

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Левчук А.Л.,
Бардаков В.Г., Степанюк И.В.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова

УДК 616.36-008.5-089

Резюме

Проанализирован опыт лечения 247 пациентов с механической желтухой, поступивших в НМЦХ им. Н.И. Пирогова с 2004–2008 г. Для дифференциальной диагностики механической желтухи применяли неинвазивные и инвазивные методы исследования. Эффективность механической литотрипсии достигла 86%. Основным методом завершения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, в случае невозможности выполнения традиционного хирургического вмешательства, является эндопротезирование желчевыводящих протоков. При выборе метода желчеотведения необходимо учитывать уровень обтурации желчевыводящих путей, распространение патологического процесса и состояние пациента. Двухэтапный метод лечения синдрома механической желтухи, позволил уменьшить количество послеоперационных осложнений на 17%, а летальность снизить до 2,8%.

Ключевые слова: Миниинвазивные хирургические пособия, эффективность механической литотрипсии, чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства, традиционные хирургические вмешательства, эндопротезирование желчевыводящих протоков, декомпрессия желчевыводящих путей, метод желчеотведения, обтурация желчевыводящих путей, двухэтапный метод лечения, послеоперационные осложнения, летальность.

Введение

Проблема лечения желтухи механической этиологии (син.: обтурационная, обструктивная, подпеченочная) остается одной из труднорешаемых до настоящего времени задач клинической хирургии [2, 3, 4, 13, 15]. Несмотря на обширный арсенал современных методов исследования, дифференциальная диагностика механической желтухи сложна, а позднее выявление истинной причины ее приводит к значительной задержке выполнения необходимого хирургического вмешательства. Определенные достижения в лечении этой тяжелой категории больных связаны, в первую очередь, с внедрением в клиническую практику лечебных учреждений современных (лапароскопических, эндоскопических, ультразвуковых, рентгенотелевизионных) миниинвазивных технологий [1, 3, 4, 10, 17, 18]. Вместе с тем вопросы рациональной лечебной тактики при механической желтухе остаются одними из наиболее сложных в хирургической гастроэнтерологии.

Материалы и методы

Проанализирован опыт диагностики и лечения 247 пациентов с механической желтухой, поступивших в НМЦХ им. Н.И. Пирогова с 2004–2008 г. Больные были в возрасте от 17 до 81 года, среди них 114 женщин и 133 мужчин.

Традиционное оперативное лечение больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, печеночной недостаточностью, тромбозом геморрагическим

SURGICAL APPROACH IN CASE OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME

Shevchenko Yu.L., Vetshev P.S., Stoyko Ju.M., Levchuk A.L., Bardakov V.G.,
Stepanjuk I.V.

The experience of diagnostics and treatment of 247 patients (2004–2008) with obstructive jaundice entered to NMSC named after N.I. Pirogov has been analysed. The efficiency of mechanical lithotripsy has reached 86%. In case of impossibility of the performance of traditional surgical intervention the basic method of the ending of transcutaneous transhepatic endobiliary interventions is endoprosthesis replacement of bile-excreting ducts. At a choice of the method of bile removing it is necessary to consider a level of obturation of bile-excreting ducts, distribution of the pathological process and condition of patient. Two-stage method of the treatment of syndrome of obstructive jaundice has allowed to reduce the quantity of postoperative complications by 17%, and to lower the lethality to 2,8%.

Keywords. Minimally invasive surgical training aids, mechanical lithotripsy efficiency, transcutaneous transhepatic endobiliary intervention, traditional surgery, endoprosthesis replacement of the biliary passages, decompression of biliary passages, biliary drainage method, obstruction of the biliary passages, two-stage medical treatment method, surgical complications, mortality.

синдромом и т.п., является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью [5, 8, 9]. Послеоперационная летальность пациентов с неопухолевой желтухой составляет 10,4–25,2%, а больных опухолевой желтухой может достигать 40% [3, 6, 12]. Высокая летальность после традиционных операций, проведенных на фоне длительной механической желтухи, требовала разделить лечебный процесс у этой тяжелой категории больных на два основных этапа: на первом этапе декомпрессию желчевыводящих путей с применением миниинвазивных технологий (чрескожных, эндоскопических). После медленного устранения желчной гипертензии (быстрая декомпрессия нежелательна, так как может привести к усугублению печеночной недостаточности, гемобилии), устранения эндогенной интоксикации (путем инфузионной терапии, гемодилюции, по показаниям плазмафереза), улучшения функционального состояния печени переходили к окончательному второму этапу лечения. Такой двухэтапный подход к лечению этой тяжелой категории больных находит в последние годы все большее число сторонников [7, 9, 11, 14, 16]. Широкое внедрение нами в последние годы в клиническую практику новых тактических и технологических схем лечения больных механической желтухой посредством применения щадящих методов декомпрессии желчевыводящих путей и способов санации протоков позволило существенно улучшить результаты лечения. Показания к применению того или иного метода декомпрессии желчевыводящих

путей с применением современных миниинвазивных технологий (эндоскопических, лапароскопических операций, операций из мини-доступа, операций под контролем УЗИ, рентгенотелевидения или эндоскопии) устанавливали индивидуально в зависимости от клинической ситуации, характера, уровня и протяженности препятствия оттоку желчи, возможностей стационара, квалификации специалистов.

Наиболее целесообразным считали применение эндоскопических методов желчеотведения при холангиолитиазе (особенно холедохолитиазе), поражениях терминального отдела общего желчного протока (непротяженные стриктуры, стеноз БСДК, папиллит и др.).

Результаты

Высокая диагностическая эффективность ЭРХПГ у 192 (77,73%) пациентов выгодно сочеталась с возможностью выполнения лечебных процедур (папиллосфинктеротомии, литэкстракции и литотрипсии, назобилиарного дренирования, санации желчных протоков, установки эндопротезов и др.) (табл. 1).

Лечебная тактика при холедохолитиазе в настоящее время стала более активной в связи с разработкой различных методов литэкстракции и литотрипсии. Литэкстракция показана пациентам с отягощенным анамнезом, когда нежелательно проведение повторных рентгенконтрастных исследований, при опасности вклинения конкрементов в терминальном отделе ОЖП, при множественных мелких конкрементах. Процедура противопоказана тогда, когда диаметр конкремента превышает диаметр ОЖП и размеры папиллотомического отверстия. Потребность в литэкстракции возникла у 20,57% пациентов. Эффективность механической ли-

тотрипсии достигла 86%. Назобилиарное дренирование тонким катетером, как правило, становилось завершающим этапом эндоскопических вмешательств. Широкие возможности назобилиарного дренирования позволили повысить эффективность эндоскопических методов лечения и уменьшить число возможных осложнений. Назобилиарное дренирование у 66 (23,4%) больных имело большое значение для проведения эндопротеза у 21, лечения наружного желчного свища у 3, холангиогенных абсцессов у 7, аспирации желчи для биохимического, цитологического и бактериологического исследования, временного дренирования желчных протоков при невозможности эндопротезирования у 45 пациентов. У 47 больных опухолевой обтурацией желчевыводящих путей после проведения контрастного исследования выполнены ПСТ, а 21 – назобилиарное дренирование с эндопротезированием (стенированием) внепеченочных и раздельное эндопротезирование печеночных протоков.

Эндоскопическое ретроградное дренирование значительно облегчало подготовку пациентов, не ухудшая их состояния, к последующим операциям на желчевыводящих путях, а эндопротезирование являлось окончательным этапом лечения у 16 неоперабельных больных. При невозможности применения, либо нецелесообразности эндоскопических методов декомпрессии и дренирования желчевыводящих протоков («высокий блок» желчновыводящих путей) у 29 пациентов использовали чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) под контролем УЗИ и рентгенотелевидения. Наиболее физиологично наружно-внутреннее дренирование. Вмешательство заканчивали дозированной декомпрессией желчных путей в условиях ЧЧХС с последующим окончательным восстановлением оттока желчи оперативным способом. Дозированная декомпрессия желчевыводящих протоков осуществлялась путем регулирования просвета дренирующего катетера. Высокий уровень окклюзии у всех больных был обусловлен онкологическим процессом и диктовал единственно возможный метод декомпрессии – ЧЧХС. Во всех случаях стремились выполнить реканализацию опухоли с наружно-внутренним дренированием для последующего протезирования или стентирования ОЖП. При разобщении долевых печеночных протоков производили их раздельное дренирование, что было выполнено у 8 больных. В условиях гнойного холангита отдавали предпочтение наружному дренированию до полной санации желчевыводящих протоков и антибактериальной терапии с учетом ассоциации аэробной и анаэробной микробной флоры в 70,1% наблюдений. В 5 случаях нерезектабельной опухоли переводили наружное дренирование в наружно-внутреннее с последующим выполнением эндопротезирования.

Наружная холецистостомия наиболее приемлема в комплексной терапии острого панкреатита, осложненного механической желтухой. Лапароскопическую холецистостомию выполнили 14 больным, чрескожную чреспеченочную холецистостомию под контролем

Табл. 1. Вид минимально инвазивных технологий в лечении механической желтухи (I этап – декомпрессия желчевыводящих протоков)

Вид операции	Число больных	
	абс.	%
I. Эндоскопические методы		
РХПГ с временным ретроградным назобилиарным дренированием	66	23,4
РХПГ с эндоскопической дозированной папиллосфинктеротомией	47	16,67
РХПГ со стентированием	21	7,45
РХПГ с механической литэкстракцией	58	20,57
II. Пункционные методы		
Наружная холецистостомия под контролем УЗИ	41	14,54
Чрескожная чреспеченочная антероградная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ и рентгено-30П (электронно-оптического преобразователя на рентгеновско-васкулярном комплексе «Integrис V-3000») со стентовым эндопротезированием	29	10,28
III. Лапароскопические методы		
Лапароскопическая холецистостомия с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки	14	4,96
Лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием общего желчного протока	6	2,13
Всего	282	100

УЗИ – 29. Желчеотведение через холецистостому при опухолевом поражении ограничено ввиду возможного опухолевого стеноза устья пузырного протока. Основным методом завершения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, в случае невозможности выполнения традиционного хирургического вмешательства, является эндопротезирование желчевыводящих протоков. Эндопротезирование проводили, как правило, на втором этапе (после стабилизации состояния больного), а в неосложненных случаях оно было проведено одномоментно с дренированием желчных протоков. Чреспеченочное эндопротезирование желчных протоков у 29 больных механической желтухой, обусловленной нерезектабельными опухолями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, являлось эффективным методом внутреннего дренирования, представляя собой один из вариантов современных миниинвазивных технологий, и рассматривалось нами как альтернатива хирургических операций у 12 пациентов.

Из 164 (66,40%) пациентов с заболеваниями, вызывающими острую непроходимость желчных протоков, с синдромом болевой механической желтухи, после I этапа – декомпрессии билиарной системы впоследствии оперировано 137 (83,54%). Лечение 27 (16,46%) больных было ограничено эндоскопическими оперативными вмешательствами I этапа (ПСТ – 20 (14,6%), временное стентирование – 7 (5,11%). Операции II этапа (радикальные – 124 (90,51%), паллиативные – 13 (9,49%) в этой группе больных (табл. 2) выполняли после купирования явлений печеночной недостаточности и нормализации уровня билирубина в крови (в среднем 4,8 суток). Лапароскопические холецистэктомии произведены 63 (28,64%) пациентам после выполнения ПСТ, холелитоэкстракции.

После неудачных попыток эндоскопической холелитотрипсии и «фиксированных» крупных конкрементах ОЖП 44 (32,12%) больным произведены традиционные холецистэктомии с выполнением интраоперационной холедохоскопии, холелитотомии, дренирования ОЖП у 17 (12,41%), с наложением холедоходуоденоанастомоза у 27 (19,71%) пациентов. Эта группа больных характеризовалась наибольшим количеством выполненных радикальных оперативных вмешательств, из них более 50% – эндовидеохирургическим способом. Необходимо отметить, что желтуха у этих пациентов быстро поддавалась купированию в результате оперативных пособий I этапа, а явления печеночно-почечной недостаточности отмечены лишь в 17,4% наблюдений с синдромом СВР (острый панкреатит, холангит, билиарный сепсис).

Из 83 (33,60%) пациентов с заболеваниями, вызывающими хроническую (опухолевую) непроходимость желчных протоков, с синдромом безболевого механической желтухи, после I «декомпрессионного» этапа оперированы 63 (75,90%). Лечение 20 (24,10%) больных с местнораспространенными опухолями и четвертой стадией онкологического процесса ограничивали выполнением операций I этапа (эндоскопическое постоянное

Табл. 2. Характер оперативных вмешательств при заболеваниях панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой, после декомпрессии желчных протоков и купирования желтухи (II этап – радикальные и паллиативные традиционные хирургические операции)

Характер операции	Число больных	
	абс.	%
I. Радикальные оперативные вмешательства при холелитиазе		
Лапароскопическая холецистэктомия после ПСТ, холелитоэкстракции	63	28,64
Традиционная холецистэктомия, холедохолитотомия, наружная холедохостомия (по Керу, Вишневному, Холстеду)	17	7,72
Традиционная холецистэктомия, супрадуоденальная холедоходуоденостомия (по Юрашу)	27	12,27
II. Радикальные оперативные вмешательства при опухолевых и неопухолевых заболеваниях желчевыводящих протоков		
Резекция общего желчного протока с формированием гепатикоэнтероанастомоза	3	1,36
Панкреатодуоденальная резекция	4	1,82
Рассечение стриктуры общего желчного протока с формированием холедохоеюноанастомоза	23	10,45
III. Радикальные оперативные вмешательства при прочих болезнях панкреатобилиарной зоны		
Панкреатодуоденальная резекция	14	6,36
Продольная панкреатоеюностомия с холедоходуоденостомией (по Юрашу)	2	0,91
Цистодуодено-, цистоеюностомия на выключенной петле (по Ру)	13	5,91
Расширенная холецистэктомия с резекцией IV сегмента печени	2	0,91
IV. Паллиативные операции		
Холецистоеюностомия с энтеро-энтероанастомозом (по Монастырскому-Шалимову)	17	7,73
Холедохоеюностомия с энтеро-энтероанастомозом (по Герцену-Ру)	12	5,46
Холецистоеюно-, гастроеюностомия с энтеро-энтероанастомозом	14	6,36
Диагностические лапароскопии (удаление асцита, биопсия тканей)	9	4,1
Всего	220	100

стентирование – 19 (22,89%), внутреннее внутрипеченочное стентирование после ЧЧХС – 8 (9,64%). Кроме этого, в этой группе произведено 9 (10,84%) диагностических лапароскопий, сопровождающихся удалением асцитической жидкости и взятием биопсийного материала, и 33 (39,76%) операции паллиативного характера (наложение билио-дигестивных (шунтирующих) операций – 29 (34,94%), при компрессии двенадцатиперстной кишки – наложение холецистоеюно-, гастроэнтероанастомозов – 14 (16,87%). Паллиативные (шунтирующие) операции проводили при технической невозможности выполнения эндопротезирования эндоскопическим или чрескожным чреспеченочным способом. Радикальные оперативные вмешательства при неопухолевых причинах желтухи выполнены 38 (45,78%) больным (рассечение стриктур – 23 (27,71%), продольная панкреатоеюностомия – 2 (2,41%), анастомозы кист поджелудочной железы с тонкой кишкой – 13 (15,66%). При раке головки поджелудочной железы, БДС, терминального отдела ОЖП и желчного пузыря выполнено 23 (27,71%) радикальных оперативных вмешательств (ПДР – 18 (21,69%), резекция ОЖП – 3 (3,61%), холецистэктомия с резекцией IV сегмента печени – 2 (2,41%). Механическая желтуха в этой группе носила упорный характер, сопровождалась тяжелым течением печеночно-почечной недостаточности, гемор-

рагическими и водно-электролитными расстройствами, характеризовалась медленным купированием (от 3-х недель до 2-х месяцев после операций I этапа). Именно эта группа больных с механической желтухой характеризовалась наибольшим числом осложнений – 69 (83,13%) и летальных исходов – 5 (6,02%) (табл. 3).

Наиболее частыми осложнениями механической желтухи калькулезного генеза явились: ранний острый послеоперационный панкреатит – 20 (8,1%), острая язва ЖКТ, осложненная кровотечением – 24 (9,72%). Гнойно-септические осложнения (нагноение послеоперационных ран – 28 (11,34%), пневмонии – 7 (2,83%), билиарный сепсис – 6 (2,43%)) наиболее часто проявлялись в послеоперационном периоде у пациентов с опухолями ОЖП, БДС, холедохолитиазом, сопровождающимся гнойным холангитом, холангиогенными абсцессами печени. Несостоятельность панкреатоюно-, билиодигестивных анастомозов, сопровождающаяся желчеистечением и панкреатическими свищами – 7 (2,83%), прогрессирование печеночно-почечной недостаточности и геморрагических расстройств – 13 (5,26%), инфаркт миокарда – 2 (0,81%) – развились в группе пациентов старше 60 лет со злокачественным генезом механической желтухи (после ПДР по поводу рака головки поджелудочной железы, резекции ОЖП по поводу аденокарциномы, расширенной холецистэктомии по поводу перстневидноклеточного рака, а также паллиативных операций по поводу неоперабельного рака панкреатобилиарнодуоденальной зоны).

Заключение

При выборе метода желчеотведения необходимо учитывать уровень обтурации желчевыводящих путей (проксимальный или дистальный), распространение патологического процесса на окружающие органы и ткани и состояние пациента (планируется ли после дренирования

желчевыводящих протоков и декомпрессии выполнение радикального хирургического вмешательства), прогнозируемое время жизни после миниинвазивного вмешательства, если радикальная операция не показана, вероятность возможных осложнений, материально-техническое обеспечение и уровень подготовленности хирурга к тому или иному виду операции.

Двухэтапный метод лечения синдрома механической желтухи, осложняющей течение доброкачественных и злокачественных заболеваний билиарнопанкреатодуоденальной зоны (первый этап – декомпрессия желчных протоков, второй этап – выполнение радикальных и паллиативных традиционных хирургических вмешательств), позволил уменьшить количество послеоперационных осложнений на 17%, а летальность снизить до 2,8%.

Литература

1. Астапенко В.Г., Козырев М.А., Федорович Е.Н. Проблемы хирургии желчных путей. – М., 1982. – С. 131–132.
2. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982.
3. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Рос. журн. гепатол., колопроктол. – 1999. – С. 18–24.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар, 2006. – 559 с.
5. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // Хирургия. – 1999. – № 10.
6. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулюк А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – М.: Видар-М, 2000.
7. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: Медпрактика, 2003.
8. Савельев В.С. 80 лекций по хирургии. – М.: Литтерра, 2008. – 910 с.
9. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе // Анн. Хир. гепатол. – 1998. – Т. 3, № 1. – С. 96–111.
10. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. – 1998. – № 9.
11. Шевченко Ю.Л. Шадящая хирургия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С. 72–91.
12. Archer S.B. et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy // Results of a National Survey // Ann. Surg. – 2001. – Vol. 234, N 4. – P. 549–558.
13. Greenlee R.T., Hill-Harmon M.B., Murray T., Thun M. / Cancer statistics, 2001 // CA Cancer J. Clin. – 2001. – Vol. 51 (15). – P. 36.
14. Lillemoe K.D. et al. Major Bile Duct Injuries During Laparoscopic Cholecystectomy. Follow-Up After Combined Surgical and Radiologic Management // Ann. Of Surg. – 1997. – Vol. 225, N 5. – P. 459–471.
15. Mu D.Q., Peng Y.S., Wang F.G., Xu Q.J. Significance of perigastric lymph node involvement in periampullary malignant tumor // World J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 10 (4). – P. 614–616.
16. Podnos Y.D., Jimenez J.C., Zainabadi K. et al. Carcinoid tumors of the common bile duct: report of two cases // Surg. Today. – 2003. – Vol. 33 (7). – P. 553 – 555.
17. Stewart L., Way L.W. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy // Arch. Surg. – 1995. – N 130. – P. 1123–1129.
18. 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.

Табл. 3. Послеоперационные осложнения и причины летальных исходов больных с механической желтухой

Характер послеоперационных осложнений	Число осложнений		Число летальных исходов	
	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность панкреатоюно-, билиодигестивных анастомозов, желчеистечение, панкреатические свищи	7	2,83	1	0,4
Ранний острый послеоперационный панкреатит	20	8,1	1	0,4
Внутрибрюшное кровотечение (аррозивное)	3	1,21	1	0,4
Острые язвы ЖКТ, осложненные кровотечениями	24	9,72		
Прогрессирование печеночно-почечной недостаточности и геморрагических расстройств	13	5,26	2	0,81
Билиарный сепсис	6	2,43	2	0,81
Гемобилия	1	0,4		
Нагноение послеоперационной раны	28	11,34		
Пневмония	7	2,83		
Острый инфаркт миокарда	2	0,81		
Всего	111	44,93	7	2,82

Контактная информация

Левчук А.Л.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70

talisman157@yandex.ru