

Печеночная недостаточность у больных с механической желтухой неопухолевого генеза

И.В.Иоффе, В.П.Потеряхин

Луганский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии, реаниматологии и хирургии ФПО
Луганск, Украина

Печеночная недостаточность является наиболее частым и тяжелым осложнением механической непроходимости желчных путей и основной причиной летальности больных в послеоперационном периоде. В статье представлены результаты лечения 46 больных с механической желтухой и анализом функционального состояния печени в зависимости от длительности желтухи и выраженности гипербилирубинемии. С целью диагностики гепатоцеребральной недостаточности проводилась запись ЭЭГ, пробы письма, обратного счета.

Ключевые слова: механическая желтуха, печеночная недостаточность.

ВВЕДЕНИЕ

По мнению большинства исследователей, при механической желтухе всегда возникают нарушения функционального состояния печени [1, 3, 4]. Несмотря на обилие этиологических факторов в развитии гепатоцеллюлярных повреждений, печеночная недостаточность протекает однотипно независимо от генеза механической желтухи. Развивающийся при этом «цитолитический» синдром приводит к распространенному некрозу печеночной паренхимы [2]. Выполнение оперативного вмешательства, в том числе миниинвазивного, значительно повышает риск возникновения и прогрессирования печеночной недостаточности [1, 3, 4]. При этом печеночная недостаточность, часто сочетающаяся с почечной, развивается у 6,4-12,8% больных, оперированных по поводу осложненной желчнокаменной болезни [5]. Печеночная недостаточность является наиболее частым и

тяжелым осложнением механической непроходимости желчных путей и в 50% случаев является причиной смерти больных в послеоперационном периоде [6].

Целью данной работы было изучение функционального состояния печени у больных с механической желтухой неопухолевого генеза на основании анамнеза, инструментальных и клинико-лабораторных данных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2007 по 2008 г. на базах ЛОКБ, Луганской городской клинической больницы №1 находилось на лечении 46 больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. В зависимости от уровня билирубинемии как интегрального показателя (длительности желтухи) больные были разделены на три группы: 1 группа – 18 (37,5%) больных, у которых уровень билирубина не превышал 100 мкмоль/л (в среднем 87,3 мкмоль/л) и с длительностью желтухи не более 7 дней. 2 группа – 16 (33,3%) больных с уровнем билирубина в пределах 100-200 мкмоль/л (в среднем 178,4 мкмоль/л), длительностью механической желтухи не более 14 дней. 3 группа – 14 (29,16%) больных, у которых уровень билирубина и длительность желтухи превышали соответственно 200 мкмоль/л и 14 дней. Средний уровень билирубина крови в 3 группе составил 260 мкмоль/л. Оценку функционального состояния печени определяли согласно классификации гепатопатии И.И.Шиманко, С.Г.Мусселиуса (1993) [6]. Степень гепатоцеребральной недостаточности определяли по классификации Э.И.Гальперина и соавт. [2]. Больным в исследуемых группах оценивали показатели трансаминазной активности, динамику концентрации средних молекул, уровень билирубина, уровни щелочной фосфатазы, мочевины, холестерина. Забор

крови осуществлялся на момент поступления больных, затем через сутки вплоть до момента выписки. Для объективизации степени гепатоцеребральной недостаточности больным в исследуемых группах производили запись ЭЭГ. У больных исследуемых групп осуществляли одномоментные или двухэтапные хирургические вмешательства лапаротомные либо лапароскопические. У ряда больных в крайне тяжелом состоянии проводили чрескожные чреспеченочные холецистостомии или назобилиарное дренирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На момент поступления у больных 1 группы с длительностью желтухи до 7 дней, согласно клиническим и лабораторным данным, имелись признаки гепатопатии легкой либо средней степени тяжести: уровень билирубина в крови в среднем 87,3 мкмоль/л, умеренная гиперферментемия — АСТ 1,1-1 мкмоль/чл, АЛТ — 0,7-0,9 мкмоль/чл, ЛДГ — 9,8-10,2 мкмоль/чл, умеренная гипопротейнемия (общий белок 58-60 г/л). Остальные биохимические показатели без отклонения от нормы. У больных отсутствовали признаки гепатоцеребральной недостаточности, патологических изменений на энцефалограммах не обнаружено. Послеоперационный период у больных 1 группы протекал без осложнений. Общее состояние на 3-4 сут. оценивалось как относительно удовлетворительное. Кожные покровы приобретали естественную окраску на 4-5 сут. после устранения препятствия току желчи, биохимические показатели приближались к значениям, близким к норме, на 6-7 сут. послеоперационного периода. У больных 2 группы уровень билирубина на момент поступления в среднем был 178 мкмоль/л, показатели АСТ и АЛТ составляли соответственно 2,4-3,1 мкмоль/чл и 1,9-2,8 мкмоль/чл, ЛДГ — 16,8-20,2 мкмоль/чл, отмечалась умеренная гипопротейнемия (общий белок 57-60 г/л). Наряду с этим у больных 2 группы имелись признаки эндотоксикоза: токсичность крови по парамецийному тесту составляла в среднем 16,4 мин., уровень средних молекул составил 0,45-0,69 у.е. У всех больных 2 группы на момент поступления отсутствовали явные клинические признаки гепатоцеребральной недостаточности, однако после проведения тестов писчей пробы и теста обратного счета у 5 (31%) больных были обнаружены признаки энцефалопатии — длительность обратного счета

превышала контрольную, имели место грубые ошибки. У 2 больных отмечалось нарушение почерка. Проведенная ЭЭГ у данных больных свидетельствовала о наличии гепатоцеребральной недостаточности 1 степени — неравномерность альфа-ритма, негрубые, но устойчивые тета- и дельта-волны. После проведения оперативного вмешательства на 2-4 сут. послеоперационного периода у 6 пациентов 2 группы на фоне нарастания гиперферментемии, усугубления эндотоксикоза (токсичность крови по парамецийному тесту до 12 мин., уровень средних молекул составил 0,69-0,82 у.е.) отмечались эмоциональные и психические расстройства, проявляющиеся быстрой сменой настроения, депрессией либо эйфорией, инверсией сна, головной болью. Данные изменения характерны для гепатоцеребральной недостаточности 1-2 степени, что подтверждалось характерными изменениями на ЭЭГ. У 4 больных с явлениями печеночной энцефалопатии в качестве сопутствующей патологии фигурировали хронические гепатиты В, С, цирроз печени. Из больных 2 группы умерло 2 (12,5%) человека: один — от прогрессирующей печеночной недостаточности, второй — от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

На момент поступления у больных 3 группы с длительностью желтухи более 14 дней, согласно клиническим и лабораторным данным, имелись признаки гепатопатии 3 (тяжелой) степени: уровень билирубина в крови был в среднем 260 мкмоль/л, выраженная гиперферментемия: АСАТ — 3,1-3,7 мкмоль/чл, АЛАТ — 3,04-3,9 мкмоль/чл, ЛДГ — 28,8-30,2 мкмоль/чл, умеренная гипопротейнемия (общий белок 58-60 г/л). Уровень холестерина составил в среднем 8,4 ммоль/л, мочевины — 11,3 ммоль/л, щелочной фосфатазы — 4,1 мкмоль/л, токсичность крови по парамецийному тесту составляла в среднем 10,4 мин., уровень средних молекул составил 0,7-0,8 у.е. Больные 3 группы в сравнении с исследуемыми 1 и 2 группами имели наиболее тяжелый соматический статус: длительная механическая желтуха, холангит, отягощались наличием сопутствующей патологии. У 9 (64%) больных имелись признаки гепатоцеребральной недостаточности 1-2 степени, что подтверждалось результатами писчей пробы и проб с обратным счетом, данными ЭЭГ.

Несмотря на устранение желчной гипертензии, у этих больных в ближайшем послеоперационном периоде отмечалось усугубление синдрома цитолиза, эндотоксикоза. Показатели АЛАТ, концентрация средних молекул пре-

вышали исходные уровни до операции, отмечалась длительная гипербилирубинемия. 4 (28,5%) больных в исследуемой группе умерло, из них 2 — с признаками нарастающей печеночной недостаточности, симптомами гепатоцеребральной недостаточности, которая проявлялась в появлении неврологической симптоматики (нарушения сознания, тремор рук, губ, век, атаксия, дизартрия), сменяющейся затем развитием коматозного состояния. На ЭГГ замедление альфа-ритма, брадиаритмия или синхронные дельта-волны. При развитии комы у больных на ЭГГ отмечалось исчезновение альфа- и бета-активности, преобладание гиперсинхронных дельта-волн или нерегулярная медленная активность. У 1 больного послеоперационный период осложнился острым холангитом, нагноением послеоперационной раны, у 2 — длительным парезом кишечника.

ВЫВОДЫ

1. Длительный анамнез желтухи с высокими цифрами билирубина приводит к выраженным функциональным изменениям печени, которые, несмотря на декомпрессию желчных ходов, имеют тенденцию к дальнейшему прогрессированию и становятся причиной смерти больных.

2. Уровень интоксикации прямо пропорционален длительности холестаза и уровню билирубинемии, что подтверждается инструментальными и биохимическими исследованиями.

3. Прогрессирование печеночной недостаточности в послеоперационном периоде в 50% случаев послужило причиной летального исхода (общая летальность — 12,5%).

4. Сроки декомпрессии желчных ходов, снижение уровня интоксикации у больных с печеночной недостаточностью на фоне механической желтухи требуют дальнейших разработок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневикий В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В, Икрамов Р.З. Операции на печени: Руководство для хирургов. — М.: Миклош, 2003. — 155 с.
2. Гальперин Э.И., Семендяева М.Н., Неклюдова Е.А. Недостаточность печени — М.: Медицина, 1978. — 328 с.
3. Мамчин В.И., Паларамчук В.И., Тарахонич О.И. та ін. Роль малоінвазивних методів у лікуванні хворих з механічною жовтяницею та печінковою недостатністю // Хірургія України. — 2005. — №1 (13). — С.123-125.
4. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. — Минск: Харвест, 2000. — 158 с.
5. Родионов В.В., Филимонов М.И., Могучев В.М. Калькулезный холецистит. — М.: Медицина, 1991. — 320 с.
6. Хилько С.С., Старосек В.Н., Влахов А.К. Оценка эффективности методов коррекции нарушений функционального состояния печени при холестазах механической природы // Клиническая хирургия. — 2005. — №10. — С.16-18.
7. Шиманко И.И., Мусселиус С.Г. Острая печеночно-почечная недостаточность. — М.: Медицина, 1993. — 288 с.

І.В.Іоффе, В.П.Потєряхін. Печінкова недостатність у хворих з механічною жовтяницею непухлинного генезу. Луганськ, Україна.

Ключові слова: механічна жовтяниця, печінкова недостатність.

Печінкова недостатність є найбільш частим та тяжким ускладненням механічної непрохідності жовчних шляхів і стає головною причиною смерті хворих після операції. У роботі підсумовані результати лікування 46 хворих з механічною жовтяницею з аналізом функціонального стану печінки в залежності від тривалості жовтяниці та рівня білірубину. З метою діагностики гепатоцеребральної недостатності робили запис ЕЕГ, проби письма, зворотного ліку.

I.V.Ioffe, V.P.Poteryakhin. Liver insufficiency in patients with mechanical jaundice caused by choledocholithiasis. Lugansk, Ukraine.

Key words: obstructive jaundice, hepatic insufficiency.

Liver insufficiency is the most frequent and severe complication of the mechanical jaundice and it is the main reason of patient's death after operation. The results of treatment of 46 patients with mechanical jaundice were presented in the article. Analysis of the functional state of the liver was made depending on the duration of the jaundice and level of bilirubin, in addition letter tests and counting in reverse were conducted.

Надійшла до редакції 1.08.2009 р.