

УДК 616.366-003.7+616.36-008.5 (575.2) (04)

ДЕТОКСИКАЦИОННАЯ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

У.С. Мусаев – аспирант

Work purpose is – to give assessment to detoxicating therapy at choledocholithiasis, complicated with mechanical jaundice and cholangitis. 112 patients were under supervision. The assessment was given on the grounds of clinical data, biochemical and endotoxycosis indices. The treatment volume was conducted subject to the endotoxycosis severity rate. The post-operation complications made up 8,04% and lethality rate –2,68%.

Оперативное лечение холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, зависит от выбора метода и объема противовоспалительной и детоксикационной терапии, направленной на ликвидацию эндотоксемии, которая, прогрессируя, приводит к развитию полиорганной недостаточности и нередко является причиной смерти [1–4].

При выборе объема и метода терапии после операции учитывали степень тяжести эндотоксикоза, критерии которого разработаны сотрудниками нашей клиники [5–7].

Из 112 больных холедохолитиазом у 60 выполнена холедохолитотомия с наружным дренированием (по А.А. Вишневному, Керу, Пиковскому-Холстедту и двухпросветным зондом), у 30 – внутреннее, а у 22 – двойное внутреннее дренирование. Для оценки течения послеоперационного периода использовали не только клинические показатели, но и тесты функционального состояния печени и почек и эндотоксикоза (лейкоцитарный индекс интоксикации и парамецийный тест). Сразу же после операции начинали противовоспалительную и детоксикационную терапию с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

Критерии степени тяжести эндогенной интоксикации у больных холедохолитиазом

При легкой степени эндотоксикоза, которая отмечена у 34 больных, противовоспалительная терапия включала ампициллин по 500 тыс. ед. 4 раза в сутки, либо гентамицин по 80 мг два раза в сутки внутримышечно, и лишь у 14 больных антибиотики вводили вместе с лимфотропной смесью в круглую связку печени на протяжении 3 суток. Кроме того, эти больные получали инфузионную терапию: внутривенное введение 5%-го раствора глюкозы с комплексом витаминов, гемодез, реополиглюкин, физиологический раствор поваренной соли. Обычно эти препараты вводили на протяжении 4–5 суток, и этого было вполне достаточно для ликвидации интоксикации.

При анализе биохимических показателей крови установлено, что через сутки после операции ни один из показателей не отличался от дооперационных величин, отмечена лишь тенденция к снижению уровня билирубина. Существенные сдвиги обнаружены на 3-и сутки, здесь уже достоверно снизились уровень билирубина, тимоловая проба, показатели АЛТ и АСТ, а также концентрация мочевины и креатинин. На 7-и сутки почти все исследуемые тесты не отличались от нормы, лишь АЛТ и

МЕДИЦИНА

Критерии	Степень тяжести		
	легкая	средняя	тяжелая
Частота дыхания, мин	до 18	до 25	более 25
Частота сердечных сокращений, мин	до 100	до 110	более 110
Артериальное давление, мм рт. ст.	130/80, 140/85	110/45–100/60	ниже 100/60
Центральное венозное давление, мм водн. ст.	норма	менее 40 или выше 100	отрицательное или более 200
Длительность желтухи, сутки	до 5	до 10	более 10
Токсическая энцефалопатия	общая слабость, раздражительность	бессонница, сонливость, чувство страха	заторможенность, ступор
Диурез	достаточный	достаточный со стимуляцией	олигоурия
Билирубин, мкмоль/л	до 100	от 100 до 200	выше 200
АЛТ, мккат	0,10–0,12	от 0,12 до 0,18	выше 0,18
АСТ, мккат	0,10–0,15	от 0,12 до 0,15	выше 0,15
Мочевина, ммоль/л	до 7,5	от 7,5 до 12,0	выше 12
Креатинин, мкмоль/л	до 120	от 120 до 200	выше 200
ЛИИ	до 3	от 3 до 6	выше 6
Парамецийный тест, мин	20–18	от 18 до 14	меньше 14

АСТ достоверно были повышенными, очевидно, этого срока еще недостаточно для нормализации всех показателей.

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) у этой группы больных до лечения был повышенным и составлял $2,6 \pm 0,07$, а парамецийный тест (ПТ) – сниженным ($19,4 \pm 0,34$). Через сутки после операции ЛИИ незначительно повысился, а ПТ оставался на дооперационном уровне. Существенные различия наблюдались на 3-и сутки после операции: достоверно повысился ЛИИ и снизился ПТ, а на 7-е сутки ЛИИ и ПТ не отличались от нормы. Следовательно, комплексная терапия оказала влияние на ликвидацию интоксикации.

Больные со средней степенью тяжести эндотоксикоза (62 чел.) получали после операции региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени в сочетании с инфузионной терапией (это одна подгруппа), а медикаментозные средства в пупочную вену (вторая). Поскольку ведущим фактором при ЖКБ, холедохолитиазе, осложненных желтухой и холангитом, является интоксикация и наличие воспалительного процесса, а у больных с этими осложнениями нарушаются функции пече-

ни, иммунологической реактивности, то использовали региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени. В момент операции в связку фиксировали микроирригатор и через него вводили лимфотропную смесь с антибиотиками (гентамицин 80 мг или канамицин 0,5), лидазу 6–12 ед, гепарин 70 ед/кг, тактивин 1 мл и новокаин 0,25%-ный раствор в количестве 15–20 мл. Эта смесь оказывала влияние на течение этиопатогенеза желтухи и холангита; антибиотики обеспечивают противовоспалительный эффект, лидаза и гепарин улучшают гемодинамику и дренажную функцию лимфатических сосудов, а тактивин – как иммунокорректор. Установлено, что концентрация лимфотропной смеси в лечении хирургических заболеваний сохраняется в течение суток, поэтому однократного введения достаточно как для больного, так и для лечебного учреждения (расходы меньше). Эта методика была нами использована в первой подгруппе (44 пациента из 62), а во второй подгруппе (18 чел.) через реканализованную пупочную вену вводили медикаментозные средства, направленные на ликвидацию интоксикации и воспалительного процесса.

После завершения операции производили реканализацию пупочной вены, в круглой связке печени находили пупочную вену, венозный тяж брали на держалки, делали небольшой поперечный разрез по стенке, в последующем с помощью пуговчатого зонда и проводника от подключичного катетера открывали ход по нему, заменяли проводник катетером для подключичной венопункции. Удостоверившись, что через катетер идет венозная кровь, вводили 10 мл 0,25%-го новокаина, предварительно оставив тампон в области ворот печени. Если после введения новокаина тампон не промокал, то фиксировали катетер в двух местах, а затем заполняли его 0,9%-ным раствором поваренной соли с гепарином (2 тыс. ЕД) с целью профилактики образования тромба. Внутривенная инфузия имеет значительные преимущества перед другими методами введения. Лекарственное вещество подводится к патологическому очагу в чистом виде, минуя тканевые физиологические фильтры, такие как легкие, капилляры портальной системы, кишечник. При оральном, внутримышечном и внутривенном введении медикаментозных средств происходит значительная их инактивация, уменьшается концентрация до момента попадания в печень, чем снижается терапевтический эффект. На 4–6-е сутки после инфузии осторожно катетер оттягивали, соблюдая правила асептики, а на 6–7-е сутки, как правило, удаляли.

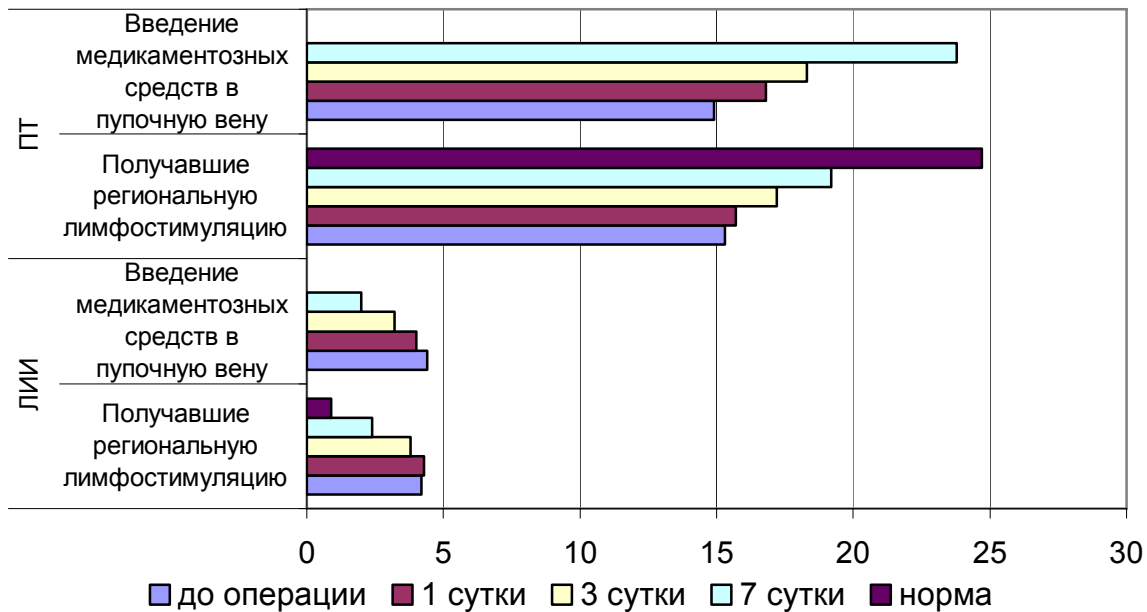
В комплекс лечения обязательно включали спазмолитики, так как у этих больных наблюдается повышение давления в грудном лимфатическом протоке, дефицит объема циркулирующей крови и нарушение водно-солевого обмена, кислотно-щелочного равновесия. Поэтому назначали такие растворы, как глюкоза, Рингер-Локка, полиглюкин, гемодез, реополиглюкин и обязательно белковые препараты. При холестазах любого генеза рано вовлекаются в процесс митохондрии гепатоцитов, это в свою очередь нарушает клеточное дыхание и процесс фосфорилирования. В этих случаях в комплекс лечения включали витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂, В₁₅), кокарбоксылазу, сукцинат натрия. В связи с нарушением

иммунобиологической реактивности у данной категории больных с целью коррекции вводили препараты, повышающие защитные свойства организма: тактивин, левамизол, диуцифон и др.

В процессе лечения у этих больных снижался уровень билирубина, тимоловой пробы и других биохимических показателей. При сравнении результатов исследования в обеих подгруппах оказалось, что все показатели у них до операции были равнозначными. Через сутки различия выявлены лишь в уровне содержания билирубина, он был ниже у больных, которые получали медикаментозные средства в пупочную вену, а остальные показатели оставались на уровне дооперационных величин. На 3-и сутки отмечены достоверные различия в уровне билирубина и креатинина, они были ниже во второй подгруппе. На 7-е сутки все показатели в обеих подгруппах достоверно улучшились в сравнении с дооперационными величинами, но у больных, получавших медикаментозные средства в пупочную вену, достоверно ниже был уровень билирубина, тимоловой пробы, но при сравнении с нормой уровень билирубина в обеих подгруппах еще отличался от нормы. В процессе лечения показатели эндотоксикоза постепенно улучшались, но и к 7-м суткам не достигали нормы, лишь парамецийный тест в подгруппе больных, получавших медикаментозные средства в пупочную вену, достигал нормы ($23,8 \pm 0,11$ при норме $24,7 \pm 0,14$ мин).

При сравнении двух подгрупп показатели ЛИИ и ПТ у больных, получавших препараты через пупочную вену, отличались достоверно от данных первой подгруппы, на 3-и сутки сохранилась эта же тенденция, более выраженные положительные сдвиги выявлены во второй подгруппе. На 7-е сутки ЛИИ оставался повышенным в обеих подгруппах, но все же ниже был во второй (см. рисунок). Таким образом, полученные результаты показали целесообразность использования избранных нами мер детоксикации.

Наиболее сложную группу составили больные с тяжелой степенью тяжести эндотоксикоза. С целью детоксикации использовали



Динамика ЛИИ и ПТ у больных со средней степенью тяжести эндотоксикоза при холедохолитиазе

региональную лимфотропную лимфостимуляцию в сочетании с введением медикаментозных средств в пупочную вену, в круглую связку печени дополнительно вводили преднизолон по 60–80 мг в сутки на протяжении 3–4 суток, анаболические гормоны. Обычно инфузии через пупочную вену выполняли на протяжении 3–4 суток, реже – 6 суток, а затем микроиригатор удаляли из пупочной вены и медикаментозные средства продолжали вводить внутривенно до нормализации показателей. И в этой группе под влиянием детоксикационной терапии наблюдались положительные сдвиги, хотя и довольно медленнее, чем при средней степени тяжести эндотоксикоза.

Следует отметить, что до операции уровень билирубина был высокий и наблюдались выраженные нарушения со стороны всех биохимических показателей, функциональное состояние почек, содержание мочевины и креатинина. Под влиянием комплексной терапии постепенно снижалось содержание билирубина, хотя и к 7-м суткам оно отличалось от нормы, тимоловая проба, а также АЛТ и АСТ, но к 7-м суткам нормализация их не наступала, что указывало на глубокие нарушения.

Показатели ЛИИ и ПТ также претерпевали изменения под влиянием целенаправленного лечения, но к 7-м суткам наблюдения они были далеки от нормы. Эта группа более продолжительно получала медикаментозное лечение и более длительно находилась в стационаре, средний койко-день составил $19,4 \pm 1,12$.

Разработанные нами приемы позволили снизить послеоперационные явления: осложнения после операции возникли у 9 больных (8,04%), умерло 3 (2,68%).

Таким образом, выбор объема и продолжительность медикаментозного лечения целесообразнее выполнять с учетом степени тяжести эндотоксикоза и судить об их эффективности на основании биохимических исследований крови и показателей эндотоксикоза.

Литература

1. Алиев М.А., Рахметов Н.Р. Выбор рациональной лечебной тактики при механической желтухе, осложненной холангитом // Хирургия Казахстана. – 1995. – №5–6. – С. 19–23.
2. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я. Сравнительная оценка различных методов в лече-

- нии больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. – 2005. – №10. – С. 40–46.
3. Бубнов Н.А., Петров С.В., Никитский И.Е. О способах оценки тяжести состояния реанимационных больных хирургического профиля // Вестник хирургии. – 1996. – №6. – С. 91–93.
 4. Вагнер Е.А., Хлебников В.В., Терехина Н.А. Антиоксиданты в лечении больных холелитиазом // Вестник хирургии. – 1997. – №1. – С. 36–39.
 5. Оморов Р.А., Имашев И.Д., Бейшенбаев Р.К. Холедохолитиаз и методы наружного дренирования желчных протоков // Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2000. – С. 157–159.
 6. Рафибеков Д.С., Вишняков Д.В. Хирургический эндотоксикоз // Хирургия рубежа XX и XXI века / Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2000. – С. 177–180.
 7. Рафибеков Д.С., Вишняков Д.В., Имашев У.Д. Роль энтеральной недостаточности в развитии синдрома эндогенной интоксикации у больных с острой хирургической патологией брюшной полости // Хирургия в период экономических реформ / Сб. науч. тр. – Бишкек, 2001. – С. 117–118.
 8. Джумабаев С.У., Хакимов В.А., Джумабаев Э.С. Принципы региональной лимфатической терапии в хирургии // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной хирургии: Материалы II съезда хирургов Кыргызстана. – Бишкек, 1995. – С. 25–26.
 9. Диагностика и лечение больных с механической желтухой / Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Ахунбаева Н.И. и др. // I Конгресс хирургов Казахстана. – Алматы, 1997. – С. 56.