

УДК 616.37-02-039.71+616.361-002+616.366-03.7+616.36-008.5]-07-08

ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Э. А. Алиева, Г. Б. Исаев

Научный центр хирургии им. акад. М.А.Топчибашева, г. Баку, Республика Азербайджан

THE WAYS OF PROPHYLAXIS OF THE PANCREATIC GLAND AFFECTION, OCCURRING ON BACKGROUND OF CHOLANGITIS AND CHOLEDOCHOLITHIASIS, COMPLICATED BY OBTURATION JAUNDICE: ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

E. A. Aliyeva, G. B. Isayev

Проблемы диагностики и лечения различных форм панкреатита актуальны. Ведущими этиологическими факторами панкреатита являются алиментарный (алкогольный) и камнеобразование в желчных протоках [1 — 3].

Одной из частых причин возникновения билиарного панкреатита является гнойный холангит, при котором патологический процесс в желчных протоках сопровождается инфицированием; вторая причина — наличие конкрементов в желчных протоках с формированием ОЖ без бактериального загрязнения желчи [4 — 5].

Поражение ПЖ на фоне желчнокаменной болезни, осложненной ОЖ, становится доминирующей проблемой. Многие вопросы лечебно-диагностической тактики при сочетанном поражении желчевыводящих путей и ПЖ обсуждаются [6, 7].

Несмотря на многочисленные исследования, проблемы, связанные с выявлением ОЖ, осложненной билиарным панкреатитом, до операции, которые могут усугубить течение послеоперационного периода, не решены.

Это побудило нас разработать алгоритм лечебно-диагностической тактики при ОЖ и провести

Реферат

Обобщены результаты лечения 45 пациентов, у которых на фоне гнойного холангита и желчнокаменной болезни возникла обтурационная желтуха (ОЖ). Больным до операции проводили консервативную терапию, включая озонотерапию (ОТ), в течение 9 — 10 сут (основная подгруппа) и 2 — 4 сут (контрольная подгруппа). Все больные оперированы. Проведение консервативной терапии в течение 9 — 10 сут способствовало улучшению клинических и лабораторных показателей в более короткие сроки после операции, позволило прогнозировать вероятность повреждения поджелудочной железы (ПЖ), возникновения панкреатита, а также его обострения в будущем.

Ключевые слова: поджелудочная железа; обтурационная желтуха; диагностика; лечение.

Abstract

The results of treatment of 45 patients, in whom obturation jaundice have occurred on background of purulent cholangitis and biliary calculous disease, were summarized. Preoperatively conservative therapy was conducted to the patients, including ozonotherapy during 9 — 10 days (main group) and 2 — 4 days (control group). All the patients were operated on. Conservative therapy, conducted during 9 — 10 days, have permitted to improve clinical and laboratory indices more rapidly postoperatively, to prognosticate possibilities of the pancreatic gland damage, pancreatitis occurrence, as well as its exacerbation in future.

Key words: pancreatic gland; obturation jaundice; diagnosis; treatment.

сравнительную оценку частоты возникновения панкреатита при гнойном холангите и ОЖ для предупреждения послеоперационного билиарного панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больные распределены на 2 группы, каждая из которых поделена на подгруппы. У 20 больных (1-я группа) причиной ОЖ был гнойный холангит. У 10 больных (основная

подгруппа) проводили консервативную терапию, в том числе ОТ в течение 9 — 10 сут до операции. У 10 больных (контрольная подгруппа) лечение проводили в течение от 2 до 4 сут до операции. У 25 пациентов (2-я группа) диагностировали желчнокаменную болезнь, у 15 из них (основная подгруппа) до операции проводили консервативную терапию в течение 8 — 10 сут, у 10 (контрольная подгруппа) — 2 — 4 сут.

В исследование не включали больных, у которых ОЖ являлась осложнением злокачественных новообразований органов гепатобилиарной области, диагностированы цирроз печени в стадии декомпенсации, портальная гипертензия, острый вирусный гепатит, больных в крайне тяжелом состоянии, у которых прогнозировали смерть во время хирургического вмешательства или в ближайшие 24 ч после него; женщин в период беременности и лактации.

Возраст больных обеих групп от 18 до 60 лет, в среднем ($60,75 \pm 12,11$) года. Продолжительность существования ОЖ до момента госпитализации в среднем ($2,25 \pm 0,89$) сут.

Всем больным проведены общие и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), рентгеноскопия грудной клетки.

Для оценки эффективности предоперационной энергокорректирующей и детоксикационной терапии учитывали длительность предоперационной терапии на основе анализа активности α -амилазы крови, амилазы мочи, уровня трипсина в крови, количества лейкоцитов; во время операции забирали желчь для бактериологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При госпитализации у больных обеих групп отмечена выраженная билирубинемия. Для предупреждения поражения ПЖ при ОЖ до и после операции нами разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм лечения ОЖ.

По данным лабораторных исследований, увеличение некоторых показателей анализа крови свидетельствовало о наличии воспалительного процесса, а повышение активности печеночных ферментов, уровня трипсина в крови и др. — об изменениях функции органов гепатопанкреатодуоденальной зоны вследствие нарушения оттока желчи.

В целях уменьшения уровня билирубина и временного улучшения оттока желчи в последнее время

многие специалисты рекомендуют внутреннее желчеотведение — эндобилиарное стентирование эндоскопическим способом перед операцией [8].

Однако, наряду с очевидными преимуществами, стенты имеют и целый ряд недостатков. Одним из наиболее тяжелых осложнений при установке стентов с покрытием при дистальном уровне билиарного блока является возникновение острого деструктивного панкреатита вследствие обтурации протока ПЖ, что усугубляет процесс и может быть одной из причин осложнений послеоперационного панкреатита.

У больных 1-й группы при госпитализации количество лейкоцитов в крови достоверно (на 10,5%) превышало норму ($p < 0,05$). В основной подгруппе после консервативной терапии оно уменьшилось на 4,5%, в контрольной подгруппе — на 1,2%.

На всех этапах лечения количество лейкоцитов в крови у больных контрольной подгруппы было достоверно ($p < 0,05$) больше.

В основной подгруппе под влиянием ОТ активность амилазы в крови достоверно ($p < 0,001$) снизилась на 35% по сравнению с таковой у больных контрольной подгруппы.

Количество лейкоцитов у больных 2-й группы было достоверно ($p < 0,001$) меньше, чем в 1-й группе. Это обусловлено тем, что причиной гнойного воспалительного процесса являлись патогенные микроорганизмы в желчи, чего не наблюдали у больных при холедохолитиазе.

Применение ОТ губительно действовало на микроорганизмы, уменьшались токсическое действие на стенку общего желчного протока, выраженность воспалительного процесса в нем, улучшался отток желчи.

Уровень трипсина в крови, активность амилазы в моче достоверно ($p < 0,001$) снизились на 87,2% у больных основной подгруппы и на 79,3% — контрольной. Положительные результаты лечения больных зависели от продолжительности предоперационной терапии.

Проведение инфузионной терапии было направлено на поддержание гемодинамики, восстановление адекватной перфузии тканей (метаболизма печени, устранения эндотоксической интоксикации), она включала кристаллоидные глюкозо-солевые растворы, препараты, улучшающие реологические свойства крови, антигипоксанты, гепатопротекторы.

При наличии холангита обязательным компонентом лечения считаем системную антибактериальную терапию в сочетании с ОТ, оказывающей мощное бактерицидное действие.

Антибактериальная терапия до получения результатов бактериологического исследования желчи была эмпирической, с учетом преобладания грамотрицательной микрофлоры. В последующем ее корректировали с учетом данных бактериологического исследования желчи и определения чувствительности выявленных возбудителей.

У больных 1-й группы в основной подгруппе бактериальное загрязнение было на 85,7% меньше, чем в контрольной ($p < 0,001$).

По мере уменьшения тяжести воспалительного процесса наблюдали улучшение всех лабораторных показателей на 80%. Безусловно, это одна из причин, способствовавших устранению послеоперационного панкреатита. У больных 2-й группы в желчи, взятой во время операции, по данным бактериологического исследования микрофлора не обнаружена.

Всем больным обеих групп проведено оперативное лечение, предусматривающее устранение причины возникновения ОЖ.

После операции у больных основной подгруппы обеих групп выздоровление отмечали в среднем на ($2,5 \pm 0,5$) дня раньше, чем у больных контрольной подгруппы, также наблюдали более быструю нормализацию всех лабораторных и клинических показателей.

Кроме того, в основных подгруппах признаки послеоперационного панкреатита не выявлены, в контрольных подгруппах обеих групп,

несмотря на улучшение лабораторных и клинических показателей, у 9 (45%) больных возник панкреатит, при этом активность α -амилазы в крови составляла ($115,2 \pm 7,0$) Ед/л ($p < 0,05$), в норме — 10,0 — 100,00 Ед/л.

Таким образом, проведение предоперационной терапии в течение 9 — 10 сут способствовало улучшению клинических и лабораторных показателей, что позволило прогнозировать вероятность повреждения ПЖ, возникновения панкреатита и

перехода его в хронический, а также его обострения в последующем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты комбинированного лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза / В. А. Ступин, Ж. В. Басарболиев, М. А. Аганов [и др.] // Хирургия. — 2012. — № 7. — С. 75 — 79.
2. Хирургическая тактика при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных с измененной анатомией билиодуоденальной области / Т. Б. Ардосенов, Е. Д. Федоров, А. Т. Малышов [и др.] // Там же. — 2011. — № 20. — С. 35 — 39.
3. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой / Ю. Л. Шевченко, П. С. Ветшев, Ю. М. Стойко [и др.] // Анналы хирургии. — 2011. — № 3. — С. 9 — 15.
4. Трунин М. А. Ферменты и изоферменты лактатдегидрогеназы в диагностике форм острого и послеоперационного панкреатита / М. А. Трунин, Е. А. Хватова // Хирургия. — 1975. — № 1. — С. 50 — 55.
5. Инфузионная терапия у больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой / А. Ю. Яковлев, В. Б. Семенов, Р. М. Зайцев [и др.] / Там же. — 2010. — № 12. — С. 82 — 86.
6. Островский Б. К. Оценка эффективности оперативного лечения острого панкреатита / Б. К. Островский, Т. Н. Родионов, С. В. Макаров // Там же. — 2012. — № 7. — С. 49 — 52.
7. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза Н. А. Байстренко, В. В. Стукалов, А. С. Прядко [и др.] // Анналы хирургии. — 2011. — № 3. — С. 26 — 34.
8. Srivastara S. Outcome following pancreaticoduodenectomy in patients undergoing preoperative biliary drainage / S. Srivastara, S. S. Sikoza, A. Kumar // Dig. Surg. — 2001. — Vol. 18, — P. 381 — 387.

