

**Дундаров З.А., Майоров В.М., Батюк В.И., Лин В.В.,
Адамович Д.М., Анджум Вакар, Ямадов С.А.**

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет», г.Гомель,
Республики Беларусь*

Основными критическими факторами, влияющими на развитие осложнений и смертность после операций при наличии ЦП являются: тяжесть печеночной недостаточности и выраженность осложнений портальной гипертензии (ПГ). Летальность при абдоминальном хирургическом вмешательстве при наличии ЦП функционального класса «А» по Child-Pugh - 5-10%; кл. «В» - 20-40%; кл. «С» - 70-80%. ПГ приводит не только к развитию асцита и кровотечений из ВРВПиЖ, но и лежит в основе сложных нарушений кровообращения, характерных для ЦП. Развивается спланхическое полнокровие вследствие вазодилатации и внутриорганный венозный застой, что снижает эффективный объем циркулирующей крови, способствует артериальной гипотонии, развитию функциональной недостаточности практически всех органов.

Цель: изучить результаты лечения механической желтухи (МЖ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 27 больных с сочетанием ЦП и МЖ. У 21 пациента МЖ развилась на фоне уже имеющегося ЦП. У 6 больных с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков (ВЖП) развился билиарный ЦП. Алгоритм обследования включал клинические, лабораторные данные, УЗИ, ФГДС, КТ, MRT. Мужчин было 12, женщин 15. Средний возраст составил $57,3 \pm 4,1$ г. Функциональный класс ЦП по Child-Pugh: «А»-13 чел., «В»-9, «С»-5.

Результаты и обсуждение. Дифференциальная диагностика МЖ и печеночного холестаза представляла определенные трудности из-за общности многих клинических и лабораторных проявлений, часто возникающих трудностей трактовки данных УЗИ. Чувствительность УЗИ составила 81,5%. У 18,5% пациентов расширения желчных протоков не выявлено вследствие их ригидности. Наиболее информативными оказались MRT холангиография (96,2%) и ЭРХПГ. Холедохолитиаз выявлен у 16 (59,3%) чел., стриктура БДС – у 3 (11,1%), рубцовая стриктура ВЖП – у 6 (22,2%), хронический панкреатит (ХП) – у 2 (7,4%). Клинические признаки холангиогенной инфекции отмечены у 22 (81,5%). Билиарный сепсис констатировали у 7 (26%) больных. Эта группа отличалась тяжелым течением заболевания, быстрым ухудшением общего состояния, признаками синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). В клинической картине преобладали симптомы, составляющие пентаду Reynolds.

Медикаментозная терапия включала антибактериальную, спазмолитическую, гепатотропную, инфузионную терапию. Несмотря на проводимую терапию у 17(63%) больных отмечено увеличение степени печеночной недостаточности, что проявлялось нарастанием признаков цитолиза, снижением уровня альбумина и протромбина, геморрагическим синдромом, энцефалопатией. В связи с этим стремились к максимально раннему выполнению декомпрессивных вмешательств. ЭПСТ выполнена 19 больным, которая оказалась эффективной у 17 (89,5%), в 3-х (15,8%) случаях осложнилась массивным кровотечением. В 2-х случаях у больных ХП выполнена холецистостомия под УЗ контролем.

Несмотря на декомпрессию ЖП у всех больных отмечен затяжной характер холестаза, в 8 случаях (29,6%) наблюдался рост уровня билирубина. Имело место позднее купирование явлений холангита. Умерло 5 (18,5%) больных с функциональным классом «С» ЦП по Child-Pugh от прогрессирующей печеночной недостаточности. Остальные больные оперированы. Холецистэктомия (ХЭ) у больных ЦП выполняли по методике В.О.Pribram во избежание массивных кровотечений из ложа желчного пузыря. Выполнены операции: ХЭ + наружное дренирование – 11, ХЭ+ХДА – 3; иссечение рубцовых тканей ВЖП с гепатикоеюностомией по Ру – 6; операция Бегера – 2.

Заключение. Тяжесть больных МЖ на фоне ЦП обусловлена наличием двух тяжелых конкурирующих заболеваний, протекающих с явлениями тяжелой эндогенной интоксикации и взаимоотягощающим прогрессивным ухудшением функционального состояния печени и гомеостаза в целом. Это приводит к затяжному характеру холестаза, более частому развитию инфекционных осложнений и печеночной недостаточности, кровотечениям различного генеза, высокой летальности. На исходы заболевания оказывает влияние функциональный класс ЦП. Комплексная медикаментозная терапия с максимально ранним малоинвазивным декомпрессивным вмешательством может улучшить результаты лечения этой категории больных.

При выполнении ХЭ могут возникать серьезные проблемы, связанные с наличием расширенных коллатеральных вен вокруг ЖП и гептодуоденальной связки, в подпаянном к ЖП и поверхности печени большом сальнике, в околопупочной области, повреждение которых сопровождается массивным кровотечением. При комбинации холедохолитиаза или стриктуры ВЖП с портальной гипертензией наличие выраженных венозных коллатералей существенно усложняет диссекцию элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и может явиться причиной опасной для жизни кровопотери.