

ВЫБОР МИНИИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

© *Иванов С.В., Охотников О.И., Голиков А.В., Бельченков А.В.*

Кафедра хирургических болезней № 1
Курского государственного медицинского университета, Курск
E-mail: alexsurg@yandex.ru

Изучены результаты лечения 127 пациентов пожилого и старческого возраста с механической желтухой желчно-каменного генеза. В первую группу вошли 87 пациентов (70,2%). В ней использован предложенный способ диагностики и лечения механической желтухи. Во второй группе было 40 пациентов (29,8%) – лечебно-диагностические мероприятия были дополнены крупнокалиберным дренированием желчных протоков с последующей антеградной контактной холангиолитотрипсией и холангиолитоэкстракцией.

Применение предложенного алгоритма диагностики и лечения больных с синдромом механической желтухи пожилого и старческого возраста сопровождалось небольшим числом осложнений и летальных исходов.

Ключевые слова: холедохолитиаз, стеноз большого соска двенадцатиперстной кишки, механическая желтуха, эндоскопическая папиллотомия, холангиолитотрипсия, холангиолитоэкстракция, чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

CHOICE OF MINIINVASIVE TREATMENT METHOD OF CHOLEDOCHOLITIASIS WITH MECHANICAL JAUNDICE IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

Ivanov S.V., Okhotnikov O.I., Golikov A.V., Belchenkov A.V.

Department of Surgical Diseases N 1 of the Kursk State Medical University, Kursk

Results of treatment of 127 patients of elderly and senile age with a mechanical jaundice are studied. The first group included 87 patients (70.2%). In this group the offered way of diagnostics and treatment of mechanical jaundice with good-quality genesis is used. 40 patients (29.8%) have been included in the second group. In this group medical-diagnostic actions have been added to large-caliber draining bilious ducts with the subsequent antegrade cholangiolitotripsy and cholangiolitoecstraction.

Application of the offered algorithm of diagnostics and treatment of patients with a syndrome of mechanical jaundice in patients of elderly and senile age was accompanied by a small number of complications and low quantity of lethal outcomes.

Keywords: choledocholithiasis, papilla Vaterny stenosis, mechanical jaundice, endoscopic papillotomy, periscinal percutaneous cholangiolitostomy, cholangiolitotripsy, cholangiolitoecstraction.

Глобальная тенденция старения человечества в XXI веке приводит к значительному увеличению числа хирургических больных пожилого и старческого возраста. Большое количество среди них занимают пациенты с осложнениями ЖКБ, а в частности с механической желтухой – 49–65% [3, 4]. Длительная желтуха вызывает морфологические и функциональные изменения со стороны печени и желчных путей, острую печеночную недостаточность, геморрагические осложнения, гнойный холангит. Это объясняет высокую послеоперационную летальность, которая достигает 15–20% [1, 2]. Успешное лечение таких больных связано, в том числе с рациональной хирургической тактикой, учетом тяжести состояния больного, а также использованных лечебных технологий.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с синдромом механической желтухи желчнокаменного генеза в группе пожилого и старческого возрастов путем рациональной

интеграции в лечебно-диагностический алгоритм миниинвазивных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике хирургических болезней №1 на базе отделений общей хирургии и рентгенохирургических методов диагностики и лечения Курской областной клинической больницы с 2005 г. по 2008 г. включительно под нашим наблюдением находились 311 пациентов с механической желтухой желчнокаменного генеза, 127 (40,8%) из них были пожилого и старческого возраста. В зависимости от примененных миниинвазивных методов лечения все больные подразделялись на 2 группы.

В первую группу вошли 87 пациентов (70,2%). Женщин было 62 (72,4%), мужчин – 24 (27,6%). Средний возраст больных составил $72,55 \pm 6,85$ года. В этой группе использован предложенный нами способ диагностики и лечения

механической желтухи доброкачественного генеза (патент РФ на изобретение № 2268657). При ультразвуковом исследовании гепатопанкреатобилиарной зоны определялись предложенные нами типы желчной гипертензии, представляющие собой комплекс ультразвуковых симптомов. I тип предполагал ретенцию желчных путей и желчного пузыря вплоть до конfluence, при II типе желчной гипертензии присоединяется расширение внутрипеченочных желчных ходов включая протоки III порядка.

При первом типе желчной гипертензии начинали лечебные мероприятия с эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ТПВ). У больных с ПХЭС лечение на этом завершается. После купирования эндотоксикоза, индуцированного гипербилирубинемией, и устранения причины обструкции желчного дерева при условии компенсации сопутствующей патологии выполняется радикальная операция – холецистэктомия. При втором типе желчной гипертензии холестаз купировали с помощью чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС).

Во вторую группу включены 40 пациентов (29,8%). Женщин было 29 (72,9%), мужчин – 11 (27,1%). Средний возраст больных составил $71,26 \pm 9,4$ года. В этой группе лечебно-диагностические мероприятия были дополнены крупнокалиберным дренированием желчных протоков с последующей антеградной контактной холангиолитотрипсией и холангиолитоэкстракцией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Причины развития механической желтухи в первой группе представлены в таблице (табл. 1).

Учитывая пожилой и старческий возраст, с целью оценки тяжести соматического статуса пациентов с механической желтухой нами рассмотрена сопутствующая патология. Подавляющее большинство пациентов имели сочетанное поражение сердца и сосудов (в виде разных форм ИБС и гипертонической болезни) – 83%. Второе место по встречаемости занимает церебральный атеросклероз и его осложнения (в виде инсультов в анамнезе) – 6%. ХОБЛ была диагностирована в

5% случаев. Больше число пациентов с сочетанной патологией (74,7%) имели 3 и более сопутствующих заболеваний в анамнезе.

Причины механической желтухи во второй группе представлены в таблице (табл. 2).

Ведущей причиной возникновения механической желтухи во второй группе явился холедохолитиаз – 20 случаев (50,0%) и его сочетание со стенозом БСДК – 8 наблюдений (20,0%). Значительное число пациентов имело сочетанную патологию (72,5%) в составе 3-х и более сопутствующих заболеваний, что определяет высокий риск оперативного вмешательства.

Структура причин механической желтухи и сопутствующих заболеваний в первой и второй группах схожа.

На основании выбранных согласно алгоритму методов разрешения механической желтухи на первом этапе лечения первая группа подразделена на 4 подгруппы (табл. 3).

Согласно алгоритму при I типе желчной гипертензии эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) как средство ее разрешения производилась всем 48 пациентам.

ЭПТ выполнялась преимущественно по классической канюляционной методике. Диаметр холедоха при рентгеновском исследовании составил $14,04 \pm 5,17$ мм, при среднем диаметре наибольшего конкремента в нем $12,19 \pm 3,3$ мм.

После ЭПТ производилась инструментальная ревизия желчных протоков, механическая литотрипсия и механическая литоэкстракция. В части случаев (8 наблюдений) холедохолитиаз разрешился спонтанно: после создания достаточного оттока желчи или ЭПТ, которая была направлена на устранения стеноза большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). Осложнения наблюдались у 16 пациентов, что составило 33,4% от числа выполненных исследований (табл. 4).

В одном случае не удалось захватить конкремент корзинкой Дормиа, что можно расценить не как осложнение, а как случай неэффективного ТПВ. Однако при повторном вмешательстве через 2 суток литотрипсия и литоэкстракция оказалась удачной, холедохолитиаз был устранен.

Таблица 1

Причины развития механической желтухи

Диагноз	N	%
ЖКБ, холедохолитиаз	42	48,2
ЖКБ, стеноз БСДК	11	12,6
ЖКБ, холедохолитиаз, стеноз БСДК	23	26,4
ПХЭС, холедохолитиаз	8	9,2
ПХЭС, холедохолитиаз, стеноз БСДК	1	1,2
ЖКБ, холедохолитиаз, синдром Мириizzi	2	2,4

Итого	87	100,0
-------	----	-------

Таблица 2

Причины развития механической желтухи

Диагноз	N	%
ЖКБ, холедохолитиаз	20	50,0
ЖКБ, холедохолитиаз, стеноз БСДК	8	20,0
ПХЭС, холедохолитиаз	5	12,5
ПХЭС, холедохолитиаз, стеноз БСДК	1	2,5
ЖКБ, холедохолитиаз, синдром Мириizzi	5	12,5
ЖКБ, холедохолитиаз. Гепатикогастральный свищ	1	2,5
Итого	40	100,0

Таблица 3

Подразделение первой группы на подгруппы

Название	Использованные методики	N	%
«А»	Изолированное использование эндоскопических технологий	48	55,2
«Б»	Эндоскопические и чрескожные технологии	23	26,4
«В»	Изолированное использование чрескожных технологий	11	12,7
«Г»	Сочетание чрескожных вмешательств и открытых холедохолитотомий	5	5,7
Итого		87	100,0

Таблица 4

Осложнения после ЭПТ

Осложнение	N	%
Кровотечение из папиллотомной раны	3	18,7
Холангит	1	6,2
Постманипуляционный панкреонекроз	2	12,5
Острый отечный постманипуляционный панкреатит	10	62,5
Итого	16	100,0

Два случая кровотечения купированы консервативными мероприятиями. В одном случае кровотечение из папиллотомной раны была расценено при ФГДС как профузное, что потребовало экстренной операции. Была произведена холецистэктомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика и остановка кровотечения, холедохотомия с дренированием по Керу, дренирование и тампонирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело – он осложнился развитием несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и госпитальной пневмонией. После повторной операции (направленной на устранение несостоятельности швов) больная погибла от острой дыхательной недостаточности. Случаи острого отечного панкреатита были купированы консервативными мероприятиями по принятой в клинике схеме лечения. В одном случае после ЭПТ больная была экстренно оперирована. Интраоперационно диагностирован панкреонекроз, осложненный ферментативным перитонитом, развившийся как осложнение ЭПТ на фоне сочетанной сопутствующей патологии (сочетание 4 сопутствующих заболеваний). Он при-

вел к тому, что риск открытой операции у данной больной превысил совместимость с жизнью. Вторая больная, у которой развился постманипуляционный панкреонекроз, погибла от гнойных осложнений последнего. Одна из больных, перенесшая ЭПТ, умерла от развившегося в раннем послеоперационном периоде (вторые сутки) острого повторного инфаркта миокарда.

Случай гнойного холангита купирован консервативно.

Учитывая высокий операционный риск, плановые радикальные операции произведены всего 8 больным (16,7%). В 4 случаях выполнена холецистэктомия, в остальных – видеолaparоскопическая холецистэктомия, больные оперированы после купирования холестаза. Послеоперационных осложнений и летальности не отмечено.

При II типе желчной гипертензии антеградное пособие выполнено всем пациентам подгруппы: ЧЧХС выполнялась 19 больным (82,5%), ЧЧМХС (чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия) – 4 (17,5%). Осложнений после вышеназванных методик не отмечено.

После декомпрессии желчного дерева ЭПТ выполнена всем 23 пациентам.

Эндоскопическая папиллотомия выполнялась преимущественно по классической канюляционной методике. Диаметр холедоха при рентгеновском исследовании составил в среднем $16,04 \pm 5,02$ мм при среднем диаметре наибольшего конкремента $14,52 \pm 6,29$ мм.

После ЭПТ производилась инструментальная ревизия желчных протоков, механическая литотрипсия и механическая литоэкстракция.

Осложнения наблюдались у 14 пациентов. Виды осложнений представлены в таблице 5.

Два случая кровотечения и 11 случаев панкреатита купированы консервативными мероприятиями. Случай мелкоочагового постманипуляционного панкреонекроза закончился выздоровлением после комплексного лечения в специализированном отделении.

Оперативному лечению по поводу ЖКБ, учитывая высокий операционный риск, подвергнуто лишь 4 пациентов (17,4%). Все холецистэктомии выполнялись в плановом порядке. Осложнение возникло у одного пациента (4,3%) и было представлено острым восходящим варикотромбофлебитом, потребовавшим экстренной операции (произведена кроссэктомия). Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было.

В подгруппу «В» вошли 11 пациентов (12,7%) со II типом желчной гипертензии. В дополнение к ЧЧХС одному пациенту произведена ЧЧМХС, т.к. механическая желтуха сопровождалась острым холециститом. В одном случае при контрольном УЗИ, АХГ, РПХГ (ретроградной панкреатохолангиографии) (без ЭПТ) у больной отсутствовали актуальная желчная гипертензия, холедохолитиаз и стеноз БСДК. Дренаж из желчных протоков был удален и больная выписана в удовлетворительном состоянии. От холецистэктомии было решено воздержаться, учитывая высокую степень операционного риска.

В плановом порядке оперирован 1 пациент. В этом случае при контрольном УЗИ и АХГ убедительных данных за холедохолитиаз и стеноз БСДК после разрешения желтухи получено не было. Произведена холецистэктомия из традиционного доступа. Больной выздоровел. Осложнений и летальности в подгруппе не отмечено.

В подгруппу «Г» вошли 5 пациентов со II типом желчной гипертензии. Всем 5 пациентам перед операцией с целью купирования механической желтухи наложена ЧЧХС.

Осложнения чрескожных методик развились у одного пациента и были представлены кровотечением из места пункции печени. Больная была оперирована традиционным способом в экстренном порядке (ей была произведена лапаротомия, остановка кровотечения, холецистэктомия, холедохолитоэкстракция, дренирование холедоха по Керу) и погибла в раннем послеоперационном периоде от острой дыхательной недостаточности. В 4 случаях выполнены операции: холедохолитотомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу. В 1 случае наложен ХДА (холедоходуоденоанастомоз). Во всех четырех случаях соматически больные расценены как сохранные: имеющаяся сопутствующая патология (в трех случаях сочетание двух и в одном трех преморбидов) была компенсирована, что позволило прибегнуть к одномоментному разрешению непосредственной причины желтухи и ЖКБ. В двух случаях разрешить холедохолитиаз через ТПВ не представилось возможным в силу расположения БСДК в глубоком дивертикуле. Осложнений и летальных исходов после плановых операций в подгруппе не отмечено. Общее количество осложнений в группе составило 37,9%, летальность – 5,7%.

Вторая группа больных подразделена на 2 подгруппы – «Д» и «Е».

Подгруппа «Д» включила в себя 20 пациентов (50,0%). В лечении использовано сочетание транспапиллярных вмешательств и перкутанных вмешательств. ЭПТ произведена 20 больным. Для адекватного рассечения соска в большинстве случаев (88,9%) потребовалось 1–2 этапа. В 2-х случаях ЭПТ была неадекватна, что заставило перейти к антеградным технологиям. Во всех случаях транспапиллярное вмешательство контролировалось ЭРПХГ. Диаметр холедоха при рентгеновском исследовании составил $16,64 \pm 6,83$ мм, при среднем диаметре наибольшего конкремента $22,94 \pm 8,07$ мм.

После ЭПТ производилась инструментальная ревизия желчных протоков и механическая лито-

Таблица 5

Осложнения после ЭПТ

Осложнение	N	%
Кровотечение из папиллотомной раны	2	14,2
Постманипуляционный панкреонекроз	1	7,1
Острый отечный панкреатит	11	78,7
Итого	14	100,0

экстракция. В 4 случаях литоэкстракция была неудачной, в 2 случаях дальнейшее эндоскопическое пособие было расценено как бесперспективное из-за анатомических особенностей БСДК (он был расположен в глубоком дивертикуле двенадцатиперстной кишки) и в 1 случае ввиду выраженной S-образной деформации холедоха. Таким образом, эндоскопические мероприятия не имели успеха в 45,0%. Осложнения наблюдались у 10 пациентов, что составило 50,0% от числа выполненных манипуляций (табл. 6). Все осложнения были купированы консервативно.

Чрескожные вмешательства повлекли за собой осложнения в 1 случае (5,0%). Они были представлены билеомой подпеченочного пространства, потребовавшей перкутанного дренирования, и парадренажным подтеканием желчи. В подгруппе «Д» радикально оперированы 2 пациента (10,0%). Им произведена видеолaparоскопическая холецистэктомия. Общие осложнения наблюдались у 3 пациентов (16,7%) и были представлены срывом сердечного ритма, острой госпитальной пневмонией и острым восходящим варикотромбофлебитом, при котором произведена кроссэктомия. 7 пациентов (35,0%) были выписаны с наружно-внутренним дренажем (НВД), несущим функцию временного стента. Летальных случаев в подгруппе не отмечено. Средний койко-день составил $30,64 \pm 9,5$ дней.

В подгруппу «Е» вошли 20 пациентов (50,0%), у которых перкутанные вмешательства являлись единственным миниинвазивным хирургическим методом, так как ТПВ в подгруппе были невыполнимы. Этим пациентам ЧЧХС трансформировалась в крупнокалиберную холангиостому, через которую затем и проводилась контактная литотрипсия и антеградная литоэкстракция. Во всех случаях манипуляции контролировались антеградной холангиографией и видеохолангиоскопией. Для полной санации холедоха

в 52,6% случаев было достаточно 2-3 сеансов антеградной литоэкстракции. Среднее количество удаленных у пациента конкрементов составило $3,5 \pm 0,95$ за сеанс.

У 11 пациентов (55,0%) проводилась баллонная пластика БСДК, в 2 случаях - дополненная стентированием. Осложнения после чрескожных вмешательств имели место у 5 (25,0%) больных (табл. 7).

Случаи кровотечения и парадренажного подтекания желчи купированы консервативно, пневмоторакс – дренированием плевральной полости, в остальных случаях проводилось дренирование брюшной полости под ультразвуковым контролем. 7 пациентов (35,0%) были выписаны с НВД, исполняющим роль временного стента, на амбулаторное наблюдение. Радикальные операции в подгруппе не проводились. Летальных исходов не отмечено. Средний койко-день составил $29,53 \pm 10,49$ дня (табл. 8).

Учитывая достоверность отличий при сравнении подгруппы «Е» и подгруппы «Д» второй группы можно сделать закономерный вывод о том, что изолированное использование чрескожной холангиолитотрипсии и холангиолитоэкстракции в сочетании с баллонной пластикой БСДК сопровождается меньшим числом местных и общих осложнений. Это объясняется исключением из алгоритма ТПВ, влекущих за собой осложнения в половине случаев. Достоверно значимого увеличения койко-дня в подгруппах второй группы отмечено не было.

Для оценки эффективности используемого нами алгоритма диагностики и лечения больных с механической желтухой желчнокаменного генеза в группах лиц пожилого и старческого возраста, а также для оценки эффективности и безопасности используемых лечебных технологий нами проведен сравнительный анализ по следующим критериям (табл. 9).

Таблица 6

Осложнения после ЭПТ

Осложнение	N	%
Кровотечение из папиллотомной раны	7	70
Холангит	2	20
Острый отечный панкреатит	1	10
Итого	10	100,0

Таблица 7

Осложнения после чрескожных вмешательств

Осложнение	N	%
Кровотечение при бужировании канала	1	20,0
Экссудативное образование поддиафрагмального пространства	1	20,0
Экссудативное образование подпеченочного пространства	2	40,0
Пневмоторакс	1	20,0
Итого	5	100,0

Таблица 8

Сравнительная характеристика подгрупп

Характеристика	Подгруппа «Е» (N=20)		Подгруппа «Д» (N=20)	
	N	%	N	%
Осложнения местные	12	60,0	5	25,5*
Осложнения общие	3	15,0	2	10,0*
Койко-день	30,64±9,5		29,53±10,49**	

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p > 0,05$.

Таблица 9

Сравнительная характеристика первой и второй групп

Характеристика	Первая группа		Вторая группа	
	N	%	N	%
Сочетание 3 и более сопутствующих заболеваний	65	74,7	28	75,6**
Диаметр холедоха	14,33±5,3		16,64±6,83*	
Диаметр конкремента	12,4±6,1		22,94±8,07*	
Отсутствие условий для ТПВ	2	2,3	3	7,5*
Кол-во неэффективных ТПВ	9	10,4	7	17,5*
Осложнения общие	27	31,1	5	12,5*
Осложнения местные	6	6,9	17	42,5
Летальность	5	5,7	-	-
Койко-день	16,35±15,89		29,67±10,08*	

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p > 0,05$.

Количество больных с сочетанием 3-х и более сопутствующих заболеваний в группах было одинаковым (различие не достоверно), что говорит о сравнимости групп по тяжести пациентов. Средний диаметр холедоха и конкремента во второй группе был достоверно больше. Во второй группе отсутствие условий для ТПВ и количество неэффективных ТПВ также достоверно больше.

В первой группе длительность пребывания больных в стационаре была достоверно короче, однако присутствовала летальность. Во второй группе летальности не было. Таким образом, учитывая меньшую агрессивность чрескожных вмешательств, становится возможным сформулировать дифференцированные показания их использования: 1) пожилой и старческий возраст; сочетание 3-х и более сопутствующих заболеваний (соматическая отягощенность превышает риск традиционной операции над ее целесообразностью); 2) II тип желчной гипертензии; 3) средний диаметр конкремента в холедохе более 22,94±8,07 мм; 4) отсутствие условий для ТПВ или прогнозируемая неэффективность ТПВ (БСДК в дивертикуле, выраженные деформации терминального отдела холедоха, особенности анатомического строения БСДК, состояние после резекции желудка по способу Бильрот-II); 5) неэффективность ТПВ (техническая безрезультатность канюляции, эндоскопической литотрипсии и литоэкстракции в аспекте возможности развития фатальных

осложнений), а также и при осложнениях ТПВ со стороны поджелудочной железы.

Применение предложенного нами алгоритма диагностики и лечения больных с синдромом механической желтухи желчнокаменного генеза пожилого и старческого возраста сопровождается небольшим числом осложнений и низким количеством летальных исходов. Использование антеградных технологий позволяет достоверно снизить число осложнений путем исключения осложнений ТПВ и тем самым улучшить результаты лечения у этого сложного контингента пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хирургия. – 1996. – № 1. – С. 3–6.
2. Котовский А.Е., Поздеев И.В., Тупикин Л.В. Отдаленные результаты эндоскопическо папиллосфинктеротомии // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – № 2. – С. 132–135.
3. Петровский Б.В., Милонов О.В., Смирнов В.А. и др. Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных протоков. – М.: Медицина, 1980. – 304 с.
4. Basso N., Pizzuto G., Surgo D. et al. Laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic sphincterotomy in the treatment of cholecystocholedocholithiasis // Gastrointest Endosc. – 1999. – Vol. 50, N 4. – P. 532–535.