

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ЕРМЕКОВ Турар Ахметбекович

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ
ТРАНСПЕЧЕНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У
БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

14.00.14 - онкология

14.00.27 - хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2003

Работа выполнена на кафедре общей хирургии и анестезиологии Кыргызской государственной медицинской академии

Научные руководители:

- доктор медицинских наук, профессор Бебезов Х.С.
- доктор медицинских наук, профессор Осмонов Т.А.

Официальные оппоненты:

- доктор медицинских наук Анкудинова С.А. (г. Бишкек)
- доктор медицинских наук, профессор Мусаев А.И. (г. Бишкек)

Ведущая организация:

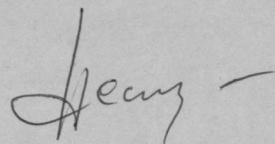
- Онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН (г. Москва)

Защита состоится « 11 » 09 2003 г. в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д 730.001.03 в Кыргызско-Российском Славянском Университете (720000, г.Бишкек, ул. Киевская, 44).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского Университета, по адресу 720000, г.Бишкек, ул. Киевская, 44.

Автореферат разослан « 08 » 08 2003 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор:



Осмонов Т.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Диагностика и лечение больных с механической желтухой (МЖ) остается одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной хирургической гепатологии. Несмотря на предложенные в последние годы новые способы диагностики, совершенствование консервативной терапии и хирургических методов лечения, уровень послеоперационной летальности и осложнений у больных с МЖ продолжает оставаться высоким. По данным различных авторов она колеблется от 10 до 58% (Гальперин Э.И. и др., 1998; Ермолов А.С. и др., 1994; Каримов Ш.И. и др., 1994; Gazzaniga G.M. et al., 2000; Schmassmann A., 1998).

Развивающаяся при МЖ прогрессирующая печеночная недостаточность (ПН) является основной причиной неудовлетворительных результатов лечения больных с этим синдромом. Хирургические вмешательства у больных с МЖ сопряжены с обширной операционной травмой при низких компенсаторных возможностях больного. Наличие гнойного холангита у больных с МЖ значительно ухудшает прогноз и результаты лечения. В последние годы среди больных с МЖ увеличивается удельный вес лиц пожилого и старческого возраста, с наличием сопутствующих заболеваний жизненно важных органов и онкологических заболеваний (Капранов А.С., 1993; Савельев В.С. и др., 1995; Сахаутдинов В.Г. и др., 2001, Hosch S.B. et al., 1996).

Определенных положительных сдвигов в решении проблемы в последние годы удалось добиться благодаря внедрению в клиническую практику эндоскопических вмешательств на желчных протоках с целью предоперационной декомпрессии желчевыводящих протоков, а также позволяющих выполнять вмешательства, альтернативные прямым хирургическим. Однако технические возможности эндоскопических методов лечения ограничены и они не всегда эффективны, высока вероятность развития осложнений (Гальперин Э.И. и др., 1982; 1998; Ермолов А.С. и др., 1994; Савельев В.С. и др., 1995; Шабунин А.В. и др., 1998; Lai E.C.S., 1994; Lee M.J. et al., 1990; Meyer W. et al., 1996).

В последние годы в клинической практике широко стали использоваться методы чрескожных транспеченочных вмешательств (ЧТВ). Малая травматичность наряду с высокой эффективностью зарекомендовали ЧТВ как самостоятельный, так и как вспомогательный метод лечения. ЧТВ

улучшают качество жизни онкологических пациентов, создают благоприятные условия для выполнения радикальных операций (Гаврилин А.В., 1999; Ившин В.Г. и др., 2000; Каримов Ш.И. и др., 1994; Капранов А.С., 1993; Поликарпов А.А. и др., 2002; Прокубовский В.И. и др., 1990; Савельев В.С. и др., 1995; Lo L.D. et al., 1995; Lorenz J.M. et al., 2001).

Однако анализ литературы показывает, что еще остается ряд нерешенных или дискуссионных вопросов использования ЧТВ в диагностике и лечении у больных с МЖ. Нет четкости в определении показаний и противопоказаний к применению ЧТВ. Остается актуальной проблема профилактики и лечения осложнений ЧТВ. Нет единого мнения о критериях и сроках выполнения второго этапа хирургического лечения после предварительной декомпрессии билиарной системы методом ЧТВ.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения больных с механической желтухой различной этиологии с использованием чрескожных транспеченочных вмешательств.

Задачи исследования:

1. Изучить результаты чрескожной чреспеченочной холангиографии у больных с механической желтухой различной этиологии.
2. По данным клинико-лабораторных показателей оценить эффективность чрескожной чреспеченочной холангиостомии у больных с механической желтухой различной этиологии.
3. На основании анализа причин неудовлетворительных результатов и осложнений чрескожных транспеченочных вмешательств разработать меры их предупреждения и усовершенствовать методику чрескожных транспеченочных вмешательств.
4. Уточнить критерии и сроки выполнения второго этапа хирургического лечения после чрескожных транспеченочных вмешательств у больных с механической желтухой различной этиологии.

Научная новизна. Усовершенствована методика пункции при чрескожной чреспеченочной холангиографии с использованием предварительного ультразвукового определения точки, направления и глубины пункции, что позволило уменьшить количество повторных пункций печени и возможных при этом осложнений. Разработаны меры профилактики смещения транспеченочного катетера при чрескожной

чреспеченочной холангиостомии и связанных с этим осложнений. Предложен метод активной аспирации желчи при гнойном холангите у больных с механической желтухой различной этиологии. Уточнены критерии и сроки выполнения второго этапа хирургического лечения после чрескожных транспеченочных вмешательств у больных с механической желтухой различной этиологии.

Практическая значимость работы. Предложен способ чрескожной транспеченочной холангиографии, позволяющий производить целенаправленную пункцию крупных желчных протоков и уменьшить количество повторных пункций. Показана эффективность использования чрескожных транспеченочных вмешательств в комплексном лечении больных с механической желтухой.

Основные положения, выносимые на защиту.

Чрескожная чреспеченочная холангиография позволяет объективно оценить состояние внутрипеченочных и внепеченочных желчных путей у больных с механической желтухой различной этиологии, дифференцировать причину ее развития, а также определить уровень билиарного блока и степень обтурации желчных путей.

Чрескожная чреспеченочная холангиостомия является малоинвазивным и эффективным методом декомпрессии билиарной системы у больных с механической желтухой различной этиологии и может применяться как самостоятельный метод лечения, а также в качестве первого этапа перед проведением хирургических вмешательств.

Использование чрескожных транспеченочных вмешательств позволяет улучшить результаты диагностики и лечения больных с механической желтухой различной этиологии.

Реализация полученных результатов. Результаты исследования внедрены в клиническую практику отделения хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники общей хирургии им. И.К.Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: IV Научной конференции Кыргызско-

Российского Славянского Университета (Бишкек, 1997), I Конгрессе хирургов Казахстана (Алматы, 1997), Республиканской научно-практической конференции хирургов «Актуальные вопросы хирургии» (Бишкек, 1999), научной конференции Кыргызско-Российского Славянского Университета (Бишкек, 2000), VII Международной конференции молодых ученых и студентов стран Центральной Азии, Казахстана и России «Актуальные вопросы современной медицины» (Бишкек, 2001), объединенном заседании сотрудников кафедры общей хирургии и анестезиологии Кыргызской государственной медицинской академии, сотрудников кафедры хирургических дисциплин Кыргызско-Российского Славянского Университета и сотрудников клиники общей хирургии им. И.К.Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (Бишкек, 2003).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, получено 1 удостоверение на рационализаторское предложение.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на страницах компьютерного набора на русском языке. Состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список литературы включает источника: отечественных авторов и авторов стран СНГ и зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована рисунками и таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 130 больных с МЖ, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за период с 1986 по 2001 гг. В том числе было 68 проспективных наблюдений (52,3%) за период с 1996 по 2001 гг. и 62 - ретроспективных наблюдений (47,7%) за период с 1986 по 1996 гг. Мужчин было 59 (45,4%), женщин - 71 (54,6%). Возраст больных был от 15 до 82 лет, средний возраст составил 56,9±2,5 лет. Больных старше 60 лет было 71 (54,6%).

Контрольную группу составили 50 больных (38,5%) с МЖ, которым

ЧТВ не производились. В том числе было 18 проспективных (36,0%) и 32 ретроспективных (64,0%) наблюдений. Мужчин было 20 (40,0%), женщин - 30 (60,0%). Возраст больных был от 18 до 79 лет, средний возраст составил 56,5±1,9 лет. Больных старше 60 лет было 28 (56,0%). 1-ю подгруппу составили 28 больных (56,0%) с МЖ неопухолевой этиологии. 2-ю подгруппу составили 22 больных (44,0%) с МЖ опухолевой этиологии.

Основную исследуемую группу составили 80 больных (61,5%) с МЖ, которым были произведены ЧТВ. В том числе было 50 проспективных (62,5%) и 30 ретроспективных (37,5%) наблюдений. Мужчин было 39 (48,8%), женщин - 41 (51,2%). Возраст больных был от 15 до 82 лет, средний возраст составил 57,2±3,1 лет. Больных старше 60 лет было 43 (53,8%). 1-ю подгруппу составили 30 больных (37,5%) с МЖ неопухолевой этиологии. 2-ю подгруппу составили 50 больных (62,5%) с МЖ опухолевой этиологии.

Причины МЖ у обследованных больных представлены в таблице 1.

Таблица 1
Распределение больных в зависимости от этиологии в контрольной (n=50) и основной (n=80) группах, кол-во больных (%)

Причина МЖ	Контроль-ная группа	Основная группа	Всего (n=130)
<i>МЖ неопухолевой этиологии</i>	28 (56,0)	30 (37,5)	58 (44,6)
желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз	12 (24,0)	16 (20,0)	28 (21,5)
стеноз билиодигестивного анастомоза	3 (6,0)	2 (2,5)	5 (3,8)
рубцовый стеноз холедоха	6 (12,0)	8 (10,0)	14 (10,8)
стеноз дистального отдела холедоха	3 (6,0)	-	3 (2,3)
перихоледохеальный лимфаденит	1 (2,0)	-	1 (0,8)
холедохолитиаз после холецистэктомии	3 (6,0)	-	3 (2,3)
индуративный панкреатит	-	1 (1,3)	1 (0,8)
Киста печени	-	1 (1,3)	1 (0,8)
желчнокаменная болезнь + цирроз печени	-	2 (2,5)	2 (1,5)
<i>МЖ опухолевой этиологии</i>	22 (44,0)	50 (62,5)	72 (55,4)
рак желчного пузыря	5 (10,0)	3 (3,8)	8 (6,2)
рак большого дуоденального сосочка	1 (2,0)	2 (2,5)	3 (2,3)
рак головки поджелудочной железы	12 (24,0)	30 (37,5)	42 (32,3)
рак печени	3 (6,0)	3 (3,8)	6 (4,6)
рак внепеченочных желчных протоков	1 (2,0)	-	1 (0,8)
рак желудка с прорастанием в ворота печени	-	3 (3,8)	3 (2,3)
метастазы опухоли в ворота печени	-	9 (11,3)	9 (6,9)

Длительность желтухи составила от 4-х до 28 дней, в среднем $12,5 \pm 1,8$ дней в контрольной и $14,5 \pm 1,9$ дней - в основной группах. Большинство больных - 28 (56,0%) контрольной и 50 (62,5%) основной групп, были с длительностью желтухи более 2 недель. Следует отметить, что 15 больных (30,0%) контрольной группы и 26 больных (32,5%) основной группы были первоначально госпитализированы в инфекционные стационары с предварительным диагнозом «Вирусный гепатит».

Всем больным контрольной и основной групп по показаниям производилась соответствующая медикаментозная терапия: инфузионная терапия, коррекция белкового состава крови, коррекция свертывающей системы крови, антибактериальная терапия и т.д.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась по общепринятой методике на персональном компьютере пакетом прикладных программ MS Excel XP, с вычислением средних величин, среднестатистической ошибки, коэффициента Стьюдента и критерия достоверности.

С целью изучения состояния и функции печени у всех обследованных больных нами исследовали биохимический состав крови. При этом исследовались следующие показатели - белка и белковых фракций, общего, прямого и непрямого билирубина, электролитов (K^+ , Na^+), ферментов (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза (ЩФ)), а также свертывающая система крови. Биохимические исследования крови проводили по общепринятой методике. Также у всех больных определяли наличие уробилина в моче по общепринятой методике.

При исследовании микробного состава желчи из всех 42 больных (52,5%) основной группы с холангитом в 73,8% случаев были высеяны штаммы кишечной палочки, устойчивые к наиболее распространенным антибиотикам.

УЗИ органов ГПДЗ проведено всем исследуемым больным. УЗИ имело скрининговый характер и было обязательно до, в процессе и после лечения. УЗИ выполняли на аппарате «Алока-260» (Япония), по общепринятой методике.

Эзофагогастродуоденоскопия выполнена у 20 больных (40,0%) контрольной группы и у 60 больных (70,0%) основной группы, с целью оценки состояния большого дуоденального сосочка, наличия пассажа желчи в двенадцатиперстную кишки, а также диагностики опухолевого поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическое исследование

проводили аппаратом «Olympus» (Япония).

Всем больным основной группы были произведены ЧТВ. ЧТВ производились в рентгеноперационной на ангиографической установке «Siemens-Angioscop D» (Германия) по методике, описанной Савельевым В.С. и др. (1989).

Результаты исследования. При поступлении большинство больных и контрольной и основной групп предъявляло жалобы на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, темный цвет мочи, обесцвеченный кал. При наличии холангита у больных отмечалась высокая температура тела, озноб, потливость, боли в правом подреберье. Боли в правом подреберье отмечались чаще у больных с неопухолевыми заболеваниями. Тогда как у части больных с опухолевой патологией болевой синдром был не выраженным.

При исследовании основных показателей биохимического состава крови у практически у всех обследованных больных с МЖ до лечения отмечалось значительное отклонение данных показателей от нормы, что свидетельствовало о выраженном нарушении функций печени - гипо- и диспротеинемия, гипербилирубинемия, повышение активности АЛТ, АСТ, ЩФ, а также нарушение свертывающей системы крови со склонностью к гипокоагуляцией (табл. 2).

Таблица 2
Основные биохимические показатели у больных с МЖ контрольной (n=50) и основной групп (n=80) до лечения, $M \pm m$

Показатели	Группа	
	Контрольная	Основная
Общий белок, г/л	$61,2 \pm 2,7$	$61,4 \pm 2,3$
альбумины, %	$48,8 \pm 1,1$	$50,5 \pm 1,1$
глобулины, %	$51,4 \pm 1,1$	$49,4 \pm 1,1$
Билирубин общий, мкмоль/л	$220,0 \pm 24,2$	$230,0 \pm 26,8$
Прямой	$146,5 \pm 18,2$	$160,4 \pm 25,2$
Непрямой	$43,8 \pm 11,4$	$44,9 \pm 13,4$
АСТ, мкмоль/л	$1,6 \pm 0,15$	$1,7 \pm 0,25$
АЛТ, мкмоль/л	$1,2 \pm 0,28$	$1,3 \pm 0,5$
ЩФ, е/л	$361,73 \pm 9,40$	$371,51 \pm 10,30$

При исследовании мочи наличие уробилина отмечено у 43 больных (86,0%) контрольной группы и у всех 80 (100,0%) - основной группы. Что

также свидетельствовало о нарушении обмена желчных пигментов у исследуемых больных с МЖ.

Следует отметить, что основные лабораторные показатели до лечения между контрольной и основной группами достоверных отличий не имели. Однако основные лабораторные показатели были несколько выше во 2 подгруппе по сравнению с 1 подгруппой как контрольной, так и основной группы. Это свидетельствовало о большей выраженности нарушения функции печени у больных с МЖ опухолевой этиологии.

По результатам клинико-лабораторного обследования с целью оценки нарушений функции печени до лечения и эффективности проводимого лечения все больные были разделены по степени тяжести ПН, согласно классификации предложенной Астапенко В.Г. и др. (1985). Распределение обследованных больных по степени тяжести ПН до лечения представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение исследуемых больных в подгруппах контрольной и основной групп по степени тяжести ПН, кол-во (%)

Степень ПН	Группа				Всего
	Контрольная (n=50)		Основная (n=80)		
	1-я подгруппа	2-я подгруппа	1-я подгруппа	2-я подгруппа	
1 (легкая)	14 (50,0)	5 (22,7)	15 (50,0)	14 (28,0)	48 (36,9)
2 (средняя)	9 (32,1)	8 (36,4)	10 (33,3)	16 (32,0)	43 (33,1)
3 (тяжелая)	5 (17,9)	9 (40,9)	5 (16,7)	20 (40,0)	39 (30,0)
Всего:	28 (56,0)	22 (44,0)	30 (37,5)	50 (62,5)	130 (100,0)

К 1 (легкой) степени ПН были отнесены больные без явлений токсической энцефалопатии с уровнем общего билирубина до 100 мкмоль/л, диспротеинемией, гипоальбуминемией до 10% от нормы, незначительным повышением активности трансаминаз и ЩФ.

Ко 2 (средней) степени ПН были отнесены больные с выраженными клиническими признаками обтурации желчных протоков (снижение аппетита вплоть до анорексии, выраженные диспепсические расстройства, кожный зуд, ахоличный кал, умеренная адинамия), уровнем общего билирубина 100-200 мкмоль/л, выраженной уробилинурией, гипо-и диспротеинемией (снижение альбуминов до 10-20% от нормы), снижением ПТИ до 60%, повышением активности трансаминаз и ЩФ.

К 3 (тяжелой) степени ПН были отнесены больные с тяжелым общим состоянием вплоть до прекоматозного, уровнем билирубина выше 200 мкмоль/л, гипоальбуминемией более 20%, выраженными симптомами интоксикации, олигурией, повышением уровня остаточного азота и мочевины, значительной уробилинурией, повышением активности трансаминаз и ЩФ более 100% от нормы.

Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) произведена всем больным основной группы. Во всех случаях нами был использован боковой доступ. Во время первой пункции не всегда удавалось пунктировать внутрипеченочные желчные протоки. Поэтому у 8 больных (10,0%) были выполнены повторные пункции, которые в последующем были в 2 случаях (25,0%) причиной желчеистечения и в 2 случаях (25,0%) причиной кровотечения в брюшную полость. Также не всегда удавалось попасть иглой в просвет крупных желчных протоков, что создавало дополнительные трудности при дальнейшем дренировании желчных протоков (затрудненное проведение катетера в долевые печеночные протоки, малая длина пункционного канала и опасность дислокации катетера и др.).

Нами был разработан способ ЧЧХГ с предварительным ультразвуковым определением точки, направления и глубины пункции. При УЗИ определяется расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков. После чего датчик аппарата устанавливается в правом подреберье в проекции наибольшего расширения правого или левого печеночных протоков. Измеряется расстояние от кожи до середины выбранного желчного протока (расстояние S). Положение центра датчика отмечается на коже маркером (точка D). Далее во фронтальной плоскости от точки D по Г-образной линейке с учетом угла α наклона датчика (обычно 45 - 60°) и расстояния S находим по передней, средней или задней аксиллярным линиям точку пункции P и отмечаем ее на коже маркером. Расстояние L - от точки P до точки D во фронтальной плоскости является глубиной пункции, на которую необходимо ввести пункционную иглу, проградуированную в см. Данный метод использован у 20 больных (25,0%). При этом осложнений, связанных с пункцией, не отмечалось ни в одном случае.

Следует отметить, что у больных с МЖ отмечалась выраженная гипертензия в билиарной системе. При холангиоманометрии внутрипротоковое давление достигало 150-440 мм. вод. ст. (в среднем 270±8,2 мм. вод. ст.), при норме - 100-120 мм. вод. ст. При этом более высокие показатели отмечались у больных с полным блоком

желчеотведения - 250-440 мм. вод. ст. (в среднем $320 \pm 5,6$ мм. вод. ст.). Вследствие желчной гипертензии из иглы под давлением поступала темная, густая, вязкая желчь. При наличии холангита желчь была мутной, с гнойными хлопьями. При аспирации желчи после холангиоанометрии у больных с МЖ удавалось аспирировать от 50 до 150 мл желчи, в среднем $91 \pm 5,0$ мл.

ЧЧХС произведена 74 больным (92,5%) основной группы, в том числе у всех 30 больных с МЖ неопухоловой этиологии была произведена и у 44 (88,0%) из 50 больных с МЖ опухолевой этиологии. В этой подгруппе у 6 больных (12,0%) из-за распространенности опухоли на внутривнутрипеченочные желчные протоки дренирование произвести не удалось.

Показанием к выполнению ЧЧХС мы считали: наличие длительной холемической интоксикации с высокой гипербилирубинемией, выраженными нарушениями функции печени, опухолевую обтурацию желчных путей - в качестве метода предоперационной подготовки или паллиативного вмешательства.

Следует отметить, что при контрольной чрескатетерной фистулохолангиоскопии после установки катетера в 8 случаях (11,6%) была отмечена слабая фиксация катетера в паренхиме печени, что определялось рентгеноскопически его скольжением в паренхиме печени во время контрольных глубоких дыхательных движений. В этих случаях произвели замену данного катетера на катетер большего диаметра (до 5 мм).

Нами были разработаны меры профилактики смещения транспеченочного катетера при дыхательных движениях печени и выхода его из паренхимы печени. Для этого на недренирующую часть катетера наносили мелкие насечки. На наружную часть катетера надевали больший по диаметру на 1,0 мм короткий футляр-оболочку длиной 5-7 см и вводили его в паренхиму печени на 3-4 см. Фиксированный насечками дренирующий катетер при дыхательных движениях печени скользит в футляре-оболочке, который к тому же уменьшает амплитуду колебаний печени. Применение такого способа холангиостомии в сочетании с дренированием крупных желчных протоков и достаточной длиной пункционного кагала позволили избежать дислокаций катетеров и связанных с этим осложнений.

У больных с холангитом отмечался затрудненный отток желчи по холангиостомическому катетеру. При этом желчь была густой, замазкообразной консистенции с примесью гноя, детрита. У 15 больных

(18,8%) основной группы в начале нашей работы отмечалось отхождение желчи в малом количестве - 200-300 мл в сутки. При этом сохранялись высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лихорадка, озноб и другие признаки воспаления. Малую эффективность транспеченочного дренирования мы объяснили неадекватной эвакуацией гнойной желчи, продолжающимся острым холангитом. Для купирования холангита вводили в желчные протоки антибиотики широкого спектра действия, осуществляли промывание билиарной системы растворами антисептиков.

Нами был разработан способ активной аспирации желчи. После предварительного введения антибиотиков и растворов антисептиков, к холангиостомическому катетеру подключали вакуум-аспиратор (разрежение 1,5 атм) для отсоса желчи. При этом предварительно разведенная густая, вязкая гнойная желчь активно отсасывалась в отдельный сосуд. Такую аспирацию осуществляли через каждые 3 часа по 20 мин в течение 3-4 сут. Это позволило уменьшить обтурацию просвета катетера гнойными, желчными пробками, которая неизбежно развивалась при пассивном оттоке желчи. Применение активной аспирации желчи у больных с наружной ЧЧХС позволило купировать явления острого гнойного холангита у 27 (64,3%) больных основной группы уже на 3-4-е сутки от момента дренирования. Это проявлялось улучшением общего состояния, снижением температуры тела, исчезал сдвиг лейкоформулы влево. Дебит желчи постепенно увеличивался до 500 мл/сутки и выше. Желчь постепенно становилась светлой.

Исследование показателей биохимического состава крови у больных основной группы после проведения билиарной декомпрессии методом ЧЧХС показало следующее.

Практически во всех случаях отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей, характеризующих функциональное состояние печени (табл. 4). У большинства больных произошла нормализация данных показателей, особенно у больных с исходной легкой и средней степенью тяжести ПН.

Следует также отметить, что такая положительная динамика была более выражена в подгруппе больных с МЖ неопухоловой этиологии, по сравнению с таковой у больных с МЖ опухолевой этиологии. У 9 больных (20,4%) с исходной тяжелой степенью тяжести ПН применение ЧЧХС было малоэффективным. Мы связываем это с распространенностью опухолевого процесса на внутривнутрипеченочные желчные протоки с их разобщением,

вследствие чего произвести полноценную декомпрессию всей билиарной системы при ЧЧХС не представлялось возможным.

Таблица 4

Показатели биохимического состава крови у больных с МЖ основной группы после ЧЧХС в зависимости от исходной степени тяжести ПН

Показатели	Исходная степень тяжести ПН		
	Легкая (n=29)	Средняя (n=26)	Тяжелая (n=19)
Общий белок, г/л	72,6±3,7	67,5±3,6	64,7±3,4
альбумины, %	55,3±2,8	54,3±2,9	53,3±2,9
глобулины, %	44,7±2,2	45,7±2,3	46,7±2,4
Билирубин общий, мкмоль/л	22,6±1,2	45,1±2,4	85,2±4,5
прямой	19,5±1,1	36,2±1,9	63,9±3,4
непрямой	3,1±0,1	8,9±0,3	21,3±1,1
АЛТ, мкмоль/л	0,51±0,04	0,87±0,05	1,32±0,07
АСТ, мкмоль/л	0,39±0,02	0,58±0,03	0,98±0,05
ЩФ, е/л	181,4±9,2	212,5±11,3	235,6±12,7

Критериями выполнения второго этапа хирургического лечения после чрескожной чреспеченочной холангиостомии у больных с механической желтухой различной этиологии мы считаем - улучшение общего состояния, снижение уровня билирубина ниже 100 мкмоль/л, нормализация показателей свертывающей системы крови. При этом сроки предварительной чрескожной чреспеченочной холангиостомии у больных с легкой, средней и тяжелой степенью ПН составили в среднем соответственно 12, 15 дней, и 21 день.

На основании результатов обследования оперативные вмешательства были произведены у 37 больных (74,0%) контрольной группы и у 35 больных (43,6%) основной группы. Виды произведенных оперативных вмешательств представлены в таблице 5.

У больных контрольной группы все операции были выполнены в срочном порядке по жизненным показаниям, а объем оперативного вмешательства у 15 больных (40,5%) был ограничен дренированием желчных путей. В контрольной группе в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: кровотечение в 4 случаях (10,8%), тромбоз легочной артерии - в 2 (5,4%), несостоятельность

билиодигестивного анастомоза - в 2 (5,4%), нагноение раны - в 5 (13,5%), развитие острой ПН - 15 (40,5%). Частота послеоперационных осложнений составила - 75,6%. Всего в контрольной группе умерло 13 больных, общая летальность в группе составила - 26,0%. Из них после в послеоперационном периоде умерло 8 больных, послеоперационная летальность - 21,6%.

Таблица 5
Виды оперативных вмешательств, произведенных в подгруппах контрольной (n=37) и основной (n=35) групп, кол-во (%)

Виды оперативных вмешательств	Группа		Всего
	Контрольная	Основная	
Холедоходуоденостомия	5 (1,5)	10 (28,6)	15 (20,8)
Гепатикоэюностомия	2 (5,4)	8 (22,9)	10 (13,9)
Холецистоэюностомия	7 (18,9)	3 (8,6)	10 (13,9)
Холецистостомия	3 (8,1)	-	3 (4,2)
Наружное дренирование холедоха	15 (40,5)	8 (22,9)	23 (31,9)
Разъединение спаек холедоха	2 (5,4)	-	2 (2,8)
Холедохоэюностомия	1 (2,7)	6 (17,1)	7 (9,7)
Пробная лапаротомия	2 (5,4%)	-	2 (2,8)
Всего	37 (74,0)	35 (43,6)	72 (100,0)

В основной группе применение ЧЧХС желчных протоков позволила подготовить больных и выполнить все операции в плановом порядке и в полном объеме. При двухэтапном лечении больных с МЖ число послеоперационных осложнений было значительно меньше (16,7%), чем при одноэтапном в контрольной группе. Всего в основной группе умерло 8 больных, общая летальность - 10,0%. Из них после в послеоперационном периоде умерло 4 больных от нарастающей интоксикации и печеночно-почечной недостаточности. Послеоперационная летальность составила - 11,4%.

Остальные больные основной группы, которым не было произведено оперативное лечение, были выписаны с функционирующей холангиостомией в качестве паллиативного вмешательства из-за распространенности опухолевого процесса на симптоматическое лечение по месту жительства.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что использование ЧТВ позволяет улучшить результаты диагностики и лечения больных с МЖ различной этиологии.

Выводы

1. Чрескожная чреспеченочная холангиография является высокоинформативным методом диагностики механической желтухи различной этиологии (чувствительность 96,5%, специфичность 87,0%). Метод позволяет объективно оценить состояние внутрипеченочных и внепеченочных желчных путей, дифференцировать причину развития механической желтухи, а также определить уровень билиарного блока и степень обтурации желчных путей.

2. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия является высокоэффективным и малоинвазивным методом биларной декомпрессии при механической желтухе различной этиологии. Использование ЧЧХС в качестве предварительной предоперационной биларной декомпрессии позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений (до 16,7%) и послеоперационной летальности (до 11,4%) по сравнению с аналогичными показателями (соответственно 75,6% и 21,6%) при хирургическом лечении больных с механической желтухой без предварительной декомпрессии билиарной системы.

3. Усовершенствованная методика чрескожной чреспеченочной холангиографии с использованием предварительного ультразвукового определения точки, направления и глубины пункции позволяет проводить целенаправленную пункцию крупных желчных протоков, уменьшить количество повторных пункций печени и связанных с этим осложнений. Использование при чрескожной чреспеченочной холангиостомии транспеченочного катетера с насечками и футляром-оболочкой предотвращает выпадение катетера.

4. Критериями выполнения второго этапа хирургического лечения после чрескожной чреспеченочной холангиостомии у больных с механической желтухой различной этиологии являются - улучшение общего состояния, снижение уровня билирубина ниже 100 мкмоль/л, нормализация показателей свертывающей системы крови. При этом сроки предварительной чрескожной чреспеченочной холангиостомии у больных с легкой, средней и тяжелой степенью печеночной недостаточностью составляют в среднем соответственно 12, 15 дней, и 21 день.

Практические рекомендации

1. Чрескожная чреспеченочная холангиография показана больным с механической желтухой различной этиологии с целью объективной оценки

состояния внутрипеченочных и внепеченочных желчных путей, дифференциальной диагностики причины развития механической желтухи, определения уровня билиарного блока и степень обтурации желчных путей, а также при малой информативности других инструментальных методов исследования.

2. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия показана больным с механической желтухой различной этиологии при наличии выраженной холемии, цитолитического синдрома (общий билирубин - более 200 мкмоль/л, АСТ - более 1,5 мкмоль/л, АЛТ - более 1,8 мкмоль/л). У больных с механической желтухой при неоперабельной опухолевой обтурации билиарного тракта чрескожная чреспеченочная холангиостомия показана как метод выбора и паллиативное вмешательство.

3. Противопоказаниями к выполнению диагностических и лечебных чрескожных транспеченочных вмешательств являются нарушения в свертывающей системе крови с выраженной гипокоагуляцией, наличие цирроза печени с асцитом.

4. При выполнении второго этапа радикального или паллиативного хирургического лечения после предварительной чрескожной чреспеченочной холангиостомии целесообразно оставлять транспеченочный катетер в послеоперационном периоде с целью декомпрессии билиарного тракта и профилактики несостоятельности желчеотводящих анастомозов.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Сравнительная оценка методов диагностики механической желтухи // Материалы IV научной конференции КРСУ.-Бишкек, 1997.-С.28-29. соавт. Бебезов Х.С., Чынгышпаев Ш.М., Осмонов Т.А., Мамашев Н.Д. (тезис).

2. Диагностика и лечение механической желтухи // Материалы IV научной конференции КРСУ.- Бишкек, 1997.- С. 101-102. соавт. Чынгышпаев Ш.М., Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Пантелеева Л.И. (тезис).

3. Диагностика и лечение больных с механической желтухой // Материалы I Конгресса хирургов Казахстана.- Алматы, 1997.- С. 56. соавт. Бебезов Х.С., Чынгышпаев Ш.М., Осмонов Т.А., Ахунбаева Н.И., Пантелеева Л.И., Джумагулова Г.Ш., Садырбеков Ж.С. (тезис).

4. Чрескожная чреспеченочная холангиография при механической желтухе // Материалы I Конгресса хирургов Казахстана.- Алматы, 1997.- С. 56-57. соавт. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Джумагулова Г.Ш. (тезис).

5. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия // Материалы I Конгресса хирургов Казахстана.- Алматы, 1997.- С. 57. соавт. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Джумагулова Г.Ш. (тезис).

6. Комплексная диагностика заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны // В сб.: Актуальные вопросы современной лучевой диагностики и лучевой терапии онкологических больных.- Алматы, 1997.- С. 102-104. соавт. Долгушин Б.И., Джумагулова Г.Ш., Чулкова Н.Н., Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Медеубаев Р.К. (статья).

7. Рентгенэндобилиарная хирургия при механической желтухе // В сб.: Актуальные вопросы хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы.- Нарын, 1998.- С. 68-69. соавт. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Садырбеков Ж.С. (тезис).

8. Чрескожная чреспеченочная холангиография в диагностике механической желтухи // В сб.: Развитие хирургии в Кыргызстане.- Бишкек, 1998.- С. 248-252 (статья).

9. Чрескожные эндобилиарные вмешательства у больных с механической желтухой (обзор литературы) // В сб.: Актуальные вопросы физиологии, морфологии, экспериментальной и клинической патологии организма в климато-географических условиях Кыргызстана.- Бишкек, 1999.- С. 25-30. соавт. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А. (статья).

10. Декомпрессионная транспеченочная холангиостомия в лечении больных с механической желтухой // В кн.: Актуальные проблемы хирургии.- Бишкек, 1999.- С. 167-173. соавт. Бебезов Х.С. (статья).

11. Технические аспекты чрескожных эндобилиарных вмешательств // В сб.: Медицина на стыке тысячелетий.- Бишкек, 2000.- С. 226-232. соавт. Уметалиев Т.М. (статья).

12. Показания и противопоказания к чрескожным эндобилиарным вмешательствам // В сб.: Проблемы торакальной хирургии.- Бишкек, 2001.- С. 39-42. соавт. Бебезов Х.С. (статья).

13. Гемокоагуляционные нарушения у больных с механической желтухой // В сб.: Состояние и перспективы развития современной медицины в новом тысячелетии.- Бишкек, 2001.- С. 186-189. соавт. Бебезов Х.С., Табалдиев С. (статья).

Рационализаторское предложение: Способ чрескожной чреспеченочной холангиографии. соавт. Бебезов Х.С. (Удостоверение на рационализаторское предложение №720, выдано БРИЗ КГМА 16.06.1999).