

УДК 616.36-008.51-008.6-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Ю.С. Винник, Р.А. Пахомова, Е.В. Серова, А.В. Лейман, Р.И. Андреев

ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им.проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздравсоцразвития
России
E-mail: ekaterina_s_07@mail.ru

SURGICAL CORRECTION OF JAUNDICE SYNDROME

Yu.S. Vinnik, R.A. Pakhomova, E.V. Serova, A.V. Leiman, R.I. Andreev

Krasnoyarsk State Medical University n.a. Professor V.F. Voyno-Yasensky

Проведенный сравнительный анализ хирургического лечения желчнокаменной болезни, холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, свидетельствует о том, что дополнительное использование эндоскопических способов коррекции синдрома механической желтухи при использовании двухэтапной хирургической тактики позволяет улучшить результаты лечения этой категории больных.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, механическая желтуха, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

The comparative analysis of surgical treatment of cholelithiasis and choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice suggested that the additional use of endoscopic methods in correction of the syndrome of obstructive jaundice by using a two-stage surgical approach can improve outcomes for patients.

Key words: cholelithiasis, choledocholithiasis, obstructive jaundice, endoscopic papillosphincterotomy.

Введение

Синдром механической желтухи (СМЖ) является весьма актуальной проблемой современной ургентной хирургии. Он характеризуется наличием желчной гипертензии с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку и холангиоэктазией, нарушением физиологического цикла обмена билирубина и некоторых ферментов, а также комплексом определенных клинических симптомов. Механическая желтуха возникает как осложнение пато-

логии билиопанкреатодуоденальной зоны разной этиологии: желчнокаменной болезни и холедохолитиаза, стеноза и стриктуры внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка, хронического индуктивного панкреатита и новообразований [3–7].

По мнению большинства исследователей, для улучшения результатов лечения больных с СМЖ необходимы разработка и активное внедрение современных методов диагностики и лечения, в том числе, эндоскопических методик, а также создание простых и доступных лечеб-

Таблица 1

Варианты хирургической тактики при желчнокаменной болезни, холедохолитиазе в трех клинических группах

№ гр.	Кол-во больных	Варианты первого и второго этапов хирургического лечения
1	19	Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП эффективна, купированы явления СМЖ Второй этап: ЛХЭ
2	16	Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП не эффективна, сохраняются явления СМЖ Второй этап: ХЭ, ХЛТ, дренирование ОЖП или БДА
3	14	Первый этап: ЭПСТ, экстракция конкремента ОЖП не эффективна, дополнительно ЭП ОЖП, купированы явления СМЖ Второй этап: ЛХЭ, ЛХЛТ, дренирование ОЖП

но-диагностических методов, что позволит оптимизировать тактику ведения данной категории больных [1, 2, 8, 9].

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с СМЖ.

Материал и методы

С целью уточнения выбора хирургической тактики в зависимости от эффективности первого этапа хирургической коррекции СМЖ проведена случайная выборка 49 наблюдений синдрома механической желтухи у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), острым калькулезным холециститом (КХЦ) и холедохолитиазом (ХЛ). В зависимости от вариантов первого и второго этапов хирургического лечения СМЖ больных разделили на 3 группы (табл. 1). В первую группу вошли 19 больных, у которых эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с эндоскопической механической литоэкстракцией конкрементов была эффективной. Вторую группу составили 16 больных, у которых в результате первого этапа хирургического лечения холедохолитиаз не был ликвидирован и явления механической желтухи сохранялись, что явилось показанием к раннему выполнению второго этапа лечения в условиях общего нестабильного состояния больных. Третью группу составили 14 больных, у которых в результате первого этапа хирургического лечения холедохолитиаз не был ликвидирован. Этим больным дополнительно выполняли эндопротезирование (ЭП) общего желчного протока (ОЖП), что позволило купировать проявления синдрома механической желтухи без ликвидации холедохолитиаза. Второй этап хирургического лечения выполнен в условиях стабильного общего состояния больных этой группы.

Тактика двухэтапной хирургической коррекции использована в лечении больных всех трех групп. На первом этапе у больных всех трех групп выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию с механической литоэкстракцией конкрементов общего желчного протока с помощью корзинки Дормия с целью декомпрессии и последующей санации желчевыводящих путей.

На втором этапе хирургического лечения у больных всех трех групп применены разные способы дополнительной хирургической коррекции.

У всех больных первой группы выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Из 16 больных второй группы у 12 больных проведена холецистэктомия (ХЭ), холедохолитотомия (ХЛТ), дренирование общего желчного протока по разным методикам (Вишневского, Холстеда–Пиковского, Кера), а у

Таблица 2

Продолжительность госпитального периода у больных трех групп сравнения

Клинические группы	Средние койко-дни	p
1 (n=19)	14,1±1,9	p ₂ =0,0001, p ₃ =0,1451
2 (n=16)	26,3±1,5	p ₁ =0,0001, p ₃ =0,0027
3 (n=14)	18,3±1,8	p ₁ =0,1451, p ₂ =0,0027

Примечание: p₁ – степень отличий показателя с данными в первой группе больных, p₂ – во второй группе; p₃ – в третьей группе больных.

4 пациентов выполнены ХЭ, ХЛТ и билиодигестивный анастомоз (БДА).

У больных третьей группы проводились ЛХЭ, лапароскопическая холедохолитотомия – ЛХЛТ (дополнительно использован холедохоскоп) и дренирование ОЖП по разным методикам (Вишневского, Холстеда–Пиковского, Кера).

У всех оперированных больных в сыворотке крови в динамике (на 3, 7 и 14-е сут послеоперационного периода) оценивали уровни общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) по стандартным методикам.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Проверка нормальности распределения переменных в группах наблюдения проводилась с использованием критерия Шапиро–Уилкса. Описательная статистика результатов исследования представлена для качественных признаков в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для количественных – в виде медиан (Me) и перцентилей (P₂₅; P₇₅). Для оценки статистической значимости различий учитывали отсутствие нормального распределения переменных в исследуемых группах, применяли непараметрический критерий Манна–Уитни. Значимость различий качественных показателей оценивали при помощи критерия Пирсона χ^2 с поправкой на непрерывность. Различия во всех случаях оценивали как статистически значимые при p<0,05.

Результаты и обсуждение

Общая продолжительность госпитального периода у больных первой группы составила 14,1±1,9 дней, второй – 26,3±1,5, третьей – 18,3±1,8 дней (табл. 2). Госпитальный период оказался наименьшим у пациентов первой группы со статистически значимым отличием от данных второй группы (p=0,0001) и фактически не отличался от

Таблица 3

Средние значения показателя общего билирубина у больных сравниваемых групп в динамике

Группы больных	До первого этапа		После первого этапа		3-и сут после второго этапа	
	Общий билирубин Медиана (25%; 75%)	p_u	Общий билирубин Медиана (25%; 75%)	p_u	Общий билирубин Me (25%; 75%)	p_u
1 (n=19)	54,7 (37,3; 96,9)	$p_2=0,8946$ $p_3=0,0936$	36,5 (22,8; 49,4)	$p_2=0,0196$ $p_3=0,0804$	27,7 (18,5; 37,8)	$p_2=0,0111$ $p_3=0,3299$
2 (n=16)	57,7 (37,2; 102,2)	$p_1=0,8946$ $p_3=0,1400$	58,6 (28,4; 98,5)	$p_1=0,0196$ $p_3=0,0012$	58,5 (21,5; 95,2)	$p_1=0,0111$ $p_3=0,0006$
3 (n=14)	39,7 (37,1; 51,4)	$p_1=0,0936$ $p_2=0,1400$	21,6 (20,9; 31,8)	$p_1=0,0804$ $p_2=0,0012$	19,5 (18,7; 20,8)	$p_1=0,3299$ $p_2=0,0006$

Примечание: p_1 – степень отличий показателя с данными в первой группе больных, p_2 – во второй группе; p_3 – в третьей группе больных.

Таблица 4

Средние значения показателя аланинаминотрансферазы в группах сравнения в динамике

Группы больных	До первого этапа		После первого этапа		3-и сут после второго этапа	
	АЛТМедиана(25%; 75%)	p_u	АЛТМедиана (25%; 75%)	p_u	АЛТМедиана (25%; 75%)	p_u
1 (n=19)	121,6 (95,6; 240,8)	$p_2=0,0735$ $p_3=0,3706$	36,4 (31,5; 69,8)	$p_2=0,0345$ $p_3=0,5283$	27,9 (24,0; 30,6)	$p_2=0,0133$ $p_3=0,7055$
2 (n=16)	68,4 (45,9; 130,1)	$p_1=0,0735$ $p_3=0,4176$	59,4 (46,1; 121,1)	$p_1=0,0345$ $p_3=0,0156$	62,8 (41,5; 88,6)	$p_1=0,0133$ $p_3=0,0318$
3 (n=14)	118,7 (58,5; 219,7)	$p_1=0,37,6$ $p_2=0,4176$	34,1 (23,5; 75,6)	$p_1=0,5283$ $p_2=0,0156$	25,8 (24,5; 48,6)	$p_1=0,7055$ $p_2=0,0318$

Примечание: p_1 – степень отличий показателя с данными в первой группе больных, p_2 – во второй группе; p_3 – в третьей группе больных.

Таблица 5

Средние значения показателя аспартатаминотрансферазы в группах сравнения в динамике

Группы больных	До первого этапа		После первого этапа		3-и сут после второго этапа	
	АСТ Медиана(25%; 75%)	p_u	АСТ Медиана (25%; 75%)	p_u	АСТ Медиана (25%; 75%)	p_u
1 (n=19)	78,0 (45,8; 112,8)	$p_2=0,6591$ $p_3=0,0774$	44,7 (31,5; 97,3)	$p_2=0,0318$ $p_3=0,6847$	36,4 (28,6; 82,5)	$p_2=0,0390$ $p_3=0,7055$
2 (n=16)	58,5 (35,6; 115,4)	$p_1=0,6591$ $p_3=0,1922$	74,9 (53,4; 125,8)	$p_1=0,0318$ $p_3=0,0033$	61,2 (58,4; 111,4)	$p_1=0,0390$ $p_3=0,0206$
3 (n=14)	50,2 (21,3; 58,6)	$p_1=0,0774$ $p_2=0,1922$	39,4 (36,4; 43,2)	$p_1=0,6847$ $p_2=0,0033$	36,5 (28,6; 50,1)	$p_1=0,7055$ $p_2=0,0206$

Примечание: p_1 – степень отличий показателя с данными в первой группе больных, p_2 – во второй группе; p_3 – в третьей группе больных.

такового у больных третьей группы ($p=0,1451$). Наибольшая продолжительность пребывания в стационаре оказалась во второй группе больных ($p=0,0001-0,0027$).

Сравнительный анализ данных некоторых лабораторных показателей (общий билирубин, АЛТ, АСТ) в сыворотке крови между группами больных в динамике установил, что изначально средние значения уровней показателя общего билирубина были однотипными у больных всех трех сравниваемых групп ($p=0,0936-0,8946$), таблица 3. После первого этапа лечения у пациентов первой и третьей групп средние значения уровней общего билирубина значительно снизились и стали одинаково ниже ($p=0,0804$), чем у больных второй группы ($p=0,0196-0,0012$). У больных второй группы среднее значение этого показателя оставалось неизменным по сравнению с данными до первого этапа лечения. После второго этапа лечения (на 3-и сут) у больных первой и третьей групп средние значения уровней общего билирубина нормализовались и между собой не отличались

($p=0,3299$). При этом у больных второй группы на 3-и сут после второго этапа хирургического лечения среднее значение анализируемого показателя оставалось неизменным, но статистически значимо выше, чем у больных первой ($p=0,0111$) и третьей групп ($p=0,0006$).

Средние значения показателя АЛТ изначально были сопоставимыми у больных всех трех сравниваемых групп ($p=0,0735-0,4176$), таблица 4. После первого этапа лечения у пациентов первой и третьей групп средние значения уровней АЛТ значительно снизились и стали ниже ($p=0,0156-0,0345$), чем у больных второй группы. Во второй группе оперированных пациентов среднее значение АЛТ также уменьшалось, но статистически не значимо. На 3-и сут после второго этапа лечения у больных первой и третьей групп средние значения уровней АЛТ еще более снизились. При этом у больных второй группы в этот период среднее значение АЛТ практически не изменилось, значимо превышая таковое у больных первой и третьей групп ($p=0,0133$ и $p=0,0318$ соответственно).

Средние значения уровней показателя АСТ изначально также были однотипными у больных всех трех сравниваемых групп ($p=0,0774-0,6591$), таблица 5. После первого этапа лечения у больных первой и третьей групп средние значения уровней АСТ значительно уменьшились, стали однотипно ($p=0,6847$) значимо ниже ($p=0,0318-0,0033$), чем у больных второй группы.

У больных второй группы среднее значение уровня АСТ повысилось. После второго этапа лечения (на 3-и сут) у больных первой и третьей групп средние значения уровней АСТ односторонне снизились ($p=0,7055$). При этом у больных второй группы на 3-и сут после второго этапа хирургического лечения среднее значение анализируемого показателя стало ниже, чем после первого этапа у них же, но оставалось значимо выше, чем у больных первой ($p=0,0390$) и третьей ($p=0,0206$) групп.

Заключение

Проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных с СМЖ, обусловленным желчно-каменной болезнью, холедохолитиазом, показал, что дополнительное использование эндоскопических способов (эндоскопическая папиллосфинктеротомия и эндопротезирование) коррекции СМЖ при выборе двухэтапной хирургической тактики позволяет улучшить результаты комплексного лечения, способствует сокращению сроков пребывания в стационаре и раннему устранению проявлений механической желтухи.

Литература

- Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Ризаев К.С. и др. Роль эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике синдрома Мириizzi, обусловленного холедохолитиазом // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 63–64.
- Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Самратов Т.У. Синдром Мириizzi – диагностика и хирургическое лечение // Анналы хирургической гепатологии – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 64.
- Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 27–30.
- Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Воробьев В.К. Серьезные хирургические осложнения лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 1. – С. 11–12.
- Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии // Хирургия. – 1998. – № 1. – С. 4–7.
- Харнас С.С., Синицын В.Е., Шехтер А.И. Диагностический подход при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 36–41.
- Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар, 2006. – 568 с.
- Маярчук В.И., Климов А.Е., Пауткин Ю.Ф. Билиопанкреатодуоденальный рак. – М.: Изд-во РУДН, 2006. – 444 с.
- Лазаренко В.А., Охотников О.И., Чухраев А.М. Малоинвазивная хирургия абсцессов печени // Вестник хирургии. – 2003. – № 2. – С. 88–91.

Поступила 04.05.2012

Сведения об авторах:

Винник Юрий Семенович, докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.

E-mail: yuvinnik@yandex.ru.

Пахомова Регина Александровна, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.

E-mail: pra5555@mail.ru.

Серова Екатерина Валерьевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.

E-mail: ekaterina_s_07@mail.ru.

Лейман Альберт Викторович, клинический ординатор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.

E-mail: albert-cxn@mail.ru.

Андреев Роман Иванович, клинический ординатор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития России.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.

E-mail: andreev_surgeon@mail.ru.