

ДИАГНОСТИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Доц. В. Б. Борисенко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования 30 больных с клиникой механической желтухи. Изучены динамические изменения показателей общего билирубина и его фракций, общего белка, аминотрансфераз, тимоловой пробы, щелочной фосфатазы до и после хирургической декомпрессии желчных протоков. Установлено, что своевременная коррекция механической желтухи с использованием транспапиллярных эндобилиарных вмешательств и последующая гепатотропная терапия позволяет ликвидировать проявления печеночной дисфункции.

ДИАГНОСТИКА ПЕЧІНКОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА МЕХАНІЧНУ ЖОВТЯНИЦЮ

Доц. В. Б. Борисенко

Проведено ретроспективний аналіз результатів обстеження 30 хворих із клінікою механічної жовтяниці. Вивчено динамічні зміни показників загального білірубину і його фракцій, загального білка, амінотрансфераз, тимолової проби, лужної фосфатази до і після хірургічної декомпресії жовчних проток. Установлено, що своєчасна корекція механічної жовтяниці з використанням транспапілярних ендобіліарних утручань і подальша гепатотропна терапія дає змогу ліквідувати прояви печінкової дисфункції.

DIAGNOSTICS OF HEPATIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH MECHANICAL ICTERUS

V. B. Borisenko

Retrospective analysis of 30 patients with clinics of mechanical icterus results of examination was carried out. Dynamic changes of general bilirubin indices and its fractions, general protein, aminotransferases, thymole test, alkaline phosphatase before and after surgical decompression of bile ducts were studied. It was stated that modern correction of mechanical icterus with the use of transpapillary endobiliar intrusions and further hepatotropic therapy allow to abolish hepatic dysfunction manifestations.

Механическая желтуха (МЖ) как осложнение различных доброкачественных и злокачественных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны до настоящего времени остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии [2, 10]. Развитие и прогрессирование острой печеночной дисфункции (ПД) с возможным исходом в печеночную недостаточность является одной из основных причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациентов с синдромом МЖ [4, 11].

Системные метаболические нарушения, гемодинамические и микроциркуляторные изменения печеночного кровотока, гипоксия паренхимы печени, нарушение ретикулоэндотелиальной системы на фоне нарастающей желчной гипертензии являются основными патогенетическими моментами развития ПД [1, 3, 6, 9].

Прекращение поступления желчи в двенадцатиперстную кишку вызывает повышение кислотности в ней, избыточную колонизацию бактерий, формирование острых эрозий [5], нарушение эмульгации жиров и всасывание жирорастворимых витаминов, что вызывает риск развития геморрагических осложнений [2, 7].

Развитие и исход ПД напрямую зависит от длительности МЖ, а также срочности, способа и этапности хирургического лечения. Поэтому для улучшения результатов лечения больных МЖ необходима своевременная диагностика ПД путем определения общедоступных маркеров с дальнейшим проведением своевременно комплексного лечения.

Цель работы — изучение динамики изменений лабораторных показателей ПД у больных с синдромом МЖ до и после хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на результатах обследования и лечения 30 больных, поступивших в хирургическое отделение ГKB № 2 г. Харькова в 2008–2010 годах с клиникой МЖ. Возраст пациентов варьировал от 23 до 84 лет, средний возраст $62 \pm 14,3$ года. Женщин было 22 (73,3%), мужчин — 8 (26,7%). Длительность желтушного периода составила от 1 до 18 сут (в среднем $14 \pm 6,4$ сут).

Диагностическая программа включала стандартную общеклиническую, лабораторную диагностику, а также инструментальную диагностику с использованием ультразвукового исследования (УЗИ), папилоскопии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Производили также оценку синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), степень органной дисфункции определяли по шкале SOFA, степень тяжести печеночной недостаточности [8].

Малоинвазивные способы коррекции билиарной гипертензии включали транспапиллярные эндобилиарные вмешательства: эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), механическую литоэкстракцию, назобилиарное дренирование.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием стандартного пакета программ Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам анализа общеклинических исследований у всех 30 больных с синдромом МЖ признаков синдрома системного воспалительного ответа не было выявлено. Тяжесть состояния больных по шкале SOFA составила

$1,8 \pm 0,7$ балла до декомпрессии желчных протоков, $1,0 \pm 1,1$ балла — на 3 сут после декомпрессии и $0,54 \pm 0,9$ балла — на 7 сут после хирургического лечения. Степень органной дисфункции была обусловлена преимущественно за счет проявлений ПД.

При лабораторном исследовании у всех больных выявлены синдромы холестаза и цитолиза. Причем, отмечается четкая связь снижения уровней основных биохимических показателей практически до нормальных цифр в послеоперационном периоде на фоне проводимого лечения. Так, средний уровень общего билирубина снизился с $55,1 \pm 35,4$ мкмоль/л в первые сутки (до декомпрессии) до $28,7 \pm 26,1$ мкмоль/л на седьмые сутки после операции, аланинаминотрансферазы (АЛТ) с $2,29 \pm 1,87$ мкмоль/г-л до $0,86 \pm 0,57$ мкмоль/г-л, аспарагинаминотрансферазы (АСТ) с $1,9 \pm 1,5$ мкмоль/г-л до $0,52 \pm 1,93$ мкмоль/г-л, щелочной фосфатазы с 6129 ± 2343 нмоль/л до 2818 ± 1433 нмоль/л соответственно. Уровень общего белка и тимоловой пробы колебались в пределах нормы (табл. 1).

В результате инструментального исследования методом УЗИ МЖ установлена у всех 30 (100%) больных. Холедохолитиаз выявлен у 14 (46,7%) пациентов, хронический панкреатит — у 1 (3,3%), у остальных 15 (50%) больных диагноз оставался неуточненным. При дальнейшем обследовании по данным папилоскопии и ЭРХПГ дополнительно у 6 (20%) больных выявлен холедохолитиаз (из них — у 2 (6,7%) вклиненный камень в папиллу), у 1 (3,3%) — синдром Мириizzi, и у 8 (26,7%) — стенозирующий папиллит (табл. 2).

Таблица 1

Динамика биохимических показателей у больных МЖ

Показатель	1 сут, n= 30 (до декомпрессии)	3 сут, n=30	7 сут, n=18
Общий билирубин, мкмоль/л	$55,1 \pm 35,4$	$42,5 \pm 44,3$	$28,7 \pm 26,1$
Прямой билирубин, мкмоль/л	$32,5 \pm 19,5$	$20,2 \pm 21,1$	$13,7 \pm 18,5$
Непрямой билирубин, мкмоль/л	$22,6 \pm 18,2$	$22,4 \pm 24,5$	$15 \pm 10,5$
Общий белок, г/л	$74,3 \pm 8,3$	$68,4 \pm 7,8$	$68,3 \pm 8,5$
АЛТ, мкмоль/г-л	$2,29 \pm 1,87$	$1,5 \pm 1,1$	$0,86 \pm 0,57$
АСТ, мкмоль/г-л	$1,9 \pm 1,5$	$0,67 \pm 0,49$	$0,52 \pm 1,93$
Тимоловая проба, ед./л	$2,28 \pm 0,41$	$1,54 \pm 0,48$	$1,14 \pm 0,62$
Щелочная фосфатаза, нмоль/л	6129 ± 2343	5878 ± 2277	2818 ± 1433

Таблиця 2

Распределение больных по виду патологии, вызвавшей МЖ (n=30)

Патология	Количество больных	
	Абс.	%
Холедохолитиаз	20	66,7
Стенозирующий папиллит	8	26,7
Хронический панкреатит	1	3,3
Синдром Мириizzi	1	3,3

Малоинвазивные вмешательства произведены 28 больным, которым выполнено 36 таких лечебных манипуляций. ЭПСТ выполнена 28 больным: типичная папиллотомия произведена 14 (46,6%) пациентам, атипичная — 10 (33,3%), комбинированная — 4 (13,3%). У 22 (73,3%) больных с 1 и 2 степенью тяжести МЖ выполнена одноэтапная ЭПСТ, в два и более этапов ЭПСТ произведена 6 (20%) больным с 3 и 4 степенью тяжести МЖ, у 1 (3,3%) пациента со стенозом устья главного панкреатического протока, дополнительно выполнена вирсунготомия.

У больных холедохолитиазом ЭПСТ сочеталась с механической литоэкстракцией корзинкой Dormia и вымыванием конкрементов, что позволило достичь окончательной эндоскопической санации общего желчного протока в 26 (86,6%) наблюдениях. У 4 (13,4%) выполнены открытые операции. Летальных исходов не было.

Консервативная коррекция ПД включала дезинтоксикационную и гепатотропную терапию. Дезинтоксикационная терапия осуществлялась путем инфузионного введения

кристаллоидов, реосорбилакта, а также пентоксифиллина. Из гепатотропных препаратов парентерально вводился глутаргин или орнитокс. При тяжелых гипербилирубинемиях дополнительно назначался викасол и глюкокортикоиды.

ВЫВОДЫ

1. У всех больных с синдромом МЖ независимо от степени ее тяжести отмечается развитие ПД.

2. Общедоступными и высокоинформативными маркерами развития ПД у больных с синдромом МЖ являются показатели уровня общего билирубина, аминотрансфераз и щелочной фосфатазы крови.

3. Своевременное выполнение малоинвазивных эндобилиарных вмешательств с последующей дезинтоксикационной и гепатотропной терапией позволяет ликвидировать у больных МЖ проявления ПД.

Использование малоинвазивных транспиллярных вмешательств в сочетании с консервативной гепатотропной терапией определяют *перспективность* этого направления в структуре комплексного лечения больных МЖ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ахаладзе Г. Г. Морфологические и микроциркуляторные изменения печени при механической желтухе и холангите (экспериментальное исследование) / Г. Г. Ахаладзе // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: XVI междунар. конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ: тезисы докладов. — Екатеринбург, 2009. — С. 108.
2. Влияние инфузионных гепатопротекторов на функциональное состояние печени при экспериментальном холестазах / Н. Г. Смирнова, С. Г. Чефу, А. Л. Коваленко [и др.] // Хирургия. — 2010. — № 10. — С. 83–88.
3. Гнатюк М. С. Морфологічні зміни печінки та їх кореляція при змодельованій обтураційній жовтяниці / М. С. Гнатюк, І. М. Кліщ, М. М. Галей // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 4. — С. 78–82.
4. Годлевський А. І. Оптимізація програми періопераційного лікування ускладнених форм доброякісної обтураційної жовтяниці у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком / А. І. Годлевський, С. І. Саволюк // Вісн. Укр. мед. стомат. акад. — 2009. — Т. 9. — Вип. 1. — С. 58–61.

5. *Даценко Б. М.* Влияние способа восстановления желчного протока на морфофункциональное состояние двенадцатиперстной кишки у больных с ахолией / Б. М. Даценко, В. Б. Борисенко // Клін. хірургія. — 2006. — № 9 (додаток). — С. 29–31.
6. Діагностика і комплексне лікування пацієнтів з обтураційною жовтяницею, ускладненою гострою печінково-нирковою недостатністю/ С. М. Василюк, М. Д. Василюк, К. Л. Чурпій, В. І. Пилипчук // Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. сер. «Медицина». — 2009. — Вип. 36. — С. 67–70.
7. Етіологія, патогенез, особливості хірургічної тактики у хворих з механічною жовтяницею // Ю. Б. Кушук, Ю. І. Довганик, Ю. М. Міхель [та ін.] // Вісн. Укр. мед. стомат. акад. — 2009. — Т. 9. — Вип. 1. — С. 116–119.
8. *Зиневич В. П.* Печеночная недостаточность : учеб. пособие для врачей-слушателей // В. П. Зиневич, В. Я. Бабкин, А. И. Шугаев — Л. : ЛенГИДУВ, 1987. — 21 с.
9. Особливості метаболічних змін та обґрунтування принципів передопераційної підготовки хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею в залежності від вихідного ступеня печінкової дисфункції / М. Ю. Ничитайло, А. І. Годлевський, С. І. Саволюк [та ін.] // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 5 (14). — С. 48–54.
10. *Старосек В. Н.* Современные тенденции хирургического лечения больных с обтурационной желтухой, осложненной печеночной недостаточностью / В. Н. Старосек, С. С. Хилько, А. К. Влахов // Клін. хірургія. — 2009. — № 4. — С. 15–18.
11. *Ткачук О. Л.* Печінкові дисфункції після хірургічної декомпресії у хворих на обтураційні жовтяниці / О. Л. Ткачук, І. М. Шевчук, В. А. Месоєдова // Харків. хірург. шк. — 2005. — № 2.1 (17). — С. 107–109.

Перелік платних циклів, проведення яких планується в 2013 р.

Кафедра ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ ТА ВІЛ/СНІДу
Зав. кафедри проф. Г. І. Мавров, тел.: 706-36-00

Дерматовенерологія (для лікарів лікувального профілю)	16.01–21.06
Дерматоонкологія (для дерматовенерологів, онкологів, хірургів, терапевтів, сімейних лікарів, урологів, акушерів-гінекологів). Виїзний, м.Київ	09.04–23.04
Дерматоонкологія (для дерматовенерологів, онкологів, хірургів, терапевтів, сімейних лікарів, урологів, акушерів-гінекологів). Виїзний, м. Київ	12.11–26.11

Кафедра НАРКОЛОГІЇ

Опорна кафедра за спеціальністю «Наркологія»
Зав. кафедри проф. І. К. Сосін, тел.: 52-61-77

Наркологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	08.01–06.02
Наркологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	15.04–17.05
Наркологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)	18.11–17.12

За довідками звертатися до навчального відділу ХМАПО за тел. (057) 711-80-31

Адреса: 61176, м. Харків, вул. Корчагинців, 58

www.med.edu.ua med.edu.ua@gmail.com