

УДК 617-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Воронова Е.А., Винник Ю.С., Пахомова Р.А.

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, e-mail: PRA5555@mail.ru*

Проанализирован опыт хирургического лечения механической желтухи доброкачественного генеза. Проведен ретроспективный анализ 314 историй больных с доброкачественной механической желтухой, с последующим распределением по степени тяжести механической желтухи по классификации Гальперина (2013 г.) с целью определения хирургической тактики при разной степени тяжести механической желтухи. В лечении больных с механической желтухой мы придерживаемся двухэтапной тактики. Основной задачей первого этапа считаем ликвидацию холестаза и холемии с применением малоинвазивных эндоскопических лечебных вмешательств и чрескожное чреспеченочное дренирование. При этом создаются условия для более качественной подготовки больного ко второму этапу хирургического лечения, выполняемого в отсроченном периоде после ликвидации механической желтухи, что позволяет в целом улучшить результаты комплексного лечения, способствует сокращению сроков госпитального периода.

Ключевые слова: степень тяжести механической желтухи, хирургическое лечение

SURGICAL TACTICS IN BENIGN MECHANICAL JAUNDICE DEPENDING ON ITS SPETENI GRAVITY

Voronova E.A., Vinnik Y.S., Pakhomova R.A.

*Medical University KrasGMU them. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Russian Ministry of Health,
Krasnoyarsk, e-mail: PRA5555@mail.ru*

The experience of surgical treatment of obstructive jaundice of benign origin. A retrospective analysis of 314 patients with benign stories obstructive jaundice, followed by distribution of the severity of obstructive jaundice classification Halperin (2013.). In order to determine the surgical tactics in varying degrees of severity of obstructive jaundice. In the treatment of patients with obstructive jaundice we follow a two-step tactics. The main objective of the first phase of the eradication of cholestasis and Holem using minimally invasive endoscopic treatment interventions and percutaneous transhepatic drainage. This creates the conditions for better preparation of the patient to the second stage of surgical treatment performed in the delayed period after the elimination of obstructive jaundice. On this point there are creates the conditions for higher quality preparation of the patient to the second stage of surgical treatment, which performed in the delayed period after the liquidation of obstructive jaundice. And it allows improving results of treatment in general and also it promotes the reducing of hospital stay.

Keywords: the severity of jaundice, surgical treatment

Численность больных с механической желтухой (МЖ), вследствие разной патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), в последние годы продолжает увеличиваться. Острая хирургическая патология ГПДЗ в общей структуре заболеваний органов брюшной полости занимает второе место после острого аппендицита [1, 3, 6, 7, 9, 11].

В 2013 году Э.И. Гальперин представил упрощенную классификацию тяжести МЖ, основанную на учете уровня общего билирубина, осложнений МЖ (холангит, почечная недостаточность, печеночная недостаточность (признаки энцефалопатии), желудочно-кишечное кровотечение, сепсис). Классификация позволяет определить степень тяжести МЖ: легкую (класс А – ≤ 4 баллов), средней тяжести (класс В – 5–13 баллов) и тяжелую (класс С – ≥ 14 баллов). Прогноз оперативного вме-

шательства у больных МЖ класса А благоприятный, класса В – разный, зависящий от общего состояния больных и длительности гнойной или опухоловой интоксикации. Прогноз операций МЖ класса С плохой. Исключение из классификации показателя общего белка и протромбинового индекса позволяет упростить ее и получить более достоверную разницу послеоперационных результатов у больных при разных классах тяжести МЖ [2].

Формирование хирургической тактики является ключевым звеном в успешной ликвидации патологического процесса у больных МЖ при разной патологии ГПДЗ [4, 5, 10].

Оперативное вмешательство при наличии признаков МЖ всегда предпочтительнее выполнять в «холодном периоде». Однако в ургентной хирургии ГПДЗ выбор сроков операции часто диктуется

исходным состоянием больного, характером основного заболевания и его осложнениями, эффективностью консервативной терапии. Успех лечения во многом зависит от рационального сочетания консервативного и оперативного подходов, а главным стратегическим вопросом при разработке лечебного алгоритма считаем правильное определение приоритетного направления в каждом конкретном случае.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 314 историй болезни с патологией гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПДЗ), осложненной механической желтухой (МЖ), в период 2008–2013 гг.

Критерии включения:

1. Больные обоюбого пола в возрасте от 18 до 97 лет.
2. Классификационная категория: механическая желтуха.
3. Происхождение механической желтухи: доброкачественного генеза.

Критерии исключения:

1. Отечный панкреатит, механическая желтуха.
2. Паразитарная механическая желтуха.
3. Инфекционная желтуха.
4. Происхождение механической желтухи: злокачественного генеза.

Все данные анализировали методами вариационной статистики (С. Гланц, 1998). Для каждого вариационного ряда проводили оценку характера распределения на нормальность тестами Колмогорова – Смирнова (Е.Н. Шиган, 1986).

При нормальном распределении применяли параметрические методы, при сравнении двух групп – односторонний критерий Стьюдента. Все значения приведены в виде средней арифметической (М) и средней ошибки средней (m).

Значимость различий качественных показателей определяли с помощью критерия χ^2 и двухстороннего точного метода Фишера для четырехпольной таблицы. Относительные величины, выраженные в процентах, приводили в тексте диссертации с ошибкой процента. Степень отличий считали значимой при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение 314 больных МЖ по характеру патологии ГПДЗ представлено в табл. 1.

В структуре доброкачественных заболеваний ГПДЗ, обусловивших развитие МЖ, превалировала желчнокаменная болезнь (ЖКБ), осложненная холедохолитиазом (ХЛ) (185; $58,92 \pm 2,78\%$). Несколько реже (96; $30,57 \pm 2,60\%$) выявляли стенозы большого дуоденального соска (БДС), в том числе «на фоне» ЖКБ. Псевдотуморозный панкреатит установлен у 16 ($5,09 \pm 1,24\%$) больных. Стриктура холедоха и билиодигестивного анастомоза у 12 ($3,82 \pm 1,08\%$) и у 5 ($1,59 \pm 0,71\%$) больных соответственно.

В 2013 году Э.И. Гальперин представил упрощенную классификацию тяжести МЖ, основанную на учете уровня общего билирубина, осложнений МЖ (холангит, почечная недостаточность, печеночная недостаточность (признаки энцефалопатии), желудочно-кишечное кровотечение, сепсис). Классификация позволяет определить степень тяжести МЖ: легкую (класс А – ≤ 4 баллов), средней тяжести (класс В – 5–13 баллов) и тяжелую (класс С – ≥ 14 баллов). Прогноз оперативного вмешательства у больных МЖ класса А благоприятный, класса В – разный, зависящий от общего состояния больных и длительности гнойной или опухолевой интоксикации. Прогноз операций МЖ класса С плохой. Исключение из классификации показателя общего белка и протромбинового индекса позволяет упростить ее и получить более достоверную разницу послеоперационных результатов у больных при разных классах тяжести МЖ.

Распределение 314 больных МЖ по степени тяжести МЖ представлено в табл. 2.

Таблица 1

Распределение больных с МЖ по характеру патологии ГПДЗ

Патология	2008 Число больных, абс. (% ± S%)	2009 Число больных, абс. (% ± S%)	2010 Число больных, абс. (% ± S%)	2011 Число больных, абс. (% ± S%)	2012 Число больных, абс. (% ± S%)	2013 Число больных, абс. (% ± S%)
Холедохолитиаз	52 (67,53 ± 5,37)	51 (69,86 ± 5,41)	22 (39,28 ± 6,59)	21 (53,85 ± 8,09)	15 (45,45 ± 8,80)	24 (66,67 ± 7,98)
Стеноз БДС	19 (24,68 ± 4,94)	19 (26,03 ± 5,17)	29 (51,78 ± 6,74)	12 (30,77 ± 7,45)	13 (39,39 ± 8,64)	4 (11,11 ± 5,31)
Псевдотуморозный панкреатит	5 (6,49 ± 2,83)	1 (1,37 ± 1,37)	3 (5,36 ± 3,04)	2 (5,13 ± 3,58)	1 (3,03 ± 3,03)	4 (11,11 ± 5,31)
Стриктура холедоха	1 (1,30 ± 1,30)	–	1 (1,79 ± 1,79)	3 (7,69 ± 4,32)	4 (12,12 ± 5,77)	3 (8,33 ± 4,67)
Рубцовая стриктура билиодигестивного анастомоза	–	2 (2,74 ± 1,82)	1 (1,79 ± 1,79)	1 (2,56 ± 2,56)	–	1 (2,78 ± 2,78)

Таблица 2

Распределение больных МЖ по степени тяжести МЖ

Патология	Класс А Число больных, абс. (% ± S%)	Класс В Число больных, абс. (% ± S%)	Класс С Число больных, абс. (% ± S%)
Холедохолитиаз	34 (10,83 ± 1,76)	111 (35,35 ± 2,70)	39 (12,42 ± 1,86)
Стеноз БДС	18 (5,73 ± 1,31)	52 (16,56 ± 2,10)	25 (7,96 ± 1,53)
Псевдотуморозный панкреатит	2 (0,64 ± 0,45)	12 (3,82 ± 1,08)	4 (1,27 ± 0,63)
Стриктура холедоха	1 (0,32 ± 0,32)	8 (2,55 ± 0,89)	3 (0,96 ± 0,55)
Рубцовая стриктура билиодигестивного анастомоза	2 (0,64 ± 0,45)	2 (0,64 ± 0,45)	1 (0,32 ± 0,32)

Таблица 3

Первый этап лечения при патологии ГПДЗ, осложненной МЖ

Патология	ЭПСТ Число больных, абс. (% ± S%)	ЧЧПД Число больных, абс. (% ± S%)
Класс А	52 (18,98 ± 2,337)	1 (0,36 ± 0,36)
Класс В	144 (52,55 ± 3,02)	16 (5,84 ± 1,42)
Класс С	32 (11,68 ± 1,94)	29 (10,58 ± 1,86)

В структуре доброкачественных заболеваний ГПДЗ, обусловивших развитие МЖ, превалировал класс В (133; 42,36 ± 2,79%). Несколько реже (72; 22,93 ± 2,38%) – класс С. Класс А установлен у 57 (18,15 ± 2,18%) больных.

Основными составляющими лечебных мероприятий при МЖ, обусловленной разной патологией ГПДЗ, считали:

- 1) коррекцию нарушений, обусловленных острой патологией ГПДЗ;
- 2) устранение причины и коррекция нарушений, связанных с МЖ;
- 3) лечение сопутствующей соматической патологии.

В лечении больных с МЖ мы придерживаемся двухэтапной тактики. Основной задачей первого этапа считаем ликвидацию холестаза и холемии с применением малоинвазивных эндоскопических лечебных вмешательств (ЭПСТ) и чрескожное чреспеченочное дренирование (ЧЧПД). При этом создаются условия для более качественной подготовки больного ко второму этапу хирургического лечения, выполняемого в отсроченном периоде после ликвидации МЖ.

При наличии препятствия желчеоттоку в дистальном отделе ОЖП на первом этапе хирургического лечения у 228 (72,61 ± 2,52%) из всех 314 больных с МЖ выполнена ЭПСТ, 46 (14,65 ± 1,99%) из всех 314 больных с МЖ выполнена ЧЧПД. Эти данные представлены в табл. 3.

Показания к оперативному вмешательству, его срочность и вариант выполнения на втором этапе хирургического лечения определяли в зависимости от наличия разных факторов: эффективности первого этапа хирургического лечения, характера патологии, состояния больного и сопутствующей патологии. Перечень оперативных вмешательств на втором этапе хирургического лечения представлен в табл. 4.

При МЖ на втором этапе хирургического лечения операции разного варианта выполнены у 131 (40,41 ± 2,23%) из всех 314 больных: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) 58 (18,47 ± 2,19%) и у 5 (1,59 ± 0,71%) – холецистэктомия при традиционном лапаротомном доступе (ХЭ); у 20 (6,37 ± 1,38%) – холедохолитотомия при традиционном лапаротомном доступе (ХЛТ) и дренирование ОЖП; у 15 (4,78 ± 1,21%) – ХЛТ, дренирование ОЖП и ХЭ; у 14 (4,46 ± 1,17%) – выполнен билиодигестивный анастомоз (БДА); у 14 (4,46 ± 1,17%) – БДА, ХЭ; у 3 (0,96 ± 0,55%) – БДА с проведением «сменных» транспеченочных дренажей (СТД); у 3 (0,96 ± 0,55%) – установлены СТД.

Летальность после первого и второго этапов хирургического лечения вследствие нарастания проявлений МЖ представлена в табл. 5.

Таблица 4

Перечень выполненных операций на втором этапе хирургического лечения при патологии ГПДЗ, осложненной МЖ

Патология	ЛХЭ Число больных, абс. (% ± S%)	ХЭ Число больных, Абс. (% ± S%)	ХЛГ, дренирова- ние ОЖП Число больных, абс. (% ± S%)	ХЛГ, дренирова- ние ОЖП, ХЭ Число больных, абс. (% ± S%)	БДА Число больных, абс. (% ± S%)	БДА, ХЭ Число больных, абс. (% ± S%)	БДА ± СТД Число больных, абс. (% ± S%)	СТД Число больных, абс. (% ± S%)
Класс А	18 (13,74 ± 3,02)	–	1 (0,76 ± 0,76)	–	–	3 (2,29 ± 1,31)	–	–
Класс В	37 (28,24 ± 3,95)	5 (3,81 ± 1,68)	10 (7,63 ± 2,33)	11 (8,39 ± 2,43)	7 (5,34 ± 1,97)	7 (5,34 ± 1,97)	1 (0,76 ± 0,76)	1 (0,76 ± 0,76)
Класс С	3 (2,29 ± 1,31)	–	9 (6,87 ± 2,22)	4 (3,05 ± 1,51)	6 (4,58 ± 1,83)	4 (3,05 ± 1,51)	2 (1,53 ± 1,08)	2 (1,53 ± 1,08)

Таблица 5

Структура послеоперационной летальности, связанной с основной патологией, у больных с МЖ

Патология	Число больных, абс. (% ± S%)
Класс А	–
Класс В	14 (4,46 ± 1,95)
Класс С	9 (2,87 ± 3,92)

Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных результатов лечения больных при разной степени МЖ показал, что активное дополнительное использование малоинвазивных способов хирургической коррекции с ЭПСТ и ЧЧПД (по соответствующим показаниям) при условии выбора двухэтапной хирургической тактики позволяет в целом улучшить результаты комплексного лечения, способствует сокращению сроков госпитального периода и раннему купированию проявлений МЖ (клинико-лабораторные данные).

Список литературы

1. Винник Ю.С., Пахомова Р.А., Серова Е.В. и др. Хирургическая коррекция синдрома механической желтухи. Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т. 27. – № 3. – С. 116–119.
2. Гальперин Э.И., Момунова О.Н. Классификация тяжести механической желтухи // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – № 1. – С. 5–9.
3. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных с механической желтухой // Анналы хир. гепатологии. – 1996. – Т. 1. – С. 121–131.
4. Каримов Ш.И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой. – Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины, 1994. – 239 с.
5. Прокубовский В.И., Капранов С.А. Чреспеченочное эндопротезирование желчных протоков // Хирургия. – 1990. – № 1. – С. 18–23.
6. Савельев В.С., Прокубовский В.И., Филимонов М.И. и др. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе // Хирургия. – 1988. – № 1. – С. 3–7.
7. Хрусталева М.В. Современные эндоскопические транспиллярные методы лечения механической желтухи // Анналы НЦХ РАМН. – 1997. – С. 39–42.
8. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе // Анналы хир. гепатологии. – 1997. – Т. 2. – С. 117–122.

9. Cotton P.B. Endoscopic management of biliary strictures // Annu gastrointes. endoscopy. – 1993. – P. 6.

10. Guscheri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery // Springer-Verlag. – 1993. – Vol. 2. – P. 273.

11. Murai R., Hashig Ch., Kusujama A. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis // Surgical endoscopy. – 1991. – Vol. 5. – P. 140.

References

1. Vinnik Ju.S., Pahomova R.A., Serova E.V. i dr. Hirurgicheskaja korrekcija sindroma mehanicheskoy zheltuhi. Sibirskij medicinskij zhurnal. 2012. T. 27. no. 3. pp. 116–119.
2. Galperin Je.I., Momunova O.N. Klassifikacija tjazhesti mehanicheskoy zheltuhi // Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2014. no. 1. pp. 5–9.
3. Ivshin V.G., Jakunin A.Ju., Makarov Ju.I. Chreskozhnnye chrespechenochnye diagnosticheskie i lechebnye vmeshatelstva u bolnyh s mehanicheskoy zheltuhoy // Annaly hir. gepatologii. 1996. T. 1. pp. 121–131.
4. Karimov Sh.I. Jendobiliarnye vmeshatelstva v diagnostike i lechenii bolnyh s mehanicheskoy zheltuhoy. Tashkent: Izd-vo im. Ibn Siny, 1994. 239 p.
5. Prokubovskij V.I., Kapranov S.A. Chrespechenochnoe jendoprotezirovanie zhelchnyh protokov // Hirurgija. 1990. no. 1. pp. 18–23.
6. Savelev V.S., Prokubovskij V.I., Filimonov M.I. i dr. Chreskozchnoe chrespechenochnoe drenirovanie zhelchnyh putej pri mehanicheskoy zheltuhe // Hirurgija. 1988. no. 1. pp. 3–7.
7. Hrustaleva M.V. Sovremennye jendoskopicheskie transpillyarnye metody lechenija mehanicheskoy zheltuhi // Annaly NCH RAMN. 1997. pp. 39–42.
8. Shapovaljanc S.G., Ckaev A.Ju., Grushko G.V. Vybor metoda dekompressii zhelchnyh putej pri mehanicheskoy zheltuhe // Annaly hir. gepatologii. 1997. T. 2. pp. 117–122.
9. Cotton P.B. Endoscopic management of biliary strictures // Annu gastrointes. endoscopy. 1993. pp. 6.
10. Guscheri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery // Springer-Verlag. 1993. Vol. 2. pp. 273.
11. Murai R., Hashig Ch., Kusujama A. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis // Surgical endoscopy. 1991. Vol. 5. pp. 140.

Рецензенты:

Черданцев Д.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО, ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск;
Здзитовецкий Д.Э., д.м.н., заведующий кафедрой и клиникой хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского, ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск.