

УДК 616.36-008.5-07-089

Усовершенствование диагностической и хирургической тактики у больных с механической желтухой

А.В. ЗАХАРОВА

Казанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Захарова Анна Викторовна

очный аспирант кафедры хирургических болезней № 1
420054, г. Казань, ул. Ачинская, д. 1, тел. 8-929-722-64-11
e-mail: zahanna.83@rambler.ru

Проанализирован опыт диагностики и лечения 909 больных с механической желтухой. Механическую желтуху доброкачественного генеза наблюдали у 763 (83,9%), злокачественного — у 146 (16,1%) больных. На основании полученных данных представлен диагностический и лечебный алгоритм в зависимости от причины механической желтухи. Определены наиболее рациональная последовательность лучевых и эндоскопических методов диагностики, а также выбор способа декомпрессии желчных протоков как первого этапа лечения при синдроме механической желтухи. Более 80% больных выполнены миниинвазивные хирургические вмешательства, что позволило улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: механическая желтуха, диагностика, хирургическое лечение.

Improvement of diagnostic and surgical tactic for patients with mechanical jaundice

A.V. ZAKHAROVA

Kazan State Medical University
Republican Clinical Hospital of Ministry of Health
Care of the Republic of Tatarstan, Kazan

An experience of diagnosis and treatment of 909 patients with obstructive jaundice (OJ) is analyzed. Benign origin of OJ revealed in 763 (83,9%) and malignant — in 146 (16,1%) of cases. Based on the data the diagnostic and treatment algorithm, depending on the cause of obstructive jaundice, is presented. The most rational sequence of radiation and endoscopic diagnostic methods and choice of method of decompression of bile ducts, as the first stage of treatment for the syndrome of obstructive jaundice, are determined. Over 80% of the patients are performed minimally invasive surgery, which improved results of treatment.

Key words: mechanical jaundice, diagnostics, surgical treatment.

Проблема диагностики и лечения механической желтухи, объединяющей обширную группу заболеваний, в настоящее время приобрела особую актуальность и является одной из трудных задач хирургии [1-3]. Причинами этого являются неуклонный рост больных с этой патологией, увеличение среди них числа лиц пожилого и старческого возраста. Диагностические ошибки, возникающие в 12-38% наблюдений [4], приводят к печеночной недостаточности и другим тяжелым осложнениям (желудочно-кишечные кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени, сепсис), что в 14-27% наблюдений приводит к летальному исходу [1, 5]. Несмотря на внедрение в клиники новых

методов диагностики и миниинвазивных технологий, вопросы современной диагностики и рациональной лечебной тактики при механической желтухе остаются одними из наиболее сложных в хирургической гастроэнтерологии [1].

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с синдромом механической желтухи путем оптимизации диагностической и хирургической тактики.

Материал и методы

Был проведен анализ историй болезни 909 больных с механической желтухой, находившихся на лечении в отделениях абдоминальной и эндоскопической хи-

рургии РКБ МЗ РТ с 2006 по 2011 г. Мужчин было 315 (34,7%), женщин — 594 (65,3%). Возраст больных варьировал от 17 до 89 лет, причем более 60% составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Причинами механической желтухи у 83,9% (n=763) больных были доброкачественные заболевания, у 16,1% (n=146) — злокачественные (табл. 1). Независимо от этиологии механической желтухи основные патофизиологические звенья синдрома сходны, что позволяет руководствоваться единой лечебно-диагностической тактикой.

Выбор метода инструментальной диагностики определяется предполагаемой причиной обтурации желчных протоков, возможностью продолжения диагностического исследования в лечебное вмешательство, техническим оснащением лечебного учреждения и наличием квалифицированных специалистов.

Лечение больных проводилось с использованием традиционных, эндовидеохирургических и миниинвазивных вмешательств на фоне консервативной терапии, главным образом направленной на профилактику печеночной и почечной недостаточности.

Так как механическая желтуха является неотложным состоянием, требует быстрой установки диагноза и декомпрессии желчевыводящих протоков, в течение первых двух суток всем больным проводился весь комплекс мер, включавший клинические и биохимические анализы, ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию с осмотром зоны большого дуоденального сосочка (БДС). При наличии наружного желчного свища (таких больных за этот период наблюдалось 120) сразу выполнялась фистулохолангиография (рис. 1). При подозрении на желтуху опухолевого генеза (по клинко-анамнестическим и УЗИ данным) выполняли компьютерную томографию, что позволило подтвердить диагноз опухоли. В последнее время появилась возможность выполнения магнитно-резонансной панкреатохолангиографии (МРПХГ) (рис. 2).

Наиболее информативным методом диагностики является прямое контрастирование желчных путей. Ме-

тодом выбора служит ЭРПХГ (рис. 3), позволяющая поставить правильный диагноз в 79-98% случаев [6-8].

Всего за период с 2006 по 2011 г. было выполнено 715 ЭРПХГ. Она не всегда была выполнима из-за наличия патологии или анатомических особенностей в терминальном отделе холедоха и постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки. По нашим данным, у 33 больных (4,6%) не удалось провести исследование. В этих случаях, а также при наличии «высокого блока» желчных протоков (опухоль, стриктура) производили антеградное пункционное дренирование желчных протоков под УЗИ наведением: чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС) или чрескожную чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХцС). Это дает возможность проведения фистулографии для уточнения диагноза, а также подготовки больного к радикальной операции или в некоторой степени улучшить качество жизни в некурабельных случаях. Всего выполнено ЧЧХС 141: в 35 (24,8%) случаях при доброкачественной желтухе, в 106 (75,2%) случаях — при злокачественной. Осложнения возникли у 14 больных (9,9%): дислокация дренажа с желчеистечением — у 11 (7,8%), из них 6 (4,25%) с летальным исходом; кровотечение — у 2 (1,4%), из них 1 (0,7%) с летальным исходом; перфорация кишки — у 1 (0,7%). Общая летальность составила 4,96% (7 случаев).

При необходимости ЭРПХГ сопровождалось ЭПСТ. Всего было выполнено 661 ЭПСТ, в т.ч. неоднократно (от 2 до 4 раз) — 236 (35,7%) больным, с литоэкстракцией — 358 (54,1%) больным. У 17 пациентов с опухолью БДС произведено эндоскопическое ретроградное стентирование.

Являясь инвазивными методами, ЭРПХГ и ЭПСТ иногда вызывают осложнения. Из анализа наших данных ЭРПХГ и ЭПСТ сопровождалась рядом осложнений, возникших как во время вмешательства, так и в послеоперационном периоде. В нашей клинике частота осложнений составила 8,6% (57 случаев), а летальность — 1,2% (8 случаев).

1. Самым частым осложнением ЭРПХГ и ЭПСТ является острый панкреатит. По разным литературным

Таблица 1.
Причины механической желтухи по данным РКБ МЗ РТ за 2006-2011 гг.

Причина механической желтухи	Количество	%
Механическая желтуха доброкачественного генеза:	763	83,9
Холедохолитиаз (в т.ч. синдром Мириizzi) в т.ч. со стенозом БДС в т.ч. с холангитом	504(4) 103 110	55,4
Стеноз большого дуоденального сосочка	216	23,8
Панкреатит (в т.ч. киста поджелудочной железы)	26 (6)	2,9
Стриктура холедоха	15	1,7
Дивертикул двенадцатиперстной кишки	2	0,2
Механическая желтуха злокачественного генеза:	146	16,1
Тумор поджелудочной железы	75	8,3
Тумор БДС и терминального отдела холедоха	24	2,6
Опухоль Клацкина	22	2,4
Холангиокарцинома	20	2,2
Рак желчного пузыря с метастазами в печень	5	0,6
Итого	909	100

данным частота его варьирует от 2 до 10%, а летальность составляет 0,2-1,5% [9, 10-14]. Панкреонекроз развился в 11 случаях (1,66%), из них 4 (0,6%) летальных исхода. Эффективными мерами профилактики острого панкреатита после ЭРПХГ и ЭПСТ считаем следующие меры: правильная подготовка к исследованию, адекватная и эффективная премедикация, щадящая техника выполнения, адекватная и рациональная терапия после вмешательств.

2. Кровотечение возникло у 32 больных (4,8%) из области разреза при ЭПСТ. В 31 случае оно было незначительным и прекращалось после местной и общей гемостатической терапии. У 1 больного (0,15%), потребовавшего лапаротомии для остановки кровотечения, был летальный исход от прогрессирующей печеночной недостаточности. Профилактика кровотечения заключается в подготовке больного: введение гемостатиков накануне операции, поэтапной ПСТ в сложных случаях с интервалом 3-6 дней.

Рисунок 1.

Фистулохолангиограмма. Опухоль БДС. Дренаж установлен в d.hepaticus



Рисунок 2.

МРПХГ. Множественные крупные конкременты в расширенном холедохе

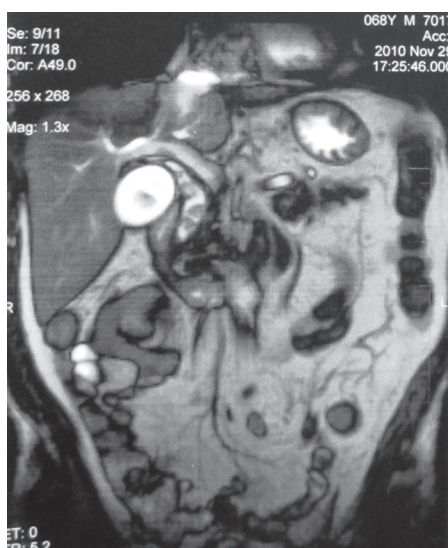
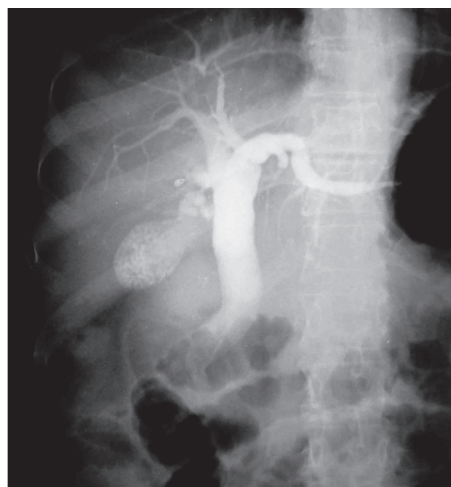


Рисунок 3.

ЭРПГ. Холецистолитиаз в сочетании с опухолью головки поджелудочной железы



3. Перфорация двенадцатиперстной кишки катетером с развитием забрюшинной флегмоны и летальным исходом было в 1 случае (0,15%). С целью профилактики необходимо использование для канюляции устья БДС канюли с атравматическим дистальным концом и исключить грубые манипуляции.

4. Заклинивание корзинки Дормия возникло у 13 (3,63%) больных при экстракции крупного плотного камня, потребовавшие лапаротомии. В этой группе 2 (0,3%) летальных случая. Для профилактики этого осложнения необходима тщательная диагностика (МРПХГ, эндосонаграфия) и при обнаружении плотных крупных конкрементов на фоне стеноза терминального отдела холедоха на протяжении, отказ от литоэкстракции. Также немаловажную роль играет хорошее техническое оснащение.

В случае протяженного рубцового стеноза терминального отдела холедоха, технических сложностях, кровотечении, лучевой перегрузке ЭПСТ может выполняться в два и более этапа с неоднократной ревизией и санацией протоков с интервалом в 3-6 дней, что было проведено в 236 (35,7%) случаях.

При доброкачественной желтухе мининвазивные вмешательства стали окончательными способами лечения у 575 (75,3%) больных, в остальных случаях на втором этапе по мере разрешения желтухи в более благоприятных обстоятельствах проводились хирургические операции.

Сроки проведения хирургических вмешательств зависят от исходной тяжести печеночной недостаточности и составляют 1-4 недели. Как правило, одним из основных ориентиров, свидетельствующих об очевидной тенденции к разрешению холестаза и возможности выполнения хирургического вмешательства, бывает снижение концентрации общего билирубина ниже 50 мкмоль/л [3].

Абсолютным показанием к экстренной открытой операции являлась механическая желтуха, сопровождавшаяся перитонитом при деструктивном холецистите в сочетании с холедохолитиазом. При этом выполняли лапаротомию, холецистэктомию, холедохолитотомию и наружное дренирование холедоха (предпочтение отдавали дренированию по Вишневскому). Эта же операция производилась при невозможности эндоскопической литоэкстракции из-за крупных плотных конкрементов, синдрома Мириizzi, свищей, парафатериальных дивертикулов, состояния после резекции желудка по способу Бильрот-II после предварительной декомпрессии. Всего сделано 137 операций.

При рубцовых стриктурах желчных протоков, ятроген-



Таблица 2.
Алгоритм диагностики и тактики при механической желтухе

Подозреваемый диагноз (рабочий диагноз)	Содержание и последовательность алгоритма
Холедохолитиаз с калькулезным холециститом	УЗИ — ФГДС — ЭРПХГ — ЭПСТ с литоэкстракцией — ЛХЭ (или ХЭ из мини-доступа); при невозможности — ЧЧХС — операция (ХЭ из мини-доступа или открытая)
Холедохолитиаз	УЗИ — ФГДС — ЭРПХГ — ЭПСТ с литоэкстракцией, при невозможности — ЧЧХС — операция (из мини-доступа или открытая)
Холангит с холедохолитиазом	УЗИ — ФГДС — ЭРПХГ — ЭПСТ с литоэкстракцией и санацией холедоха, при невозможности — ЧЧХС — операция (из мини-доступа или открытая)
Холангит со стенозом БДС	УЗИ — ФГДС — ЭРПХГ — ЭПСТ с санацией холедоха
Рубцовый стеноз БДС	УЗИ — ФГДС — ЭРПХГ — ЭПСТ
Стриктура желчного протока на протяжении, ятрогенные повреждения	УЗИ — ФГДС — МРХПГ — ЭРПХГ — стентирование, при невозможности — ЧЧХС — наложение билиодигестивного анастомоза
Рак головки поджелудочной железы	УЗИ — ФГДС — РКТ — ЧЧХС — радикальная или паллиативная операция в условиях онкоцентра
Рак желчного протока	УЗИ — ФГДС — МРХПГ — ЧЧХС — радикальная или паллиативная операция в условиях онкоцентра
Рак БДС	УЗИ — ФГДС с биопсией — ЭРХПГ — стентирование — радикальная или паллиативная операция в условиях онкоцентра

ных повреждениях выполняли реконструктивные операции с наложением билиодигестивного соустья на различных уровнях желчных протоков (32 операции).

Послеоперационная летальность составила 5,18% (47 больных). Причинами смерти были полиорганная недостаточность, сепсис, печеночно-почечная недостаточность на фоне длительной предшествующей до поступления в стационар желтухи, а также осложнения сопутствующих заболеваний.

Анализ проведенных нами исследований позволил определить наиболее рациональную последовательность применения методов диагностики и тактики лече-

ния при механической желтухе (таблица 2).

Выводы

1. ЭРПХГ и ЭПСТ при высокой технике выполнения в условиях хорошо оснащенных специализированных эндохирургических отделений позволяет повысить диагностическую ценность до 98%, снизить осложнения, выбрать рациональное оперативное лечение у больных с механической желтухой.

2. Предложенный алгоритм диагностики и тактики лечения при механической желтухе позволяет улучшить результаты лечения больных и снизить послеоперационную летальность до 5,18%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2011. — Т. 16, № 3. — С. 50-57.
2. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар-М, 2009. — 568 с.
3. Савельев В.С. 80 лекций по хирургии. — М.: Литтерра, 2008.
4. Ветшев П.С., Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Бардаков В.Г. Возможности современных методов диагностики и обоснование лечебной тактики при механической желтухе // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. — 2008. — № 2. — С. 24-32.
5. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. — М.: Медпрактика, 2003.
6. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2010. — Т. 15, № 1. — С. 9-18.
7. Лотов А.Н., Машинский А.А., Ветшев П.С. Минимально инвазивные технологии в диагностике и лечении обтурационной желтухи (ЛЕКЦИЯ) // *Тихоокеанский медицинский журнал*. — 2004. — № 1 (15). — С. 11-18.
8. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Прядко А.С. и др. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2011. — Т. 16, № 3. — С. 26-34.
9. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2000. — 288 с.
10. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М. и др. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2011. — Т. 16, № 3. — С. 9-15.
11. Freeman M.L. Complications of endoscopic sphincterotomy // *Endoscop.* — 1998. — Vol. 30, N 9. — P. 216-220.
12. Loperfido S., Angelini G., Benedetti G. Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study // *Gastrointest. Endos.* — 1998. — Vol. 48, N 1. — P. 241-245.
13. Masci E., Mariani A., Curioni S., Testoni P. Risk factors for pancreatitis following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a meta-analysis // *Endoscopy*. — 2003. — Vol. 35. — P. 830-834.
14. Sherman S., Lehman G. Risk factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective multicenter study // *Am J. Gastroenterol.* — 1997. — Vol. 92, N 5. — P. 1639.