

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Р.А. Пахомова

Красноярская государственная медицинская академия им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

Резюме. *Статья основана на результатах обследования и хирургического лечения 137 больных с механической желтухой разного генеза. Имеются сведения о причинах возникновения, особенностях проявления и выборе лечебной тактики при этой патологии.*

Ключевые слова: механическая желтуха, хирургическая тактика.

В последние годы количество больных с механической желтухой, нуждающихся в хирургической помощи, не уменьшается. Разработка стандартов дифференциальной диагностики желтух, в том числе и при различных формах механической желтухи, остается актуальной проблемой в современной хирургической практике [1, 3, 4, 7, 8].

Повышение точности диагностики позволяет выбрать верную тактику и адекватный вид оперативного вмешательства, направленный на раннюю реканализацию и декомпрессию желчевыводящих путей, и тем самым улучшить результаты лечения. При этом развитие высокотехнологичных методик диагностики и малоинвазивных способов лечения больных с механической желтухой позволит в целом улучшить результаты лечения [2, 5, 6, 9].

Цель исследования: улучшение результатов лечения путем оптимизации лечебно-диагностических мероприятий у больных механической желтухой.

Задачи исследования: 1) на основании ретроспективного клинического анализа определить структуру заболеваний, формирующих синдром механической желтухи; 2) определить алгоритм наиболее информативных методов исследования для дифференциальной диагностики различных форм механической

желтухи; 3) обосновать выбор адекватной хирургической тактики и вида оперативного вмешательства при механической желтухи различной этиологии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 137 больных с механической желтухой в I хирургическом отделении (хирургической гепатологии) МУЗ ГKB №6, что составило 7,3% от общего числа всех госпитализированных за соответствующий период времени. В работе использованы методы вариационной статистики с дополнительным использованием критерия Фишера-Стьюдента.

Таблица 1

Распределение больных с механической желтухой по форме патологии

Диагноз	n	%
ЖКБ, острый холецистит, холедохолитиаз	34	22,1
ПХЭС, холедохолитиаз	20	13
Стеноз БДС	37	24,1
Опухоль:	24	15,6
поджелудочной железы	18	
печени	2	
фатерова соска	2	
желчного пузыря	1	
холедоха	1	
Острый отечный или деструкт. панкреатит	17	11,0
Вирус. гепатит и инфекц. желтуха	5	3,2
Итого	137	100,0

Среди обследованных больных мужчин было 53 (40,2%), женщин – 79 (59,8%). По половому признаку группы были сопоставимы. Наибольшее количество больных относились к возрастной группе от 60 и старше, что составило 105 (68,2%) больных.

Учитывая полиэтиологический характер желтухи, при обследовании больных использовали комплекс диагностических методов и средств (клиниче-

ские, лабораторные и аппаратно-инструментальные методы). При дооперационном комплексном обследовании больных дополнительно использовали УЗИ брюшной полости с выявлением патологии печени, желчного пузыря (конкременты, толщина стенки желчного пузыря, размеры, наличие внепеченочной и внутрипеченочной холангиоэктазии, сужение желчных путей, холангита, холедохолитиаза, размеры поджелудочной железы); фиброгастродуоденоскопию (ФГДС); эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с оценкой уровня блока, «природы» и протяженности стеноза или стриктуры терминального отдела холедоха; рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) с ретроградным контрастированием желчных протоков, исследование панкреатического сока на атипичные клетки (цитологическое исследование).

Результаты и обсуждение

Все больные были госпитализированы по неотложным показаниям через разные промежутки времени (от 2 часов до 1 месяца) от начала заболевания с жалобами на желтуху, ухудшение общего самочувствия, боли в правом подреберье и эпигастральной области. По длительности догоспитального периода заболевания больных подразделили на 4 группы. У 32 (24,2%) больных длительность желтухи была до 24 часов, у 40 (30,3%) – от 1 до 3 суток, у 52 (39,4%) – от 3 суток до 3 недель и у 8 (6,1%) – более 3 недель.

Уровень сывороточного билирубина (ммоль/л) у 63 (47,7%) больных составил до 100 ммоль/л, у 51 (38,6%) – от 101 до 200 ммоль/л, у 12 – от 201 до 300 ммоль/л и у 6 (4,5%) – более 300 ммоль/л.

Степень холангиоэктазии у обследованных была разной выраженности. У 53 (40,1%) больных диаметр холедоха был до 1 см в диаметре, у 62 (46,9%) – от 1,1 до 1,5 см, у 12 (9,2%) – от 1,6 до 2 см и у 5 (3,8%) – более 2 см.

Среди причин холангиэктазии на первое место выходит холедохолитиаз, на второе – стенозы БДС, на третьем – рак поджелудочной железы, внепеченочных желчных протоков. Более редкими причинами являются: стенозирую-

ший гнойный холангит, воспалительные и посттравматические стриктуры холедоха.

Из общего числа поступивших у 5 (3,8%) больных после дифференциальной диагностики механическая желтуха была исключена, был диагностирован вирусный гепатит, в дальнейшем они прошли лечение в условиях инфекционного отделения. При этом из всей группы госпитализированных только 9 (6,8%) больных были переведены из инфекционного отделения с диагностированной механической желтухой после исключения вирусного гепатита.

У 25 больных был выставлен диагноз гнойный холангит. Чаще он наблюдался на фоне холестаза при холедохолитиазе (56%), несколько реже – при раке поджелудочной железы (36%), и в редких случаях – на фоне стеноза БДС или рака фатерова соска (8%). При гнойном холангите практически всегда отмечали триаду Шарко (сочетание лихорадки, озноба и желтухи).

С диагностической целью РХПГ было выполнено 32 больным, что составило 24,2% от всех.

При лечении больных с механической желтухой, вызванной холедохолитиазом, отдавали предпочтение эндоскопическим методам, т.е. хирургическая коррекция проводилась в два этапа. Первым этапом выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с механической литоэкстракцией конкрементов для декомпрессии и санации желчевыводящих путей. ЭПСТ выполняли после медикаментозной подготовки больного, которую подбирали с учетом состояния больного, возраста, наличия и степени тяжести сопутствующих заболеваний, срочности проведения вмешательства. Были выделены три группы больных. В 1-ю группу вошли 35 больных, у которых ЭПСТ с механической литоэкстракцией конкрементов было эффективно. Во 2-ую (n=17) и 3-ью (n=3) группы были включены больные, где механическая литоэкстракция конкрементов была неудачной.

При трудно удаляемых конкрементах холедоха и выраженной эндотоксемии лечение выполняли в несколько этапов. На первом этапе с помощью ФГДС

оценивали состояние БДС и проводили силиконовый катетер (внутреннее дренирование холедоха) с продвижением фрагмента дренажа проксимальнее ущемленного камня. В этих случаях эндоскопическое вмешательство на БДС вместе с дренированием холедоха служило временной мерой и использовалось для предоперационной подготовки. Лечебный механизм прежде всего был направлен на медленное и постепенное разрешение холестаза, что способствовало улучшению функционального состояния печени и уменьшению выраженности эндогенной интоксикации. Это в конечном итоге уменьшило риск операции и послеоперационного периода у больных с механической желтухой.

Сроки второго этапа операции определяли в зависимости от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре и общего состояния больного.

Больные 1-й группы оперированы лапароскопическим способом с помощью оборудования фирмы «Karl Storz» (Германия). Лапароскопическая холецистэктомия осуществлялась с применением стандартного доступа с введением четырех троакаров в стандартных точках. Во всех случаях выполнялась холецистэктомия от шейки.

Больные 2-й группы с острым калькулезным холециститом и механической желтухой оперированы из срединного лапаротомного доступа. После вскрытия брюшной полости производилась пункция желчного пузыря, холецистэктомия, холедохолитотомия, санация холедоха. Операцию завершали дренированием холедоха по Вишневскому, Пиковскому.

У больных 3-й группы оперативное вмешательство было выполнено лапароскопическим способом: холецистэктомию, холедохолитотомию, холедохоскопию, санацию и дренирование холедоха.

При других формах механической желтухи выполняли разноименные вмешательства, направленные на ликвидацию холестаза.

Таблица 2

Общая структуры вариантов хирургической коррекции у всех больных

Операции:	n	%
-----------	---	---

Эффективное ЭПСТ	103	78,1
Лапароскопическая холецистэктомия (после ЭПСТ с успешной литоэкстракцией)	35	26,5
Лапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха (по Керу, Вишневскому, Пиковскому)	17	12,8
Лапаротомия, холедоходуоденоанастомоз по Зассе-Краковскому, дренирование по Байли-Смирнову	7	5,3
Лапаротомия, дренирование сальниковой сумки	3	2,3
Лапаротомия, транспеченочное дренирование	2	1,5
Лапаротомия, холецистэктомия, панкреатодуоденальная резекция, лимфаденэктомия	1	0,7
Лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому	3	2,3

Умерло 14 (10,6%) больных. В структуре причин летальности у одного больного установлен рак печени, у 8 – рак поджелудочной железы, у 3 – полиорганная недостаточность вследствие эндотоксикоза тяжелой степени на почве ЖКБ и холедохолитиаза, у одного – рак желчного пузыря. Кроме того у одного смерть наступила в условиях быстро прогрессирующей сердечной недостаточности на почве ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения.

Поливалентность проблемы желтухи в хирургической клинике обусловлена совмещением самых современных эндоскопических, видеолапароскопических и открытых современных вмешательств. Улучшение результатов хирургического лечения обтурационной желтухи, несомненно, связано с дальнейшим развитием малоинвазивных вмешательств и технологий и «включением» их в арсенал хирургической коррекции механической желтухи.

Механическая желтуха – сложная и многоплановая проблема, часто включающая комбинацию изменений внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка. Диагностическая программа и лечебная тактика не могут быть однотипными и зависят от сроков заболевания, характера изменений желчных протоков, степени желчной гипертензии, выраженности

билирубинемии, общего состояния больного и некоторых других причин. Прева-
лирование в клинике того или иного осложнения часто диктует пересмотр
тактики лечения в условиях оказания неотложной помощи.

SURGICAL TACTICS AT A MECHANICAL ICTERUS

R.A. Pahomova

Krasnoyarsk state medical academy named in honour of V.F. Vojno-Yasenetskij

The article is based on outcomes of examination and surgical treatment 137 ill
with a mechanical icterus of a miscellaneous genesis. There are items of information
on the causes of originating, features of a development and selection of medical
tactics at this pathology.

Литература

1. Ермолов А.С., Упырев А.В., Иванов П.А. Хирургия желчнокаменной болез-
ни: от пройденного к настоящему // Хирургия. – 2004. – №5. – С.4-9.
2. Лежнев Д.А. Компьютерно-топографическое исследование желчных прото-
ков: сб. научн. работ / Актуальные вопросы практической медицины. – М.,
1999. – Вып. 3. – С. 89-94.
3. Перминова Г.И., Соколов А.А., Кингсеп Н.А. и др. Сложные случаи интер-
претации рентгенологических данных в диагностике причин механической
желтухи: матер. 4-го Моск. межд. конгр. по эндоскопич. хирургии. – М. –
2000. – С. 227-229.
4. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Григорян Р.С. Лапароскопическая холе-
цистэктомия при холедохолитиазе и стриктуре терминального отдела обще-
го желчного протока // Хирургия. – 2000. – №9. – С. 4-8.
5. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др. Малоинвазивные вмеша-
тельства на желчных путях в современной общехирургической клинике //
Анн. хирургии. – 2001. – №1. – С. 39-43.

6. Rabenstein T., Roggenbuck S., Framke B. Complications of endoscopic sphincterotomy: can heparin prevent acute pancreatitis after ERCP? // *Gastrointest. Endoscop.* – 2002. – Vol. 55, №4. – P. 476-483.
7. Berber E., Engle K.L., String A. Selective use of tube cholecystostomy with interval laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis // *Arch. Surg.* – 2000. – Vol. 135. – P. 341-346.
8. Kaw M., Al-Antably Y., Kaw P. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy // *J. Hepatobil. Pancreat. Surg.* – 2002. – Vol. 9, №4. – P. 429-435.
9. Pessaux P., Regenet N., Tuech J.J. Laparoscopic versus open cholecystectomy: a prospective comparative study in the elderly with acute cholecystitis // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* – 2001. – Vol. 11, №4. – P. 252-255.