

УДК 616.366-003.7-06:616.366-008.5

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

К.А. Краснов, Н.В. Заруцкая, кафедра госпитальной хирургии, ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кузбасский областной гепатологический центр, г. Кемерово

Представлен собственный опыт применения различных вариантов декомпрессии желчевыводящих путей при желчно-каменной болезни, осложненной механической желтухой. Проводится анализ эффективности и безопасности дренирования чрескожными и транспапиллярными методами.

The own experience of using of different variants of biliary tracts' decompression of the patients with cholelithic disease complicated with obstructive jaundice has been presented. The analysis of effectiveness and safety of percutaneous and transpapillary methods' drainage has been conducted.

Лечение желчно-каменной болезни (ЖКБ) и ее осложненных форм до настоящего времени остается одним из наиболее изучаемых направлений абдоминальной хирургии, что обусловлено продолжающимся ростом заболеваемости калькулезным холециститом и его осложнений. Механическая желтуха при ЖКБ встречается от 10 до 80% случаев (Алиев М.А., 2006; Гиберт Б.К., 2006). Несмотря на прогрессивное развитие хирургии, при операциях, выполняемых на высоте желтухи, летальность остается высокой и составляет от 8 до 35% (Клименко Г.А., 2001; Lai E.C., 2006). Это привело к пересмотру хирургической тактики, резкому сокращению числа

лапаротомий и нередко к отказу от их проведения. Внедрение новых способов лечения изменило устоявшиеся взгляды на тактику ведения больных с механической желтухой. Обращает на себя внимание отсутствие единого подхода к выбору способа декомпрессии желчевыводящих путей. Многие исследователи признают оптимальным способом декомпрессии билиарного тракта эндоскопическую папиллосфинктеротомию – ЭПСТ (Ермолов А.С., 2004; Мумладзе Р.Б. и соавт., 2004; Voitk A., 1997). Другие относятся к данной методике сдержанно, мотивируя риском развития кровотечения, острого панкреатита, острого холангита, ретродуоденальной

перфорации и ряда других неспецифических осложнений, возникающих у 5,4–18,3% пациентов, и предлагают выполнять ЭПСТ только больным с высоким риском оперативного вмешательства (Ившин В.Г. и соавт., 2000; Старосек К.Н. и соавт., 2006; Tricarico A., 2002).

В последние годы отмечается возросший интерес к применению чрескожных чреспеченочных лечебно-диагностических процедур у больных с механической желтухой (Ившин В.Г. и соавт., 2000; Карев А.В. и соавт., 2006; Verquist T.H., 2006). В рекомендациях авторов звучит необходимость широкого внедрения чрескожных чреспеченочных способов декомпрессии. Остается открытым вопрос, какой же способ чреспеченочного дренирования: холецисто- или холангиостомия, более эффективен при лечении доброкачественной механической желтухи.

Проведение сравнительного анализа малоинвазивных способов декомпрессии позволит улучшить результаты хирургического лечения больных с желчно-каменной болезнью, осложненной механической желтухой.

В Кузбасском областном гепатологическом центре с января 2000 года по январь 2005 года пролечены 623 пациента с желчно-каменной болезнью, осложненной механической желтухой. Всем больным первым этапом выполнялась декомпрессия билиарного тракта с применением мини-инвазивных технологий. В зависимости от способа разрешения холестаза все пациенты распределены на две основные группы: группа 1 – больные с эндоскопической ретроградной декомпрессией (n=483), группа 2 – больные с чрескожным чреспеченочным дренированием билиарного тракта под контролем УЗИ (n=140).

Пациенты обеих групп были достаточно сопоставимы по всем показателям. Группа 1 состояла из 181 (37,5%) мужчины и 302 (62,5%) женщин. Группа 2 – из 61 мужчины (43,6%) и 79 женщин (56,4%). Средний возраст больных группы 1 – 56,7±1,63 года, группы 2 – 62,1±1,07 года, p=0,08.

Для оценки степени тяжести желтухи использована классификация, предложенная В.Д. Федоровым с соавт. (2000). В ней проводится корреляция между балльной оценкой степени тяжести желтухи и прогнозом вероятной летальности. Согласно классификации, среди исследуемых преобладали больные с желтухой средней и тяжелой степенями тяжести.

Показаниями для эндоскопической ретроградной декомпрессии (группа 1) являлись низкий уровень билиарной обструкции и наличие анатомических условий для эндоскопического доступа к большому дуоденальному сосочку. Всем больным 1-ой группы выполнена ЭПСТ и холедохолитозэкстракция по показаниям. В случае множественного холедохолитоза или отсутствия уверенности в адекватной санации гепатикохоледоха, ЭПСТ дополнялась транспапиллярным дренированием. При отсутствии анатомических условий для эндоскопической декомпрессии выполнялось чрескожное дренирование желчевыводящих путей под контролем ультразвука (группа 2).

В соответствии с поставленными задачами больные обеих групп были распределены на подгруппы в зависимости от

объема декомпрессии. В каждой из подгрупп проведено подразделение на подгруппы «а», «б» и «в» в зависимости от степени тяжести желтухи.

Группа 1 – эндоскопическая ретроградная декомпрессия (n=483)

Подгруппа 1.1. – эндоскопическая папиллосфинктеротомия (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. – эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с транспапиллярным дренированием (n=242),

- 1.2.а.** – желтуха легкой степени (n=36),
- 1.2.б.** – желтуха средней степени (n=156),
- 1.2.в.** – желтуха тяжелой степени (n=50).

Группа 2 –

Чрескожная чреспеченочная декомпрессия (n=140)

Подгруппа 2.1. – микрохолецистостомия (n=87),

- 2.1.а.** – желтуха легкой степени (n=17),
- 2.1.б.** – желтуха средней степени (n=48),
- 2.1.в.** – желтуха тяжелой степени (n=22).

Подгруппа 2.2. – холангиостомия (n=53),

- 2.2.а.** – желтуха легкой степени (n=12),
- 2.2.б.** – желтуха средней степени (n=23),
- 2.2.в.** – желтуха тяжелой степени (n=18).

Вторым этапом выполнялась холецистэктомия: видеолaparоскопическая (n=479) или полостная (n=144). При необходимости полостная холецистэктомия сопровождалась реконструкцией в зоне большого дуоденального сосочка (n=140).

После декомпрессии проводилось наблюдение за показателями интоксикации, холестаза и цитолиза гепатоцитов, определялись средние сроки их нормализации. Установлено, что сроки нормализации показателей зависят от степени тяжести желтухи и способа декомпрессии (таблица 1).

Таблица 1. Сроки нормализации показателей интоксикации, холестаза и цитолиза гепатоцитов при ретроградной эндоскопической декомпрессии (сутки, M±m)

Показатели	1.1.а.	1.2.а.	1.1.б.	1.2.б.	1.1.в.	1.2.в.
t°С тела	2,8±0,63	4,2±1,21	7,6±1,82	5,9±1,14	12±0,86	6,0±0,23 ***
ОКЛПК	5,0±1,61	3,8±0,21	4,8±1,24	4,0±1,06	8,8±1,21	8,1±0,91
ЛИИ	5,8±0,42	6,4±0,33	7,8±1,03	5,1±1,14	17,3±1,01	8,1±1,24 ***
Билирубин	3,6±0,42	3,8±1,33	16,2±2,31	10,1±1,81 **	32,1±2,41	26,0±1,61***
ЩФ	4,9±0,93	4,3±0,41	17,3±0,02	7,8±1,12**	21,1±2,42	13,2±2,57***
ГГТ	5,2±0,41	4,8±1,01	20,1±2,31	16,1±0,18 **	32,4±2,12	27,6±0,61***
АсАТ	14,4±0,32	8,8±1,06*	17,3±0,82	15,2±0,61 **	31,1±4,11	22,1±2,22***
АлАТ	5,8±0,08	4,6±0,16*	16,1±1,43	15,8±2,05	30,2±1,03	27,3±1,17

Примечание: * p<0,05 – в сравнении с подгруппой 1.1.а.; ** p<0,05 – в сравнении с подгруппой 1.1.б.; *** p<0,05 – в сравнении с подгруппой 1.1.в.

У больных с желтухой легкой степени тяжести с чрескожной чреспеченочной декомпрессией (группа 2) было выявлено, что после холангиостомии в более короткие сроки разрешается интоксикация и цитолиз гепатоцитов, чем после холецистостомии. При механической желтухе средней степени достоверно раньше нормализовался билирубин

крови после холангиостомии. При механической желтухе тяжелой степени быстрее разрешается интоксикация, холестаза и цитолиз гепатоцитов после холангиостомии (таблица 2).

Таблица 2. Сроки нормализации показателей интоксикации, холестаза и цитолиза гепатоцитов при чрескожной чреспеченочной декомпрессии (сутки, M±m)

Показатели	2.1.а. (n=17)	2.1.б. (n=12)	2.1.в. (n=48)	2.2.а (n=23)	2.2.б. (n=22)	2.2.в. (n=18)
t°С тела	6,1±0,09	4,3±0,67*	6,8±1,06	7,1±0,91	8,4±0,51	7,6±0,14
ОКЛПК	5,8±0,16	3,9±0,12*	6,1±0,81	3,9±0,61	8,4±1,04	7,7±0,75
ЛИИ	8,6±0,29	9,1±0,45	14,6±0,61	9,7±0,88	25,3±0,91	27,4±1,01***
Билирубин	9,8±0,45	8,6±0,92	28,3±1,03	18,3±1,16**	29,1±0,71	23,6±1,12***
ЩФ	7,2±1,06	5,6±1,14	8,6±1,72	6,6±1,55	28,4±1,01	19,2±1,18***
ГГТ	7,4±0,54	7,7±0,32	17,1±1,13	15,7±1,22	-	-
АсАТ	19,3±1,24	14,2±1,66*	19,6±1,93	-	-	-
АлАТ	6,8±0,13	4,6±0,42*	8,7±1,02	9,8±0,16	13,9±1,06	18,1±1,37***

Примечание: * p<0,05 – в сравнении с подгруппой 2.1.а.; ** p<0,05 – в сравнении с подгруппой 2.1.б.; *** p<0,05 – в сравнении с подгруппой 2.1.в.

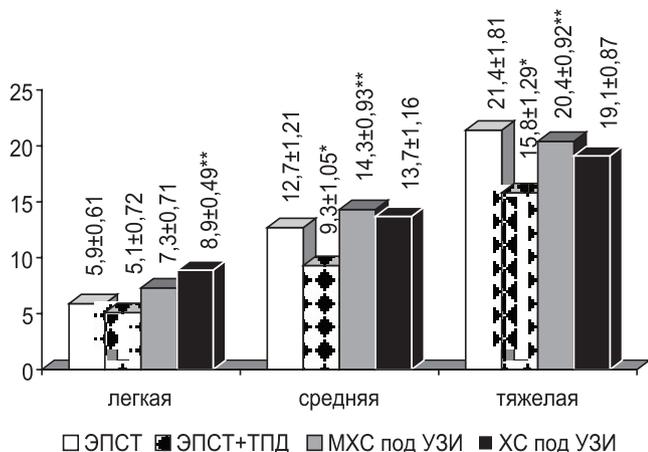


Рис. Средние сроки декомпрессии в подгруппах, сутки.

Анализ специфических осложнений декомпрессии также показал зависимость от степени тяжести механической желтухи и способа разрешения холестаза. Наименьшее их количество при эндоскопической ретроградной декомпрессии – 44 (7,1%). Дополняя эндоскопическую папиллосфинктеротомию транспапиллярным дренированием, удалось снизить относительное количество осложнений с 13,2 до 3,2% у больных с желтухой средней степени, с 39,4 до 18% в подгруппе с желтухой тяжелой степени. При чрескожных чреспеченочных способах декомпрессии общее количество осложнений выше – 22 (15,7%). Причем, после микрохолестистостомии – у 13 больных (14,9%), после холангиостомии – у 9 (16,9%).

Продолжительность первого этапа определялась средней величиной, полученной при суммировании сроков нормализации всех исследуемых клинико-лабораторных показате-

телей. На их продолжительность оказывали влияние степень тяжести механической желтухи и способ декомпрессии (рис.).

Выводы. На основании анализа результатов мини-инвазивных способов декомпрессии билиарного тракта установлено, что оптимальным для разрешения механической желтухи калькулезного происхождения является эндоскопический ретроградный способ. Показанием для транспапиллярного дренирования, помимо явлений холангита и неразрешенного холедохолитиаза, является механическая желтуха средней и тяжелой степени. Средние сроки декомпрессии билиарного тракта, сроки пребывания в стационаре и относительное количество специфических осложнений при транспапиллярном дренировании ниже, чем при чрескожных чреспеченочных способах дренирования независимо от степени тяжести желтухи.

Оптимальные сроки мини-инвазивной декомпрессии билиарного тракта зависят от степени тяжести желтухи и способа декомпрессии: при механической желтухе легкой степени тяжести составляют 5–6 суток при эндоскопическом ретроградном способе, 7–9 суток при чрескожном чреспеченочном дренировании. При механической желтухе средней степени: 12–13 суток при ЭПСТ, 9–10 суток при ЭПСТ дополненной транспапиллярным «потерянным» дренажом, 10–14 суток при чрескожном чреспеченочном дренировании. При механической желтухе тяжелой степени: от 21 до 22 суток при эндоскопической папиллосфинктеротомии, 15–16 суток при ЭПСТ дополненной транспапиллярным «потерянным» дренажом, 17–19 суток при чрескожном чреспеченочном дренировании.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов А.С. Хирургия желчно-каменной болезни: от пройденного к настоящему / А.С. Ермолов, А.В. Упырев, П.А. Иванов // Хирургия. - 2004. - № 5. - С. 4-9.
2. Клименко Г.А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / Г.А. Клименко. - М.: Медицина, 2000. - 224 с.
3. Мумладзе Р.Б. Мини-инвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы / Р.Б. Мумладзе, Г. М. Чеченин, Ю. Ш. Розиков // Хирургия. - 2004. - № 5. - С. 65-67.
4. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой / В.Г. Ившин, А.Ю. Якунин, О.Д. Лукичев. - Тула, 2000.
5. Berquist T.H. Percutaneous biliary decompression: internal and external drainage in 50 patients / T.H. Berquist, G.R. May, C.M. Johnson // AJR. - 2006. - V. 136. - P. 901-906.
6. Tricarico A. Endolaparoscopic rendezvous treatment. A Satisfyng therapeutic choice for cholecystocholedocolithiasis / A. Tricarico, G. Cione, M. Sozio // Surg. Endosc. - 1981. - V. 16. - P. 585-588.