

Дябкин Евгений Владимирович

к.м.н., ассистент,

кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана,

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет

имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,

г. Красноярск

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕГРАЛЬНО-ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Аннотация: Желчевыводящая система является одним из основных заболеваний брюшной полости. Интегральные гематологические показатели могут помочь оценить состояние неспецифической реактивности организма, характер воспалительного процесса и многое другое.

Ключевые слова: Доброкачественный генез, оперативные вмешательства, биохимические маркеры, энзимные маркеры, механическая желтуха.

Заболевания желчевыводящей системы в настоящее время выходят на первое место в структуре заболеваний брюшной полости хирургического генеза, что приводит к проведению 2,5 миллионов операций ежегодно. Основной причиной смерти у больных с механической желтухой доброкачественного генеза (МЖДГ) является развитие печёночной недостаточности (ПН). Выявление уровня энзимных маркёров печёночной недостаточности (ЭМПН) и интегральных гематологических показателей (ИГП) у больных с МЖ доброкачественного генеза стало целью нашего исследования на базе Дорожной клинической больницы ст. Красноярск.

Для исследования ИГП больные с МЖДГ были разделены на группы по возрасту, времени поступления в хирургический стационар, виду оперативного пособия. Был разработан способ определения степени тяжести состояния, определялся уровень энзимных маркёров ПН, на фоне проводимого лечения

исследовалась взаимосвязь ИГП и энзимных маркеров при различной степени тяжести [1, с. 26].

В Дорожную клиническую больницу ст. Красноярск за пять лет (2003-2008г.г.) с диагнозом МЖДГ было госпитализировано 105 больных. При поступлении, за сутки до операции, на первые, третьи, пятые, седьмые сутки после операции и перед выпиской по результатам развёрнутого анализа крови рассчитывались ИГП: лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ), лейкоцитарный индекс интоксикации по Островскому (ЛИИ2), индекс соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСЛ), индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), индекс соотношения лимфоцитов к эозинофилам (ИСЛЭ), абсолютный лимфоцитоз (АЛ), индекс стресса (ИС). Для исследования была отобрана группа из 30 больных, которым при поступлении в стационар проводились общеклинические, лабораторные и инструментальные методы обследования. В этой же группе на первые, третьи, пятые, седьмые сутки определялись маркёры печёночной недостаточности: уровень билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутаминтранспептидазы (ГГТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ).

Контрольная группа и группа исследованных были сопоставимы по возрасту и полу. Полученный материал обрабатывался статистически. Оценка средней разницы проводилась с использованием параметрических методов статистического анализа – критерия Стьюдента.

Возраст поступивших больных с механической желтухой колебался от 18 до 80 лет. В возрасте от 18 до 32 лет было 9,3% больных, в возрасте старше 66 лет – 65,7%. ИС поступивших больных превышал норму в два раза во всех возрастных группах. ИСЛ значительно отличался от нормы, в возрастной группе старше 66 лет.

Отмечалось повышение всех интегральных показателей в первые сутки после операции, наиболее существенным это повышение было в

геронтологической группе. В дальнейшем после операции на третьи, пятые и седьмые сутки происходило защитное снижение ИГП.

Своевременность оказания специализированной медицинской помощи больным, влияет на благоприятный прогноз и исход в лечении.

По срокам поступления все больные были разделены на 3 группы:

1. поступившие до 24 часов составили 13,7%;
2. поступившие от 3 дней до 6 дней – 66,3%;
3. поступивших позднее 7 суток после начала заболевания – 20%.

Во всех исследуемых группах при поступлении ИГП превышали норму, в большей степени это отмечалось в 3 группе, т.е. у больных, поступивших более 7 дней с начала заболевания.

Большую роль в нормализации ИГП, играют сроки проведения оперативного вмешательства. Чем меньше времени прошло с момента начала заболевания до поступления в стационар, и проведения операции, тем быстрее отмечалась тенденция к нормализации ИГП [5, с. 109].

Было отмечено, что у людей с длительной механической желтухой, даже после выписки отмечается повышение ИСЛЭ, что может быть обусловлено развитием печёночной недостаточности [2, с. 60].

Всего в исследуемый период было прооперировано 104 человека.

При оперативном вмешательстве был использован эндоскопический метод в 34% случаев (37 больных), остальные больные (67 человек), прооперированы «открытым способом».

При поступлении достоверные различия были отмечены по следующим показателям: ЛИИ1, АЛ, ИСНМ. По остальным ИГП достоверных различий между группами не выявлено.

В первые сутки после хирургического вмешательства в обеих группах все гематологические показатели отличались от нормальных, но в группе больных, подвергшихся лапаротомии, ЛИИ1 превышало норму в 5 раз, в то время как после эндоскопических вмешательств, ЛИИ1 превысил норму менее чем в 2 раза.

Дальнейшее снижение гематологических показателей протекало, так же не равнозначно, и если при эндоскопических операциях нормализация показателей наступала на 7 день, к моменту выписки больного, то после лапаротомии эти показатели снижались лишь на 23-26 день [3, с. 103].

На основании полученных данных, нами разработан метод оценки тяжести состояния больных МЖ неопухолевого генеза: 1) ЛИИ1 $\leq 2,5$, ЛИИ2 $\leq 2,75$, ИС $\leq 1,0$, ИСЛ $\leq 7,0$, ИСНЛ $\leq 12,0$, ИСЛЭ $\leq 18,0$ – лёгкая степень тяжести. 2) ЛИИ1 от 2,6 до 4,5, ЛИИ2 от 2,76 до 5,0, ИС от 1,1 до 2,0, ИСЛ от 7,1 до 10,0, ИСНЛ от 12,1 до 16,0, ИСЛЭ от 18,1 до 22,0 – средняя степень тяжести. 3) ЛИИ1 свыше 4,5, ЛИИ2 больше 5,0, ИС больше 2,0, ИСЛ более 10,0, ИСНЛ свыше 16,0 и ИСЛЭ больше 22,0 – тяжёлая степень патологического процесса. По данному методу получен патент «Способ определения степени тяжести механической желтухи неопухолевого генеза», № 2364867 от 20.08.2009г.

В 2008 году обследовано 30 человек, которые были разделены на 3 группы, сравнимые по полу и возрасту, отбор производился с учётом степени тяжести заболевания, которое определялось на основании уровня ИГП в момент поступления.

Для легкой степени тяжести при поступлении уровень билирубина не превысил 28,94 мкмоль/л, АЛТ – 78,84 Ед/л, АСТ – 49,33 Ед/л, ЩФ – 154,36 Ед/л, ГГТ – 296,56 Ед/л. В первые сутки после операции происходит значительное увеличение биохимических маркёров печёночной недостаточности. Уровень ЩФ приходит к норме на 3 сутки, АСТ – на 5 сутки.

При средней степени тяжести уровень билирубина колебался от 28,95 до 157,44 мкмоль/л, АЛТ – от 78,85 Ед/л до 134,82 Ед/л, АСТ – от 49,34 Ед/л до 89,05 Ед/л, ЩФ – от 154,37 Ед/л до 218,64 Ед/л, ГГТ – от 296,57 Ед/л до 382,96 Ед/л. При тяжелой степени тяжести уровень билирубин – выше 157,46 мкмоль/л, АЛТ – выше 134,83 Ед/л, АСТ – более 89,06 Ед/л, ЩФ – выше 218,64 Ед/л, ГГТ – выше 382,97 Ед/л. В первые сутки после операции происходит значительное увеличение биохимических маркёров печёночной недостаточности. На 3, 5, 7 сутки снижение уровня биохимических маркёров

при тяжёлой степени тяжести происходит медленнее, чем у пациентов других групп.

Таким образом, определение ИГП и биохимических маркёров позволяет оценить состояние неспецифической реактивности организма, а также интенсивность и характер воспалительного процесса, прогнозировать риск развития печёночной недостаточности у больных механической желтухой доброкачественного генеза. Позволяет определить целесообразный вариант стартовой терапии, отслеживать её эффективность и производить необходимую коррекцию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дябкин Е.В. Экстракорпоральная иммунокоррекция в лечении больных механической желтухой неопухолевого генеза // *Академический журнал Западной Сибири.* – 2010. – №4. – С. 26.
2. Гульман М.И., Винник Ю.С., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В., Карапетян Г.Э., Захарченко А.А., Кузнецов М.Н., Василень Е.С., Маркелова Н.М., Дябкин Е.В., Цедрик Н.И. Актуальные проблемы печёночной недостаточности при механической желтухе: лечение (сообщение 2) // *Московский хирургический журнал.* – 2012. – №3. – С. 58-62.
3. Винник Ю.С., Дябкин Е.В. К вопросу об иммунных нарушениях при обтурационной желтухе // *Вестник Авиценны.* – 2013. – №3 (56). – С. 101-105.
4. Бардеништейн Л.М., Иксанова Д.С. Применение агомелатина у пациентов с сезонной депрессией в структуре псевдоневротической (неврозоподобной) шизофрении // *Академический журнал Западной Сибири.* – 2010. – №4. – С. 25.
5. Турсунов Р.А. ИППП и ВИЧ-инфекция – индикаторы эпидемического роста вирусных гепатитов В и С // *Вестник Авиценны.* – 2013. – №3 (56). – С. 106-110.