия. - 2003. - № 3. - С. 69-72.

8. Кубышкин В.А., Вишневикий В.А. Рак поджелудочной железы. - М.: ИД Медпрактика - М., 2003. - 386 с.

9. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. - М.: Триада-Х, 2003. - 216 с.

THE CHOICE OF SURGICAL DECOMPRESSION TECHNIQUE IN SUBHEPATIC CHOLESTASIS

S.V.Tarasenko, A.A.Natalskiy, A.V.Levitin

The analysis of surgical findings in 71 patients with mechanical jaundice treated at the clinic of Ryazan center of “Reconstructive surgery of liver, bile ducts and pancreas” is presented in this paper. The necessity of differential approach to the choice of decompression technique is confirmed on the base of dynamic biochemical findings. The optimal way of bile duct decompression has been determined.