**Механическая желтуха доброкачественного генеза у больных пожилого и старческого возраста**

Старение человечества приводит к значительному увеличению числа хирургических больных пожилого и старческого возраста. Лечение синдрома механической желтухи у этих лиц на современном этапе развития билиарной хирургии остается актуальной проблемой. В настоящее время ведущим методом лечения этих больных являются эндоскопические транспапиллярные технологии. Однако остается достаточно высоким процент неудач и осложнений при их использовании. Единственным миниинвазивным методом разрешения механической желтухи в этих ситуациях являются чрескожные пособия под контролем соноскопии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возрастов с синдромом механической желтухи желчнокаменного генеза.

Материал и методы исследования. В клинике хирургических болезней № 1 на базе отделений общей хирургии и рентгено-хирургических методов диагностики и лечения Курской областной клинической больницы с 2005 по 2008 г. под нашим наблюдением находилось 323 пациента с механической желтухой желчнокаменного генеза, 127 (39, 3%) из них были пожилого и старческого возраста. В зависимости от примененной тактики больные подразделялись на 2 группы. В первую группу вошло 87 пациентов (70, 2%). Женщин было 62 (72, 4%), мужчин - 24 (27, 6%). Средний возраст больных составил 72, 55±6, 85 года. В этой группе использован предложенный нами способ диагностики и лечения механической желтухи доброкачественного генеза. 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 конфлюенса, 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). При втором типе желчной гипертензии холестаз купировали с помощью чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС).

Во вторую группу включено 40 пациентов (29, 8%). Женщин было 29 (72, 9%), мужчин - 11 (27, 1%). Средний возраст больных составил 71, 26±9, 4 года.

В этой группе лечебно-диагностические мероприятия были дополнены крупнокалиберным дренированием желчных протоков с последующей антеградной контактной холан-гиолитотрипсией и холангиолитоэктсракцией.

Результаты исследования. Причины развития механической желтухи в первой группе представлены в табл. 1.

Подавляющее большинство пациентов имело сочетанное поражения сердца и сосудов (в виде разных форм ИБС и гипертонической болезни) - 83%. Второе место по встречаемости занимают церебральный атеросклероз и его осложнения (в виде инсультов в анамнезе) - 6%. ХОБЛ была диагностирована в 5% случаев.

Причины механической желтухи во второй группе представлены в табл. 2.

Значительное число пациентов имело сочетанную патологию (72, 5%) в составе трех и более преморбидов, что определяет высокий риск оперативного вмешательства.

Согласно алгоритму, на первом этапе лечения желчная гипертензия разрешалась путем ЧЧХС всем пациентам группы.

Первая группа на основании выбранных согласно алгоритму методов разрешения механической желтухи на первом этапе лечения подразделена на 2 подгруппы (см. табл. 3).

В подгруппе А эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) как средство разрешения желчной гипертензии производилась всем 46 пациентам.

Для адекватного рассечения соска в большинстве случаев (91, 4%) потребовалось 1-2 этапа. Диаметр холедоха при рентгеновском исследовании составил 14, 04±6, 17 мм, при среднем диаметре наибольшего конкремента 12, 19±3, 3 мм.

Таблица 1

Причины развития механической желтухи в 1-й группе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз | Абс. число | % |
| 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 Мириззи | 2 | 2, 4 |
| Итого | 87 | 100, 0 |

Примечания: БСДК - большой сосок двенадцатиперстной кишки; ПХЭС - постхолицистэк-томический синдром.

Таблица 2

Причины развития механической желтухи во 2-й группе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагноз | Абс. число | % |
| 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 Мириззи | 5 | 12, 5 |
| ЖКБ, холедохолитиаз. |  |  |
| гепатикогастральный свищ | 1 | 2, 5 |
| Итого | 40 | 100, 0 |

Таблица 3

Подразделение 1-й группы

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Подгруппа | Использованные технологии | Абс. число | % |
| А | Изолированное использование | 46 | 52, 9 |
|  | эндоскопических технологий |  |  |
| Б | Гибридные технологии | 41 | 47, 1 |
| Итого |  | 87 | 100, 0 |

Таблица 4

Осложнения после ЭПТ в подгруппе А

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осложнение | Абс. число | % |
| Кровотечение из папиллотомной раны | 3 | 21, 5 |
| Холангит | 1 | 7, 1 |
| Острый отечный панкреатит | 10 | 71, 4 |
| Итого | 14 | 100, 0 |

Таблица 5

Осложнения после ЭПТ в подгруппе Б

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осложнение | Абс. число | % |
| Кровотечение из папиллотомной раны | 2 |  | 12, 5 |
| Острый панкреонекроз |  | 3 |  | 18, 8 |
| Острый отечный панкреатит |  | 11 |  | 68, 7 |
| Итого |  |  | 16 |  | 100, 0 |

Таблица 6

Сравнительная характеристика подгрупп

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | А (n=46) | Б (n=41) |
|   | абс.число | % | абс.число | % |
| Осложнения | 14 | 30, 4 | 22 |  | 53, 6\* |
| Летальность | 2 | 4, 3 | 4 |  | 9, 7\* |
| Койко-день | 11, 34 | 19, 28 |  |

\*p<0, 05.

Осложнения наблюдались у 14 пациентов, что составило 30, 4% от числа выполненных исследований (см. табл. 4).

Два случая кровотечения купированы консервативными мероприятиями, остальные осложнения также купированы консервативно. В одном случае кровотечение из папиллотомной раны потребовало экстренной операции. Больная погибла. Вторая больная, перенесшая ЭПТ, погибла от развившегося в раннем послеоперационном периоде острого инфаркта миокарда.

Учитывая высокий операционный риск, радикальные операции произведены только 8 больным (17, 4%). В 4 случаях выполнена холецистэктомия, в остальных - видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ). Послеоперационных осложнений и летальности не отмечено.

Общее число осложнений в подгруппе А составило 30, 4% (14 больных) при летальности 4, 3% (2 пациента). Средний койко-день составил 11, 34±6, 77 дня.

В подгруппе Б ЧЧХС выполнялась 34 пациентам. Осложнения развились у одного пациента и были представлены кровотечением из места пункции печени после ЧЧХС. Больная была оперирована традиционным способом в экстренном порядке и погибла от острой дыхательной недостаточности, явившейся следствием развившейся острой пневмонии на фоне ХОБЛ.

ЭПТ выполнена 25 пациентам. Для адекватного рассечения соска в большинстве случаев (84%) потребовалось 1-2 этапа. Диаметр холедоха при рентгеновском исследовании составил в среднем 16, 04±5, 02 мм при среднем диаметре наибольшего конкремента 14, 52±6, 29 мм.

Осложнения наблюдались у 16 пациентов, что составило 39, 1% от числа выполненных исследований. Виды осложнений представлены в табл. 5.

Два случая кровотечения и панкреатит купированы консервативными мероприятиями. Одна больная погибла от гнойных осложнений постманипуляционного панкреонекроза. В одном случае произведена экстренная операция, во время которой и диагностирован панкреонекроз. Случай закончился летально.

5 пациентов оперированы традиционным открытым способом. 4 пациентам перед операцией произведена ЧЧХС. В 4 случаях выполнена холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу. В 1 случае наложен холедохо-дуоденальный анастомоз.

Оперативному лечению по поводу ЖКБ подверглись 5 пациентов (12, 1%). Все операции выполнялись в плановом порядке. Осложнение возникло у одного пациента (4, 0%) и было представлено острым восходящим варикотромбофлебитом, потребовавшим экстренной операции (произведена кроссэктомия). Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было (см. табл. 6).

В подгруппе Б количество осложнений и летальных случаев достоверно больше, что объясняется наличием традиционных открытых операций. Увеличение койко-дней можно объяснить наличием в подгруппе Б дополнительной лечебной технологии, на которую необходимо определенное количество времени, и пролонгированным послеоперационным периодом, последовавшим за открытыми традиционными операциями.

Вторая группа больных также подразделена на 2 подгруппы - В и Г.

Подгруппа В включила в себя 20 пациентов (50%). При ЭПТ для адекватного рассечения соска в большинстве случаев (88, 9%) потребовалось 1-2 этапа. В двух случаях ЭПТ была неадекватна, несмотря на дальнейшие попытки, что заставило перейти к антеградным технологиям. Во всех случаях транспапиллярное вмешательство контролировалось эндоскопической ретроградной панкреатохолецистографией. Диаметр холедоха при рентгеновском исследовании составил 16, 64±6, 83 мм при среднем диаметре наибольшего конкремента 22, 94±8, 07 мм.

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 дивертикуле двенадцатиперстной кишки) и в 1 случае - ввиду выраженной S-образной деформации холедоха. Таким образом, эндоскопические мероприятия не имели успеха в 45%. Следует отметить, что размеры наибольшего конкремента в этих случаях составляли в среднем 24, 5±3, 3 мм.

Осложнения наблюдались у 10 пациентов, что составило 50% от числа выполненных манипуляций. Все осложнения были купированы консервативно (см. табл. 7).

Чрескожные вмешательства повлекли за собой осложнения в 1 случае (5%). Они были представлены билемой подпеченочного пространства.

В подгруппе В радикально оперированы 2 пациента (10%). Им произведена видеолапароскопическая холецистэктомия. В 1 случае возникли осложнения в виде гематомы ложа желчного пузыря и малого гемоперитонеума.

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. Летальных случаев в подгруппе не отмечено. Средний койко- день составил 30, 64±9, 5.

В подгруппу Г вошло 20 пациентов (50%), у которых перкутанные вмешательства являлись единственным миниинвазивным хирургическим методом. Этим пациентам ЧЧХС трансформировалась в крупнокалиберную холангиостому, через которую затем и проводилась контактная литотрипсия и антеградная литоэкстракция. У 11 пациентов (55%) проводились баллонная пластика БСДК, в 2 случаях дополненная стентированием. Осложнения после чрескожных вмешательств имели место у 5 (25%) больных (см. табл. 8).

Случаи кровотечения и парадренажного подтекания желчи купированы консервативно, пневмоторакс - дренированием плевральной полости, в остальных случаях проводилось дренирование брюшной полости под ультразвуковым контролем.

Радикальные операции в подгруппе не проводились. Летальных исходов не отмечено. Средний койко-день составил 29, 53±10, 49 (см. табл. 9).

Учитывая достоверность отличий при сравнении подгрупп А и Б первой 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 отмечено не было.

Сравнительный анализ первой и второй групп представлен в табл. 10.

Количество больных с сочетанием трех и более преморбидов в группах было одинаковым, 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 отмечалась летальность. Во второй группе летальности не было, хотя отмечено больше осложнений миниинвазивных методик. При рассмотрении последних следует отметить, что они не повлекли за собой ухудшения результатов лечения.

Таким образом, учитывая меньшую агрессивность чрескожных вмешательств, представляется обоснованным их применение в следующих клинических ситуациях: пожилой и старческий возраст; сочетание трех и более преморбидов (соматическая отягощенность превышает риск традиционной операции над ее целесообразностью); II тип желчной гипертензии (средний диаметр холедоха более 16, 64±6, 83 мм) как необходимое условие для безопасного антеградного доступа; средний диаметр конкремента в холедохе более 22, 94±8, 07 мм; отсутствие условий для ТПВ или прогнозируемая неэффективность ТПВ (БСДК в дивертикуле, невозможность обнаружить БСДК, выраженные деформации терминального отдела холедоха, особенности анатомического строения БСДК, состояние после резекции желудка по способу Бильрот II); неэффективность и осложнения ТПВ (техническая безрезультатность канюляции, эндоскопической литотрипсии и литоэкстракции в аспекте возможности развития фатальных осложнений).

Таблица 7

Осложнения после ЭПТ в подгруппе Б

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осложнение | Абс. число | % |
| Кровотечение из папиллотомной раны | 7 | 70 |
| Холангит | 2 | 20 |
| Острый отечный панкреатит | 1 | 10 |
| Итого | 10 | 100, 0 |

Таблица 8

Осложнения после чрескожных вмешательств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Осложнение | Абс. число | % |
| 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 9

Сравнительная характеристика подгрупп

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика | Подгруппа В (абс. число = 20) | Подгруппа Г (абс. число = 20) |
|  | абс. число | % | абс. число | % |
| 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 |

\*p<0, 05.

Таблица 10

Сравнительная характеристика третьей и четвертой групп

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика | Первая группа | Вторая группа |
|   | абс. число | % | абс. число | % |
| Сочетание 3 и более преморбидов | 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 | 2 | 2, 3 | 5 | 12, 5 |
| Осложнения местные | 32 | 36, 8 | 17 | 42, 5 |
| Летальность | 6 | 6, 9 | - | - |
| Койко-день | 16, 35±15, 89\* | 29, 67±10, 08\* |

**Список литературы**

Медицинская газета № 71 (7001) 17 сентября 2010