

УДК 616.36—008.5

Д. Г. МАМАТВАРИШВИЛИ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

На основании анализа 52 лапароскопий автор приходит к выводу, что лапароскопическая картина механической желтухи настолько характерна, что позволяет в 98% всех наблюдений установить правильный диагноз.

В неясных случаях автор рекомендует сочетать лапароскопию с холангиографией по Роеру и прицельной биопсией печени.

Ранняя диагностика механической желтухи является главным условием успешности операции и лучшей мерой профилактики тяжелых послеоперационных осложнений. Длительность механической желтухи существенно влияет как на выбор операции, так и на возможности ее выполнения. Дело в том, что иногда при явной операбельности опухоли больных невозможно оперировать радикально ввиду тяжелого поражения печени, обусловленного в основном внутриорганным холестазом. Степень поражения печени (вторичный биллиарный цирроз) прямо пропорциональна длительности желтухи.

Дифференциальная диагностика механической и паренхиматозной желтухи все еще является сложной задачей, причем и лабораторные методы, применяемые в настоящее время, не всегда дают возможность провести дифференциацию.

Исследования Калька, Кароли [8, 9] и ряда других авторов показали высокую эффективность лапароскопии в точной диагностике характера желтухи, которая в нашей стране все еще не нашла широкого применения, хотя автором лапароскопии является известный отечественный пинеколог Д. О. Отт [7]. Лишь после публикации работ Г. А. Орлова [6], А. М. Аминова [1], А. С. Логинова [3] и др. лапароскопия получила некоторые права гражданства в специализированных клиниках, интересующихся патологией печени и желчных протоков.

Ценность лапароскопии настолько велика, что некоторые авторы сравнивают ее с пробной диагностической лапаротомией [5].

В нашей клинике лапароскопия была применена в 52 наблюдениях (З. Н. Цхакая) на больных, поступивших в основном из республиканской инфекционной больницы.

Одновременно с лапароскопией 10 больным произведена транскутанная, транспеченочная холангиография, 5 больным — прицельная биопсия печени. Лапароскопией устанавливаются характер, причина желтухи и уровень обтурации желчных протоков, что служит целям

экспресс-диагностики. Характер желтухи определяется при этом анализом наличной окраски печени.

Нормальная печень имеет кирпично-красный оттенок, при остром инфекционном гепатите печень серо-красного цвета, при механической желтухе — зеленого, причем зеленый фон пораженного органа весьма варьирует в своих оттенках в зависимости от длительности желтушного периода.

В инициальной фазе обструктивной желтухи на темно-коричневом фоне гладкой поверхности печени видна сеточка, состоящая из резко выделяющихся зеленых пятен (участки холестаза); при начинающемся билиарном циррозе фон печени темно-зеленый, поверхность зернистая, консистенция твердая, хорошо выражен фиброз печени, ее псевдодольки, сосудистые корзиночки; желчный пузырь растянут, напоминает состояние пузыря при наличии симптома Курвуазье.

При вирусном гепатите (болезнь Боткина) печень красновато-коричневого цвета. Обе доли печени увеличены, определяется мягкость и дряблость печени, капсула ее растянута, имеется «большая красная печень».

Анализ состояния желчного пузыря, определяемого лапароскопическим исследованием, имеет большое значение для определения уровня обтурации. При высокой обтурации желчный пузырь всегда находится в опавшемся состоянии при условии отсутствия цирроза печени; при обтурации дистального участка холедоха пузырь напряжен и увеличен.

Ф. А. Брагин, Л. И. Горохов, В. И. Кочиашвили [2], сравнив пальпаторный и лапароскопический методы определения симптома Курвуазье (контролем служили данные, полученные при лапаротомии), показали, что полное совпадение результатов всех трех методов диагностики наблюдалось в 40,4%, несовпадение клинических данных в оценке разбираемого симптома с данными лапароскопической и операционной диагностики отмечено в 25,2%. Из 178 наблюдений в 97 случаях лапароскопия помогла установить истинное состояние желчного пузыря, в то время как в 52 случаях (29,1%) при наличии увеличенного желчного пузыря пальпаторным методом оно не было распознано.

В редких наблюдениях лапароскопическое исследование дополнялось лапароскопической холангиографией по Роеру (3 наблюдения).

Данные такой холангиографии документируют не только наличие или отсутствие обтурации, но часто и характер причинного фактора механической желтухи, что особенно важно при дифференциации «подпеченочных» раковых процессов от обструктивного холедохолитиаза.

Причинами обтурационной желтухи в наших наблюдениях были нижеследующие болезни (табл 1.).

Из 46 оперированных больных радикальному вмешательству подверглось 30 человек, у остальных произведена паллиативная операция.

Для улучшения исходов оперативных вмешательств и увеличения числа радикальных операций у больных механической желтухой необходимо шире внедрять лапароскопический метод исследования в

Таблица 1

Патология	Число набл.	Оперировано	Умерло
Рак печени	3	2	1
Рак желчного пузыря	2	2	
Рак головки панкреаса	15	13	1
Рак фатерова сосочка	4	4	1
Рак внепеченочных желчных протоков	3	3	1
Холедохолитиаз	20	20	
Цирроз, гепатит	5	2	
Итого	52	46	4

практику работы клиник и больниц, особенно инфекционного профиля, и применять его своевременно, не позднее 10—14 дней с момента появления желтухи, подозреваемой в механическом происхождении.

Быстрота и точность диагностики, возможность ее реализации в любом стационаре, располагающем операционным блоком, позволяет нам рекомендовать лапароскопию во всех затруднительных наблюдениях обструктивной желтухи.

Методика лапароскопии хорошо изложена в работе А. С. Логинова [3], осложнения при правильной технике редки (кровотечение, эмболия); эмфизема салыника, иногда возникающая в процессе наложения пневмоперитонеума, не опасна. Она наблюдалась нами только у 1 больного и закончилась без каких-либо последствий.

Потребность в срочной лапаротомии после производства лапароскопии фиксирована нами лишь у 1 больного; причиной осложнения явилось кровотечение из дефекта в печени, развившееся после пункционной биопсии. Указанное осложнение заставило нас в дальнейшем, как правило, подвергать обследованию на кровоточивость всех больных, подлежащих лапароскопии.

Включением в комплекс предоперационного лечения систематических переливаний плазмы и витаминов С, В, В-12, В-2, РР удается повысить уровень показателей естественного иммунитета (состояние фагоцитоза, титры пропердина, комплемента) у большинства больных механической желтухой, что имеет значение для снижения послеоперационной летальности.

Выводы

1. Лапароскопия является ценным методом диагностики характера желтухи и должна применяться в современных клиниках и инфекционных больницах.

2. Лапароскопическая картина желтухи механического происхождения весьма наглядна и позволяет в 98% наблюдений поставить правильный этиологический диагноз заболевания.

Գ. Գ. ՄԱՄԱՄՏԱՎՐԻՇՎԻԼԻ

ՄԵԽԱՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՂՆԱԽՏԻ ԼԱՊԱՐՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

56 լապարոսկոպիաների վերլուծման հիման վրա հեղինակը հանգել է այն եզրակացության, որ մեխանիկական դեղնախտի լապարոսկոպիական պատկերն այնքան բնորոշ է, որ հնարավորություն է տալիս բոլոր դիտումների 98%-ի դեպքում առ ճիշտ ախտորոշում: Լապարոսկոպիան արժեքավոր մեթոդ է դեղնախտի բնույթն ախտորոշելու համար և պետք է լայնորեն կիրառվի բուժական հիմնարկներում ու վարակիչ հիվանդանոցներում: Հեղինակն առաջարկում է դժվարանալիս լապարոսկոպիան զուգակցել խոլանգիոգրաֆիայի՝ ըստ Ռոնրի և լյարդի նպատակային բիոպսիայի հետ:

Լապարոսկոպիայից հետո բարդությունները հազվադեպ են և մեծ մասամբ հիվանդի համար անվտանգ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминов А. М. Перитонеоскопия. Волгоград, 1948.
2. Брагин Ф. А., Горохов Л. И., Кочиашвили В. И. Советская медицина, 1968, 9, стр. 54.
3. Логинов А. С. Лапароскопия в клинике внутренних болезней. Л., 1964.
4. Мамагтавршвили Д. Г., Цхакая З. Н. Труды VII конференции хирургов Закавказья. Баку, 1966.
5. Можайский Е. Д. Врачебное дело, 1959, 8, стр. 17.
6. Орлов Г. А. Перитонеоскопия. Архангельск, 1947.
7. Отт Д. О. Акушерство и женские болезни, 1901, 7—8, стр. 23.
8. Кальк Г. Медицинская клиника, т. 44, 1949 (на нем. языке).
9. Кароли Ж. Акта гастроэнтерологика бельгика, т. 13, 1950 (на франц. языке).