

УДК 616.366-003.7-06:616.36-008.5

Н.В. Заруцкая, В.В. Бедин, В.И. Подолужный

E-mail: kogc@rambler.ru

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ,
ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ**

ГОУ ВПО Кемеровская государственная
медицинская академия Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию;
Кузбасский областной гепатологический центр;
МУЗ Городская клиническая больница № 3
им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

ВВЕДЕНИЕ

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [1;2] сопровождается увеличением частоты ее осложненных форм. Наиболее частой причиной механической желтухи является холедохолитиаз: от 48,8 до 91% случаев [3; 4; 5; 6]. Стеноз БДС – 20 – 40% по данным Королева Б.А., Климова Ю.С. (1984), 50 – 60% по данным Малярчука В.И., Пауткина Ю.Ф., 2004.

Хирургические операции, выполняемые на высоте желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, летальность достигает 15 – 30 % [7;8]. В связи с этим стали более широко применяться малоинвазивные способы лечения, позволяющие добиться максимального результата при минимальной операционной травме [9].

В последнее время все большей признательностью пользуется двухэтапный подход к лечению механической желтухи с декомпрессией желчевыводящих путей на первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) большинством авторов признана оптимальным способом декомпрессии [10;11;12]. Некоторые хирурги, тем не менее, относятся к данной методике сдержанно, вследствие риска развития ряда серьезных осложнений, таких, как кровотечение, острый панкреатит, острый холангит, ретродуоденальная перфорация и других неспецифических осложнений, возникающих у 5,4 – 18,3 % пациентов. Прослеживаются негативные высказывания относительно нарушения целостности сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка [13].

В связи с этим ряд специалистов ЭПСТ заменяют баллонной дилатацией. Y. Komatsu (1998), имевший опыт баллонной дилатации у 226 пациентов, считает, что метод обладает высокой эффективностью, число осложнений сопоставимо с осложнениями при ЭПТ [14]. S. P. Misra (1999) утверждает, что частота острого панкреатита при баллонной дилатации выше, чем при ЭПСТ.

Проблему литоэкстракции, когда диаметр конкрементов превосходит размеры дистальных отделов холедоха, пытаются решать при помощи различных видов литотрипсии, наиболее доступной из которых является механическая. Дистанционные виды литотрипсии используются в специально оборудованных центрах и являются небезопасной процедурой в связи с риском развития таких осложнений, как бактериемия, гемобилия и гематомы печени, особенно у больных с механической желтухой [15].

В настоящее время появляются сообщения о возможности одноэтапного лечения механической желтухи на фоне холедохолитиаза, выполняя лапароскопическую холецистэктомию с антеградной папиллосфинктеропластикой [16].

В последние годы отмечается возросший интерес к применению чрескожных чреспеченочных лечебно-диагностических процедур у больных с механической желтухой. Они выполняются под рентгеноскопическим и ультразвуковым контролем [17]. Вопросы применения чрескожных вмешательств у больных с обтурационной желтухой только за последние годы обсуждались на таких представительных форумах, как Конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Тула, 1996; Киев, 1998; Смоленск, 1999), Первом московском международном конгрессе хирургов (1995). В решениях и резолюциях съездов основной рекомендацией звучит необходимость широкого внедрения современных малотравматичных способов, которые позволяют добиться значительного улучшения диагностики и результатов лечения больных с механической желтухой.

Таким образом, лечение механической желтухи все еще остается достаточно сложной задачей, многие вопросы остаются спорными и далекими от окончательного решения. Нет единого мнения о роли и месте рентгенэндобилиарных лечебно-диагностических процедур в лечении механической желтухи, не определены показания и противопоказания к чрескожным и эндоскопическим вмешательствам.

Цель нашего исследования – провести сравнительный анализ эффективности разных способов декомпрессии билиарного тракта у больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 603 больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой, находившихся на лечении в Кузбасском областном гепатологическом центре в период с 2000 по 2006 гг. среди них 231 мужчина (38,3 %) и 372 женщины (61,7 %) в возрасте от 18 до 90 лет, средний возраст – $61,6 \pm 2,08$ лет. Степень тяжести желтухи (по В.Д. Федорову с соавт., 2000 г.): легкая – 183 человека (30,3 %), средняя – 297 человек (49,3 %), тяжелая – 123 человека (20,4 %).

Являясь сторонниками двухэтапного подхода к лечению механической желтухи, первым этапом мы выполняли декомпрессию и санацию билиарного тракта. Предпочтение отдавали эндоскопическому ретроградному вмешательству. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 483 больных (80,1 %), в сочетании с холедохолитоэкстракцией (ХЛЭ) у 466 больных (96,5%), в 176 случаях (36,4%) вмешательство завершено транспапиллярным эндобилиарным дренированием (по типу «потерянного дренажа»). Показаниями для дренирования являлись: множественный холедохолитиаз, отсутствие уверенности в адекватной санации гепатикохоледоха и явления холангита. У 115 больных (23,8 %) выполнены повторные санационные и контрольные ретроградные вмешательства.

После восстановления пассажа желчи, ликвидации желтухи проводилась лапароскопическая холецистэктомия у 437 пациентов (90,5 %). У 46 больных (9,5%) выполнена открытая холецистэктомия с дренированием холедоха через культю пузырного протока с последующим удалением дренажей.

У 120 пациентов при невозможности осуществить эндоскопическое вмешательство в связи со сложностями катетеризации БДС, выполнялась декомпрессия билиарного тракта под контролем УЗ. Восьмидесяти семи больным выполнена холецистостомия (ХС) и 33 пациентам – чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Эти вмешательства позволили разрешить механическую желтуху, но не ликвидировали холедохолитиаз и стеноз папиллы. Всем больным этой группы восстановлен пассаж желчи лапаротомными способами: у 88 пациентов выполнена холецистэктомия с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой, 32 - потребовалось двойное внутреннее дренирование (формировался холедохоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки в сочетании с ЭПСТ либо трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой), показанием явилась дилатация гепатикохоледоха более 20 мм.

После декомпрессии определялись средние сроки нормализации лабораторных показателей крови: общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма глутамилтранспептидазы (ГГТ), характеризующих холестаза и степень повреждения печеночных клеток в зависимости от степени тяжести желтухи и вида декомпрессии. Проводилась оценка специфических осложнений и летальности. Для этого все больные были разделены на группы.

Группа 1. Больные, которым выполнялась эндоскопическая ретроградная

декомпрессия билиарного тракта (n=483)

Подгруппы: 1.1. Больные, которым выполнялась ЭПТ (n = 241)

1.1 А – желтуха легкой степени (n=117)

1.1 Б – желтуха средней степени (n = 91)

1.1 В – желтуха тяжелой степени (n = 33)

Подгруппа 1.2. Больные, которым выполнялась ЭПТ с транспапиллярным дренированием «потерянным дренажем» (n = 242)

1.2 А – желтуха легкой степени (n = 36)

1.2 Б – средней степени (n = 156)

1.2 В – тяжелой степени (n = 50)

Группа 2. Больные, которым выполнялась декомпрессия под контролем ультразвука (n = 120):

Подгруппы: 2.1. Холецистостомия (n=87)

2.2. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (n= 33)

Статистическая обработка данных осуществлялась по критерию Стьюдента, критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После декомпрессии купированы болевой, интоксикационный синдромы, разрешались явления холестаза, улучшилось функциональное состояние печени.

Анализ полученных результатов (табл.) показал отсутствие статистически значимых различий между показателями у больных с механической желтухой легкой степени тяжести при эндоскопической папиллотомии и дополнении ее транспапиллярным дренированием. У больных механической желтухой средней степени тяжести выявлены статистически значимые различия показателей, характеризующих холестаза (билирубин, ЩФ) и гибель гепатоцитов (ГГТ) и статистически незначимые различия показателей, отображающие цитолиз в целом (АсАТ и АлАТ). При механической желтухе тяжелой степени статистически значимые различия регистрировали по четырем показателям из пяти. Таким образом, прослеживается сокращение средних сроков нормализации лабораторных показателей у больных механической желтухой средней и тяжелой степени при дополнении эндоскопической декомпрессии транспапиллярным дренированием.

Сравнивая результаты в подгруппах больных с декомпрессией под контролем УЗ, выявлено статистически значимое различие регистрировали по трем показателям из пяти. Отмечается быстрый темп нормализации показателей холестаза в подгруппе больных с холангиостомией по сравнению с холецистостомией. Отсутствие статистически значимого различия сроков нормализации показателей АсАТ и ГГТ подтверждает равную степень повреждения гепатоцитов при данных способах декомпрессии.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 67 больных (13,9 %) в группе 1. По характеру они были следующего вида: резидуальный холедохолитиаз в подгруппе 1.1. – 43 случая (8,9%)- выявлен при контрольных РХПГ либо во время интраоперационной холангиографии. Холедохолитоэкстракция выполнена ретроградно эн-

Таблица 1

Средние сроки нормализации лабораторных показателей в подгруппах (сутки)

Подгруппы больных	билирубин	АлАТ	АсАТ	ЩФ	ГГТ
1.1 А, n = 117	3,6 ± 0,42	6,8 ± 0,08	14,4 ± 1,42	4,9 ± 1,91	5,2 ± 1,41
1.1 Б, n = 91	16 ± 2,3	16,1 ± 2,15	17 ± 4,1	17,3 ± 0,02	20 ± 2,3
1.1 В, n = 33	23 ± 1,1	30 ± 1,3	31 ± 4,1	24,3 ± 0,81	32,4 ± 2,11
1.2 А, n = 36	3,8 ± 0,31 p=0,79 *	4,6 ± 0,16 p=0,00*	8,8 ± 2,06 p=0,04*	4,3 ± 1,42 p=0,86*	4,8 ± 2,01 p=0,88 *
1.2 Б, n = 156	10,1 ± 1,81 p=0,04**	15,8 ± 1,11 p=0,89**	15,2 ± 1,41 p=0,62**	7,8 ± 1,12 p=0,00**	16,1 ± 0,18 p=0,02**
1.2 В, n = 50	18 ± 0,1 p=0,00***	26,2 ± 1,82 p=0,13***	22 ± 2,2 p=0,04***	16 ± 3,2 p=0,04***	27,6 ± 0,61 p=0,01***
2.1, n = 87	24,2 ± 0,82	18 ± 0,2	22 ± 1,9	10 ± 1,5	17 ± 2,1
2.2, n = 33	17 ± 1,7 p=0,00****	26,2 ± 1,12 p=0,00****	28 ± 2,8 p=0,09****	24,2 ± 1,43 p=0,00****	12 ± 1,8 p=0,17****

*р – по сравнению с показателями подгруппы 1.1 А.

*** р – по сравнению с показателями подгруппы 1.1 В.

** р – по сравнению с показателями подгруппы 1.1 Б.

**** р – по сравнению с показателями подгруппы 2.1.

доскопически и в ряде случаев антеградно во время видеолапароскопической холецистэктомии через культю пузырного протока. Острый посттравматический панкреатит отмечен у 38 (7,8 %) больных, причем 32 из них – в подгруппе 1.1, на фоне проводимой консервативной терапии воспаление разрешилось. Отхождение транспапиллярного дренажа в течение первых двух суток с нарастанием желтухи- в 6 случаях (1,2%), что потребовало повторного ретроградного эндоскопического дренирования холедоха. Кровотечение из зоны папиллотомии – 4 (0,8%), гемостаз осуществлен эндоскопически. В одном случае отмечалась забрюшинная перфорация двенадцатиперстной кишки, что стало поводом для лапаротомии, ушивания перфоративного отверстия. Летальный исход имел место в одном случае у больного с желтухой тяжелой степени на фоне нарастающей полиорганной недостаточности.

В группе 2 осложнения составили 11,6% (14 пациентов): нагноение кожной раны вокруг дренажа- 7 (5,8%), абсцесс ложа желчного пузыря – 4 (3,3%), отхождение дренажа в первые 2 суток – 3 (2,5%). Умер один больной после ЧЧХС от нарастающей полиорганной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ собственного клинического материала показал, что число больных с механической желтухой на фоне желчнокаменной болезни достаточно велико. Ежегодно в клинику в среднем госпитализировалось $113,2 \pm 4,1$ больных.

Считаем, что при механической желтухе оптимальным является двухэтапный подход с использованием малоинвазивных способов лечения. Операцией выбора является эндоскопическое ретроградное вмешательство

с последующей лапароскопической холецистэктомией. Показаниями для дополнения ЭПТ транспапиллярным дренированием, помимо явлений множественного холедохолитиаза и холангита, считаем наличие у больного желтухи средней и тяжелой степени.

При невозможности выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства декомпрессия на первом этапе осуществляется дренированием желчевыводящих путей под контролем УЗИ. Предпочтительнее холангиостомия с восстановлением постоянного пассажа желчи в кишечник лапаротомными способами после стабилизации состояния больного.

ЛИТЕРАТУРА

- Schreurs W. H., Juttman J. R., Stuijbergen W. N. H. M., Oostvogel H. J. M. Management of common bile duct stones // Surg. Endosc. – 2002. – №16. 1068-1072.
- Балалыкин А. С., Криливин Б. В., Попов А. Ф. Комплексное эндоскопическое лечение больных с желчекаменной болезнью, желчекаменной механической желтухой // Тезисы докладов межрегиональной конференции хирургов. Механическая желтуха. М., 1993. – С. 11-12.
- Ермаков Е. А., Лишенко А. Н. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 68-74.
- Кукош М. В., Гомозов Г. И. Трансдуоденальные вмешательства при осложненном холецистите: Учебное пособие. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1995. – 68 с.
- Ермолов А. С., Упырев А. В., Иванов П. А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 4-9.
- Малков И. С., Бикмухаметов А. Ф., Чагаева З. И. Коррекция желчеоттока при осложненном калькулезном холецистите // Хирургия. – 2004. – № 7. – С. 19-22.
- Chorny V. V., Nastasenko I. L., Boulanov K. I. Endoscopic biliary decompression in patients with obstructive jaundice // Basel. Falk Symposium. – 1999. № 116., P.A.:55.

8. Denning D.A., Ellison E.C., Carrey L.C. Preoperative percutaneous transhepatic biliary decompression lowers operative morbidity in patients with obstructive jaundice // *Am. J. Surg.*, 1981, 141: 61–64.
9. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулутко А. М., Прудков М. И. Желчнокаменная болезнь. – М., 2000.
10. Chang K. K., Mo L. R., Yau M. P. Et al. Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy for the treatment of cholelithiasis. *Hepatogastroenterology* 1996; 43: 203-206.
11. Golden W.E., Jonston J.C., Cleves M. A. S. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 1996. Vol.44, №11. P. 1380-1383.
12. Майстренко Н. А., Стукалов В. В. Холедохолитиаз. – СПб.: ЭЛБИ – СПб, 2000. – 288 с.
13. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко А.Ю. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе // *Анналы хирургической гепатологии*, 1997, Т. 2, С. 117-122.
14. Komatsu Y., Kawabe T., Toda N. Endoscopic papillary balloon dilation for the management of bile duct stones: experience of 226 cases // *Endoscopy.* – 1998. – V. 30. – P. 12-17.
15. Cisek P. L., Greaney G. C. The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography with laparoscopic cholecystectomy in the management of choledocolithiasis // *Am. Surg.* – 1994.- V.60, №10. – P. 772--776.
16. Berci G. The Evolution of Common Bile Duct (CBD) Stone Removal. In *Principles of laparoscopic Surgery.*- With Foreword Lawrence W. Way. Springer. 1995. 172-174.
17. Dohmoto M., Schweiberer L., Kimura K. Percutaneous drainage of obstructive jaundice // *Chirurg*, 1982, 53: 3, 143–8.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS COMPLICATED WITH MECHANICAL HEPATITIS

N.V. Zaroutskaya, V.V. Bedin, V.I. Podolouzhnyi

SUMMARY

Comparative analysis of efficacy of different ways of biliary tract decompression in patients having cholelithiasis complicated with mechanical hepatitis was performed in 603 patients. It was concluded that two-stage approach using minimum invasive ways of treatment is optimal. Surgery of choice is endoscopic retrograde intervention. If endoscopic retrograde intervention performing is impossible, decompression by percutaneous drainage of biliary ways under ultrasound control is performed in the first stage of the treatment.