

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования»

Кафедра онкологии

Механическая желтуха

Методические рекомендации

Иркутск
ИГМАПО
2012

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования»

Кафедра онкологии

Механическая желтуха

Методические рекомендации

Иркутск
ИГМАПО
2012

УДК 616.36-008.811.6
ББК 54.135
М55

Утверждено методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 28.06.2012

Рецензенты:

В.Г. Лалетин – д-р мед. наук, профессор кафедры онкологии
и лучевой терапии ГОУ ВПО ИГМУ;

В.А. Белобородов – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей
хирургии с курсом урологии ГОУ ВПО ИГМУ

Авторы:

Р.И. Расулов, В.В. Дворниченко, Р.К. Хаматов,
Д.В. Мозгунов, Е.В. Панфёрова

М55 **Механическая желтуха: метод. рекомендации / Р.И. Расулов,
В.В. Дворниченко, Р.К. Хаматов [и др.]. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО
ИГМАПО, 2012. – 24 с.**

Изложена клиническая диагностика механической желтухи, разобран дифференциальный диагноз, обсуждены лабораторные и дополнительные методы диагностики, рассмотрены варианты радикальных и паллиативных оперативных вмешательств.

Предназначены для врачей-онкологов и врачей общей лечебной сети.

**УДК 616.36-008.811.6
ББК 54.135**

© ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi.

Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 200. Заказ 1/154.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО.

664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, к. 302.

Тел. (3952)46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru

Оглавление

| | |
|---|----|
| Список сокращений | 4 |
| Введение | 5 |
| Желтуха и обмен билирубина в организме | 5 |
| Механическая желтуха | 8 |
| Дифференциальная диагностика | 10 |
| Методы объективной диагностики | 15 |
| Предоперационная подготовка | 16 |
| Детоксикационная терапия | 17 |
| Оперативное лечение механической желтухи | 18 |
| Диета при печёночной и механической желтухе | 21 |
| Заключение | 23 |
| Список использованной литературы | 24 |

Список сокращений

| | |
|-------|--|
| БДС | большой дуоденальный сосок |
| ДВС | синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания |
| УЗИ | ультразвуковое исследование |
| ЧЧХ | чрескожная чреспечёночная холангиография |
| ЭРХПГ | эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография |
| ПХЭС | постхолецистэктомический синдром |
| МРТ | магнитно-резонансная томография |
| КТ | компьютерная томография |

Введение

Большая группа болезней билиарной системы и поджелудочной железы сопровождается развитием механической непроходимости желчных протоков, проявляющейся появлением у больного желтушной окрашенности кожи и склер, что ошибочно привело к объединению всех этих заболеваний в одно, вошедшее в клиническую практику под названием "механическая желтуха". В настоящее время установлено, что желтуха является лишь симптомом болезни, хотя длительно неустраняемая механическая непроходимость желчных путей приводит, как правило, к тому, что желтуха становится желтухой-болезнью. Причиной этому служат изменения в органах, которые развиваются вследствие холестаза.

Желтуха и обмен билирубина в организме

Желтуха – симптомокомплекс, представляющий собой окрашивание в жёлтый цвет кожи, склер, слизистых оболочек. Интенсивность окрашивания может быть совершенно разной – от бледно-жёлтого цвета до шафраново-оранжевого. Умеренно выраженная желтуха без изменения цвета мочи характерна для неконъюгированной гипербилирубинемии (при гемолизе или синдроме Жильбера). Более выраженная желтуха или желтуха с изменением цвета мочи свидетельствует о гепатобилиарной патологии. Моча у пациентов с желтухами приобретает тёмный цвет вследствие гипербилирубинемии. Иногда изменение окраски мочи предшествует возникновению желтухи. Все другие клинические проявления желтухи зависят от причин, вызвавших её развитие. В некоторых случаях изменение цвета кожи и склер является единственной жалобой пациента (например, при синдроме Жильбера), а в других случаях желтуха является лишь одним из многих клинических проявлений заболевания. В жёлтый цвет окрашиваются все ткани, экссудаты и трансудаты. Не меняют свой цвет только слю-

на, слезы и желудочный сок. Желтое окрашивание связано с накоплением в коже, слизистых оболочках и других тканях пигмента билирубина вследствие его повышенного содержания в крови.

Обмен билирубина в организме – сложный и непрерывно происходящий процесс. В интересах клинической практики он может быть представлен схематически в следующем виде (рис. 1). Источник билирубина – гемоглобин (белок + 4 молекулы железосодержащего гема). Распад эритроцитов и дальнейшее преобразование гемоглобина происходят в ретикуло-эндотелиальной системе (селезенке, печени, костном мозге). В части случаев (15 %) билирубин образуется при неэффективном эритропоэзе и из геминов клетки (15 %). За сутки распадается 1 % циркулирующих в организме эритроцитов и образуется 100–250 мг билирубина. Продолжительность жизни эритроцитов 100–130 дней. Окислительно-восстановительная реакция с участием разных ферментов преобразует гемоглобин в холеглобин, вердоглобин, биливердин и билирубин. Появляется свободный, несвязанный билирубин. Этот несвязанный билирубин транспортирует в крови альбумин. Он может быть определен с помощью реакции Ендрассика – Ван ден Берга, но перед этим белок должен быть осажден путем прибавления чистого спирта, и поэтому реакция обозначается как непрямая. Суть реакции во взаимодействии сульфаниловой кислоты с нитритом натрия, что ведет к образованию диазофенилсульфоновой кислоты, которая дает с билирубином розово-фиолетовое окрашивание. О содержании билирубина судят по интенсивности окраски.

Свободный (непрямой) билирубин переносится в печень, где он освобождается от альбумина и связывается с глюкуроновой кислотой. Так получается связанный, или как его еще обозначают, прямой билирубин, так как для проведения реакции Ендрассика – Ван ден Берга не нужно добавлять в кровь спирт.

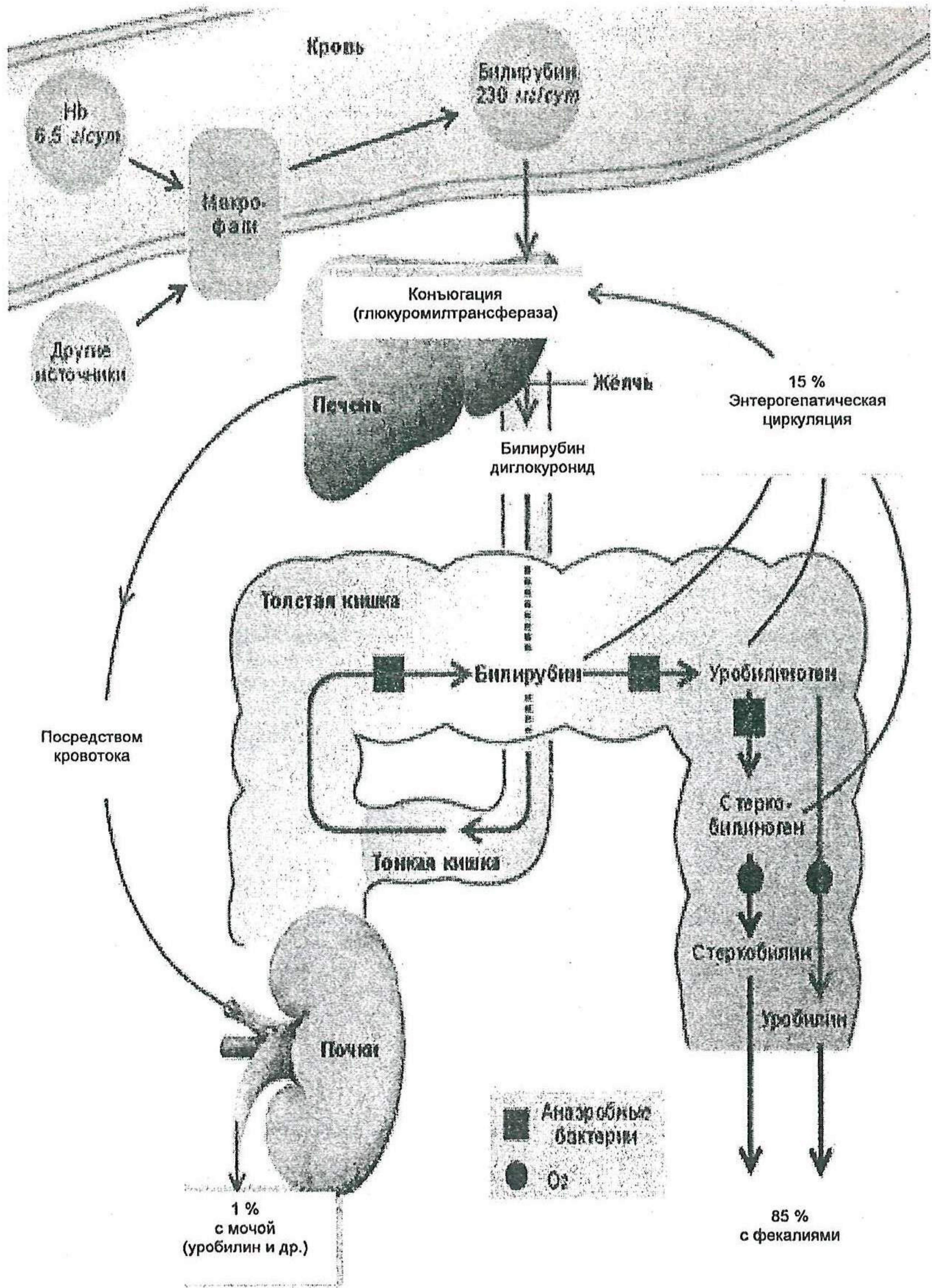


Рис. 1. Обмен билирубина в организме

Связанный (прямой) билирубин становится водорастворимым, что облегчает его экскрецию из печеночных клеток в желчь. В желчи билирубин входит в состав макромолекулярных агрегатов (мицелл), состоящих из холестерина, фосфолипидов, желчных кислот, солей протеина. Попадая в кишечник, билирубиновая часть желчи восстанавливается под воздействием бактериальных дегидрогеназ в бесцветные уробилиногеновые тела (хромогены). Значительная часть преобразованного билирубина (85–90 %) возвращается в печень и другие ткани ретикулогистиоцитарной системы, часть выделяется с калом, окрашивая его в коричневый цвет (стеркобилин). Другая часть попадает в почки и выделяется в виде уробилина, придавая моче желто-оранжевое окрашивание. При желтухах неизменно повышается уровень билирубина в крови (гипербилирубинемия). В норме уровень общего билирубина составляет от 6 до 20 мкмоль/л, а в старых единицах – до 1 мг %.

Различают три вида желтух: механическая, паренхиматозная и гемолитическая.

Механическая желтуха

Механическая желтуха – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по желчным протокам далее в 12-перстную кишку на любом уровне, проявляющееся комплексом симптомов (желтушность кожных покровов, слизистых оболочек, потемнение мочи, обесцвечивание кала, кожный зуд, могут наблюдаться боли в животе, повышение температуры тела), возникающее как осложнение заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. Результатом прогрессирования желтухи является быстрое развитие печёночной недостаточности, а при отсутствии какой-либо медицинской помощи – летальный исход. Чаще всего причиной механической желтухи бывают камни в желчных протоках (50 %) и новообразования (40 %) в протоках, большом дуоденальном соске (БДС), поджелудочной железе, желчном пузыре. Механическая желтуха может быть вызвана и другими причинами (10 %) –

стенозом БДС, стриктурой протоков, атрезией желчевыводящих путей, холангитом, панкреатитом, опухолями печени.

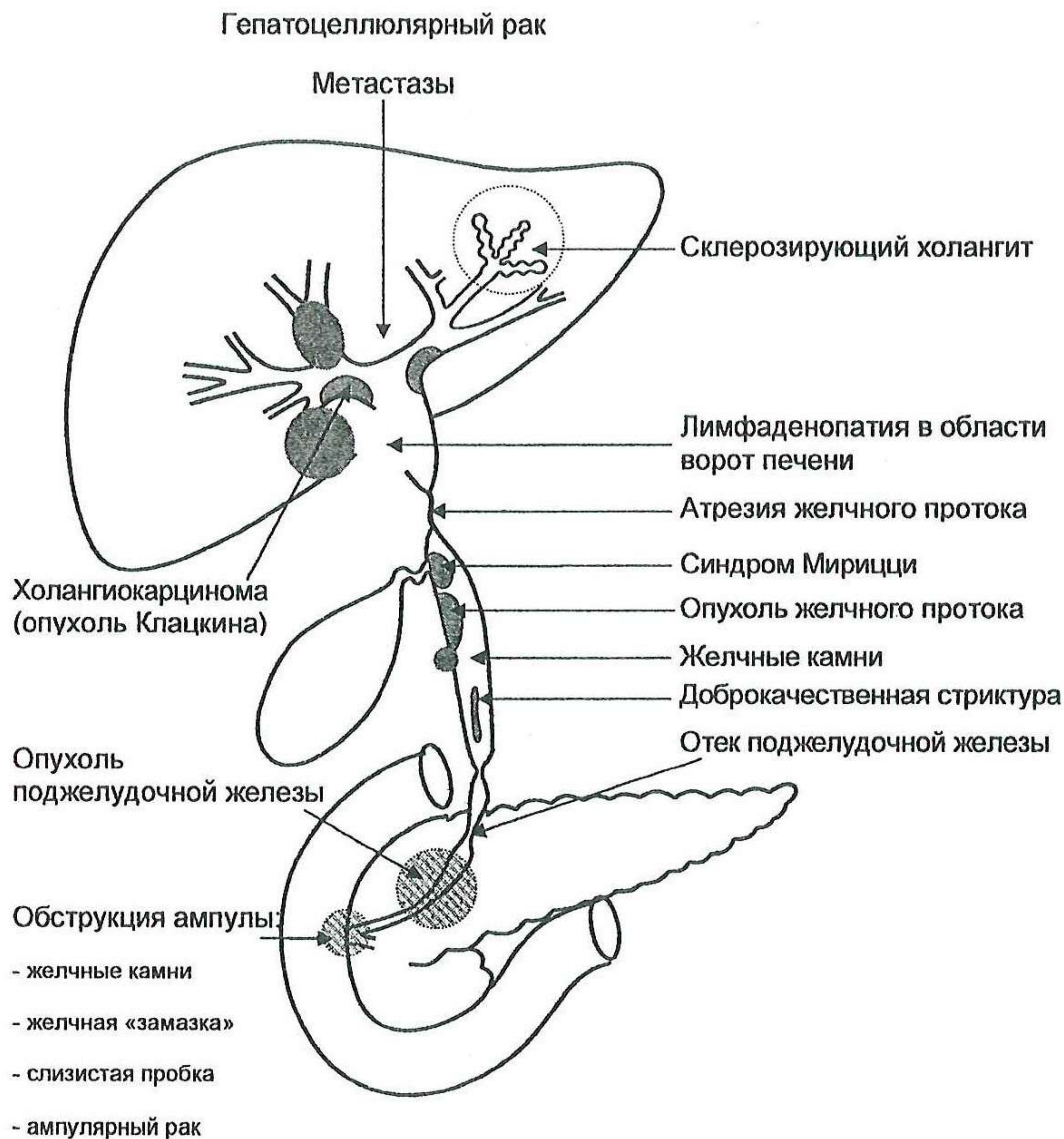


Рис. 2. Причины механической желтухи

Паренхиматозная желтуха вызывается острым и хроническим гепатитом, гепатозом, медикаментозным и токсическим гепатитом.

Гемолитическая желтуха бывает врожденной, а также связанной с аутоиммунной или В₁₂ (фолиево-) дефицитной анемией, а также разного рода интоксикациями.

Клинические проявления механической и паренхиматозной желтухи обусловлены холестазом, с последующим накоплением составных частей желчи в крови (холемией). Причинами холестаза могут быть различные патологические процессы в самых проксимальных отделах формирования билиарного русла, а также и дистальных отделах общего желчного протока или БДС.

Ахолия – выделение всей желчи наружу через желчный свищ. При этом также развиваются многочисленные осложнения. Самое опасное из них – геморрагический синдром.

Гемолитическая желтуха связана с нарушением (снижением) осмотической стойкости эритроцитов.

Дифференциальная диагностика

При дифференциальной диагностике желтух нужно помнить о так называемых функциональных гипербилирубинемиях, развивающихся в связи с врожденной энзимопатией и нарушением сложного процесса метаболизма гемоглобина, что ведет к постоянному повышенному содержанию в крови несвязанного билирубина (синдром Жильбера).

Клинические проявления механической желтухи обусловлены холестазом и холемией. Постепенно повышается давление в желчных синусах. Они расширяются, разрываются, что ведет к частичной гибели печеночных клеток, и желчь поступает в лимфатические капилляры и затем в кровь. Отсутствие желчи в кишечнике приводит к нарушению пищеварения, всасывания жира и липотропных витаминов А, Д, Е, К. Особенно значительны последствия в недостатке витамина К, что приводит к нарушению синтеза протромбина в печени и, как следствие этого, понижению свертываемости крови, кровоточивости тканей. Структурные нарушения в печени и холия ведут к образованию в организме токсических веществ и накоплению аммиака, фенолов, ацетона, ацетальдегида, этанола, триметиламина, индо-

ла, скатола и др. Нарушается антитоксическая функция печени и токсические вещества проявляют свое вредное воздействие на все органы и системы, что выражается в синдроме эндотоксемии. Развивается микрососудистый тромбоз в почках с констрикцией их резистивных сосудов и нарастанием функциональных нарушений. В крови нарастает уровень мочевины и креатинина, усиливаются нарушения антитоксической функции печени и энтерогепатической циркуляции желчи. Гепатоциты истощаются и дегенерируют.

Функция нефрона снижается, и все это ведет к развитию печеночно-почечного синдрома у больных с механической желтухой. Токсические вещества проникают через гематоэнцефалический барьер, что проявляется печеночной энцефалопатией. Прямые токсические воздействия на нервные волокна ведут к нарушениям нервно-мышечной проводимости, что вызывает брадикардию. Развиваются тромбогеморрагические изменения в связи с внутрисосудистой коагуляцией – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром).

Желчные кислоты, как поверхностно активные вещества, изменяют легочной сурфактант (субмикроскопическая выстилка альвеол), что нарушает проницаемость альвеол. Все это ведет к нарушению транспорта кислорода, нарастанию гипоксии.

Длительное пребывание в состоянии желтухи приводит к таким изменениям в органах и системах, что восстановление нормального оттока желчи оперативным путем может не прервать порочный круг и прогрессирование печеночно-почечной недостаточности – самая частая причина летальных исходов у такой категории больных. В настоящее время большую пользу при высоких уровнях билирубина приносит экстракорпоральная детоксикация, в частности плазмаферез.

Диагностический поиск при желтухе проводят с учетом многих факторов. Механическая природа ее должна быть выявлена как можно раньше для проведения соответствующего оперативного вмешательства. Состав-

лению плана обследования может помочь представленная схема диагностического поиска (рис. 3).

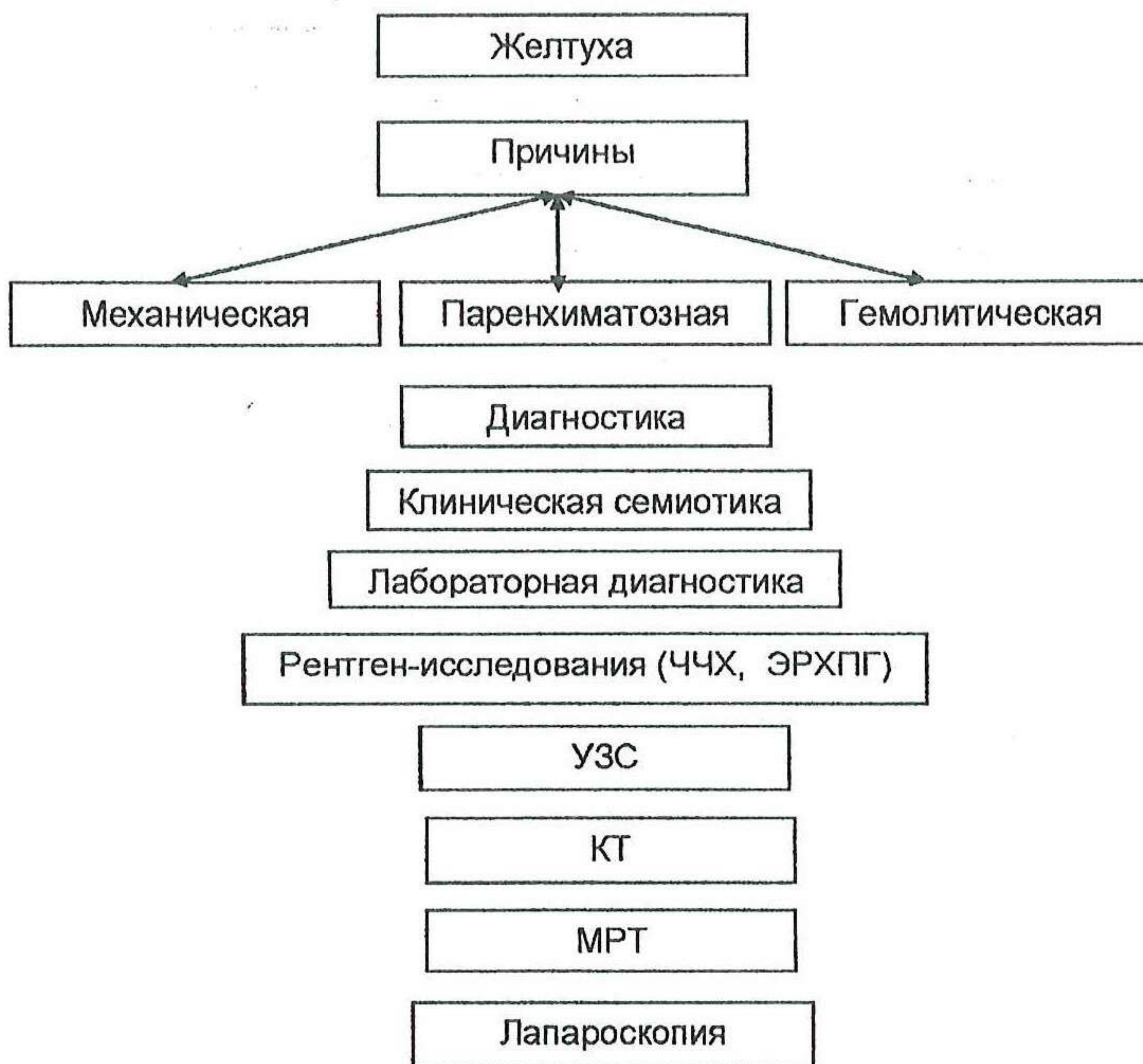


Рис. 3. Схема диагностического поиска при желтухе

Клинические признаки механической желтухи – желтизна кожи, слизистых и склер; обесцвеченный кал и темная моча; кожный зуд (иногда не выражен), брадикардия. Аппетит в начале желтухи не нарушен. Диспепсические явления развиваются в более поздних стадиях, в то время как при паренхиматозной желтухе (острый гепатит) эти явления проявляются в самом начале заболевания. Общая слабость, вялость, адинамия в начале заболевания отсутствуют, если нет рака поджелудочной железы. Печень обычно увеличена, селезенка без изменений. Болезненность в подпеченочной области возможна при желчнокаменной болезни и ее осложнениях.

Уже при сборе анамнеза возраст больного, как указывалось выше, может определить направление мысли клинициста. Развитие механической желтухи и соотношение ее с болевым синдромом также имеет значе-

ние для дифференциальной диагностики. Так, при развитии калькулезной обтурации перед желтухой часто выявляется болевой синдром различной степени выраженности, в то время как при опухолевой обтурации желтуха, как правило, развивается исподволь, незаметно для самого пациента. Во время пальпации живота можно выявить симптом Курвуазье – резко увеличенный и безболезненный желчный пузырь, что характерно для опухолевой механической желтухи.

Клинические симптомы в плане дифференциальной диагностики представлены в табл. 1.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика желтух по клиническим признакам

| Клинические признаки | Вид желтухи | | |
|-----------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------|
| | Механическая | Паренхиматозная | Гемолитическая |
| Цвет кожи | Зелено-желтый с бронзовым или серым оттенком | Красно-желтый с оранжевым оттенком | Лимонно-желтый |
| Кожный зуд | Резко выражен | Выражен | Отсутствует |
| Цвет кала | Обесцвеченный, серо-белый, глинистый | На высоте заболевания обесцвеченный | Интенсивно окрашен |
| Цвет мочи | Темный | Темный | Обычный |
| Аппетит | Нарушен при длительной желтухе | Понижен или отсутствует | Не нарушен |
| Диспепсические явления | Да, при длительной желтухе | Да | Отсутствуют |
| Боли в животе | Могут быть | Нет или Несильные | Нет |
| Слабость, вялость, адинамия | При длительной желтухе | Да | Нет |
| Желчный пузырь | Увеличен при низкой закупорке | Не увеличен | Не увеличен |
| Частота пульса | Брадикардия | Брадикардия | Нормальная или тахикардия |
| Печень | Увеличена при длительной желтухе | Увеличена | Умеренно увеличена |
| Селезенка | Не увеличена | Иногда увеличена | Часто увеличена |
| Повышенная кровоточивость | Да | Да | Да |

Дифференциальная диагностика желтух по лабораторным данным представлена в табл. 2.

Таблица 2

Дифференциальная диагностика желтух по лабораторным данным

| Лабораторный показатель | Вид желтухи | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| | Механическая | Паренхиматозная | Гемолитическая |
| Билирубин в крови | Содержание повышено, реакция прямая | Содержание повышено, реакция преимущественно непрямая | Содержание повышено, реакция непрямая |
| Стеркобилин в кале | Отсутствует | Содержание понижено | Содержание повышено |
| Уробилин в моче | Отсутствует | Содержание повышено | Содержание резко повышено |
| Желчные пигменты в моче | Много | Содержание повышено | Отсутствуют |
| Холестерин в крови | Содержание повышено | Содержание нормальное или повышено | Без изменений |
| Белки крови | Без изменений | Снижение альбуминов, повышение глобулинов | Без изменений |
| Осадочные реакции: сулемовая, тимоловая, формоловая | В начальном периоде не изменены, в дальнейшем повышены | Положительные | Не изменены |
| Протромбиновый индекс | Снижен | Снижен | Нормальный |
| Активность альдолазы | Нормальная | Повышена | Нормальная |
| Щелочная фосфатаза | Содержание повышено | Без изменений | Без изменений |
| Аминотрансферазы | Повышены при длительной желтухе | Повышены | Без изменений |
| Резистентность эритроцитов | Нормальная | Нормальная | Снижена |

Следует иметь в виду, что при разных видах желтух лабораторные тесты могут иметь однозначную направленность в своих изменениях, и поэтому далеко не всегда по этим тестам можно выносить категорические

суждения. Дело в том, что при длительной механической желтухе страдает и печеночная клетка. При паренхиматозной желтухе развивается внутрипеченочный холестаз с закупоркой желчных канальцев, что дает признаки механической желтухи. Нужно учитывать не один, а несколько тестов, что уменьшит опасность ошибки при дифференциальной диагностике между холестатическим и цитолитическим синдромами по лабораторным тестам.

Методы объективной диагностики

Большое значение в распознавании вида желтух имеют методы объективной диагностики с использованием различных аппаратов (табл. 3).

Таблица 3

Дифференциальная диагностика желтух с использованием рентгенологических и других специальных методов исследования

| Метод исследования | Вид желтухи | | |
|--|--|---|---------------------------|
| | Механическая | Паренхиматозная | Гемолитическая |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Обзорная рентгенография | Возможно выявление камней в желчном пузыре | Без изменений | Без изменений |
| Ретроградная холангиопанкреатография | Широкие желчные протоки, камни, опухоль, стриктуры | Без изменений | Без изменений |
| Чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХ) | То же | Без изменений | Без изменений |
| Ультразвуковое исследование (УЗИ) | Широкие желчные протоки, камни | Не широкие желчные протоки | Неширокие желчные протоки |
| Гастродуоденоскопия | Возможны изменения большого дуоденального соска | Без изменений | Без изменений |
| Радиоизотопная гепатография | Замедление скорости выведения препарата | Замедление скорости захвата и выведения препарата | Без изменений |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|--|
| Сканирование печени | Могут быть выявлены очаговые поражения | Увеличенная печень с четкими контурами | Без изменений |
| Компьютерная томография | Широкие желчные протоки, камни, опухоли, увеличение поджелудочной железы | Неширокие желчные протоки, увеличение печени, спленомегалия | Неширокие желчные протоки, возможна спленомегалия |
| Лапароскопия, лапароскопическая холецистография | Коричнево-зеленый цвет печени, увеличенный желчный пузырь при опухолях дистального отдела протока, БДС или головки поджелудочной железы | Красно-желтый цвет печени, спавшийся желчный пузырь | Печень обычного цвета, пузырь и желчные протоки без изменений, но возможны пигментные камни в пузыре |

Начинать исследование при желтухах следует с УЗИ, а затем при необходимости использовать другие методы. Обычно очень эффективной оказывается эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), но всегда к ней должны быть обоснованы показания в связи с возможными осложнениями (острый панкреатит).

Выявив механический характер желтухи и определив причину ее, планируют радикальное или паллиативное оперативное вмешательство. Виды операций в зависимости от патологического процесса рассмотрены в соответствующих разделах пособия. Их выполняют на печени или желчных путях.

Предоперационная подготовка

Лечебные мероприятия должны быть комплексными, недлительными и проводимыми одновременно с обследованием больного. Крайне важно рациональное питание - полноценное белковое и углеводное, хорошо ви-

таминизированное, легко усвояемое. При выраженной гипопроотеинемии, гипоальбуминемии следует внутривенно вводить белковые гидролизаты – фибриносол, аминокептид, гидролизат казеина, аминоксол, альвезин, аминоксон в дозе 400–1000 мл. Для улучшения гликогенообразовательной и дезинтоксикационной функции печени вводят 10 %-й раствор глюкозы с добавлением инсулина, витаминов группы В, аскорбиновую кислоту. Положительное влияние на функцию печени и почек оказывают сорбитол и манитол.

Нарушение всасывания витамина К препятствует синтезу протромбина, влияя на свертываемость крови и способствуя холемическим кровотечениям, что делает обязательным введение викасола. Конечно, с учетом данных коагулограммы. Гипокоагуляция более характерна для длительной ахолии.

Для улучшения микроциркуляции применяют внутривенно реополиглюкин с альбумином и комплаином. Это снижает гиперкоагуляционные сдвиги гемостаза после операции. Коррекцию электролитных расстройств осуществляют введением изотонических растворов, содержащих натрий, калий, кальций, хлор. Для стимуляции неспецифического иммунитета может быть с успехом применен продигизан. К антибиотикам, активно выделяемым из организма желчью, относятся ампициллин, гентамицин, цефалоспорины, метронидазол, рифамицин, римактан.

Детоксикационная терапия

Для нейтрализации перед операцией токсических метаболитов (амиака, билирубина, свободных жирных кислот, мочевины, креатинина и др.) существуют методы терапии, которые можно разделить на две группы: 1) естественной детоксикации – трансфузионная терапия, гемодилюция, форсированный диурез; 2) искусственной детоксикации – гемодиализ, лимфосорбция, плазмоферез, экстракорпоральное подключение изолиро-

ванной печени, экстракорпоральная гемосорбция, гипербарическая оксигенация. Каждый из этих методов имеет свои показания с учетом индивидуальных особенностей больного, имеющего признаки печеночной недостаточности при механической желтухе.

Оперативное лечение механической желтухи

Декомпрессия желчных путей. Для улучшения результатов хирургического лечения, снижения риска послеоперационных осложнений, снятия синдрома холемии и желчной гипертензии при подготовке больного к операции важную роль играют методы дооперационной декомпрессии желчных путей: лапароскопическая холецистостомия, чрескожная чреспеченочная холецистостомия, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчного протока.

Операцию при механической желтухе всегда выполняют по срочным показаниям. Она может быть радикальной и паллиативной. Объем оперативного пособия зависит не только от патологического процесса, но и от состояния больного. Нередко даже при доброкачественном процессе операцию выполняют в два или несколько этапов.

Непроходимость желчных путей доброкачественной этиологии чаще всего развивается при осложнениях калькулезного холецистита, а к ним, прежде всего, относят холедохолитиаз, стеноз БДС, индуративный панкреатит. Но независимо от способа восстановления проходимости желчных путей обязательным является удаление желчного пузыря – холецистэктомия. Каждому больному во время операции по поводу калькулезного, а тем более осложненного холецистита, особенно в тех случаях, когда в анамнезе отмечалась желтуха, должна быть проведена операционная холеграфия.

При холедохолитиазе операцией выбора является холедохотомия, наружное дренирование общего желчного протока. По показаниям накла-

дывают билиодигестивные анастомозы либо глухой шов холедоха. В последние годы все большее распространение получила при холедохоли-тиазе (особенно у лиц преклонного возраста и у больных с постхоле-цистэктомическим синдромом (ПХЭС) операция эндоскопическая папил-лосфинктеротомия.

Операции при стенозе БДС. Наиболее частым оперативным вмеша-тельством при этой патологии бывает папиллосфинктеротомия. Рассечение папиллы производят соответственно на 11 часах циферблата, что преду-преждает повреждение дистального отдела панкреатического протока.

Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков

Большое значение для выбора способа формирования билиодиге-стивного соустья имеет локализация и протяженность структуры печеноч-но-желчного протока. Соустье должно быть не менее 2,5–3 см. Билидиге-стивный анастомоз необходимо выполнять атравматической нитью 3/0-5/0. С целью облегчения техники формирования гепатикоэнтероанастомоза, для декомпрессии желчных путей и профилактики сужения просвета ана-стомоза можно использовать методику наружного дренирования сформир-ованного билиодигестивного анастомоза транспеченочным дренажом по Смитту или Прадери.

Хирургические вмешательства при непроходимости желчных путей опухолевой природы

Операции при этой патологии однотипны и не зависят от принадлеж-ности опухоли к определенному органу. Объем оперативного пособия за-висит от уровня расположения обтурации желчных путей.

При доброкачественных опухолях БДС выполняют ампутацию БДС либо папиллэктомию через трансдуоденальный доступ. При злокачествен-

ных поражениях БДС, дистального отдела холедоха и головки поджелудочной железы показана гастропанкреатодуоденальная резекция. Данную операцию выполняют по абсолютным показаниям и у сравнительно молодых пациентов, не имеющих признаков печеночной недостаточности.

Операции при раке внепеченочных желчных протоков

Операцией выбора при раке дистального отдела холедоха является гастропанкреатодуоденальная резекция. При раке средней части протока – резекция пораженной части и анастомоз проксимальной части протока с одним из участков желудочно-кишечного тракта. Область проксимальной части гепатохоледоха наименее доступна для выполнения радикальных операций, поэтому выполняют анастомозы между внутripеченочными протоками и желудком или тонкой кишкой.

Для устранения кожного зуда при холестатической желтухе применяют следующие препараты: «Урсодезоксихолиевая кислота», «Гептрал», «Холестирамин», «Фенобарбитал», «Рифампицин», антагонисты опиатов («Налоксон») и др. Часто при местно-распространенном и диссеминированном опухолевом процессе выполняют паллиативные вмешательства, такие как формирование билиодигестивных анастомозов либо наружное отведение желчи.

Паллиативные операции при непроходимости желчных путей

Главный принцип этих операций – создать отток желчи из желчных путей, расположенных выше опухолевой обструкции. В зависимости от уровня препятствия выполняют холецистодигестивные соустья, холедоходигестивные соустья, холангиостомы, холангиодигестивные анастомозы. Реканализацию желчных путей открытым способом в настоящее время приме-

няют редко. В то же время наиболее оптимальным надо считать эндоскопическое стентирование внепеченочных желчных протоков.

Возможность выполнения радикального оперативного вмешательства зависит не только от характера процесса, его локализации и распространенности. Большое значение имеет и стадия механической желтухи, которая определяет степень выраженности печеночной недостаточности.

Диета при печеночной и механической желтухе

При острых вирусных гепатитах страдают клетки печени, вырабатывающие желчь и обезвреживающие различные токсические вещества, отравляющие организм. Это так называемая печеночная желтуха. Причиной такого процесса является поражение клеток печени вирусами или острое отравление химическими веществами. Печеночная желтуха может наблюдаться и при циррозах печени (при них клетки печени заменяются клетками соединительной ткани). При закупорке желчных путей клетки печени также могут пострадать, оттого что нет оттока желчи.

Основной задачей диеты при желтухе является создание оптимальных условий для клеток печени, способствующих уменьшению их поражения. Диета также должна способствовать уменьшению воспалительных явлений в печени и стимулировать желчеобразование и желчеотделение.

При назначении лечебного питания обязательно учитывается период заболевания. В остром периоде на 1–2 дня назначают сахарно-фруктовую диету с достаточным введением жидкости (чай с сахаром, раствор глюкозы, компоты из сухофруктов). Легкоусвояемые углеводы способствуют улучшению углеводного обмена в клетках печени, что улучшает их состояние, а достаточное количество жидкости способствует выведению токсинов из организма.

После того как острые явления пройдут, в рацион вводят отвары из овощей, кисели, протертые молочные каши, свежавыжатые и наполовину

разбавленные водой соки. Количество съедаемой за сутки пищи постепенно увеличивается по мере повышения аппетита. При уменьшении острых явлений диету расширяют за счет мяса и рыбы нежирных сортов в виде различных изделий из фарша, приготовленных на пару, а также круп и овощей, разваренных до мягкости и протертых. Супы разрешаются молочные и овощные, протертые, фрукты и ягоды – в виде соков.

По мере улучшения общего состояния больной переводится на диету № 5а, которая содержит повышенное количество нежирных молочных продуктов, в том числе творога. Все блюда отвариваются, тушатся или готовятся на пару, а потом протираются. Хлеб только белый, слегка подсушенный. Мясо и рыба нежирных сортов даются в виде пюре или фрикаделей (кнелей), приготовленных на пару, супы овощные или молочные. Исключаются овощи, богатые грубой клетчаткой, вызывающие повышенное газообразование в кишечнике (капуста, репа, редис). Гарниры готовятся из овощей и круп, разваренных до мягкости и протертых.

По прошествии острого периода болезни больной переводится на диету № 5, которой придерживается весь восстановительный период сроком от полугода до года. Эта диета создает оптимальные условия для восстановительных процессов в печени и правильного желчеотделения. Диетическому питанию принадлежит решающая роль в предотвращении развития хронического гепатита.

Диета №5 рекомендуется на стадии выздоровления при паренхиматозной желтухе, а также при механических желтухах, возникших на фоне заболеваний желчевыводящих путей.

Эта диета содержит достаточное количество всех необходимых пищевых ингредиентов, поэтому ее можно придерживаться длительно. В состав диеты № 5 входят продукты, обладающие желчегонным действием, продукты же, содержащие холестерин, ограничиваются. Исключаются специи, рыбные, мясные и грибные бульоны, лук, чеснок, редиска, жареные блю-

да, жирные мясо, рыба и молочные продукты, крепкие чай и кофе. Все блюда готовятся на пару, отвариваются или тушатся, но не измельчаются.

При длительном хорошем самочувствии можно перейти на зигзагообразную диету, когда в диету № 5 на короткое время вводятся продукты из набора для питания здорового человека (таким образом тренируется желудочно-кишечный тракт).

Заключение

В последнее время значительно увеличилось количество больных, страдающих заболеваниями магистральных желчных путей и поджелудочной железы. Чем раньше выявлен характер патологического процесса и выполнено рациональное пособие для восстановления желчеоттока из печени, тем лучше результат и лечения больного.

Таким образом, в проблеме механической желтухи главным является совершенствование методов диагностики и своевременность выполнения операции для восстановления желчеоттока из печени.

Список использованной литературы

1. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин. – М.: ИМА-пресс, 1996. – 152 с.
2. Бохан, К.Л. Желчнокаменная кишечная непроходимость / К.Л. Бохан // Вестн. хирургии. – 1996. – Т. 155, № 4. – С.110–112.
3. Васильев, Р.Х. Бескровные методы удаления желчных камней / Р.Х. Васильев. – М.: Высшая школа, 1989. – 264 с.
4. Виноградов, В.В. Послеоперационные заболевания желчных путей / В.В. Виноградов, О.Е. Нифантьев, В.А. Вишневский. – Красноярск: Изд-во Красноярского ун-та, 1989. – 175 с.
5. Гальперин, Э.И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер. – М.: Медицина, 1987. – 334 с.
6. Дедерер, Ю.М. Патогенез, диагностика и лечение механической желтухи / Ю.М. Дедерер, Н.П. Крылова, Я.Н. Шойхет. – Красноярск: Изд-во Красноярского ун-та, 1990. – 111 с.
7. Клиническая хирургия: справочное руководство для врачей / под ред. Ю.М. Панцырева – М.: Медицина, 1988. – 635 с.
8. Королев, Б.А. Экстренная хирургия желчных путей / Б.А. Королев, Д.Л. Пиковский. – М.: Медицина, 1990. – 240 с.
9. Кочиашвили, В.И. Атлас хирургических вмешательств на желчных путях / В.И. Кочиашвили. – М.: Медицина, 1971. – 208 с.
10. Кузин, Н.М. Печень / Н.М. Кузин, М.И. Кузин // Хирургические болезни: учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – С.492–517.
11. Лапкин, К.В. Механическая желтуха / К.В. Лапкин, Ю.Ф. Пауткин. – М.: Медицина, 1990. – 240 с.
12. Лисицын, К.Н. Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных болезнях / К.Н. Лисицын, А.К. Ревской. – М.: Медицина, 1988. – 335 с.
13. Ситенко, В.М. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях / В.М. Ситенко, А.И. Нечай. – Л.: Медицина, 1972. – 240 с.
14. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло [и др.]. – Киев: Здоровья, 1993. – 508 с.
15. Шалимов, А.А. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике / А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, В.Н. Полупан. – М.: Медицина, 1979. – 367 с.