

УДК 616.36-008.5-089

© С.А.Бекбауов, К.Г.Глебов, А.Е.Котовский

Радикальные хирургические и ретроградные эндобилиарные вмешательства после назобилиарного дренирования у больных с механической желтухой

С.А.БЕКБАУОВ, К.Г.ГЛЕБОВ, А.Е.КОТОВСКИЙ

Radical surgery and retrograde endobiliary intervention after nazobiliar drainage in patients with obstructive jaundice

S.A.BEKBAUOV, K.G.GLEBOV, A.E.KOTOVSKY

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова

Несмотря на развитие новых технологий лечения механической желтухи послеоперационная летальность остается высокой: составляет среди больных неопухоловой желтухой 5,6–6,3%, а в случаях опухолевого генеза желтухи достигает 30,3–35% [1-4, 7-9].

Причиной тому является печеночная недостаточность, вследствие тяжелых и необратимых нарушений функций гепатоцитов [1-3, 12]. Установлено, что при обтурации желчных протоков развивается относительная адаптация гепатоцитов к холестазу, что сопровождается уменьшением секреции желчи и снижением активности ферментов печени. При длительно сохраняющейся механической желтухе происходит срыв этих адаптационных механизмов к холестазу, что ведет к углублению дистрофических изменений в гепатоцитах и развитию очаговых некрозов в печени [5, 9]. Выполненные на этом фоне любые оперативные вмешательства (как радикальные, так и паллиативные) сопровождаются высокой смертностью. Это диктует необходимость проведения на первом этапе лечения дозированной декомпрессии желчных путей, что способствует восстановлению функции печени и нормализации гомеостаза, улучшая прогноз дальнейшего лечения. Вторым этапом, после снижения уровня общего билирубина и улучшения функционального состояния печени и других органов, выполняется радикальное или паллиативное хирургическое вмешательство.

Цель работы

Оценить роль назобилиарного дренирования (НБД) – как вида дозированной декомпрессии желчных протоков, и его эффективность в создании благоприятного фона для радикальных и паллиативных операций, выполняемых у больных механической желтухой различного генеза.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 150 пациентов, находившихся на лечении в ГКБ № 7 с ноября 2009 г. по ноябрь 2011 г. с синдромом механической

желтухи, вызванным различными формами обтурации желчных путей. Выполнено назобилиарное дренирование 93 (62,0%) женщинам и 57 (38,0%) мужчинам в возрасте от 22 до 85 лет. Средний возраст составил 64,6±1,4 лет. Наибольшее количество пациентов были старше 60 лет – 107 (71,3%), а 43 (28,7%) больных в возрасте 40-59 лет относились к трудоспособной части населения. Распределение больных по полу, возрасту и причинам механической желтухи представлены в таблицах 1, 2. Длительность механической желтухи у пациентов до поступления в стационар колебалась от одних до 30 суток и более (табл. 3).

Результаты и их обсуждение

Как следует из приведенных данных, среди причин доминировали злокачественные заболевания (92 больных, 61,3%). Из них наиболее часто встречались рак головки ПЖ (41, 27,3%), рак холедоха (18, 12%), рак БДС (13 (8,6%), рак желчного пузыря (12, 8%), рак печени – (5, 3%), рак ворот печени (3, 2%). Среди доброкачественных заболеваний, вызвавших механическую желтуху, наиболее часто встречались желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом (37, 24,6%). У 8 больных (0,53%) причиной билиарной гипертензии явился хронический панкреатит, у 2 (0,13%) киста ПЖ, у 4 - киста холедоха (0,6%), у 5 (0,33%) стриктура холедохоеюнального анастомоза (ХЕА) после ортотопической пересадки печени (ОТП), у 1 (0,65%) – болезнь Кароли и еще у 1 (0,65%) – забрюшинная гематома со сдавлением головки ПЖ. Больше чем у половины больных (128, 85,3%) длительность желтушного периода была в пределах 15 суток и более (табл. 3). Данное соотношение в большей степени относится к пациентам с опухолевой блокадой желчных путей. У 9 пациентов длительность механической желтухи была более 30 дней (у 5 - с раком головки ПЖ, у 1 – с раком общего желчного протока и у 3 - раком ворот печени. Перед НБД всем пациентам выполняли клинико-лабораторное, ультразвуковое, эндоскопическое исследования. До установки НБД больным проводилась консервативная терапия, направленная на коррекцию гомеостаза:

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
до 60 лет	18	12,0	25	16,7	43	28,7
с 60 до 70 лет	29	19,3	42	28,0	71	47,3
с 70 и выше	10	6,6	26	17,4	36	24
Итого	57	38,0	93	62,0	150	100

ликвидация гиповолемии, водно-электролитных нарушений, интоксикации.

На первом этапе лечения перед установкой НБД у всех больных были произведены различные эндоскопические операции: ЭПСТ, баллонные дилатации, бужирования зоны сдавления желчных протоков, что в дальнейшем облегчало проведение назобилиарного дренажа и эндопротеза через опухолевую стриктуру. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выполнена всем 150 больным, из них у 57 мужчинам и 93 женщинам.

У 14 мужчин и у 36 женщин была выполнена транспапиллярная баллонная дилатация (30%). У 12 мужчин и у 30 женщин (45,6%) перед транспапиллярным стентированием желчных протоков было выполнено бужирование. 86 (57%) больным были выполнены различные эндобилиарные стентирования, из них у 37 больных (24,6%) – пластиковым, у 49 (32,6%) – металлическим стентами. НБД мы рассматривали, как элемент дозированного желчеоттока, необходимого для профилактики постдекомпрессивного синдрома. При установке НБД осложнений не было. Ежедневно по дренажу оттекала желчь в объеме от 100 мл до 800 мл.

Наряду с интегральными гематологическими показателями, нами изучена динамика изменения пе-

Таблица 2

Причины механической желтухи

Этиология	Количество больных	
	Абс.	%
Рак головки ПЖ	41	28,0%
Холедохолитиаз	37	24,6%
Рак холедоха	18	12%
Опухоль Клатскина	3	2,0%
Киста ПЖ	2	1,3%
Киста холедоха	4	2,6%
Болезнь Кароли	1	0,65%
Рак печени	5	3,3%
Рак желчного пузыря	12	7,8%
Рак БДС	13	8,6%
Стриктура ХЕА после ОТП	5	3,3%
Забрюшинная гематома со сдавлением головки ПЖ	1	0,65%
Хронический панкреатит	8	5,2%
Всего	150	100

чечных ферментов. Исходно у всех больных отмечалось резкое повышение исследуемых печёночных ферментов, что связано с холестаазом и высоким уровнем цитолиза гепатоцитов: общего билирубина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы и лактатдегидрогеназы (табл. 4).

Оценку функции почек проводили по уровню мочевины и креатинина крови.

Таким образом, клинические проявления и данные биохимического исследования крови у больных механической желтухой свидетельствуют о том, что некупированная желчная гипертензия сопровождается

Таблица 3

Продолжительность механической желтухи

Этиология	Длительность желтухи, сутки							Всего	
	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	>30		
Рак головки ПЖ			2	12	10	12	5	41	28,0%
Рак холедоха		1		4	4	8	1	18	12%
Опухоль Клатскина.							3	3	2,0%
Рак печени.				2	3			5	3,3%
Рак БДС				3	4	6		13	8,6%
Рак желчного пузыря.					4	4		12	7,8%
Холедохолитиаз	1	4	5	11	12	5		37	24,6%
Хронический панкреатит.	1	2	5					8	5,2%
Стриктура ХЕА после ОТП		2	3					5	3,3%
Болезнь Кароли	1							1	0,65%
Киста холедоха		2	3					4	2,6%
Забрюшинная гематома со сдавлением головки ПЖ		1						1	0,65%
Всего								150	100%

Таблица 4

Изменение ферментов печени у больных механической желтухой до НБД и на 7-е сутки после назобилиарного дренирования

Ферменты	норма	1-е сутки После НБД	7-е сутки после НБД
Общий билирубин	20,50±3,4 мкмоль/л	287,03±6,89	76,03±4,18
АЛТ	40,09±3,75 Ед/л	157,46±7,95	65,22±8,24
АСТ	40,18±4,13 Ед/л	166,27±8,46	56,27±7,34
ЩФ	117,0±9,14 Ед/л	163,17±13,75	127,11±8,75
ГГТ	55,07±17,16 Ед/л	322,50±58,25	73,15±18,20
ЛДГ	248,03±25,07 Ед/л	325,17±49,45	268,32±29,24



Рис. 1. Фистулохолангиограмма после НБД при опухоли Клатскина.

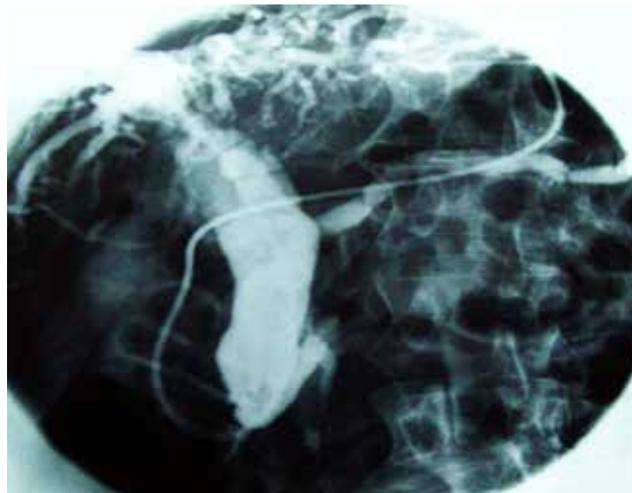


Рис. 2. Фистулохолангиограмма после НБД при раке БСДК



Рис. 3. Холангиограмма после НБД. Рак гепатикохоледоха.

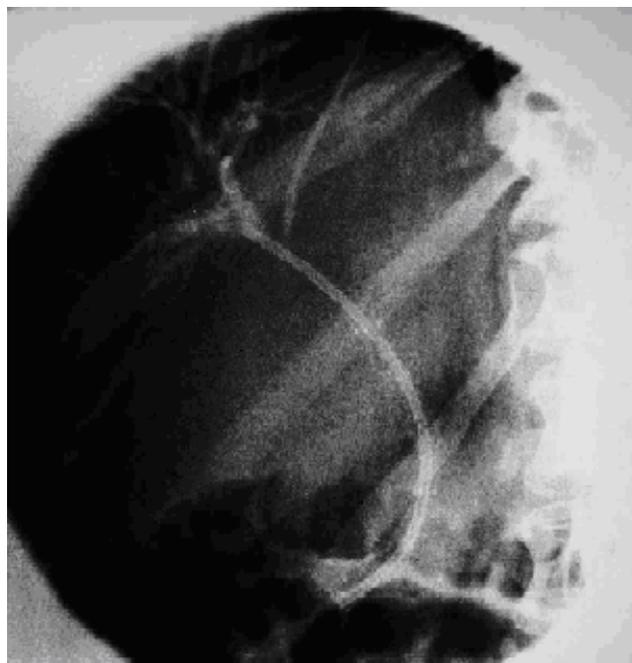


Рис. 4. Холангиограмма. Стентирование желчных протоков при опухоли гепатикохоледоха пластиковым эндопротезом типа «Ель».

ся цитолитическими процессами в печени, что проявляется повышением билирубина и трансаминаз: общий билирубин - 287,03±6,89 мкмоль/л (в 10 раз выше

нормы), АЛТ – до 157,46±7,95 Ед/л (в 3,9 раза выше нормы), АСТ – до 166,27±8,46 Ед/л (трехкратное пре-



Рис. 5 Рентгенограмма после стентирования желчных протоков стентом «двойной pigtail». Проксимальный конец стента расположен в просвете гепатикохоледоха, дистальный конец находится в двенадцатиперстной кишке.

вышение нормы). В день удаления назобилиарного дренажа уровень билирубина снизился на $76,03 \pm 4,18$ мкмоль/л. На 7-е сутки после операции во всех группах отмечается постепенное снижение ферментов печени. Уровень билирубина уменьшился в 3,7 раза; наблюдалось значительное снижение активности трансаминаз: АЛТ уменьшилась в 2,4 раза, АСТ в 3 раза; ЩФ – в 1,2; ГГТ – в 4,4 и ЛДГ – в 1,2 раза. У всех пациентов нарушение выделительной функции почек перед НБД было умеренным. Это выразилось повышением уровня мочевины крови до верхней границы нормы: $8,9 \pm 1,4$ ммоль/л и креатинина до $121,5 \pm 21,5$ мкмоль/л. На 7-е сутки после ИБД уровень мочевины снизился до нормы – $7,2 \pm 0,5$, а креатинин – до $80,3 \pm 4,9$, т.е. уменьшился на 1,5 раза.

У 58 пациентов (38,6%) после НБД были выполнены радикальные хирургические операции.

Наиболее частым видом вмешательств при желчнокаменной болезни была холецистэктомия. У 13

Список литературы

1. Савельев В. С., Прокубовский В. И., Филимонов М. И. и др. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе Хирургия. 1988; 1: 3-7.
2. Данилов М. В., Глабай В.П., Кустов А.Е. и др. Хирургич. лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии //Анналы хир. гепатологии.1997; 2: 110-116.



Рис. 6. Холангиограмма. Рак головки поджелудочной железы. Транспапилярное стентирование желчных протоков пластиковым эндопротезом типа «Амстердам».

(8,6%) больных – традиционная холецистэктомия, и у 24 – лапароскопическая (16%).

У 3 больных (2%), выполнена гепатикоюностомия с наружным дренированием, у 3 – операция завершена наложением холецистостомы (2%). Радикальное хирургическое вмешательство в виде панкреатодуоденальной резекции удалось сделать у 6 (4%) больных, холедоходуоденоанастомоз и холедохоэнтеростомию выполнили у 4 (2,7%) и у 3 больных (2%) соответственно.

Послеоперационных осложнений и летальных исходов у оперированных пациентов не было.

Заключение

Таким образом, декомпрессия и санация билиарной системы путем НБД при механической желтухе с различной степенью выраженности позволила выполнить эндоскопические операции и хирургические вмешательства в благоприятном периоде с хорошими результатами (отсутствие летальных исходов). Это относится в равной мере к доброкачественной и злокачественной патологии при условии эффективного функционирования назобилиарного дренажа.

3. *Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С.* Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. Санкт-Петербург: Эскулап, 1997; 152.
4. *Шабунин А.В., Тарабрин В.И., Малышев И.Ю.* Декомпрессия желчевыводящих путей и иммунокоррекция при хирургическом лечении механической желтухи неопухолевого генеза Хирургия, 1998; 11: 49 – 51.
5. *Чжао А.В., Вишнеvский В.А.* Современные принципы лечения больных с механической желтухой Росс.гастроэнтерол. журнал. – 1997; 3: 23 – 30
6. *Шаповальянц С. Г., Цкаев А. Ю., Грушко Г. В.* Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе Анналы хир. гепатологии. 1997; 2: 117-122.
7. *Котовский А.Е., Уржумцева Г.А., Глебов К.Г., Петрова Н.А., Громова И.В.* Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки Анналы хир. Гепатологии. 2008; 14: 1.
8. *Балалыкин А.С.* ЭРХПГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции – успехи и проблемы Сб.тез.3-го Моск.международ. конгр. по эндоскопической хирургии.-М., 1999; 22-23.
9. *Хрусталева М. В.* Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи Анналы НИЦХ РАМН. 1997; 39-42.
10. *Cotton P. B.* Endoscopic management of biliary strictures // Annu gastrointes. endoscopy. 1993; 6: 17-20.
11. *Watanapa P., Williamson R.S.* Surgical palliation for pancreatic cancer: developments during the past two decades Brit. J. Surg., 1992; 79: 8-20.
12. *Zissin R., Novis B.* Case report: broken intracholedochal stent // Clin. Radiol., 1992; 45: 1: 46-47.

Поступила 17.04.2012 г.

Информация об авторах

1. Бекбауов Саттар Ауесбекович – докторант кафедры хирургии МПФ и курса хирург; e-mail: SAKABE@mail.ru
2. Глебов К.Г. – старший научный сотрудник отдела хирургии печени НИЦ
3. Котовский А.Е. – профессор каф.госпитальной хирургии №2 и курса хирургической гепатологии при каф. хирургии ФППОВ