

УДК 616.36-008.5-08

И.С. МАЛКОВ^{1,2}, Р.Ш. ШАЙМАРДАНОВ¹, В.Н. КОРОБКОВ¹, И.Г. ХИСАМИЕВ²¹Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36²Казанская городская клиническая больница № 7, 420103, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 54

Пути улучшения результатов лечения больных механической желтухой

Малков Игорь Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии, тел. +7-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com

Шаймарданов Равиль Шамилович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, тел. +7-917-273-41-76

Коробков Владимир Николаевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, тел. +7-904-669-38-47,

e-mail: vladimir.korobcov@list.ru

Хисамиев Ильдар Гамилевич — врач-хирург, тел. +7-927-038-48-90, e-mail: ildar.hisa@rambler.ru

В статье проведен анализ диагностических и тактических ошибок, допущенных на этапах оказания медицинской помощи 820 больным механической желтухой. На догоспитальном этапе они имели место у 143 (17,1%) пациентов, на госпитальном — у 105 (12,8%), из них в 53 (30,3%) случаях ошибки носили сочетанный характер (встречались на двух этапах). В результате проведенного исследования представлены основные причины диагностических и тактических ошибок, определены пути их преодоления путем использования наиболее рациональных методик. Большое значение имеет выбор способа декомпрессии желчных протоков как первого этапа лечения при синдроме механической желтухи.

Ключевые слова: механическая желтуха, диагностика, хирургическое лечение.

I.S. MALKOV^{1,2}, R.Sh. SHAYMARDANOV¹, V.N. KOROBKOV¹, I.G. KHISAMIEV²¹Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Municipal Clinical Hospital № 7, 54 Chuykov St., Kazan, Russian Federation, 420103

The ways to improve result of treatment of patients with obstructive jaundice

Malkov I.S. — D. Med. Sc., Professor, Head of the Surgery Department, tel. +7-965-594-40-07, e-mail: ismalkov@yahoo.com^{1,2}

Shaymardanov R.Sh. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Surgery Department, tel. +7-917-273-41-76

Korobkov V.N. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Surgery Department, tel. +7-904-669-38-47, e-mail: vladimir.korobcov@list.ru

Khisamiev I.D. — surgeon, tel. +7-927-038-48-90, e-mail: ildar.hisa@rambler.ru

The article gives the analysis of diagnostic and tactical mistakes made at each level of medical assistance to 820 patients with obstructive jaundice. The mistakes were observed in rates: 143 cases (17,1%) at pre-hospitalization stage; 105 cases (12,8%) at hospitalization including 53 cases (30,3%) observed at both stages. As a result of the research the main reasons of diagnostic and tactical mistakes were presented. The ways of overcoming these mistakes were defined by means of using the most rational treatment methods. The choice of the way of decompression of bile vessels as first stage of treating the Syndrome of Mechanical Jaundice (SMJ) is of particular importance.

Key words: obstructive jaundice, diagnostics, surgical treatment.

Введение

В последнее десятилетие отмечается повсеместный рост числа заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной области и, как следствие этого, увеличение числа больных механической желтухой (МЖ). Целью многочисленных исследований, проводимых как в нашей стране, так и за рубежом, является снижение высокой (15-36%) послеопера-

ционной летальности при данном синдроме [1-5]. Несмотря на успехи в хирургическом лечении МЖ, достигнутые благодаря внедрению в клиническую практику современных лучевых и эндоскопических методик, актуальными остаются вопросы, связанные со сроками и видами декомпрессионных вмешательств, а также методами профилактики и лечения послеоперационной печеночной недостаточности



[6-9]. Большую роль в исходе лечения пациентов с МЖ играют диагностические и тактические ошибки, допущенные на догоспитальном этапе и в процессе стационарного лечения, частота которых составляет от 12 до 25% [10, 11]. Причины, которые лежат в их основе, зависят от многих факторов. Сюда можно отнести стертость клинической симптоматики, длительный период амбулаторного обследования, неправильная интерпретация данных лучевой диагностики, неадекватный выбор метода лечения. В результате — отсрочка с декомпрессией желчевыводящей системы и развитие «цитолитического синдрома». Его усугубляют опухолевая интоксикация, холангит, кровотечение, операционная травма и наркоз. На определенном этапе развития желтуха перестает быть только синдромом, она становится ведущим фактором, имеющим свою патологическую и клиническую характеристику, определяющим тяжесть состояния больного и прогноз заболевания [12].

Материал и методы исследования

За последние 10 лет проанализированы результаты лечения 820 больных в возрасте от 17 до 89 лет с синдромом механической желтухи, которые были госпитализированы по экстренным показаниям либо переведены из других лечебных учреждений в хирургические отделения № 1 и 2 ГКБ № 7 с 2002 по 2013 год. Таким образом, исследуемая группа была дополнена больными, которым до поступления в клинику проводилось обследование и лечение в различных стационарах города и республики. Наибольшее количество (68%) составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционно-анестезиологического риска.

В группе заболевших до 40 лет превалировала желчекаменная болезнь; среди лиц 40-50 лет частота опухолевого поражения и желчекаменной болезни была относительно равной. В возрасте старше 50 лет механическая желтуха в основном была обусловлена злокачественными новообразованиями. На всех этапах лечения диагностические и тактические ошибки, оказавшие влияние на исход заболевания, имели место у 195 (23,8%) больных. На догоспитальном этапе они имели место у 143 пациентов, на госпитальном — у 105, из них в 53 (30,3%) случаях ошибки имели сочетанный характер (встречались на всех этапах оказания медицинской помощи).

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных механической желтухой путем использования рациональной диагностики и тактики лечения.

Результаты исследования

Ретроспективный анализ тяжелых послеоперационных осложнений и летальных исходов у больных МЖ показал, что в 23,8% случаев они были обусловлены диагностическими и тактическими ошибками, допущенными на различных этапах обследования и лечения. Поскольку появление синдрома механической желтухи следует рассматривать как грозное и порой смертельное осложнение, фактор времени здесь имеет большое значение. Однако недостаточная информативность и длительность проводимых исследований у больных с начальными проявлениями механической желтухи были наиболее характерными для догоспитального этапа.

Основные причины, которые этому способствовали, можно распределить в следующем порядке:

1. Отсутствие болевого синдрома при опухолевых поражениях желчевыводящих путей (ЖВП). Такие пациенты обращались за медицинской помощью до появления механической желтухи достаточно редко. Основными их жалобами были кожный зуд, общее недомогание, слабость, отсутствие аппетита, похудание. Однако, эти тревожные симптомы оставались без внимания и больным назначали симптоматическое лечение. Следует отметить также невнимательное отношение врачей первичного звена к жалобам больных на потемнение мочи и обесцвеченность кала после болевого приступа.

2. Основной акцент в амбулаторной диагностике делался на биохимические маркеры и данные УЗИ. Повышение общего билирубина, активность трансаминаз нередко трактовали как проявления активности хронического гепатита, цирроза печени. Таких больных направляли на консультацию к инфекционисту или гастроэнтерологу. Недостаточная квалификация специалиста, проводившего УЗИ, не позволяла судить о степени расширения внутрипеченочных протоков, которые первыми реагируют на холестаза.

3. Клиническое проявление холангита, протекающего под маской ОРВИ, распознавалось только после появления иктеричности кожных покровов и видимых слизистых оболочек. До этого больным проводилось длительное лабораторное обследование, направленное на установление причины лихорадки.

Таким образом, в результате допущенных диагностических ошибок 143 пациента были госпитализированы в хирургический стационар лишь на 14-26-е сутки от начала заболевания.

Неудовлетворительные результаты лечения больных с механической желтухой у 105 (12,8%) больных на госпитальном этапе можно связать в большей степени с тактическими ошибками. Основными их причинами явились:

1. У 27 больных была выбрана одноэтапная тактика хирургического лечения больных при билирубинемии выше 100 ммоль/л. В таком случае операции протекали на фоне выраженной кровоточивости. Расширение объема хирургического вмешательства при операбельной опухоли увеличивало травматичность и время его выполнения. В результате в 12 (44,4%) случаях в ближайшем послеоперационном периоде развилась острая печеночная недостаточность. Летальность в этой группе составила 29,6%.

2. У 22 больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия при наличии гипертензии внепеченочных желчных путей без интраоперационной холангиографии. Холецистэктомия в 10 случаях была дополнена только наружным дренированием общего желчного протока. В результате сформировался полный наружный желчный свищ. Желчная гипертензия у 3 пациентов была обусловлена злокачественными новообразованиями головки поджелудочной железы и гепатикохоледоха, у 7 — холедохолитиазом и стриктурой терминального отдела общего желчного протока.

3. У 20 больных использовались неадекватные методы декомпрессии ЖВП. Накладывали холецистостому при высоких блоках ЖВП (опухоль Клацкина) либо при вовлечении в опухолевый рост устья пузырного протока, а также его окклюзии конкрементом гепатикохоледоха. Производили дренирование только одного долевого протока при окклю-



зии другого. В результате происходило нарастание желтухи, прогрессирование холангита с развитием острой печеночной недостаточности. На этом фоне повторные манипуляции, направленные на коррекцию желчеоттока были малоэффективными.

4. В 17 случаях хирурги игнорировали значение реабилитации желчи при полных желчных свищах. Это приводило к ахолии. Для нее характерны тяжелые патофизиологические нарушения. Вследствие отсутствия в тонкой кишке желчных кислот не происходит активации липазы, не эмульгируются жиры, не образуются растворимые комплексы желчных кислот с жирными кислотами, в связи с чем 60-70% жиров не переваривается, не всасывается и удаляется из организма вместе с калом (стеаторея). Нарушается также всасывание жирорастворимых витаминов (ретинола, токоферола, филлохинона), и витамина К, что приводит к кровоточивости, образованию гематом и эрозий на слизистой желудочно-кишечного тракта. Нарушается двигательная активность кишечника, развивается дисбактериоз.

5. У 2 больных была выполнена операция Монастырского (холецистоэюноанастомоз). Прорастание опухоли головки поджелудочной железы пузырного протока вызвало через 1.5 месяца рецидив желтухи, холангит, водянку желчного пузыря.

6. При ятрогенных повреждениях гепатикохоледоха у трех больных был выбран неадекватный метод билиодигестивного шунтирования. Из них в двух случаях выполнена гепатикоэюностомия с межкишечным соустьем по Брауну и заглушкой приводящей петли по А.А. Шалимову. У одной пациентки была произведена гепатикоэюностомия на выключенной по Ру петле с нарушением ее основного антирефлюксного принципа. Длина отводящей петли была всего 23 см (должна быть не менее 60 см). Результатом таких неадекватных операций является рефлюкс-холангит с последующей стриктурой анастомоза и МЖ. В одном случае имело место малоэффективное вследствие образовавшегося дефекта восстановление желчеоттока путем прямого билио-билиарного анастомозирования на Т-образном дренаже.

7. У 10 больных был наложен холедоходуоденоанастомоз с последующим развитием тяжелого рефлюкс-холангита, стриктуры анастомоза, МЖ.

8. Выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при протяженных стриктурах большого сосочка 12п-кишки также недопустимо. Широкое рассечение интрадуоденальной части общего желчного протока может привести к тяжелому осложнению — перфорации задней стенки 12п-кишки с развитием ретродуоденальной флегмоны. Однако такого осложнения нами не наблюдалось.

9. Заклинивание корзинки Дормиа при литоэкстракции крупного конкремента из гепатикохоледоха. Это осложнение, возникшее в трех случаях, также можно отнести к тактической ошибке, в результате которой всем больным была выполнена лапаротомия.

Для снижения числа диагностических и тактических ошибок в клинике используется следующий алгоритм:

1. Следует подчеркнуть, что лабораторная диагностика являлась обязательной, но не решающей в распознавании причин МЖ. Она сводилась к дифференциальной диагностике желтух, выявлению функционального состояния печени, но не позволяла установить топический диагноз. При начальных проявлениях механической желтухи на амбулатор-

ном этапе необходимо безотлагательное проведение наиболее информативных неинвазивных методов исследования гепатобилиарной зоны: УЗИ, РКТ с контрастированием либо МР-холангиографию. Чувствительность УЗИ в диагностике причин механической желтухи составила 85,3%; при желчнокаменной болезни — 97,6%; опухолях — 54%; общая специфичность — 87,5%. Трудности интерпретации УЗИ в большинстве наблюдений испытывали при небольших патологических образованиях (камни, опухоли), расположенных в терминальном отделе общего желчного протока (ОЖП). Процесс диагностики МЖ не должен отодвигать сроки начала ее лечения. Целесообразно диагностику и лечение МЖ проводить одновременно, для этого таких пациентов следует направлять в специализированное лечебное учреждение, располагающее современным диагностическим оборудованием и специалистами.

2. Несмотря на совершенствование ультразвуковой диагностики, РКТ и МРТ, объективная информация о патологии желчных протоков, достаточная для принятия решения о методе их декомпрессии, может быть получена только при прямом контрастировании желчевыводящей системы путем эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) либо при наличии холецистостомы — фистулохолецистохолангиографии. Если была наложена чрескожно-чреспеченочная холангиостомия, то производится фистулохолангиография.

3. Если уровень прямой фракции билирубина не превышает 80 ммоль/л, а длительность желтухи составляет не более 10 суток, то при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и невозможности выполнить эндоскопическую литоэкстракцию производится открытое хирургическое вмешательство. Во всех остальных случаях используется тактика двухэтапного лечения, когда на первом этапе выполняют декомпрессию ЖВП, на втором — оперативное вмешательство. Число хирургов, рискующих оперировать на пике механической желтухи, становится все меньше и меньше, и это, несомненно, положительная тенденция.

4. В настоящее время арсенал желчеотводящих методов, которые используются в клинике при МЖ, достаточно велик. В зависимости от доступа они условно разделяются на пункционные (наружные), к которым относятся чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), холецистостомия (ЧХС) под контролем УЗИ, КТ или лапароскопия и транспапиллярные, осуществляемые с помощью фиброгастро-дуоденоскопа (внутренние). Последние включают в себя ЭПСТ, различные варианты эндопротезирования желчных протоков. Данные вмешательства выполняются под местной анестезией и не сопровождаются в дальнейшем послеоперационным болевым синдромом, хорошо переносятся большинством пациентов.

5. Показания к выполнению ЭПСТ с литоэкстракцией должны основываться на точном представлении о характере препятствия для желчеоттока (размеры конкрементов, их расположение, количество, состояние устья общего желчного протока). Если размеры конкрементов не превышают диаметра общего печеночного протока, их можно удалить с помощью этой эндоскопической манипуляции и тем самым восстановить пассаж желчи в 12-перстную кишку. Подобная ситуация встречается более чем в 90% случаев, что позволяет избежать холедохотомии при последующем хирургическом вмешательстве. Однако решающее значение для успешного проведения эндоскопической литоэкстракции имеет не только раз-



мер конкремента, но и его плотность. Поэтому при обнаружении плотных конкрементов размером более 15,0 мм разумнее отказаться от данной процедуры, предотвратив тем самым ряд тяжелых осложнений (травматизация гепатикохоледаха, заклинивание корзинки Дормиа). В подобной ситуации для декомпрессии желчевыводящих путей следует выполнить чрескожно-чреспеченочную холангиостомию.

6. Если при УЗИ обнаруживается расширение гепатикохоледаха более 8,0 мм, а внутривенных протоков более 4,0 мм либо имеются множественные мелкие конкременты в желчном пузыре и наличие в анамнезе кратковременной желтухи, для выбора тактики лечения показана эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). В случае невозможности ее проведения должна выполняться интраоперационная холангиография.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Бардаков В.Г., Степанюк И.В. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2008. — Т. 13, № 4. — С. 96-105.
2. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2011. — Т. 16, № 3. — С. 50-57.
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар-М, 2009. — 568 с.
4. Trerotola S.O., Savader S.J., Lund G.B. et al. Biliary tract complications following laparoscopic cholecystectomy: imaging and intervention // *Radiology*. — 1992. — Vol. 184. — P. 195-200.
5. Lillemo K.D. et al. Major Bile Duct Injuries During Laparoscopic Cholecystectomy. Follow-Up After Combined Surgical and Radioologic Management // *Ann. Of Surg.* — 1997. — 225. — Vol. 5. — P. 459-471.
6. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // *Хирургия*. — 1998. — № 9. — С. 31-36.
7. Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Хамидов О.Х. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохоли-

7. При выборе метода внутреннего дренирования желчевыводящих путей при опухолевом поражении головки поджелудочной железы следует ориентироваться на уровень впадения пузырного протока. Операция Монастырского возможна только при высоком слиянии протоков. В остальных случаях удаляют желчный пузырь и накладывают гепатикоеноанастомоз на выключенной по Ру петле.

Таким образом, используемый алгоритм при синдроме механической желтухи, осложняющей течение доброкачественных и злокачественных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, был направлен в первую очередь на повышение информативности обследования больных, снижение частоты диагностических и тактических ошибок. Это позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений до 16,5%, а летальность — до 3,0%.

тиазе, осложненном механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 15-19.

8. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар, 2006. — 559 с.

9. Cemachovic I., Letard J.C., Begin G.F. et al. Intraoperative endoscopic sphincterotomy is a reasonable option for complete single-stage minimally invasive biliary stones treatment: short-term experience with 57 patients // *Endoscopy*. — 2000. — Vol. 12. — P. 956-962.

10. Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Бардаков В.Г. Возможности современных методов диагностики и обоснование лечебной тактики при механической желтухе // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2008. № 2. С. 24-32.

11. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Под редакцией А.Е. Борисова. В 2 томах. — СПб: Скифия, 2003. — Т. 2. — 560 с.

12. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствие «второго удара», принципы лечения // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2011. — № 3. — С. 16-26.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

НОВЫЙ ПОДХОД: ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ КОРМИТЬ ПРОСТО НЕОБХОДИМО

Перед операцией нельзя есть, это известно всем. Однако, по мнению британских хирургов, это неверно. Такие ограничения ослабляют организм пациентов и приводят к значительной потере в весе. Как отмечают специалисты, их подход отличается от принятого. За шесть часов до операции пациентам дают пищу, насыщенную углеводами (картофель, пасту), а за два часа — энергетически насыщенные напитки, пишет *The Daily Mail*.

После же операции людям советуют поесть как можно скорее. На следующий день им также рекомендовано вставать, а не лежать в кровати. Проведенное исследование доказало: метод работает. Время выздоровления резко сокращается до 3–4 дней, как и число осложнений (развитие инфекций сократилось с 11,5 до 3,8%).

Это стало возможным благодаря тому, что прием пищи до операции позволяет накопить энергетический запас, поддерживающий иммунитет. Надо сказать, данный подход изначально разработал датский хирург Хэнрик Келет в 90-е. Его методику, не получившую популярности, развили хирурги из больницы Сан-Марко и районного госпиталя Йовил. Эта программа должна была работать в течение двух лет, однако, как заявляет представитель Минздрава, после марта 2011 года работа будет продолжена за счет национальной системы здравоохранения.

Источник: NEWSru.ru