

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКА ЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хотиняну В.Ф., Фердохлеб А.Г., Мустяцэ Г.В., Тирон В.Д.

Университет медицины и фармации им.Н.Тестемциану, г.Кишинев, Республика Молдова

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми являются те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием клиники механической желтухи. Причины вызывающие обтурацию желчных путей весьма разнообразны. Механическая желтуха доброкачественного генеза наблюдается в 45-55% из всех обтурации желчных путей. Среди них наиболее часто, (61,3-85%) причиной механической желтухи является холедохолитиаз, в остальных случаях рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей, панкреатиты, паразитарные заболевания гепатобилиарной зоны (Б.А. Королев и др. 1990г., В.В. Родионов и др. 1991, А.А. Шалимов и др. 1993)

За последние годы отмечено увеличение количества больных с механической желтухой, причем половина из них люди пожилого и старческого возраста (У.А. Арипов 1987г., Э.И. Гальперин и др. 1989г., Ш.И. Каримов 1994г.). Более 40% лиц пожилого и старческого возраста страдают заболеванием желчного пузыря и желчных путей (Б. А. Королев и др. 1990г.). Трудность лечения этой категории больных объясняется повышенным риском хирургического вмешательства и во многом связана с наличием сопутствующих заболеваний, что на фоне сниженной реактивности организма часто приводят к осложнениям.

Хирургическое лечение обтураций желчных путей доброкачественного генеза состоит из общепринятых двух последовательных этапов: 1) инструментальная декомпрессия билиарного дерева в качестве важнейшего предоперационного компонента с проведением комплексной интенсивной инфузионной терапии, направленной на улучшения детоксицирующей функции печени, восполнения ОЦК, коррекции синтетической функции печени, белкового обмена, профилактика гнойных осложнений; 2) окончательное хирургическое разрешение причины механической желтухи.

Благодаря высокой эффективности и относительной безопасности, эндоскопические методы диагностики и лечения заняли ведущее место в лечении больных с механической желтухой (Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., 1989г., Беляев А.А., Климов А.Б. 1988г.). Ряд ав-

торов важное значение придавали проведению эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у больных с механической желтухой и холангитом, у которых имеется высокий риск развития септических осложнений и печеночной недостаточности (Glenn F., Dillon L.D. 1981, Балалыкин А.С. 1996).

В данной работе анализируется опыт лечения 182 больных с обтурационной желтухой. Среди больных было 56 (30,8%) мужчин и 126 (69,2%) женщин в возрасте от 25-81 (53,3) лет, из них более 50% - пожилого и старческого возраста. Длительность периода желтухи у них колебался в пределах 3-46 (13,83) суток. Общий билирубин сыворотки крови составлял в среднем 83,79 мкмоль/л.

Механическая желтуха была вызвана хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом у 85 (46,7%) больных; стенозом БДС и холедохолитиазом у 37 (20,3%) больных, постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) у 43 (23,6%) больных. В 11 (6%) случаях причиной желтухи была стриктура холедоха, в 6 (3,4%) случаях – хронический псевдотуморозный панкреатит. В 30 (16,5%) наблюдениях желтуха протекала с клиникой печеночной недостаточности, а в 57 (31,3%) с клиникой гнойного холангита.

Предоперационная декомпрессия желчного дерева осуществлена в 150 случаях ЭПСТ, которая в 10 случаях гнойного холангита с крупными камнями холедоха была дополнена назобилиарным дренированием, что позволило разрешить желчную гипертензию и явления холангита в течении 6-8 дней. В 35 случаях с постхолецистэктомическим синдромом с резидуальным холедохолитиазом и в 35 со стенозом БДС - ЭПСТ явилась окончательным лечебно-диагностическим мероприятием, которая полностью ликвидировала причину желчной гипертензии.

После купирования механической желтухи с помощью ЭПСТ, хирургическое лечение проведено вторым этапом в 114 (62,6%) случаях. При калькулезном холецистите в (58 -51%) произведена традиционная холецистэктомия с ревизией и дренированием гепатикохоледоха, а в 24 (21%) случаях ЭПСТ позволила устранить стеноз БДС с сопутствующим холедохолитиазом и вы-

полнить вторым этапом лапароскопическую холецистэктомию. Таким образом, при сочетании холецисто- и холедоколитиаза осложненных механической желтухой лечебная тактика строится с учетом возможности эндоскопического удаления камней, шириной гепатикохоледоха и перспективой выполнения лапароскопической холецистэктомии (вторым этапом). В 6 случаях с постхолецистэктомическим синдромом и наличие неудалимых эндоскопически конкрементов произвели холедоколитотомию с литэкстракцией и дренированием холедоха. При гепатикохоледохе шириной более 2 см. в ассоциации с холедохолитиазом, стриктурой дистального отдела холедоха и при хроническом псевдотуморозном панкреатите произведена в 18 (15,8%) случаях гепатикоюностомия

на петле Ру и в 2 (1,7%) случаях по Брауну. У 6 больных произведена холедоходуодено анастомоз по Юрашу, возраст этих пациентов превышал 60 лет. Летальные исходы в данной группе составили 4 (3,5%) случая, смерть наступила от печеночной недостаточности

сти (в 2 случаях), от пневмонии с плевритом (в 1 случае) и от септикопиемии (в 1 случае).

Исходя из этого, в хирургической тактике при механической желтухи можно выделить следующие варианты хирургического решения:

При ширине холедоха до 2см и при эндоскопически удалимых конкрементах - ЭПСТ с холедохолитекстракцией, и лапароскопическая холецистэктомия (вторым этапом)

При холедохе свыше 2 см и наличие неудалимых эндоскопически конкрементов - ЭПСТ с назобилиарным дренированием (первым этапом) и холецистэктомия с ревизией гепатикохоледоха, литэкстракция и дренирование (вторым этапом).

При наличии расширения холедоха свыше 2см, неудалимых конкрементах, при стриктурах дистального отдела холедоха –холецистэктомия с наложением билиодигестивного анастомоза, предпочтительно на изолированной петле тонкой кишки по Roux.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арипов У.А. Осложненная желчно-каменная болезнь // Мед. журнал Узбекистана 1987, № 10, С.55-58
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Современные аспекты диагностики и лечения механической желтухи доброкачественного генеза // Тезисы VII-Всероссийского съезда хирургов. Ленинград, 1989. - С.172-173
3. Беляев А.А., Климов А.Б. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой желчнокаменного происхождения // Хирургия 1988. - №9. - С.24-27.
4. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия // М., 1996 С.27-50.
5. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. "Экотропная хирургия желчных путей". - М.: Медицина, 1990. - 240с.
6. Каримов Ш.И. «Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечения больных с механической желтухой, - Ташкент, Изд-во Ибн Сины, 1994.
7. Родионов В.В., Филимонов М.Н., Могучев В.М. «Калькулезный холецистит (осложненный механической желтухой) М.: Медицина. 1991, 230 с.
8. Glenn F., Dillon L.D. Developing trends in acute cholecystitis and choledocholithiasis // Surg. Gynecol. Obstet. 1981 V. 150P.12-21.

РЕЗЮМЕ

АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ ДОБРОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ

Хотіняну В.Ф., Фердохлеб А.Г, Мустяце Г.В., Тірон В.Д.

Проаналізовано досвід лікування 182 пацієнтів з обструктивною жовтяницею. Загальна летальність склала 3,5%, причиною її була недостатність печінки, пневмонія з плевритом, септикопемія.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF BENIGNE OBSTRUCTIVE JAUNDICE

V.Hotineanu, A.Ferdohleb, Gh.Musteața, V.Tiron

Was analyzed the experience of treatment of 182 patients with obstructive jaundice performed on the basis of Republican Center of Surgical Gastroenterology. The total lethality was 3,5% (n4), the cause of death was hepatic insufficiency (n2), pneumonia with pleuritis (n1), septicopyemia (n 1).