

УДК 616.36-008.5-036.22

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ
С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

О.Б. Пьянкова, Ю.Б. Бусырев, Т.И. Карпунина, кафедры факультетской хирургии
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава»

Пьянкова Ольга Борисовна – e-mail: olga-dfg@mail.ru

Проанализированы результаты обследования и лечения 326 пациентов (241 женщина и 85 мужчин) с доброкачественной патологией желчевыводящих путей, осложненной механической желтухой. Преобладали пациенты в возрастной группе старше 60 лет. У пациентов выявлен холедохолитиаз в сочетании с холециститом – у 170 (52,1%), холедохолитиаз – у 45 (13,8%), холедохолитиаз с холангитом – у 82 (25,2%), другие формы холелитиаза – у 25 человек (7,7%), изолированный стеноз большого дуоденального сосочка – у 4 (1,2%) пациентов. Стеноз большого дуоденального сосочка различной степени отмечен у 68,4%. Оперированы 273 пациента: как традиционным доступом – 112 человек (41%), так и с использованием мини-инвазивных и лапароскопических технологий – 161 человек (59%). Возможности малотравматичных вмешательств зачастую не уступают традиционным.

Ключевые слова: механическая желтуха, холедохолитиаз, холангит, стеноз большого дуоденального сосочка, мини-инвазивные вмешательства.

The results of surgical treatment of obstructive jaundice in 326 patients (241 female and 85 men) have been analysed. There were calculous cholecystitis combined with choledocholithiasis in 170 (52,1%) cases, choledocholithiasis in 45 (13,8%) cases, choledocholithiasis with cholangitis in 82 (25,2%) cases, other forms of cholelithiasis in 25 (7,7%) cases and isolated stenosis of common bile duct in 4 (1,2%) cases. 273 patients were operated on. The advantages and shortcomings of the traditional and low-traumatic surgical methods are discussed.

Key words: obstructive jaundice, choledocholithiasis, cholangitis, stenosis of common bile duct, low-traumatic surgical methods.

Введение

Механическая желтуха (МЖ) – тяжелый симптомокомплекс, развивающийся как осложнение ряда заболеваний. МЖ может развиваться либо остро в результате обтурации желчевыводящих путей (ЖВП) за счет смещения конкрементов, находящихся в общем желчном протоке, либо нарастает постепенно за счет отека и стенозирования общего печеночного или общего желчного протоков. При этом отток желчи значительно затрудняется или становится полностью невозможным. После острой закупорки ЖВП желтуха появляется довольно быстро (через 24–48 часов) от момента появления болевого синдрома или сотрясающего озноба. При постепенной закупорке протоковой системы опухолью желтуха развивается медленно, постепенно и напрямую не связана с возникновением боли (безболевая форма). МЖ, как следствие сдавления протока извне (опухолью головки поджелудочной железы, первичными опухолями печени, метастатическими очагами), также развивается постепенно, а боли неопределенного характера могут появиться до желтухи, что встречается редко, но обычно уже на фоне выраженной холемии [1].

Быстрое прогрессирование МЖ имеет прямую коррелятивную связь с тяжестью состояния пациента, степенью эндогенной интоксикации и прогнозом исхода заболевания. Не являясь самостоятельной нозологической единицей, МЖ не регистрируется в формах статистического учета заболеваемости населения, что затрудняет изучение клинко-эпидемиологических аспектов данного вида патологии.

Целью исследования являлся анализ данных, характеризующих структуру доброкачественных заболеваний ЖВП, осложненных МЖ у пациентов, подлежащих госпитализации, что необходимо для выявления факторов, влияющих на течение и исходы заболевания, с целью выработки тактики, своевременной диагностики и рационального лечения данной категории больных.

Материалы и методы. Поскольку МЖ не рассматривается, как отдельная нозологическая форма, интерес представляет анализ заболеваний, которые способны привести к ее развитию. Нами был проведен ретроспективный анализ данных 326 медицинских карт стационарных больных с доброкачественными заболеваниями ЖВП, находившихся на лечении в отделениях хирургического профиля МУЗ ГKB № 2 г. Перми за период с 2003 по 2007 год.

Обработка данных производилась с помощью использования стандартных пакетов программ MS «Access, 2007» «Excel, 2007» и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. За анализируемый период в хирургические отделения ГKB № 2 было госпитализировано 326 пациентов с доброкачественными заболеваниями желчевыводящих путей, течение которых осложнялось синдромом МЖ.

Патологией ЖВП доброкачественного генеза чаще страдают лица женского пола. Среди пациентов мужчины составили 26,1% (85), женщины 74,9% (241). Среди госпитализированных преобладали пациенты пенсионного возраста: от 61 до 80 лет – 69,1% (163). Значимая доля представлена людьми

трудоспособного возраста в возрасте от 21 до 60 лет – 33,7% (110) и пациентами в возрасте старше 80 лет – 15,0% (49). Госпитализация пациентов в клинику осуществляется с 15-летнего возраста. Учащиеся и студенты (до 20 лет) составили 1,2% (4). При анализе внутригодичной помесечной динамики госпитализаций (за весь период наблюдений) было выявлено, что количество пациентов, нуждающихся в стационарном лечении, в летние месяцы, по сравнению с зимним периодом, значительно не отличалось. Наибольшее число госпитализаций было зарегистрировано в январе, апреле и декабре. Пациенты поступали как в экстренном – 286 человек (87,7%), так и в плановом порядке – 40 человек (12,3%). Среди больных, госпитализированных в плановом порядке, 21 человек (52,5%) отметил давность заболевания более суток. Таким образом, их госпитализация расценивалась как поздняя (более 24 часов от начала заболевания). В данной группе поздняя госпитализация зафиксирована у 231 человека (70,9%). Госпитализация пациентов осуществлялась на основании их направления службой скорой помощи – 202 человека (62,0%), поликлиниками города – 41 человек (12,6%), другими лечебно-профилактическими учреждениями города – 22 человека (7,4%), включая городскую инфекционную больницу № 1, куда пациенты доставлялись для исключения вирусных гепатитов. Переводом из других отделений ГКБ № 2, а также сотрудниками хирургических отделений стационара направлены 54 человека (16,6%). Самообращения зафиксированы в 7 случаях (2,2%). Средний койкодень пребывания в стационаре составил $17,22 \pm 8,722$.

По нозологической структуре пациенты были распределены следующим образом: холедохолитиаз в сочетании с холециститом – 170 человек (52,1%), холедохолитиаз – 45 человек (13,8%), холедохолитиаз с холангитом – 82 человека (25,2%), другие формы холелитиаза (куда вошли аномалии протоковой системы, билиодигестивные свищи и т. д.) – 25 человек (7,7%), изолированный стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) – 4 человека (1,2%). Среди пациентов с доброкачественными заболеваниями ЖВП стеноз БДС различной степени встречался у 68,4%.

Все пациенты, поступавшие в стационар, были обследованы в соответствии с требованиями медико-экономических стандартов. В общем анализе крови повышение уровня лейкоцитов и палочкоядерный сдвиг, как признак воспалительной реакции, выявлен лишь у 53,99% больных. У 43,56% пациентов, даже при наличии клинических признаков холангита и/или деструктивных форм холецистита, эти показатели не выходили за пределы нормы (рассчитано с учетом норматива для Пермского Края до $8,0 \times 10^9$). Лабораторные признаки SIRS-синдрома (лейкоцитоз более 12×10^9 , лейкопения менее $4,0 \times 10^9$, или палочкоядерный сдвиг более 10%) выявлены у 33,4% больных. Состояние большинства пациентов на момент поступления в стационар отягощалось наличием механической или смешанной (механической и паренхиматозной) желтухи – 227 человек (69,6%). У пациентов с холе-

стазом показатели общего билирубина варьировали от 21,00 до 333 мкмоль/л и в среднем составили $86,5 \pm 3,31$ мкмоль/л. Синдром цитолиза выявлен у 222 человек (68,1%). Показатели трансаминаз варьировали для аспаратаминотрансферазы до 1299 МЕ/л, для аланинаминотрансферазы до 371 МЕ/л. Косвенные признаки, характеризующие развитие печеночной недостаточности – гипопроteinемия и гипоальбуминемия – выявлены у 150 пациентов (46,0%), а повышение непрямого фракции билирубина – у 154 пациентов (47,2%). У 10% пациентов отмечено повышение уровня креатинина. При поступлении у 151 пациента исследован уровень диастазы мочи как маркера острого панкреатита, он оказался повышен у 31 пациента (20,5%). Проведение ультразвуковых исследований (УЗИ) в круглосуточном режиме осуществляется в стационаре с 2006 года, поэтому за период с 2003 по 2005 год ряд больных подвергались оперативному лечению в экстренном порядке без данных УЗИ, при наличии клинической картины деструктивного холецистита. По нашим данным ультрасонографический холедохолитиаз был диагностирован в 101 случае из 297. Таким образом, диагностическая значимость метода для диагностики холедохолитиаза составила 34%. Столь низкий показатель объясняется частичным перекрытием терминального отдела холедоха заполненной воздухом двенадцатиперстной кишкой и, как следствие, невозможностью визуализации локализующихся в нем конкрементов [2]. Фиброгастродуоденоскопия проведена 168 пациентам (51,5%). Задачей исследования являлась оценка слизистой желудка и ДПК, наличие или отсутствие в ДПК желчи, а также оценка зоны БДС при планировании эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРХПГ) с папиллотомией. У 161 из 168 пациентов выявлены признаки гастрита или гастродуоденита, у 73 – дуоденогастральный рефлюкс, у 10 пациентов – косвенные признаки панкреатита. Компьютерная томография (КТ) проведена 10 пациентам. Предварительный диагноз, установленный с помощью КТ, совпал с послеоперационным диагнозом в 9 случаях. В единичном случае у пациентки и по данным КТ, и по данным УЗИ холедохолитиаз ошибочно принят за новообразование головки поджелудочной железы, что опровергнуто данными интраоперационной находки и последующей аутопсии.

Из всех пациентов данной группы оперативному лечению подвергнуты 273 пациента (83,7%). 106 больным (38,8%) предварительно произведена эндоскопическая коррекция – либо в виде ЭРХПГ с папиллотомией (48 пациентов – 45,3%), либо произведено лапароскопическое наружное дренирование желчевыводящих путей (12 пациентов – 11,3%). У части пациентов по различным техническим причинам (включая анатомические особенности зоны БДС, а также отсутствие или неисправность папиллотома) произвести эндоскопическую папиллотомию не удалось. Вмешательство в этом случае ограничилось проведением дуоденоскопии – 6 больным (5,7%) либо дуоденоскопией с последующей ЭРХПГ – 22 больным (20,8%). Лапароскопия, с целью установления диагноза, без

каких-либо других хирургических пособий проведена 18 пациентам (17,0%).

Преимущественно для хирургической коррекции исследуемой нозологии в клинике используются 2 способа оперативного лечения – традиционный и с применением аппарата «Мини-ассистент» (далее MAS-операции). Принятая в ряде клиник методика двухмоментной коррекции желчеоттока (лапароскопическая холецистэктомия с последующей или предшествующей ЭРХПГ и папиллотомией) большого распространения в нашем стационаре не получила. Это объясняется тем фактом, что 87,7% пациентов поступали в экстренном порядке, 52,1% имели клинику деструкции желчного пузыря. При лапароскопическом вмешательстве зачастую сложно провести интраоперационную холангиографию (ИОХГ) и расширить объем операции до вмешательств на внепеченочных желчных путях, велик риск ятрогенного повреждения, а ЭРХПГ с папиллотомией имеют свои специфические осложнения: панкреатит, панкреонекроз, перфорацию задней стенки двенадцатиперстной кишки. Таким образом, более предпочтительной считаем одномоментную коррекцию.

Традиционным лапаротомным доступом оперированы 112 человек (41,0%), из них у 100 больных выполнена холецистэктомия, у остальных 12 пациентов холецистэктомия была произведена ранее – при предыдущих госпитализациях в хирургические стационары в течение жизни. У 9 (8,0%) пациентов операция закончена ревизией, бужированием папиллы и наружным дренированием желчевыводящих путей по Холстеду. У 5 из них ранее была проведена эндоскопическая папиллотомия, эффективность которой подтверждена данными интраоперационной холангиографии.

При лапаротомных вмешательствах трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ТДПСТ) произведена 80 пациентам (71,4%), причем у 36 пациентов данное вмешательство осуществлено через культю пузырного протока и не потребовало нарушения целостности стенки холедоха. Супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Юрашу наложен 12 пациентам (10,7%), из них 5 – в сочетании с ТДПСТ. Показанием к двойному внутреннему дренированию у этих пациентов послужил множественный, в том числе внутривнутрипеченочный, холедохолитиаз. Холедохолитотомия с последующим бужированием большого дуоденального сосочка произведена 9 пациентам (8,0%). У 2 пациентов (1,8%) операция закончена наложением билиодигестивного анастомоза на сменных транспеченочных дренажах по Saypol-Curiane. 161 пациент (59,0%) оперирован с использованием аппарата «Мини-ассистент». Структура и объем проводимых оперативных вмешательств с помощью MAS-технологий не уступали возможностям традиционного доступа. MAS-холецистэктомия выполнена у 145 пациентов (90,0%). В 16 случаях больные поступали с ранее удаленным желчным пузырем. Рассечение сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка осуществлено 99 пациентам (61,5%). При этом в 4 случаях (4,0%)

произведено эндоскопически-ассистированное антеградное рассечение папиллы, а в 95 случаях (96,0%) использована методика трансдуоденальной папиллотомии, дополненной у 6 пациентов папиллосфинктеропластикой. ТДПСТ у 41 пациента (43,2%) произведена через культю пузырного протока. Почти у всех пациентов данной группы отмечено наличие стеноза различной степени. Также следует отметить, что необходимым условием для литоэкстракции без холедохотомии являлся небольшой диаметр конкрементов. Холедохолитотомия при проведении ТДПСТ выполнена 54 пациентам (56,8%). В чистом виде холедохолитотомия без вмешательств на БДС произведена в 19 случаях (11,8%). В эту группу вошли пациенты с холецистэктомией в анамнезе и рецидивным холедохолитиазом. При небольшом стенозе, как правило, несложном желтухой и подтвержденным данными ИОХГ, пациентам проводилась MAS-холецистэктомия и наружное дренирование холедоха путем холедохостомии через культю пузырного протока – 17 пациентов (10,6%). При множественном холедохолитиазе и большом диаметре холедоха пациентам накладывался холедоходуоденоанастомоз по Юрашу – 15 (9,3%). 4 пациентам (2,5%) при поступлении была выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с папиллотомией, и проводимое в отсроченном порядке вмешательство включало MAS-холецистэктомию и интраоперационную холангиографию для оценки эффективности рассечения БДС. 5 пациентам (3,1%) после MAS-холецистэктомии выполнена интраоперационная ревизия желчных протоков и БДС с помощью камнeshуа, калибровочных бужей и дилатора, входящего в состав набора «Мини-ассистент». 1 пациентке (0,6%) наложен гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на Ру-петле. Показанием к его наложению явилась протяженная стриктура терминального отдела холедоха. В 1 случае (0,6%) пациенту предварительно из минилапаротомного доступа наложена разгрузочная холецистостома, и в отсроченном порядке произведена MAS-холецистэктомия и ревизия протоковой системы. Конверсию (расширение доступа) пришлось осуществить 3 пациентам (1,9%), причиной чего являлись инфильтраты в области желчного пузыря, спаечный процесс в гепатодуоденальной зоне. Все случаи конверсии отмечались на этапе освоения методики.

Интраоперационная холангиография проводилась всем пациентам для объективной визуализации состояния вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков. ИОХГ позволяла уточнить уровень гипертензии и потенциальный характер препятствия оттоку контраста в ДПК. В ряде случаев – у 39 больных (12,0%) для определения эффективности и полноты выполненной операции проводилась повторная холангиография. Необходимо отметить, что независимо от доступа, у большинства пациентов операция заканчивалась временным наружным дренированием протоковой системы. Холедохостомия не производилась при наложении билиодигестивных анастомозов (ХДА и ГЕА), а также при отсутствии или купировании на момент операции явлений желчной гипертензии.

Повторные вмешательства потребовались 21 пациенту (7,7%). В 4 случаях (19,0%) на фистулографии выявлялся рецидивный холедохолитиаз, что явилось показанием к РХПГ с папиллотомией в послеоперационном периоде, причем 3 из 4 предварительно оперированы открытым доступом. Для ликвидации подпеченочных биллом, гематом, устранения желчеистечения из добавочных ходов Люшке в 3 случаях (14,3%) произведена послеоперационная санационная лапароскопия, в 3 случаях (14,3%) реминилапаротомия, в 6 случаях (28,6%) релапаротомия, в 3 случаях потребовалась рехоледохостомия. 2 пациентам (9,5%) показаниями к релапаротомии послужили перфоративные язвы ДПК – произведено их ушивание, у 1 (4,8%) – язвенное кровотечение – резекция желудка. 2 пациентам (9,5%) произведены реконструктивные вмешательства на протоковой системе (разобщение ХДА с холедохостомией по Керу и гепатикоеюноанастомоз на Ру-петле). Повторные операции проведены 17 пациентам, среди которых 9 человек были оперированы открытым способом и 8 с помощью MAS-технологий.

Состояние большинства больных, 265 (81,3%), отягощалось различными фоновыми сопутствующими заболеваниями. Сопутствующая патология была представлена ишемической болезнью сердца – у 185 (56,8%) пациентов, выражающейся стенокардией напряжения различных функциональных классов – 112 (34,4%), постинфарктным кардиосклерозом – 32 (9,8%), нарушениями ритма сердца – 25 (7,7%); а также артериальной гипертензией – 193 (59,2%), сахарным диабетом – 41 (12,6%), последствиями острых расстройств мозгового кровообращения – 18 (5,5%), ожирением – 13 (4,0%), брон-

хиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких – 12 (3,7%), циррозом печени – 8 (2,5%), язвенной болезнью – 6 (1,5%), хроническим пиелонефритом – 3 пациента (0,9%) и другими, что не являлось противопоказанием для оперативного лечения, но ограничивало ее объем. Наличие пупочной грыжи среди сопутствующей патологии послужило причиной симультанных операций у 6 пациентов (1,5%).

Заключение. Доброкачественными заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны во всех возрастных группах чаще страдают женщины. Пациенты поступают преимущественно в экстренном порядке, состояние большей части больных отягощается развитием синдрома механической желтухи. Оперативное лечение производится после обследования, консервативного лечения в режиме предоперационной подготовки. В 9% случаев предварительный и окончательный клинический диагнозы не совпадают. Нередко окончательный диагноз удается установить лишь во время хирургического вмешательства. Операции выполняются как традиционным доступом, так и с использованием мини-инвазивных и лапароскопических технологий, которые постепенно занимают лидирующее положение и позволяют осуществлять значительный спектр оперативных пособий с меньшим риском для пациента. Желательно ввести в формы статистического учета пациентов с патологией билиарной системы пункт о наличии механической желтухи.



ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по хирургии желчных путей. Под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. М.: Издательский дом «Видар», 2006. С. 66-67.
2. Руководство по ультразвуковой диагностике. Под ред. П.Е.С.Пальмера. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2000. С. 110.