

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Алексеев С.А., Кошевский П.П., Бовтюк Н.Я.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Актуальность. Наиболее частой причиной развития механической желтухи доброкачественного генеза является желчнокаменная болезнь, встречающаяся у 25% лиц старше 60 лет [2]. В странах Западной Европы, США и России желчнокаменная болезнь встречается у 10-20% населения, у лиц пожилого и старческого возраста- у 30-40%[2,5]. Холедохолитиаз встречается у 8-20% больных желчнокаменной болезнью. Стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, как правило, является осложнением холедохолитиаза и встречается у 3-50% пациентов. Летальность при обтурационной желтухе достигает 4-28%, в случае присоединения гнойного холангита может возрастать до 17-88% [3,4]. При этом до 90% летальности приходится на пациентов пожилого и старческого возраста. Также растет частота заболеваний поджелудочной железы, сопровождающихся синдромом [2].

Цели и задачи. Изучить особенности диагностики и хирургической тактики при механической желтухе доброкачественной этиологии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 80 пациентов с механической желтухой доброкачественной этиологии, оперированных в хирургическом отделении 5 ГКБ г. Минска за период 2007-2011 гг. Из них у 50 пациентов (62,5%) причиной желтухи являлся холедохолитиаз, в том числе у 10 (12,5%)- холедохолитиаз в сочетании со стриктурой большого дуоденального сосочка, у 11 (13,75%)- стриктура большого дуоденального сосочка без холедохолитиаза, у 16 (20,0%)- индуративная (псевдотуморозная) форма хронического панкреатита со сдавлением интрапанкреатического отдела общего желчного протока, у 2 (2,5%)- первичный склерозирующий холангит, у 1 (1,25%)- острый флегмонозный холецистит со сдавлением общего желчного протока перихоледохеальным воспалительным инфильтратом. У 8 (10,0%) пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза во время операции был диагностирован холангит, у 1- холангиогенные абсцессы печени, холангиогенный сепсис. Мужчины составили 32,5% от общего числа пациентов, женщины- 67,5%. Холецистолитиаз обнаружен у 52 (65%) пациентов

с механической желтухой, из них у 19 (36,5%)- с острым холециститом, у 33(63,5%)- с хроническим холециститом. В возрастную группу до 46 лет вошли 17,5% пациентов с механической желтухой, 46-60 лет- 18,75%, 61-75 лет- 37,5%, старше 75 лет- 26,25%. Средний возраст пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза составил $63,7 \pm 16,0$ года. Всем пациентам с механической желтухой был выполнен комплекс обследований согласно стандартам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, включавший общий и биохимический анализы крови, коагулограмму в динамике, ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопию, у части пациентов обследование дополнено рентгеновской компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией с болюсным усилением, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографией (ЭРХПГ) [1]. Ультразвуковое исследование во всех случаях позволило диагностировать наличие билиарной гипертензии, а также определить уровень блока оттоку желчи. У 33 (66%) пациентов с холедохолитиазом диагноз был выставлен до операции с помощью ультразвукового исследования. У 11 пациентов холедохолитиаз, диагностированный с помощью ультразвукового исследования, на операции не подтвердился. Таким образом, чувствительность ультразвуковой диагностики при холедохолитиазе составила 66%, специфичность- 75%. Пациенты с механической желтухой были госпитализированы в хирургическое отделение по разным причинам в сроки $4,37 \pm 4,20$ суток от начала заболевания. Средний уровень гипербилирубинемии при поступлении составлял $182,22 \pm 87,95$ мкмоль/л.

Полученные результаты. При холедохолитиазе во всех 50 случаях выполнялась холедохолитотомия. В 8 случаях (16%) холедохолитотомия была завершена швом общего желчного протока и его дренированием по Халстеду-Пиковскому, Керу или Вишневскому, в 28 случаях (56%)- наложением холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову или Финстереру, в 6 случаях (12%)-трансдуоденальной папилосфинктеропластикой, в 6 (12%)- двойным внутренним дренированием общего желчного протока (трансдуоденальная папилосфинктеропластика и наложение холедохоанастомоза по Юрашу-Виноградову), в 2 случаях операция завершена наложением холедохоеюноанастомоза на длинной петле с Брауновским соустьем. При стриктуре большого дуоденального сосочка без холедохолитиаза в 5 случаях выполнено наложение холедоходуоденоанастомоза, в 5 случаях-трансдуоденальная папилосфинктеропластика. При индуративном панкреатите выполнялось наложение холедоходуоденоанастомоза в 11 случаях, наложение холедохоеюноанастомоза на отключенной петле по Ру- в 1 случае, наружное дренирование желчных протоков- в 4-х. 10 (12,5%) из 80 пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза были оперированы минилапаротомным доступом с применением

набора инструментов «Мини-Ассистент». 18 (22,5%) пациентам была выполнена лапароскопия, из них- 9 (11,25%) лапароскопическая холецистэктомия и лапароскопическая интраоперационная холангиография, что позволило выставить показания к дальнейшей трансформации операции в верхнесрединную лапаротомию или минидоступ. Умерло 6 пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза (7,5%). Причиной смерти были острая печеночно-почечная недостаточность у 4, сепсис и полиорганная недостаточность у 1, перитонит и прогрессирующая полиорганная недостаточность у 1.

Выводы.

1. Холедохолитиаз, стриктура большого дуоденального сосочка и индуративный панкреатит - наиболее частые причины обтурационной желтухи доброкачественной этиологии.
2. Причинами послеоперационной летальности при механической желтухе являются острая печеночно-почечная недостаточность и гнойно-септические осложнения с развитием полиорганной недостаточности.
3. Выполнение лапароскопической интраоперационной холангиографии в ряде случаев позволяет дифференцированно подойти к выбору дальнейшего оперативного доступа: конверсии в верхнесрединную лапаротомию или минидоступ.

Список литературы

1. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н.В.Завада.- Минск: БелМАПО, 2006.- 117с.
2. Завада, Н.В. Хирургическое лечение механической желтухи у пациентов с высокой степенью операционного риска / Завада Н.В., Груша В.В. // Медицинская панорама.- 2007. № 7 - С. 9-12.
3. Лечение больных с острым гнойным холангитом / С.И. Третьяк, Л.З. Матузов, О.И. Рубахов, Н.Т. Рашинская // Анналы хирургической гепатологии. - 1999. - № 2. - С. 136.
4. Харнас, С.С. Диагностический подход при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом / С.С. Харнас, В.Е. Сеницын, А.И. Шехтер // Хирургия. - 2003. - №: 6. - С. 36-41.
5. Bingener, J. Management of common bile duct stones in rural area of the United States: results of survey // J.Bingener, W.H.Schwesinger // Surgical Endoscopy. -2006. -№ 20. -P. 577-579.