

УДК 616.36-008.51-089-036.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Винник Ю. С., Пахомова Р. А., Серова Е. В., Лейман А. В., Андреев Р. И.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия (660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1), e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru

Клинические исследования основаны на анализе результатов комплексного обследования и хирургического лечения 398 больных с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной синдромом механической желтухи. Ближайшие результаты оперативного лечения больных с синдромом механической желтухи при разной патологии билиопанкреатодуоденальной зоны оценивали по различным критериям: послеоперационные осложнения (нагноение, гематома и серома в области послеоперационной раны, кровотечение, желчеистечение, послеоперационный панкреатит) и уровень послеоперационной летальности. В результате сравнительной оценки данных в основной группе и группе клинического сравнения установлено, что использование разработанных алгоритмов диагностики и лечения синдрома механической желтухи имеет преимущества в сравнении с существующими традиционными подходами и могут быть использованы при патологии билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной синдромом механической желтухи.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, механическая желтуха, послеоперационные осложнения.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THE SYNDROME OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Vinnik Y. S., Pakhomova R. A., Serova E. V., Leiman A. V., Andreev R. I.

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, street Partizana Zheleznyaka, 1), e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru

Clinical studies are based on an analysis of the results of a comprehensive examination and surgical treatment of 398 patients with pathology biliopancreatoduodenal zone syndrome complicated by obstructive jaundice. Surrounding the results of surgical treatment of patients with the syndrome of obstructive jaundice with different pathologies biliopancreatoduodenal zone was evaluated according to different criteria: postoperative complications (abscess, hematoma and seroma in the wound, bleeding, bile outflow, postoperative pancreatitis) and the level of postoperative mortality. As a result, the comparative evaluation of the data in the study group and clinical group comparisons revealed that the use of the developed algorithms of diagnosis and treatment of obstructive jaundice syndrome has advantages in comparison with existing conventional approaches, and can be used in pathology biliopancreatoduodenal zone syndrome complicated by obstructive jaundice.

Keywords: cholelithiasis, choledocholithiasis, jaundice, postoperative complications.

Введение. При нарастании печёночной недостаточности в условиях синдрома механической желтухи (СМЖ) часто недостаточно времени для углубленной диагностики, что определяет необходимость ранних оперативных вмешательств на высоте клинических проявлений СМЖ. В подобных случаях сложные диагностические задачи приходится решать непосредственно во время операции [1, 3].

До настоящего времени вопрос о выборе оптимальной лечебной тактики при СМЖ окончательно не решён. Консервативные мероприятия, направленные на улучшение и восстановление функции печени, носят, как правило, вспомогательный характер. Решающим является оперативное вмешательство. Несмотря на достижения интенсивной терапии и хирургии желчных путей, при острых патологических состояниях

билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) летальность достигает 12 – 20 %, а при печёночной недостаточности – 50 – 70 % [2, 5].

Выбор метода лечения имеет важное значение для устранения проявлений синдрома механической желтухи. Однако по этому вопросу отсутствует единое мнение. Так как основной задачей является декомпрессия желчных путей, то выбору способа отведения желчи не придается особого значения. Высокая послеоперационная летальность и частота осложнений не оправдывают подобного подхода [4, 6].

Материалы и методы. Клинические исследования основаны на анализе результатов обследования и хирургического лечения 398 больных с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненной синдромом механической желтухи.

Ближайшие результаты оперативного лечения больных с СМЖ при разной патологии БПДЗ оценивали по различным критериям: послеоперационные осложнения (нагноение, гематома и серома области раны, кровотечение, желчеистечение, панкреатит) и послеоперационная летальность.

Из всех 398 больных с СМЖ в различные сроки после стационарного лечения были выписаны 377 больных с признаками клинического выздоровления (при доброкачественных заболеваниях БПДЗ) или улучшения (при злокачественных новообразованиях БПДЗ), а у 21 больных после хирургического лечения наступил летальный исход. У всех 377 больных с синдромом механической желтухи, выписанных из стационара, было отмечено стабилизация общего состояния, исчезновение иктеричности склер и желтушности кожи, холемической интоксикации, нормализация уровня билирубина в сыворотке крови.

При анализе результатов лечения у больных с патологией БПДЗ, осложненной механической желтухой, учитывали специфические осложнения после оперативных вмешательств первого и второго этапов, а также послеоперационную летальность, непосредственно связанную с основным заболеванием.

Результаты и обсуждение. Первый этап хирургического лечения – эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и эндопротезирование (ЭП) общего желчного протока – выполнен у 336 больных с разной патологией БПДЗ, осложнённой синдромом механической желтухи. Из них кровотечение после ЭПСТ возникло в 2 ($0,6 \pm 0,4$ %) наблюдениях: у одной больной с опухолью головки поджелудочной железы, у которой целью остановки кровотечения выполнена лапаротомия, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда в зоне большого дуоденального соска (БДС) с летальным исходом; у одной больной с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), холедохолитиазом кровотечение из области БДС остановлено с помощью эндоскопического гемостаза (инъекции раствора адреналина и орошение раствором ферракрила) с благоприятным исходом. Острый панкреатит после

папиллотомии возник у 2 ($0,6 \pm 0,4$ %) больных, у которых проведение консервативных мероприятий позволили купировать раннее послеоперационное осложнение.

Следовательно, после первого этапа хирургической коррекции СМЖ специфические осложнения возникли у 4 ($1,2 \pm 0,6$ %) из 336 больных.

После второго этапа хирургического лечения выявлены разные послеоперационные осложнения, связанные с характером операции (табл. 1).

Таблица 1

Структура послеоперационных осложнений после второго этапа хирургического лечения у больных с синдромом механической желтухи

Клинические группы	Раневые осложнения Абс. (% \pm S%)	Желчеистечение Абс. (% \pm S%)	Панкреатит Абс. (% \pm S%)
желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз (n=126)	3 ($2,4 \pm 1,4$)	4 ($3,2 \pm 1,6$)	6 ($4,8 \pm 1,9$)
дистальные стриктуры или стеноз внепеченочных желчных протоков, в том числе «на фоне» ЖКБ (n=56)	3 ($5,4 \pm 3,0$)	1 ($1,8 \pm 1,8$)	2 ($3,6 \pm 2,5$)
хронический индуративный панкреатит (n=3)	-	1 ($33,3 \pm 33,3$)	-
опухоль головки поджелудочной железы (n=44)	1 ($2,3 \pm 2,3$)	4 ($9,1 \pm 4,4$)	-
опухоль билиарной системы (n=18)	1 ($5,6 \pm 5,6$)	1 ($5,6 \pm 5,6$)	-
Всего (n=247)	8 ($3,2 \pm 1,1$)	11 ($4,5 \pm 1,3$)	8 ($3,2 \pm 1,1$)

Послеоперационные раневые осложнения выявлены у 8 ($3,2 \pm 1,1$ %) из 247 больных с патологией БПДЗ, осложненной механической желтухой. Гематомы были у 3 ($1,2 \pm 0,7$ %) больных, серомы – у 3 ($1,2 \pm 0,7$ %) больных и нагноение – у 2 ($0,8 \pm 0,6$ %) больных. В 3 наблюдениях послеоперационные раневые осложнения выявлены при ЖКБ, холедохолитиазе, в 3 – при дистальных стриктурах внепеченочных желчных протоков, в одном – при опухоли поджелудочной железы и в одном случае – при опухоли билиарной системы. Во всех наблюдениях после вскрытия гематом, сером и гнойных очагов раневые дефекты были ликвидированы путем вторичного заживления до момента выписки больных из стационара.

Послеоперационное истечение желчи по дренажному каналу было выявлено у 11 (4,5 ± 1,3 %) из 247 больных. Из них у 7 больных после выполнения билиодигестивного анастомоза (у одного при ЖКБ, холедохолитиазе; у одного при хроническом индуративном панкреатите, у 4 при опухоли поджелудочной железы, у одного при опухоли билиарной системы), у 3 – после холедохолитотомии, дренирования общего желчного протока (у 2 при ЖКБ, холедохолитиазе; у одного при дистальной стриктуре внепеченочных желчных протоков) и у одного больного при ЖКБ, холедохолитиазе и остром калькулезном холецистите после лапароскопической холецистэктомии, у которого потребовалась повторная операция (перевязка пузырного протока).

Послеоперационный панкреатит после второго этапа хирургического лечения возник у 8 (3,2 ± 1,1 %) из 247 больных. Из них у 6 больных была ЖКБ, холедохолитиаз; у 2 – дистальная стриктура внепеченочных желчных протоков. У всех 8 больных после проведения консервативных мероприятий проявления острого послеоперационного панкреатита были купированы.

Следовательно, после второго этапа хирургической коррекции синдрома механической желтухи разные послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с характером выполненного хирургического вмешательства, возникли у 27 (10,9 ± 2,0 %) из 247 больных СМЖ.

Таким образом, после первого и второго этапов хирургического лечения СМЖ послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с характером оперативного вмешательства, возникли у 31 (7,8 ± 1,3 %) из 398 больных.

Летальный исход после первого и второго этапов хирургического лечения вследствие нарастания проявлений синдрома механической желтухи наступил у 21 (5,3 ± 1,1 %) из 398 больных с СМЖ (табл. 2).

Таблица 2

Структура послеоперационной летальности, связанной с основной патологией,
у больных с синдромом механической желтухи

Клинические группы	Количество умерших Абс. (%±S%)
ЖКБ, холедохолитиаз (n=189)	2 (1,1 ±0,8 %)
Дистальные стриктуры внепеченочных желчных протоков (n=107)	1 (0,9 ±0,9 %)
Хронический индуративный панкреатит (n=7)	-
Опухоль поджелудочной железы (n=71)	11 (15,5 ±4,3 %)
Опухоль билиарной системы (n=24)	7 (29,2 ±9,5 %)

Всего (n=398)	21 (5,3 ±1,1 %)
---------------	-----------------

Летальный исход наступил у 2 (1,1 ± 0,8 %) из 189 больных с ЖКБ, холедохолитиазом, у одного (0,9 ± 0,9 %) из 107 больных с дистальной стриктурой внепеченочных желчных протоков, у 11 (15,5 ± 4,3 %) из 71 больных с опухолью поджелудочной железы и у 7 (29,2 ± 9,5 %) из 24 больных с опухолью билиарной системы.

Эффективность двухэтапного лечебного алгоритма подтверждают непосредственные результаты в основной группе (ОГ) и группе клинического сравнения (ГКС). Данные о количестве послеоперационных осложнений и летальности в ОГ и ГКС представлены в таблице 3.

Таблица 3

Послеоперационные осложнения и летальность
в основной группе и группе клинического сравнения

Летальность, осложнения	Группы больных	ОГ (n=109)	ГКС (n=80)	ВСЕГО (n = 189)
		Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (% ±S%)
Послеоперационная летальность		0 (0)	3 (3,8 ±2,2)	3 (1,6 ±0,9)
		p=0,0416		
Раневые послеоперационные осложнения (гематома, серома, нагноение)		1 (0,9 ±0,9)	5 (6,3 ±2,7)	6 (3,2 ±0,3)
		p=0,0388		
Желчеистечение		1 (0,9 ±0,9)	5 (6,3 ±2,7)	6 (3,2 ±0,3)
		p=0,0388		
Послеоперационный панкреатит		0 (0)	4 (5,0 ±2,5)	4 (2,1 ±1,0)
		p=0,0183		
Всего осложнений		2 (1,8 ±1,3)	14 (17,5 ±4,3)	16 (8,5 ±2,0)
		p=0,0001		

Таким образом, в основной группе после двух этапов хирургического лечения осложнения возникли у 2 (1,8 ± 1,3 %) из 109 больных, в ГКС осложнения имели место у 14 (17,5 ± 4,3 %) из 80 больных. Летальный исход после первого или второго этапов хирургической коррекции наступил у 3 (3,8 ± 2,2 %) из 80 больных ГКС. В ОГ летальных исходов не было.

Для выяснения риска развития послеоперационных осложнений в ОГ и ГКС рассчитали показатели снижение абсолютного риска (САР), относительный риск (ОР) и снижение относительного риска (СОР) НИ по стандартным формулам. Согласно полученным данным, применение алгоритма способствовало снижению абсолютного риска

послеоперационных осложнений на 15,7 %. Относительный риск неблагоприятного исхода (послеоперационных осложнений) в ОГ при сравнительной оценке с данными в ГКС составляет 0,1 (ниже «1»), что соответствует достоверному снижению риска. Снижение относительного риска неблагоприятного исхода послеоперационных осложнений у больных ОГ составляет 89,7 % (более 50 %), что соответствует клинически значимому эффекту.

$САР = \text{частота исходов в ГКС} - \text{частота исходов в ОГ} = \text{частота осложнений в ГКС} (17,5 \%) - \text{частота осложнений в ОГ} (1,8 \%) = 15,7$

$ОР = \frac{\text{частота исхода в ОГ}}{\text{частота исхода в ГКС}} = \frac{\text{частота осложнений в ОГ} (1,8 \%)}{\text{частота осложнений в ГКС} (17,5 \%) } = 0,1$

$СОР = \frac{САР}{\text{частота исхода в ГКС}} \times 100\% = \frac{15,7}{17,5} \times 100\% = 89,7 \%$

Данные по сравнительной оценке эффективности предлагаемой (ОГ) и традиционной (ГКС) лечебной тактики при синдроме механической желтухи по вероятности послеоперационных осложнений представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сравнительная оценка эффективности предлагаемой и традиционной лечебной тактики при синдроме механической желтухи по вероятности послеоперационных осложнений

Вариант лечебной тактики	Снижение абсолютного риска (САР) (%)	Относительный риск (ОР)	Снижение относительного риска (СОР) (%)
Предлагаемая лечебная тактика	15,7	0,1	89,7

Проведена оценка данных эффективности предлагаемого лечебного алгоритма (ОГ) и данных в ГКС по вероятности послеоперационной летальности. Оказалось, что использование предлагаемого лечебного алгоритма (ОГ) позволило повысить эффективность лечения и снизить абсолютный риск числа летальных исходов на 3,8 % в сравнении с данными в ГКС. ОР НИ (летальности) в ОГ при сравнительной оценке с данными в ГКС составляет «0» (ниже «1»), что соответствует достоверному снижению риска. СОР НИ послеоперационной летальности у больных ОГ, в сравнении с данными в ГКС, составляет 100 % (более 50 %), что соответствует клинически значимому эффекту.

$САР = \text{частота исходов в ГКС} - \text{частота исходов в ОГ} = \text{частота летальности в ГКС}$
 $(3,8 \%) - \text{частота летальности в ОГ} (0 \%) = 3,8$

$ОР = \frac{\text{частота исхода в ОГ}}{\text{частота исхода в ГКС}} = \frac{\text{частота летальности в ОГ} (0\%)}{\text{частота летальности в ГКС} (3,8\%)} = 0$

$СОР = \frac{САР}{\text{частота исхода в ГКС}} \times 100 \% = \frac{3,8}{3,8} \times 100 \% = 100 \%$

Данные по сравнительной оценке эффективности предлагаемой (ОГ) и традиционной (ГКС) лечебной тактики при синдроме механической желтухи по вероятности послеоперационной летальности представлены в таблице 5.

Таблица 5

Сравнительная оценка эффективности предлагаемой и традиционной лечебной тактики при синдроме механической желтухи по вероятности послеоперационного летального исхода

Вариант лечебной тактики	Снижение абсолютного риска (САР) (%)	Относительный риск (ОР)	Снижение относительного риска (СОР) (%)
Предлагаемая лечебная тактика	3,8	0	100

Выводы. Таким образом, в результате сравнительной оценки данных в основной группе и группе клинического сравнения установлено, что использование разработанных алгоритмов диагностики и лечения имеет определенные преимущества в сравнении с существующими традиционными подходами, и могут быть использованы при синдроме механической желтухи.

Список литературы

1. Баранов Г. А. Миниинвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите / Г. А. Баранов, Е. А. Решетников, Б. В. Харламов // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 27–30.

2. Галлингер Ю. И. Серьезные хирургические осложнения лапароскопической холецистэктомии / Ю. И. Галлингер, В. И. Карпенкова, В. К. Воробьев // Эндоскоп. хирургия. – 1998. – №1. – С.11-12.
3. Гальперин Э. И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев // Хирургия. – 1998. – №1. – С. 4-7.
4. Диагностический подход при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом / С. С. Харнас, В. Е. Сеницын, А. И. Шехтер и др. // Хирургия. – 2003. – №6. – С. 36-41.
5. Ковалев А. И. Осложнения эндоскопического стентирования внепеченочных желчных протоков / А. И. Ковалев, А. А. Соколов, Д. С. Лопаткин // Современные хирургические технологии. – Красноярск, 2006. – С.74-79.
6. Малоинвазивная хирургия абсцессов печени / В. А. Лазаренко, О. И. Охотников, А. М. Чухраев и др. // Вестн. хирургии. – 2003. – №2. – С. 88-91.

Рецензенты:

Каспаров Э. В., д.м.н., профессор, главный врач клиники НИИ медицинских проблем севера СО РАМН, г. Красноярск.

Петрушко С. И., д.м.н., профессор, врач-хирург высшей квалификационной категории МБУЗ «Городская клиническая больница №7», г. Красноярск.