**Состояние гомеостаза при механической желтухе в зависимости от длительности билиарной окклюзии**

*Ибадильдин А.С., Мухамеджанов Г.К., Сабитов Д.Ф.*

*КазНМУ, кафедра «Хирургические болезни №3» РК., г. Алматы*

При механической желтухе степень морфофункциональных и гомеостазиологических нарушении зависят от длительности холестаза. Для профилактики и коррекции возможных осложнений при холестазе, в зависимости от сроков билиарной окклюзии, необходим постоянный мониторинг функционального состояние печени для своевременной коррекции с целью предупреждения жизнеопасных осложнений.

Механикалық сарғыштануданудың морфофункционалды және гомеостазиологиялық бұзылу дәрежесі холестаздың ұзақтығына байланасты. Бауырдың компенсаторлы қызметін анықтау және талдау, билиарлы окклюзияның мерзіміне байланысты болатын холестаздың алдын-алуда және қалпына келтіруде үлкен маңызы бар.

**The state of homeostasis with obstructive jaundice, depending on the duration of the occlusion of biliary**

At a mechanical icterus degree morphofuctional and hemostatiological disturbances depend on duration of a cholestasia. For preventive maintenance and correction of possible complications at a cholestasia, depending on terms biller occlusions, definition and the analysis compensatory liver functions is of great importance.

**Актуальность:** Рост числа больных с желчнокаменной болезнью, калькулёзным холециститом, неблагоприятным осложнением которого является механическая желтуха, вследствие холедохолитиаза, всегда вызывает много диагностических, лечебно-тактических и технических проблем, затрудняющих выбор оптимальной лечебной тактики. Помимо холедохолитиаза наметилась тенденция к увеличению больных страдающих механической желтухой некалькулезного присхождения: стеноз большого дуодельного сосочка 16-29٪, панкреатит -5,4-27 ٪, рубцовая стриктура внепеченочных желчных путей 5,3-15٪, паразитарных заболевания печени 1,6-4٪. (2 ) Все эти заболевания, при определенных условиях , приводят к желчной гипертензии и механической желтухе, частым осложнением которого является гнойный холангит, который способствует прогрессированию морфофункциональных изменении в печени на фоне нарастающей интоксикации, сочетающейся с гемодинамическими и гемореологическими расстройствами, нарушениями лимфодинамики. Степень и скорость изменений в печени зависят от темпа нарастания желчной гипертензии, нарушения микроциркуляции, гипоксии тканей, наличия воспаления в протоках и продолжительности желтухи.(1,2) В результате желчной гипертензии, билирубин и желчные кислоты оказывают на гепатоциты токсическое действие, снижают потребление гепатоцитами кислорода и разобщают окислительное фосфолирование с нарушением их функции, что ведет к изменению свойств и структуры клеточных мембран, обусловленных изменением состава мембранных липидов, холестерина, жирных кислот, нарушением активности мембраносвязующих ферментов. В зависимости от длительности механической желтухи, наряду с функциональными нарушениями в печени (выделительной, обезвреживающей) нередко возникают геморрагические осложнения, тромбозы и эмболии, которые связаны с нарушением гуморально-регуляторных систем организма-свертывающей, фибринолитической, калликрин-кининовой.(2,6 )Нарушения белкового, липидного обменов, эндогенная интоксикация имеют первостепенное значение, так как влияют на транспорт кислорода, реологические свойства крови, микроциркуляцию, клеточный иммунитет, систему гемостаза.

**Цель исследования:** изучить нарушения компенсаторной функции печени при механической желтухе в зависимости от длительности билиарной окклюзии с целью ранней диагностики и коррекции лечения.

**Материалы и методы:**  Изучено состояние гомеостаза в зависимости от продолжительности желтухи у 78 больных лечившихся в клинике в возрасте от 24 до 82 лет

В зависимости от продолжительности желтухи больные разделены на 3группы:

1 группа: длительность желтухи: 10дней, II группа 2 недели, III группа 3 недели и больше. При билиарной окклюзии длительностью до 10 дней отмечено снижение уровня альбуминов в 1,4 раза или на 30٪, повышение количества гамма-глобулинов в 1,5 раза (47٪) , повышение уровня остаточного азота (23,9ммоль/л), общий билирубин от 33,2 до 180 мкмоль. Уровень АЛТ и АСТ в пределах нормы, содержание щелочной фосфотазы повышалось у всех пациентов в 1,5-3 раза (85-190 ед/л). Данные изменения показывают нарастание диспротеинемии в ранние сроки билиарной окклюзии, доминирование холестатических процессов над цитолитическими.

Во 11 группе умеренная трансаминаземия, достоверно увеличились остаточный азот (25,8 ммоль/л), щелочная фосфатаза (192,5 ед/л) по сравнению с I группой , более чем в 2 раз повысились бета-липопротеиды (26,2 г/л). Наряду с диспротеинемией, общий билирубин по сравнению с I группой увеличился, но не достоверно (30 \* 210 мкмоль/л)

В III группе отмечается диспротеинемия со значительно выраженной гамма-глобулинемией. У 60% пациентов билирубинемия до 200 мкмоль/л, у 40% выше 200 мкмоль/л, остаточный азот повышен на 25%, АЛТ выше 3 – х норм (от 2,7 до 3,50 ммоль\к

Щелочная фосфатаза в 4,4 раза превышала нормальные величины ( 262,2 ед/л), что показывает, наряду с холестазом отмечается выраженный цитолитический процесс, у 30% больных отмечается бета- липопротеидемия, которая способствует дальнейшему, более глубокому нарушению структуры и свойств клеточных мембран.

**Выводы:**

1. При механической желтухе морфофункциональные нарушения в печени значительно отягощаются в зависимости от длительности билиарной окклюзии и усугубляются течением патологических процессов в билиарном тракте.
2. Уровень гомеостазиологических нарушений зависит от длительности холестаза, который способствует развитию цитолитических процессов в печени и нарастанию печеночной недостаточности.
3. Выявление скрытых механизмов развития осложнений при механической желтухе имеет большое значение для своевременной диагностики и активной предоперационной коррекции, пери,-послеоперационного лечения данной патологии с целью снижения операционного риска и послеоперационной летальности.

**Литература:**

1 . Апсатаров Э.А., Оразбеков Н.И «Системные поражения органов гепатобилиарной системы при желчекаменной болезни» Журнал хирургия Казахстана 1996 г № 5-6

с. 3-6

2. Андреев Г.Н .Монография «Механическая желтуха не опухолевой этиологии» Великий Новгород 2004 г. с-123

4. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова, Москва 2007 г.

6. Андреев Г.Н. « Агрегатное состояние крови и нарушение гомеостаза у больных с внутрипеченочным холестазом. Научный сборник «Клиническая медицина», Великий Новгород, РФ 2002 г. с. 238-247

7. Ибадильдин А.С., Андреев Г.Н. « Гепатология және клиникалық биохимия» Алматы «Карасай» 2008 г. с. 392

8. Ибадильдин А.С. Морфо-функциональные изменения печени при портальной гипертензии, осложненным внутрипеченочным холестазом. Вестник хирургии Казахстана №1 2011 г. Стр. 14-15