

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

© 2006 Б.Н. Жуков,¹ А.И. Борисов, О.И. Стаханова²

Проведено обследование и лечение 145 больных в возрасте старше 60 лет с синдромом механической желтухи различного генеза, находившихся в хирургических отделениях ММУ Городской больницы №8 г. Самары с 1997 по 2003 гг. Всем пациентам под контролем ультразвукового сканирования или эндоскопии выполнена дооперационная декомпрессия желчных путей. Показано, что билиарная декомпрессия различными малоинвазивными методами, выполненная как первый этап или в качестве основного метода лечения, эффективна у 78% больных. Однако результаты вмешательств во многом зависят от времени их проведения, технологического исполнения операций, учета всех показаний и противопоказаний к их выполнению.

1. Введение

Рост заболеваемости, разнообразие причин, вызывающих механическую желтуху, сложности диагностики, трудности хирургического лечения, значительная послеоперационная летальность — факторы, определяющие в настоящее время актуальность проблемы лечения механической желтухи.

Частота развития механической желтухи на почве доброкачественных и злокачественных заболеваний органов гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны, по данным литературы, составляет 30–85% [1–5]. Возраст больных с механической желтухой — один из факторов, влияющих на исход оперативного вмешательства на желчных путях. Среди больных, оперированных по поводу механической желтухи, лица старше 60 лет составляют 46,5% [6]. Послеоперационная летальность у лиц пожилого и старческого возраста, оперированных на высоте желтухи, в 3–10 раз выше по сравнению с таковой в более молодом возрасте [7–9]. Определенный прогресс в диагностике и лечении этой категории больных наметился с внедрением малоинвазивных хирургических вмешательств. Но, несмотря на широкое применение новых медицинских технологий в клинической практике, многие вопросы по оптимальному их использованию остаются дискуссионными.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с синдромом механической желтухи.

¹Жуков Борис Николаевич, кафедра госпитальной хирургии Самарского государственного медицинского университета, 443099, Россия, г. Самара, ул. Чапаевская, 89.

²Борисов Анатолий Иванович, Стаханова Оксана Игоревна, муниципальное медицинское учреждение "Городская больница №8" г. Самара

Задачи исследования — дать клиническую оценку различным методам инструментальной дооперационной билиарной декомпрессии, разработать алгоритм их использования у больных с синдромом механической желтухи.

2. Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 145 больных с механической желтухой различного генеза, которым была выполнена инструментальная дооперационная билиарная декомпрессия. У 107 (73,8%) больных непроходимость желчных путей была вызвана доброкачественными заболеваниями внепеченочных желчных путей (холецистит и холецистопанкреатит, постхолецистэктомические заболевания), у 38 (26,2%) — злокачественными новообразованиями различной локализации.

Среди больных с механической желтухой неопухолевого генеза у 83 (77,6%) пациентов наряду с острым холециститом и холецистопанкреатитом были выявлены: холедохолитиаз — у 31, холангит — у 13, стеноз большого дуоденального сосочка — у 10. Продолжительность желтухи до декомпрессии желчных путей колебалась от 2 до 30 суток. Содержание билирубина в сыворотке крови — от 39 до 700 мкмоль/л.

У 22,4% больных с постхолецистэктомическими заболеваниями желчных путей, осложненными механической желтухой, были выявлены: холедохолитиаз — у 16, стеноз большого дуоденального сосочка — у 6, гнойный холангит — у 10, неполный желчный свищ — у 5, множественные внутрипеченочные абсцессы на фоне гнойного холангита — у одного больного. Продолжительность желтухи составила от 3 до 10 суток, билирубинемия — от 80 до 240 мкмоль/л. Средний возраст пациентов составил 69,9 лет.

Непроходимость желчных путей, вызванная опухолевым процессом, выявлена у 38 больных. Наиболее часто обструкция желчевыводящих протоков была вызвана раком поджелудочной железы, выявленная у 26 (68,4%) пациентов. Средний возраст больных составил 69,2 года. У подавляющего большинства пациентов уровень билирубинемии превышал 200 мкмоль/л. Желтушный период до госпитализации в хирургический стационар колебался от 5 до 45 суток. В подавляющем большинстве заболевание было запущено, так как у 34 (89,5%) пациентов были выявлены отдаленные метастазы.

Для выяснения причины механической желтухи и уровня непроходимости желчных путей применялись ультразвуковые исследования, гастродуоденоскопия, чрескожная чреспеченочная холангиография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, фистулография, компьютерная томография.

Предоперационную декомпрессию желчевыводящих путей выполняли: при тяжелой форме желтухи (билирубинемия более 200 мкмоль/л) — у всех пациентов; желтухе средней тяжести (билирубинемия от 100 до 200 мкмоль/л) — у лиц в возрасте старше 60 лет, имеющих тяжелые сопутствующие соматические заболевания; у пациентов с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны; при легкой форме желтухи (билирубинемия до 100 мкмоль/л) — у больных в возрасте старше 60 лет с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями при наличии признаков холангита, холецистэктомии в анамнезе, при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Для лечения больных с синдромом механической желтухи различного генеза была использована дооперационная декомпрессия желчных путей, которая выполнялась под контролем ультразвукового сканирования или эндоскопии.

Все операции под контролем ультразвукового сканирования выполнялись под местной анестезией. При этом использовались следующие методы: с помощью пункционного датчика и стандартной насадки для пункции, с отдельной установкой датчика и иглы, с помощью устройства для пункции и дренирования полостных образований, разработанного доктором медицинских наук А.И. Борисовым [10].

Дренирование желчевыводящих путей осуществлялось тремя методами: через внутренний просвет троакара, по Сельдингеру, стилет-катетером. Билиарная декомпрессия чаще осуществлялась посредством выполнения микрохолецистостомии по методике, разработанной доктором медицинских наук А.И. Борисовым [11].

При выполнении обследования и дренирования использовались ультразвуковые аппараты: SAL — 38В фирмы "Toshiba" с серой шкалой, работающие в режиме реального времени, "Aloka" model SSD — 650, B & K Medical Type 3535, оснащенные датчиками механического сканирования SM — 308М 3,5 МГц, конвексными датчиками PVB — 358М 3,75 МГц, UST 9390 3,5 МГц, Type 8553 3,5 МГц. Эндоскопические операции выполняли с помощью эндоскопов JF — 1 Т 30, JF — 10 фирмы "Olimpus", папиллотомов KD — 10Q, KD — 19Q, KD — 20Q фирмы "Olimpus", механического литотриптора BLW — 1Q фирмы "Olimpus", для удаления конкрементов из желчных протоков использовались корзинки Dormia FG — 23Q, FG — 22Q.

3. Результаты и их обсуждение

Билиарная декомпрессия малоинвазивными методами была выполнена 83 больным холециститом и холецистопанкреатитом с механической желтухой. Из них чрескожное дренирование желчных путей под ультразвуковым контролем осуществлено 60 больным, эндоскопический ретроградный транспапиллярный метод желчеотведения — 23 пациентам. Дренирование под ультразвуковым контролем оказалось эффективным у 55 (91,7%) больных. Несмотря на адекватную декомпрессию желчных путей, в послеоперационном периоде умерло 2 больных от печеночно-почечной недостаточности. Эндоскопические ретроградные транспапиллярные методы желчеотведения в качестве первого этапа лечения были использованы у 23 больных. Эндоскопические операции оказались эффективными у 17 (73,9%) больных. Из них у 16 пациентов эндоскопические операции явились основным методом лечения. В опытной группе умерло двое больных, летальность после малоинвазивных декомпрессивных вмешательств составила 2,4%. В целом билиарная декомпрессия различными малоинвазивными методами оказалась эффективной у 72 (86,7%) из 83 пациентов.

Малоинвазивные декомпрессивные вмешательства выполнены 24 больным постхолецистэктомическими заболеваниями желчных путей, осложненными механической желтухой. Эндоскопические ретроградные транспапиллярные операции выполнены 21 больному. Операции оказались эффективными у 17 (80,9%) пациентов, неэффективными — у 4 больных. Им были выполнены операции с чревосечением с благоприятным исходом. Трем больным в качестве первого этапа лечения было выполнено чрескожное дренирование под контролем ультразвукового сканирования. Несмотря на адекватное дренирование внутрипеченочных желчных протоков, одна больная умерла. Таким образом, малоинвазивные вмешательства под различным визуальным контролем способствовали выздоровлению без полостной операции 18 (75%) больных, уменьшению желтухи и стабилизации общего состояния 3 (12,5%) больных, что определило благоприятный результат последующих опе-

раций с чревосечением. В целом положительный эффект малоинвазивных вмешательств отмечен у 87,5% пациентов с постхолецистэктомическими заболеваниями желчных путей, осложненными механической желтухой. В данной группе умер один пациент, послеоперационная летальность составила 4,2%.

Малоинвазивные декомпрессивные вмешательства применены у 38 больных с опухолевыми заболеваниями, осложненными механической желтухой. В качестве первого этапа лечения 26 больным было выполнено чрескожное дренирование желчных протоков под контролем ультразвукового сканирования. Дренирование оказалось эффективным у 17 (65,4%) больных. У них удалось купировать или значительно уменьшить желтуху, стабилизировать общее состояние, что позволило в последующем 9 больным выполнить традиционные паллиативные операции, в том числе и одну радикальную (панкреатодуоденальная резекция) с благоприятным исходом. Временный эффект от дренирования получен у 3 (11,5%) пациентов. У них удалось достигнуть уменьшения желтухи, но развившиеся осложнения, связанные с технологическим исполнением дренирования, послужили основанием для выполнения экстренной операции. Из трех больных после операции с чревосечением умерло двое. У 6 (23,1%) больных дренирование оказалось неэффективным, что было обусловлено развившимися осложнениями, связанными с технологическим исполнением дренирования, неадекватно выбранным объектом для дренирования, распространенностью опухолевого процесса. Все больные были оперированы широким лапаротомным доступом с 3 летальными исходами. Эндоскопическое ретроградное транспапиллярное дренирование в качестве первого этапа лечения было выполнено у 10 больных. Эндоскопические операции оказались неэффективными у всех 10 больных. Пациентам были выполнены: чрескожная холангиостомия под ультразвуковым контролем — 1, операции широким лапаротомным доступом — 9, с тремя летальными исходами. Таким образом, в данной группе умерло 8 пациентов, послеоперационная летальность составила 21,0%. В целом билиарная декомпрессия различными малоинвазивными методами оказалась эффективной у 20 (52,6%) из 38 пациентов с механической желтухой злокачественной этиологии.

Заключение

Анализируя в целом результаты малоинвазивных хирургических вмешательств у больных в возрасте старше 60 лет с синдромом механической желтухи различного генеза, мы пришли к выводу о высокой эффективности этих операций у данной категории пациентов. В целом билиарная декомпрессия различными малоинвазивными методами оказалась эффективной у 113 (78%) из 145 пациентов, у которых малоинвазивные декомпрессивные операции послужили первым этапом или основным методом лечения. Но результаты вмешательств во многом зависят от времени их выполнения (до или после развития у больных необратимых изменений жизненно важных органов, в частности печеночно-почечной недостаточности), технологического исполнения операций, учета всех показаний и противопоказаний к их выполнению.

Вариантом выбора при лечении больных в возрасте старше 60 лет с механической желтухой может быть двухэтапный алгоритм (см. рисунок), первый этап которого включает эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, папиллосфинктеротомию, чрескожную чреспеченочную холангиостомию или холецистостомию под ультразвуковым контролем.

На втором этапе в более благоприятных условиях выполняется хирургическое



Рис. Алгоритм лечения больных пожилого и старческого возраста с синдромом механической желтухи различного генеза

вмешательство, направленное на радикальное устранение фактора, вызвавшего механическую желтуху.

Литература

- [1] Гальперин, Э.И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.В. Волкова. М.: Медицина, 1988. 272 с.
- [2] Острый холецистит и его осложнения / В.В. Родионов [и др.] // Хирургия. 1989. №7. С. 31–36.
- [3] Острый холецистит, печеночная недостаточность / В.П. Зиневич [и др.] // Вестн. хирургии. 1986. №7. С. 32–36.
- [4] Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной острым холангитом / К.Н. Цацаниди [и др.] // Хирургия. 1984. №2. С. 8–13.
- [5] Хирургическое лечение больных механической желтухой / Н.И. Батвинков [и др.] // Хирургия. 1993. №1. С. 17–21.
- [6] Гальперин, Э.И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер. М.: Медицина. 1987. 336 с.
- [7] Гальперин, Э.И. Недостаточность печени / Э.И. Гальперин, Э.И. Семендяева, И.А. Жеклюкова. М., 1978. 328 с.
- [8] Буценко, В.Н. Структура летальности и пути ее снижения при острой патологии внепеченочных желчных путей у больных пожилого и старческого возраста / В.Н. Буценко, Г.Д. Папандопуло // Клинич. хирургия. 1985. №4. С. 27–29.
- [9] Гусарев В.Ф. Летальность при лечении больных с обтурационной желтухой и пути ее снижения / В.Ф. Гусарев, Г.В. Балашов, В.Г. Ярешко // Клинич. хирургия. 1987. №9. С. 12–14.

- [10] Борисов, А.И. Патент № 2014098 "Устройство для дренирования полых органов" / А.И.Борисов. 2001.
- [11] Борисов, А.И. Патент № 2077344 "Способ пункционной чрескожной холецистостомии и устройство для его осуществления" / А.И.Борисов. 2002.

Поступила в редакцию 12/IV/2006;
в окончательном варианте — 12/IV/2006.

INSTRUMENTAL BILIARY DECOMPRESSION FOR PATIENTS ELDER THAN 60 YEARS WITH OBTURATED JAUNDICE SYNDROME

© 2006 B.N. Zhukov,³ A.I. Borisov, O.I. Stakhanova⁴

The research is based on the examination and treatment analysis of 145 patients who are 60 years old or older with obturated jaundice syndrome. The patients were treated in different surgical departments of State Hospital № 8 during the years 1997–2003. Pre-operation decompression of biliary tracts was adjusted (used) for the treatment of patients with obturated jaundice, which was made using ultra sound scanning control or using endoscopy control. By analyzing the results of small invasion surgical manipulations of patients 60 years and older, we came to the conclusion that these types of surgical manipulations was successful for this category of patients. Small invasion biliary decompression was effective for 78% patients, who had small invasion operation as the first step of treatment or as a basic method of treatment. The results of the small invasion manipulations depended on: time when it was made (after or before developing irreversible changes of organs and hepatorenal insufficiency in particular), technical performance of operations, indications and contra-indications to perform this kind of operations.

Paper received 12/IV/2006.
Paper accepted 12/IV/2006.

³Zhukov Boris Nikolaevich, Dept. of Hospital Surgery, Samara State Medical University, Samara, 443099, Russia.

⁴Borisov Anatoly Ivanovich, Stakhanova Oksana Igorevna, State Hospital №8, Samara, 443035, Russia.