

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ НЕОПУХОЛЕВЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХАХ

М.Д.Кашаева*, А.В.Прошин***, Д.А.Швецов*

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF PRE-OPERATIVE CARE FOR NON-TUMORAL OBSTRUCTIVE JAUNDICE

M.D.Kashaeva*, A.V.Proshin***, D.A.Shvetsov*

*Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, kashaevamrd@mail.ru

**Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева, Москва

Проведен анализ клинических данных 154 больных, находившихся на лечении по поводу механической желтухи неопухолевой этиологии. В зависимости от объема предоперационной подготовки больные разделены на две группы. Пациенты первой группы в количестве 82 оперированы экстренно после кратковременной традиционной подготовки. Пациенты второй группы в количестве 72 оперированы после комплексной многокомпонентной предоперационной подготовки, предложенной авторами в течение 3–7 дней. Объем оперативных вмешательств в обеих группах был сопоставим, выполнялась холецистэктомия, по показаниям удаление конкрементов из протоков и дренирование желчных путей. У больных с механической желтухой без предоперационной подготовки не произошло полной нормализации гомеостатических показателей. В группе пациентов с комплексной предоперационной подготовкой послеоперационный период протекал более благоприятно и показатели гомеостаза нормализовались. Сравнительный анализ состояния функций печени и почек у больного после экстренных билиодекомпрессивных хирургических вмешательств и такого же объема операций после многокомпонентной предоперационной подготовки свидетельствует о снижении летальности у последней группы больных в четыре раза, улучшению функции печени и способности, тем самым, нормализации или улучшению электролитного баланса и функциональной способности почек.

Ключевые слова: механическая желтуха, предоперационная подготовка, показатели гомеостаза

Для цитирования: Кашаева М.Д., Прошин А.В., Швецов Д.А. Непосредственные и отдаленные результаты предоперационной подготовки при неопухолевых механических желтухах // Вестник НовГУ. Сер.: Медицинские науки. 2022. №4(129). С. 80–83. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.4\(129\).80-83](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.4(129).80-83)

The analysis of clinical data of 154 patients were treated for obstructive jaundice of non-tumor etiology has been carried out. Depending on the amount of pre-operative care, the patients were divided into two groups. Patients of the first group in the amount of 82 were operated on urgently after a short-term traditional care. Patients of the second group in the amount of 72 were operated on after a complex multicomponent pre-operative care proposed by the authors and lasted 3–7 days. The volume of surgical interventions in both groups was comparable, cholecystectomy was performed, as well as, according to indications, removal of stones from the ducts and drainage of the biliary tract. In patients with obstructive jaundice without pre-operative care, there was no complete normalization of homeostatic parameters. In the group of patients with complex pre-operative care, the post-operative period was more favorable and homeostasis indicators returned to normal. A comparative analysis of the state of liver and kidney functions in a patient after emergency biliary decompressive surgical interventions and the same volume of operations after multicomponent pre-operative care indicates a four-fold decrease in mortality in the second group of patients, an improvement in liver function and, thereby, contributing to the normalization or improvement of electrolyte balance and functional capacity of the kidneys.

Keywords: obstructive jaundice, pre-operative care, homeostasis indicators

For citation: Kashaeva M.D., Proshin A.V., Shvetsov D.A. Immediate and long-term results of pre-operative care for non-tumoral obstructive jaundice. Vestnik NovSU. Issue: Medical Sciences. 2022. Vol.4(129). Pp.80–83. DOI: [https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.4\(129\).80-83](https://doi.org/10.34680/2076-8052.2022.4(129).80-83)

Введение

Механическая желтуха представляет собой одну из актуальных и во многом нерешенных проблем современной хирургии. Во всем мире наблюдается неуклонный рост заболеваемости желчнокаменной болезнью и числа больных с механической желтухой [1,2]. Важную роль в исходах механических желтух играет развитие синдрома эндогенной интоксикации,

являющейся главным фактором, формирующим клиническую картину заболевания и определяющим характер и исход заболевания [3,4]. Высокая летальность при механических желтухах неопухолевой этиологии объясняется несоответствием между возможностями функций печени и тяжестью оперативного вмешательства [5,6]. Определяющая роль эндогенной интоксикации в патогенезе механической желтухи неопухолевой этиологии обуславливает

важность своевременной интенсивной комплексной терапии, способной предупреждать развитие необратимых нарушений структуры и функции многих органов и систем и способствующей процессам репарации и адаптации [7,8].

Материалы и методы

Работа включает изучение 154 больных, находившихся на лечении в НОКБ и ЦГКБ города Великого Новгорода по поводу механической желтухи неопухолевой этиологии. Возраст больных колебался от 16 до 70 лет. Пациенты старше 60 лет составили 61,7% (95 больных). Мужчин было 34 (22,1%), женщин — 120 (77,9%). Наиболее трудоспособную группу — 21–60 лет составили 52 (33,8%) пациента.

Самой частой причиной желтухи был холедохолитиаз (73,5%), среди остальных — рубцовые стриктуры холедоха (9,7%), хронический панкреатит (9,7%), перихоледохеальный лимфаденит (5,2%), стеноз большого дуоденального сосочка — БДС (1,9%). Из 154 больных 66 поступили с механической желтухой длительностью до 10 дней, 51 — до 2 недель, 37 — 3–6 недель.

Больным выполнялись клинические, биохимические, ультрасонографические, рентгеноэндоскопические исследования. В зависимости от объема предоперационной подготовки больные разделены на две группы. Первая группа — 82 больных (соответственно, по длительности холестаза — 24, 41, 17). Они оперированы экстренно после кратковременной традиционной подготовки в течение 2–8 часов. Вторая группа — 72 пациента (соответственно, 42, 10, 20). Они оперированы после комплексной многокомпонентной предоперационной подготовки в течение 3–7 дней. Консервативная предоперационная подготовка включала: мембранотропную, антиоксидантную, дезагрегантную, гемокомпонентную, дезинтоксикационную терапию, введение полиэлектролитных растворов и поляризующих глюкозо-инсулинокалиевых смесей, белковозаместительных препаратов, по показаниям, в основном в послеоперационном периоде, проводили антибактериальную, иммуностимулирующую и витаминотерапию. Она была направлена на улучшение структуры и свойств клеточных мембран, устранение обусловленной этим цитопении, коррекцию системы гемостаза, реологических расстройств, белкового и электролитного дисбаланса, снижение интоксикации и гипоксии, восстановление энергетического потенциала, а тем самым купирование печеночной и почечной недостаточностей. Объем оперативных вмешательств представлен в таблице.

Результаты и обсуждение

У больных контрольной группы даже с 10-дневной желтухой в послеоперационном периоде отмечалось ухудшение показателей функций печени в течение первых 7–14 дней, 2 из 24 (8,3%) умерли от нарастающей печеночно-почечной недостаточности.

Примером может служить следующее наблюдение:

Больная А., 56 лет поступила через 36 часов от начала заболевания в экстренном порядке 19.04. в 10.55 с диагнозом: Острый холецистит. Механическая желтуха. Больной себя считает в течение 4 лет. Неоднократно были приступы болей в правой подреберной области, купируемые консервативно. Кожные покровы бледноваты, склеры иктеричны. Пульс 86 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 130/80 мм рт. ст. При УЗ исследовании: желчный пузырь с утолщенными стенками. В полости застой желчи, конкременты. Холедох расширен до 1,5 см. Печень — эхоструктура неоднородная, эхоплотность повышена. Поджелудочная железа, почки без патологических изменений. Лейкоцитоз крови $7,8 \times 10^9/\text{л}$, общий билирубин — 48 мкмоль/л, прямой — 28,5 мкмоль/л, АЛТ — 0,64 мкмоль/л, АСТ — 0,43 мкмоль/л, щелочная фосфатаза — 60 ед/л, общий белок — 70 г/л. Через 4 часа больная экстренно оперирована. Произведена холецистэктомия, холедохолитотомия путем переведения конкремента размером $2 \times 1,5$ см из ретродуоденальной части холедоха в супрадуоденальную и его извлечения, дренирование холедоха по Керу.

Свободно выделяется светлая желчь, без хлопьев. Первые два дня состояние больной оставалось стабильным. Производились инфузии поляризующих смесей, альбумина, плазмы. Но уже 21.04. общий билирубин повысился до 91,8 мкмоль/л, прямой — до 58,6 мкмоль/л, АЛТ — 2,23 мкмоль/л. Состояние ухудшалось. Проводился форсированный диурез, гемосорбция. Однако прогрессивно нарастала печеночная недостаточность. 23.04. общий билирубин — 151,2 мкмоль/л, прямой — 115,9 мкмоль/л, АЛТ — 3,72 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 110 ед/л, т.е. наряду с холестатическими нарастали цитолитические процессы. 25.04. при нарастающей печеночной коме больная умерла.

На аутопсии: Хронический активный (билиарный) гепатит с явлениями холестаза с центрлобулярными некрозами в печени. Гепаторенальный синдром с некрозом сосочковой зоны почек. Причина смерти: Острая печеночно-почечная недостаточность.

У пациентов с желтухой до двух недель послеоперационный период протекал тяжело. В течение 5–8 дней сохранялась высокая температура, лейкоцитоз, выраженная интоксикация, несмотря на проводимую терапию, прогрессировала печеночная недостаточность. Умерли 9 из 41 оперированного больного этой группы: 3 — от прогрессирующего холангита, с холаниогенными абсцессами, 6 — от острой печеночно-почечной недостаточности. Летальность в этой группе составила 21%. У больных с 3–6-недельной желтухой летальность составила 35,3%. Общая летальность в контрольной группе — 20,7% (из 82 экстренно оперированных умерли 17, или 20,7%).

Следовательно, у больных с механической желтухой неопухолевой этиологии после экстренной операции без предоперационной подготовки (контрольная

группа) даже у больных после 10-дневной желтухи не произошло полной нормализации гомеостатических показателей. Это подтверждает данные экспериментальных исследований о необходимости предоперационной подготовки, направленной на коррекцию выраженных холестатических и цитолитических процессов, и улучшение функций печени и почек.

После комплексной предоперационной подготовки (основная группа) оперированы 72 больных, из них 42 были с длительностью билиарной окклюзии до 10 дней, 10 — до 14 дней и 20 — до 3–6 недель.

Послеоперационный период у них протекал более благоприятно. У пациентов с длительностью желтухи до 10 дней и билирубинемией ниже 100 мкмоль/л летальности не было. При сроках билиарной окклюзии до 14 дней из 10 пациентов умер 1 (10%), у больных с длительностью желтухи 3–6 недель из 20 умерли 3 (15%). Общая послеоперационная летальность у этой группы составила 5,5% (умерли 4 из 72). В сравнении с контрольной группой она ниже в 3,8 раза.

Объем оперативных вмешательств при операциях без активной предоперационной подготовки и после комплексной консервативной терапии перед операцией

Объем хирургических вмешательств		Длительность желтухи			Итого		
		До 10 суток	До 14 суток	3–6 недель	Абс. число	Из них умерли	%
Операции без предоперационной подготовки	ХЭ, НДХ	17 ум. 1 (6,6%)	14 ум. 5	7 ум. 2	38	8	21,0
	ХЭ, ХЛТ, НДХ	7 ум. 1 (20%)	19 ум. 4	4 ум. 2	30	7	23,3
	ХЭ, ТДПСТ	–	4 ум. 0	3 ум. 1	7	1	17,6
	ХЭ, ТДПСТ, НДХ	–	4 ум. 0	3 ум. 1	7	1	17,6
Всего	Абс. число	24	41	17	82		
	Умерли	2	9	6		17	
	%	8,3	21,0	35,3			20,7
Операции после предоперационной подготовки	ХЭ, НДХ	8	1	5 ум. 1 (20%)	14	1	7,1
	ХЭ, ХЛТ, НДХ	29	4 ум. 1 (25%)	7 ум. 1 (14,3%)	40	2	5,0
	ХЭ, ХДА	1	2	1	4	–	–
	ХЭ, ТДПСТ	2	1	4 ум. 1 (25%)	7	1	14,3
	ХЭ, ХЛТ, ТДПСТ, НДХ	2	2	3	7	–	–
Всего	Абс. число	42	10	20	72		
	Из них умерли	–	1	3	–	4	
	%	–	10	15	–		5,5

Отдаленные результаты изучены у 122 больных, перенесших механическую желтуху, из них с 10-дневным холестазом было 60 (22 контрольной и 38 основной групп) пациентов; с 2-недельным холестазом — 35 (26 контрольной и 9 основной); с 3–6-недельной — 27 (11 контрольной и 16 основной групп). Больные обследованы через 1–2 года после лапаротомных радикальных вмешательств на билиарном тракте. Всем выполнялись общий анализ крови и мочи, проба Реберга, основные биохимические исследования (белки плазмы крови, билирубин, трансаминазы, ЩФ), УЗИ, внутривенная урография. Из 122 больных хроническая патология печени выявлена у 40 (32,8%), из них вторичный хронический холестатический (билиарный) гепатит диагностирован у 8 из 60 (13,3%) пациентов, с перенесенной 10-дневной желтухой, у 12 из 35 (34,3%) после 2-недельной и у 7 из 27 (25,9%) — после 3–6-недельной желтухи.

У 13 из 27 больных (48,1%) после 3–6-недельного холестаза развился вторичный билиарный цирроз печени, у 2 — осложнившийся асцитом. Умерли 3: 2 — в течение первого года, 1 — второго года после операции.

Все больные после 10-дневной и 2-недельной желтухи относились к контрольной группе.

Из 16 больных основной группы с 3–6-недельной желтухой осложнения были у 9: у 7 — вторичный хронический холестатический гепатит, у 2 — вторичный билиарный цирроз печени.

Из 11 пациентов контрольной группы у всех развился цирроз печени, у 2 — с асцитом.

Заболевания почек выявлены у 33 из 122 обследованных, или в 27,0% случаев. Из 60 больных, перенесших 10-дневную желтуху, хронический пиелонефрит обнаружен у 4 (6,7%); из 35 после 2-недельного холестаза хронический пиелонефрит выявлен у 9 (25,7%); после 3–6-недельной желтухи хронический пиелонефрит диагностирован у 17 (63%), у 3 (11,1%) — нефросклероз. Умерла 1 из 3 этих больных от прогрессирующей почечной недостаточности.

Все больные после 10-дневной и 2-недельной желтухи относились к контрольной группе, оперированы экстренно после кратковременной традиционной подготовки. У пациентов с длительностью желтухи 3–6 недель из 11 экстренно оперированных у 8 развился хронический пиелонефрит, у 3 — нефросклероз.

Из 16 оперированных основной группы хронический пиелонефрит выявлен у 9 (56,2%).

Таким образом, у 59 из 122 больных (48,4%) контрольной группы хронические заболевания печени выявлены у 31 (52,5%), а почек — 24 (40,7%).

В основной группе из 63 пациентов хроническая патология печени развилась у 31 (49,2%), почек — у 9 (14,3%).

Следовательно, после механической желтухи отмечаются хронические поражения печени и почек, тяжесть их определяется длительностью холестаза и

методом предоперационной подготовки. Если после 10-дневной желтухи хронический холестатический гепатит развился у 13,3%, а хронический пиелонефрит — у 6,7%, оперированных без предоперационной подготовки, то после 3–6-недельной желтухи у всех 11 оперированных без предоперационной подготовки развились хронические заболевания печени, в том числе цирроз и хронические заболевания почек, в том числе нефросклероз.

Выводы

Проведённый статистический анализ подтвердил полученные объективные данные о непосредственных и отдалённых результатах лечения механических желтух, их зависимость от длительности внепечёночного холестаза и важности предоперационной подготовки в лечении и профилактике гепаторенального синдрома, развивающегося при данной патологии.

Сравнительный анализ состояния функций печени и почек у больного после экстренных билиодекомпрессивных хирургических вмешательств и такого же объёма операций после многокомпонентной предоперационной подготовки свидетельствует о снижении летальности у последней группы больных в 4 раза, улучшению функции печени и способствуя, тем самым, нормализации или улучшению электролитного баланса и функциональной способности почек.

Больные, перенесшие механическую желтуху неопухоловой этиологии с гепаторенальными поражениями, нуждаются в полноценных реабилитационных мероприятиях, объём которых определяется тяжестью и длительностью холестаза, методами предоперационной подготовки, для чего необходимо создание лечебных и медико-социальных программ, снижающих как риск хирургических вмешательств, так и хронических поражений печени и почек в отдалённые сроки после операций.

1. Алиев М.А., Андреев Г.Н., Ташев И.А., Доскалиев Ж.А. Хирургическая коррекция хронических гепатитов и циррозов печени. Великий Новгород: НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2001. 120 с.
2. Андреев Г.Н., Ташев И.А., Апельбаум Л.С. Диагностика и лечение хронических диффузных заболеваний печени. Великий Новгород: НовГУ им. Ярослава Мудрого, 2003. 206 с.
3. Андреев Г.Н., Аблаев Н.Р., Архипов Т.С., Ибадильдин А.С. Гепатология и клиническая биохимия. Великий Новгород, 2009. С.533.
4. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Коробков В.Н., Филиппов В.А. Методы интенсивной терапии в лечении печеночной недостаточности при механической желтухе // Механическая желтуха — актуальная проблема абдоминальной хирургии: материалы Республиканской науч.-практ. конф. Казань, 2014. С.23–28.

5. Цыркунов В.М., Андреев В.П., Прокопчик Н.И., Кравчук Р.И. Клиническая морфология печени: дистрофии // Гепатология и гастроэнтерология. 2017. Т.1, №2. С.140–151.
6. Yamaguti D.C., Patricio F.R. Morphometrical and immunohistochemical study of intrahepatic bile ducts in biliary atresia // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2011. Vol.23(9). P.759–765.
7. Permutt Z. Correlation between liver histology and novel magnetic resonance imaging in adult patients with non-alcoholic fatty liver disease — MRI accurately quantifies hepatic steatosis in NAFLD // Alimentary Pharmacology and Therapeutics. 2012. Vol.36, iss.1. P.22–29.
8. Иоффе И.В., Потеряхин В.П. Динамика изменений биохимических показателей крови у больных при обтурационной желтухе, обусловленной холедохолитиазом, под влиянием плазмафереза // Клиническая хирургия. 2010. №4. С.9–20.

References

1. Aliev M.A., Andreev G.N., Tashev I.A., Doskaliev Zh.A. Khirurgicheskaya korrektsiya khronicheskikh gepatitov i tsirrosov pecheni [Surgical correction of chronic hepatitis and cirrhosis of the liver]. Veliky Novgorod: Yaroslav-the-Wise Novgorod State University Publ., 2001. 120 p.
2. Andreev G.N., Tashev I.A., Apelbaum L.S. Diagnostika i lecheniye khronicheskikh diffuznykh zabolevaniy pecheni [Diagnosis and treatment of chronic diffuse liver diseases]. Veliky Novgorod: Yaroslav-the-Wise Novgorod State University Publ., 2003. 206 p.
3. Andreev G.N., Ablaev N.R., Arkhipov T.S., Ibadildin A.S. Gepatologiya i klinicheskaya biokhimiya [Hepatology and clinical biochemistry]. Veliky Novgorod, 2009. P.533.
4. Malkov I.S., Shaimardanov R.Sh., Korobkov V.N., Filippov V.A. Metody intensivnoy terapii v lechenii pechenochnoy nedostatochnosti pri mekhanicheskoy zheltukhe [Methods of intensive care in the treatment of liver failure in obstructive jaundice]. Mekhanicheskaya zheltukha — aktual'naya problema abdominal'noy khirurgii: materialy Respublikanskoy nauch.-prakt. konf. [Obstructive Jaundice — an Actual Problem of Abdominal Surgery: materials of the Republican Scientific and Practical Conference]. Kazan, 2014. Pp.23–28.
5. Tsyrcunov V.M., Andreev V.P., Prokopchik N.I., Kravchuk R.I. Klinicheskaya morfologiya pecheni: distrofii [Clinical morphology of the liver: dystrophies]. Gepatologiya i gastroenterologiya — Hepatology and Gastroenterology, 2017, vol.1, no.2, pp.140–151.
6. Yamaguti D.C., Patricio F.R. Morphometrical and immunohistochemical study of intrahepatic bile ducts in biliary atresia. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 2011, vol.23(9), pp.759–765.
7. Permutt Z. Correlation between liver histology and novel magnetic resonance imaging in adult patients with non-alcoholic fatty liver disease — MRI accurately quantifies hepatic steatosis in NAFLD. Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 2012, vol.36, iss.1, pp.22–29.
8. Ioffe I.V., Poteryakhin V.P. Dinamika izmeneniy biokhimicheskikh pokazateley krovi u bol'nykh pri obturatsionnoy zheltukhe, obuslovlennoy kholeddokholitiazom, pod vliyaniyem plazmafereza [Dynamics of changes in blood biochemical parameters in patients with obstructive jaundice caused by choledocholithiasis under the influence of plasmapheresis]. Klinicheskaya khirurgiya — Clinical Surgery, 2010, no.4, pp.9–20.