

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ КАЛЬКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

М.М. Майоров

Кафедра госпитальной хирургии
ГОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
ул. Революционная, 5, Ярославль, Россия, 150000

Основу работы составили клинические наблюдения и специально проведенные исследования у 554 пациентов с механической желтухой калькулезной этиологии, которые находились на лечении в клинике госпитальной хирургии в период с 1995 года по 2009 год. Среди них 425 женщин (76,7%) и 129 мужчин (23,3%) в возрасте от 19 до 94 лет (средний возраст составил $63,8 \pm 7,8$ года). Все пациенты по возрасту были разделены на 3 группы: до 60 лет — 153 больных (27,7%), от 61 до 74 лет — 232 пациента (41,8%), 75 лет и старше — 169 больных (30,5%).

Всем больным при поступлении выполнялись клинические и биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование брюшной полости с оценкой состояния печени, желчного пузыря, внепеченочных желчных ходов и поджелудочной железы. По показаниям выполнялась фиброгастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка. Задачами предварительного обследования было выявление причины и уровня обтурации желчных протоков, определение степени деструктивно-воспалительных изменений стенки желчного пузыря и перивезикальных тканей, наличия камней в желчном пузыре, состояния поджелудочной железы.

В 100% случаев причиной желтухи был холедохолитиаз, в 9,3% случаев сочетающийся со стриктурой большого дуоденального сосочка или дистальной части холедоха. В одном случае, при наличии камней холедоха, имел место стеноз холедоходуоденоанастомоза, и в одном случае аналогичная картина наблюдалась при стенозе холедохоеюноанастомоза.

У 285 больных холедохолитиаз сочетался с острым холециститом (51,4%). Картина острого деструктивного холецистита, требующая решения вопроса о срочном или экстренном оперативном вмешательстве, наблюдалась у 77 больных

(27,1%). У 154 пациентов механическая желтуха развилась на фоне хронического воспаления желчного пузыря (27,9%). У 18 больных холедохолитиаз протекал без признаков воспаления желчного пузыря (3,2%). У 175 пациентов была клиника гнойного холангита (31,6%). В остальных 97 случаях (17,5%) развитие данного заболевания наблюдалось после выполненной ранее холецистэктомии.

Диагноз механической желтухи ставился на основании клинических проявлений, данных ультразвукового исследования, биохимических анализов крови. Продолжительность желтухи колебалась от 1 суток до 3 месяцев.

Хирургическая тактика определялась исходной билиарной гипертензией, степенью ее нарастания, которая аргументировалась в основном данными ультразвукового исследования и показателями билирубина в крови. Тяжесть состояния больных с механической желтухой в значительной степени усугублялась наличием сопутствующей соматической патологии у 73,4% пациентов. Наряду с типичными для больных пожилого и старческого возраста заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца — 320 больных (57,8%), артериальная гипертензия — 354 пациента (63,9%) у ряда пациентов имела место патология легких (хронические обструктивные заболевания — 76 больных (13,7%)), почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), варикозная болезнь вен нижних конечностей — 120 пациентов (21,6%) и сахарный диабет — 69 пациентов (12,4%).

У 390 больных (70,4% случаев) первым этапом лечения выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которая позволила восстановить отток желчи в двенадцатиперстную кишку и выполнить эндоскопическую санацию холедоха. У 239 больных (61,4% случаев) эндоскопическая папиллосфинктеротомия явилась окончательным методом хирургической коррекции в период данной госпитализации. В последующем 17 (7,1%) пациентам с разрешенной механической желтухой была выполнена плановая холецистэктомия из минидоступа, 21 (8,8%) пациенту — лапароскопическая холецистэктомия. В остальных случаях разрешение механической желтухи проводилось классическими методами в виде выполнения полостных операций. Хирургическое пособие заключалось в холедохолитотомии, восстановлении проходимости холедоха. Наружное дренирование холедоха выполнено у 68 больных (41,7% случаев), глухой шов холедоха наложен у 27 пациентов (16,5% случаев), билиодигестивный анастомоз — у 14 больных (8,7% случаев). В остальных случаях операция была завершена только холецистэктомией ввиду эффективности ранее выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии. Летальные исходы наблюдались у 4 (0,7%) больных преклонного возраста после выполнения полостных операций.

Анализ полученных данных показал, что одной из причин летальных исходов помимо наличия механической желтухи, по-видимому, является хирургическая агрессия, особенно у больных преклонного возраста. Таким образом, целесообразно разрешение механической желтухи малоинвазивными методами. При восстановлении оттока желчи после папиллосфинктеротомии более предпочтительным является холецистэктомия из минидоступа, или лапароскопическая холецистэктомия.

OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF CALCULOUS OBSTRUCTIVE JAUNDICE

M.M. Majorov

Chair of hospital surgery
Yaroslavl State Medical Academy
Revolutsionnaya str., 5, Yaroslavl, Russia, 150000

The analysis of efficacy and safety of different biliary decompression methods in patients with cholelithiasis complicated by obstructive jaundice is described.

Key words: mechanical jaundice, choledocholithiasis, endoscopic papillosphincterotomy.