

На правах рукописи

Попов Арсен Юрьевич

**ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ СИНДРОМОМ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Краснодар – 2020

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России).

Научный руководитель: доктор медицинских наук
Барышев Александр Геннадьевич.

Научный консультант: академик РАН, доктор медицинских наук,
профессор
Порханов Владимир Алексеевич.

Официальные оппоненты:

Вишневский Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, онкологическое отделение хирургических методов лечения и противоопухолевой лекарственной терапии, заведующий отделением;

Рогаль Михаил Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Научно-исследовательский институт скорой медицинской помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы", заместитель директора по лечебной работе.

Ведущая организация:

федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна».

Защита состоится 27 мая 2020 г. в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.038.01 на базе ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (350063, Краснодар, ул. Седина, 4, тел. (861) 2625018).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и официальном сайте (<http://www.ksma.ru>) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Автореферат разослан «__» _____ 2020 года.

Учёный секретарь
диссертационного совета Д 208.038.01
доктор медицинских наук,
профессор



С.Е. Гуменюк

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Синдром механической желтухи (МЖ) объединяет обширную группу заболеваний, диагностика и лечение которых остается одной из важнейших задач клинической хирургии (Кит О.И. и соавт., 2016, Moole H. et al., 2016, Liu J.G. et al., 2018).

Доля urgentных больных с синдромом МЖ, поступающих в хирургические стационары, составляет 2,6-23,7% (Шабунин А.В. и соавт., 2018, Эгамбердиев А.А. и соавт., 2018, Ogura T., 2019). Ранняя и минимально травматичная декомпрессия билиарной системы является важнейшим этапом оказания хирургической помощи больным с синдромом МЖ (Шестопалов С.С. и соавт., 2018). Применение различных миниинвазивных методов декомпрессии желчевыводящих путей позволило снизить частоту осложнений и летальность при лечении острого и хронического нарушения оттока желчи (Вишневский В.А., 2018, Tang Z., 2017]. Большинство из этих методов являются неотложными хирургическими пособиями при зачастую многоэтапном лечении больных с синдромом МЖ, но, к сожалению, недоступными к использованию в рутинной практике неспециализированных хирургических отделений (Степанова Ю.А. и соавт., 2017, Шабунин А.В. и соавт., 2018, Liu J.G. et al., 2017). Несмотря на многочисленные исследования, посвященные миниинвазивному лечению синдрома МЖ, практические врачи продолжают сталкиваться с отсутствием четкого алгоритма к использованию различных методов декомпрессии желчных путей, основанного на персонифицированном подходе к пациенту. Для улучшения результатов лечения больных с синдромом МЖ требуется дальнейшее изучение данной проблемы и внедрение в клиническую практику новых алгоритмов и методов.

Степень разработанности темы. Выбор метода миниинвазивной декомпрессии у больных с механической желтухой различной этиологии продолжает оставаться предметом дискуссии как в отечественной, так и в зарубежной литературе (Ветшев П.С. и соавт., 2014, Butte J.M. et al., 2015). За последние десятилетия достигнуты определенные успехи во внедрении миниинвазивных методик восстановления оттока желчи у больных с обструкцией ЖВП различного генеза (Котовский А.Е. и соавт., 2015). Однако при анализе литературы становится ясно, что некоторые тактические и технические аспекты миниинвазивных методов диагностики и лечения весьма вариабельны и противоречивы (Балалыкин А.С. и соавт., 2013).

Указанные обстоятельства определили цели и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с синдромом механической желтухи путём применения разработанного алгоритма миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей и персонифицированного контроля с момента первичного обращения до устранения причины заболевания.

Задачи исследования:

1. Анализ причин возникновения и частоты развития послеоперационных осложнений у больных с синдромом механической желтухи разной степени тяжести в зависимости от этиологии, уровня и способа устранения билиарного блока.

2. Разработка и анализ эффективности собственного алгоритма применения способов миниинвазивной билиарной декомпрессии в зависимости от локализации блока желчевыводящих путей, этиологии и класса тяжести желтухи.

3. Разработка и апробация на практике дистанционного персонифицированного ведения больных с синдромом механической желтухи от момента первичного обращения в стационар до окончательного устранения причин заболевания.

4. Изучение клинической эффективности персонифицированного контроля и разработанного алгоритма декомпрессии желчевыводящих путей в аспекте результативности радикального устранения причин заболевания.

Научная новизна исследования:

1. Впервые научно обосновано применение в клинической практике оригинального алгоритма диагностики и выбора метода миниинвазивной билиарной декомпрессии в зависимости от этиологии и уровня блока желчевыводящих путей, что позволило улучшить результаты лечения 1720 больных с обструкцией ЖВП различной этиологии.

2. Впервые определен порядок дистанционного персонифицированного контроля ведения больных с синдромом механической желтухи на различных госпитальных этапах с применением разработанных алгоритмов и телемедицинских технологий лечения.

3. Впервые на большом клиническом материале проведен анализ результатов этапного лечения больных с механической желтухой с момента первичного обращения в стационар по месту жительства, а также изучена эффективность диспансерного наблюдения, проводимого дистанционно под непосредственным контролем ведущих сотрудников специализированного многопрофильного лечебного учреждения.

4. Впервые доказана взаимосвязь использованного алгоритма и проводимого персонифицированного контроля за больными во время их этапного лечения с увеличением результативности радикального устранения причин заболевания у онкологических больных.

Теоретическая и практическая значимость исследования:

1. Был разработан и изучен результат практического применения собственного алгоритма использования различных методов декомпрессии желчевыводящих путей в зависимости от этиологии, уровня билиарного блока, класса тяжести желтухи и дальнейших задач по радикальной коррекции причин возникновения.

2. Полученные результаты подтвердили эффективность предложенного автором персонифицированного дистанционного контроля за пациентом с

момента поступления в стационар по месту жительства. Это позволило добиться: изначально правильно определённой тактики диагностики и лечения, своевременной госпитализации больных в специализированное отделение многопрофильной больницы и преемственности лечения.

3. Введен принцип этапности лечения, позволивший дифференцированно подходить к выбору варианта терапии в зависимости от технических возможностей стационара, т.е. уровня оказания помощи с постоянным мониторингом состояния больного, что обеспечило улучшение ближайших и отдалённых результатов.

4. Налажен дистанционный контроль и проанализирована эффективность диспансерного наблюдения за больными после проведённой в специализированном отделении декомпрессии желчевыводящих путей, что позволило добиться своевременной коррекции осложнений, возникших на отдалённом этапе лечения.

5. Благодаря созданию отлаженного взаимодействия между районными больницами и головным учреждением, сокращено время постановки диагноза, что в совокупности с оптимизацией алгоритма оказания помощи пациентам позволило добиться увеличения частоты выполнения радикальных операций у больных с онкологической патологией билиарной системы и головки поджелудочной железы.

Положения, выносимые на защиту:

1. Применение разработанного алгоритма позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и повторных хирургических вмешательств.

2. Персонифицированный подход к лечению больных с синдромом механической желтухи способствует снижению как длительности пребывания в районных, так и среднего койко-дня в специализированных стационарах.

3. Дифференцированный подход при оказании специализированной помощи и её правильная этапность позволяют снизить частоту развития ближайших осложнений и случаев отказа от радикального хирургического лечения после коррекции механической желтухи у онкологических больных.

Степень достоверности и апробация работы. Достоверность проведенного исследования определяется формированием достаточного количества клинических наблюдений ($n = 2072$), использованием современных методов диагностики и лечения больных, наличием групп сравнения, и обработкой полученных результатов современными методами статистического анализа.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на научных форумах: IV Конгрессе московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» (Москва, 2011), конференции «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии» (Геленджик, 2011), 1-м съезде врачей неотложной медицины (Москва, 2012), научно-практической конференции с международным участием «Осложнённая желчнокаменная болезнь» (Краснодар-Анапа, 2012), на пленуме правления РОЭХ (Анапа, 2014), XII съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015), съезде хирургов

Краснодарского края (2018), VIII съезде хирургов Юга России (Ростов-на-Дону, 2019).

Апробация диссертации проведена на объединённом заседании кафедры хирургии №1 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России), а также сотрудников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «НИИ-ККБ №1»).

Внедрение результатов исследования в практику. Основные результаты работы внедрены в практику ГБУЗ «НИИ-ККБ №1», ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2», МБУЗ г. Сочи «Городская больница №4». Научные положения диссертации используются в лекциях и на практических занятиях, проводимых на кафедрах хирургии №1 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 3 – в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук и издания, приравненные к ним. На основе результатов работы созданы региональные методические рекомендации «Синдром механической желтухи: оказание медицинской помощи больным в условиях Краснодарского края», рекомендованные Ассоциацией хирургов-гепатологов стран СНГ, и представленные на сайте Российского общества хирургов (Быков М.И., Завражнов А.А. и соавт., 2016).

Личный вклад автора в исследование. Автором проведен поиск и анализ литературы (100%), сформулированы цель и задачи исследования, определена методология исследования (95%). Личный вклад автора состоит в непосредственном выполнении в основной группе 570 антеградных хирургических вмешательств (91,2%). Также проведена математическая обработка, статистический анализ и оценка полученных результатов (95%). Автор лично участвовал в подготовке научных статей, неоднократно представлял результаты исследования на съездах и конференциях (92%).

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 146 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, списка литературы, приложений, содержит 26 таблиц и 6 рисунков. Список литературы включает 148 источников, из них 99 отечественных и 49 зарубежных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу диссертационного положен проведенный ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения 2072 пациентов с синдромом МЖ, госпитализированных в хирургическое отделение №1 ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» за период 2011-2017 гг. с различными заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ), вызвавшими обструкцию ЖВП и явления МЖ. Этим больным был проведен различный спектр миниинвазивных вмешательств, направленных первично на декомпрессию ЖВП, а при возможности – на устранение причины, спровоцировавшей синдром МЖ.

Для проведения анализа была создана компьютерная база данных, включающая следующие разделы: паспортная часть, диагноз при поступлении, окончательный диагноз, сопутствующая патология, результаты клинικο-лабораторных исследований, виды оперативных вмешательств, осложнения, исход лечения, причины неблагоприятного исхода, количество проведенных койко-дней.

Оценку тяжести синдрома МЖ осуществляли в соответствии с классификацией, предложенной Э.И. Гальпериным и соавт. (2014). Проводилась трехстепенная балльная оценка тяжести механической желтухи: класс тяжести «А» - до 5 баллов, класс тяжести «В» - 6-15 баллов, класс тяжести «С» - больше 16 баллов.

Больные (n = 352), поступившие за период 2011-2012 гг., были включены в группу сравнения, больные (n = 1720), поступившие за период 2013-2017 гг., составили основную группу. Лечение синдрома МЖ больным основной группы осуществлялось в соответствии с разработанным нами алгоритмом, больным группы сравнения – без его использования. Алгоритм основывался на уровне блока ЖВП (рисунок 1).

Начиная с 2013 года, нами принята концепция оценки тяжести состояния пациентов с повышенным уровнем билирубина крови в 1-2-е сутки при госпитализации в районные больницы Краснодарского края. Мониторинг осуществлялся дистанционно при помощи службы санитарной авиации и телемедицины. Кроме того, у больных основной группы соблюдались разработанные протоколы пред- и интраоперационной профилактики острого панкреатита, холангита, кровотечений; тактика хирургического лечения в соответствии с алгоритмом определялась в зависимости от уровня блока ЖВП; использовались только официальные дренажи и стенты; предоперационная подготовка больных с классом тяжести «С» проводилась в условиях АРО.

Наиболее частыми причинами, обусловившими развитие синдрома МЖ как у больных основной группы, так и группы сравнения, стали желчекаменная болезнь и ее осложнения (57,3% - в основной группе и 63,64% - в группе сравнения) и рак поджелудочной железы (20,0 и 20,74% соответственно).

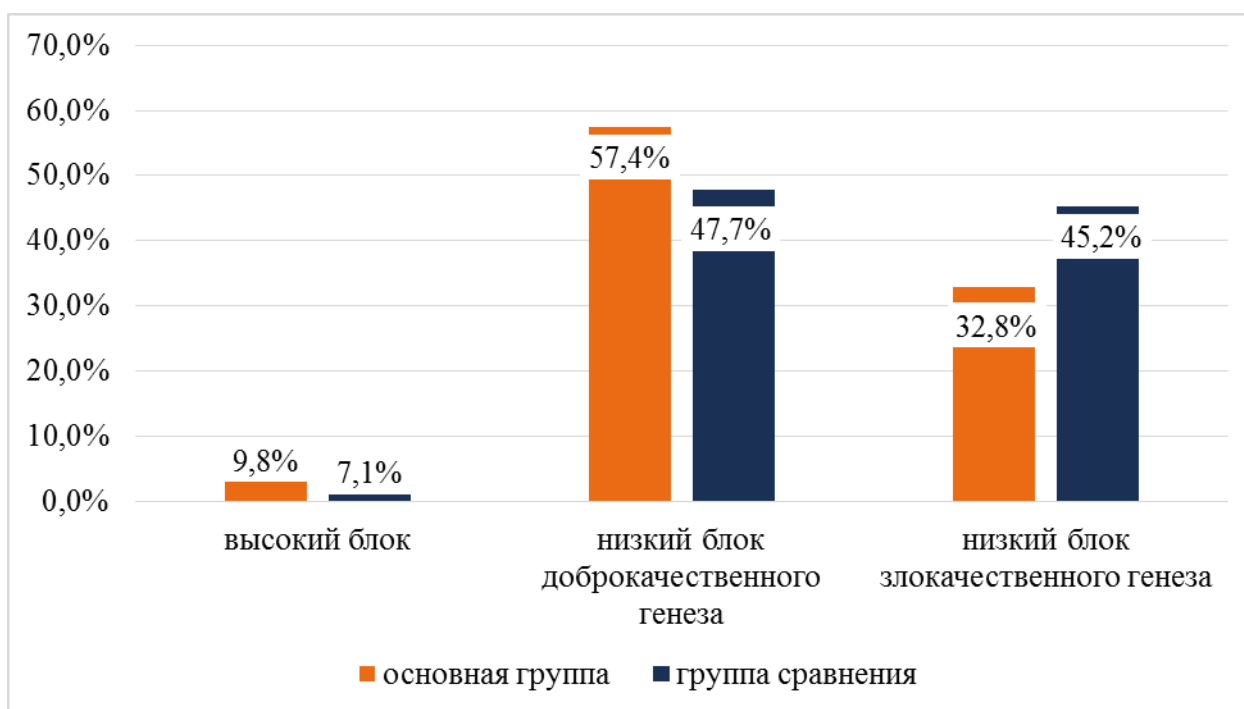


Рисунок 1 – Распределение больных в зависимости от уровня блока

Всем больным на этапе поступления в стационар и в ходе лечения для установления уровня билиарного блока, уточнения причин билиарной обструкции выполнялись ультразвуковое (УЗИ) и эндоскопическое исследования (ФГДС). В случаях невозможности установки причины блока ЖВП выполнялось эндоУЗИ (эндосонография) и/или магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ).

В работе использовался весь спектр транспапиллярных вмешательств, используемых рутинно в нашей клинике на сегодняшний день: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование (НБД), эндоскопическая литотрипсия с литоэкстракцией, эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей.

Эндоскопическое стентирование (ЭС) желчевыводящих путей производили как временно (первым этапом лечения синдрома МЖ), так и постоянно (окончательный объем хирургического вмешательства). В зависимости от этапа вмешательства эндобилиарное стентирование проводилось с использованием либо пластиковых, либо нитиноловых стентов.

Из антеградных вмешательств нами выполнялись: чрескожная чреспеченочная холедохостомия (ЧЧХлСт) (как в наружном, так и наружновнутреннем варианте), антеградное протезирование и стентирование желчевыводящих путей.

В соответствии с рекомендациями по обработке результатов медико-биологических исследований, в представленной работе использовали пакеты прикладных программ: Statistica for Windows 8.0 (StatSoft, Inc, 2001) – для статистического анализа, MS Office 2010 – для формирования базы данных, подготовки графиков и диаграмм. Результаты собственных исследований заносили в электронную базу данных с помощью программы MS Excel (в составе

MS Office 2010).

Для оценки статистической значимости различий нескольких относительных показателей использовали критерий χ^2 Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Разработка и анализ эффективности собственного алгоритма применения способов мининвазивной билиарной декомпрессии в зависимости от локализации блока желчевыводящих путей, этиологии и класса тяжести желтухи

Многолетний опыт оказания помощи больным с синдромом МЖ в условиях ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» позволил нам отработать алгоритм лечения, который был использован у пациентов основной группы и основывался на первоначальном выявлении уровня блока ЖВП (рисунок 2).



а)



б)



в)

Рисунок 2 (а, б, в) – Алгоритм лечения больных с синдромом МЖ в зависимости от уровня и характера блока ЖВП

Эффективность предложенного алгоритма лечения больных с синдромом МЖ наиболее ярко характеризуют 3 показателя: уменьшение частоты послеоперационных осложнений в основной группе; снижение показателя повторных оперативных вмешательств и увеличение доли пациентов, в лечении которых удалось добиться выздоровления либо положительной динамики.

Так, в результате лечения больных основной группы, количество первичных и повторных оперативных вмешательств составило 1720 и 353 соответственно, в то время, как в группе сравнения было выполнено 352 первичных и 182 повторных вмешательства. Таким образом, доля повторных вмешательств в основной группе составила 17,0%, а в группе сравнения - 34,0% ($p < 0,05$) (рисунок 3).

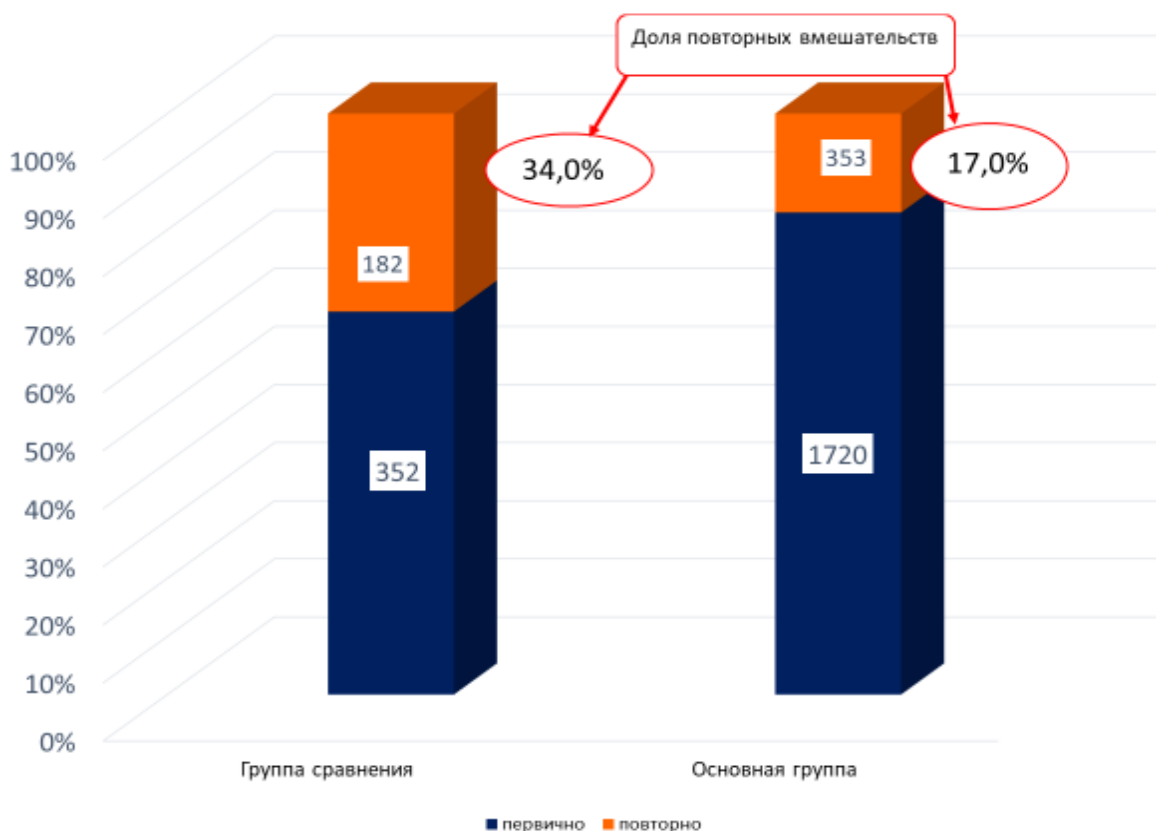


Рисунок 3 – Соотношение повторных оперативных вмешательств, выполненных у больных с механической желтухой

Также в результате лечения основной группы больных, положительной динамики в виде купирования билирубинемии, нормализации гомеостаза удалось достичь успеха в 98,6% случаев (у 1696 пациентов); среди пациентов группы сравнения выздоровление наступило у 328 больных (93,2% случаев). В лечении 15 пациентов (0,9%) основной группы и у 18 пациентов (5,1%) группы сравнения к моменту выписки не удалось добиться положительных результатов. В результате лечения основной группы больных в 2-х случаях (0,1%) и у 4-х пациентов (1,1%) группы сравнения наблюдалось ухудшение состояния, вызванное сопутствующей патологией (ИБС, стенокардия

напряжения, гипертоническая болезнь). Летальность за период наблюдения составила 0,5% (8 человек) среди пациентов основной группы и 0,6% (2 пациента) - группы сравнения.

Разработка и апробация на практике дистанционного персонифицированного ведения больных с синдромом механической желтухи от момента первичного обращения в стационар до окончательного устранения причин заболевания

Согласно выработанным подходам при ведении пациентов в нашем стационаре, дистанционный персонифицированный контроль специалистами краевого центра осуществлялся по линии санитарной авиации и телемедицины следующим образом: первичное обращение пациента с подозрением на наличие МЖ в стационар или поликлинику по месту жительства являлось поводом для консультации хирурга первичного звена с сотрудниками специализированного краевого центра. При наличии данных об обтурационном характере желтухи в течение одних суток производился перевод больного в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» (рисунок 4).

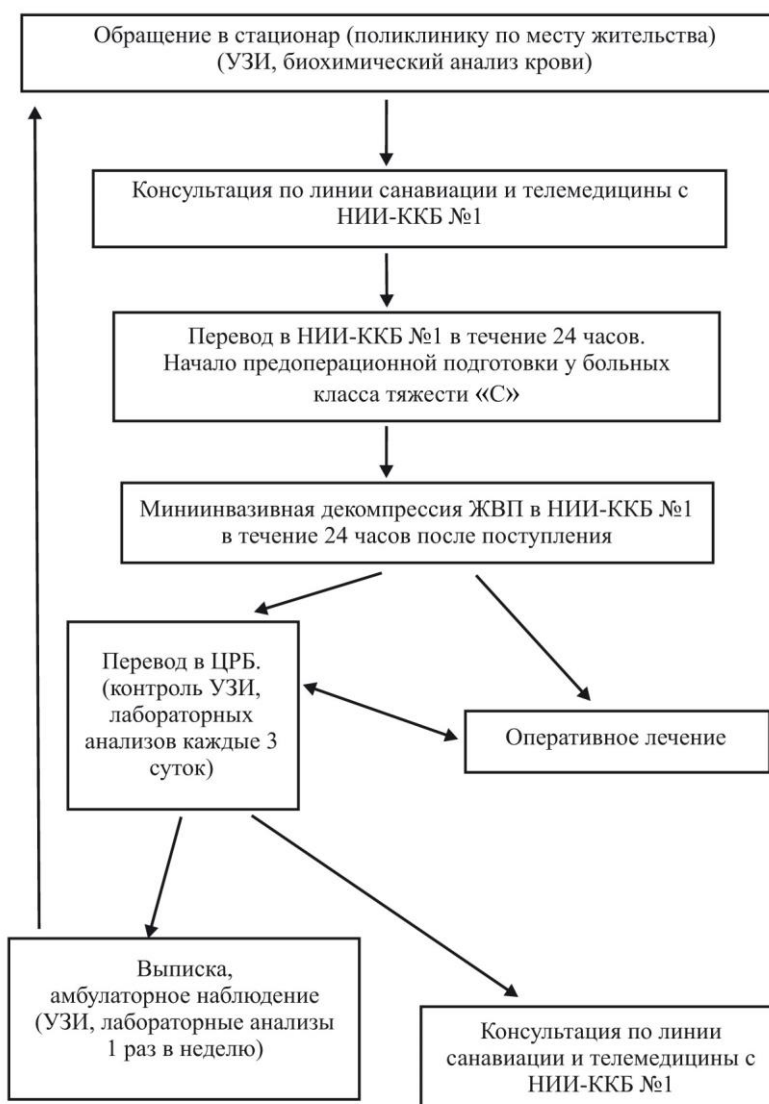


Рисунок 4 – Схема персонифицированного дистанционного контроля специалистом ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» за больными с механической желтухой

В течение первых суток после ликвидации холестаза осуществлялся клинический и лабораторный контроль основных физиологических параметров с целью выявления ближайших послеоперационных осложнений: внутреннего кровотечения, острого панкреатита, холангита, септического шока/сепсиса. При необходимости в экстренном порядке выполнялось УЗИ и ФГДС с осмотром области папиллотомии. При отсутствии осложнений в обязательном порядке на 3-и сутки проводился повторный лабораторный контроль биохимических показателей крови с целью оценки уровня гипербилирубинемии.

Дальнейшее ведение пациента зависело от динамики снижения общего билирубина и полученных данных обследования: предлагалось оперативное вмешательство в эту же госпитализацию либо больной переводился для дальнейшего лечения в стационар по месту жительства. При стабилизации состояния проводилось обследование пациента для установления окончательного диагноза и определения тактики лечения.

После перевода больного в районную больницу каждые 3-е суток проводилась сонография и контроль лабораторных анализов. При сохраняющейся дилатации ЖВП, увеличении уровня общего билирубина в крови, районный хирург через службу санитарной авиации или телемедицины проводил консультацию с руководителем специализированного хирургического отделения краевой больницы с целью коррекции лечения или перевода пациента в ГБУЗ «НИИ – ККБ №1».

При благоприятном течении послеоперационного периода и достижении целевого уровня общего билирубина (60-70 мкмоль/л), таким же образом согласовывался вопрос о плановой госпитализации пациента в краевой центр для проведения окончательного хирургического лечения.

Если после проведения декомпрессии ЖВП не планировалось дальнейшее хирургическое лечение, то после выписки больной находился под наблюдением районного хирурга в стационаре или амбулаторно, в случае нарастания билирубинемии или возникновении других осложнений проводилась экстренная консультация со специалистами краевой больницы.

Благодаря проведению персонализированного дистанционного контроля, средняя продолжительность желтухи до поступления пациентов в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» у больных в группе сравнения составила $16,1 \pm 2,3$ дней, в основной группе - $7,3 \pm 1,8$ дня ($p < 0,05$) (рисунок 5). Также благодаря персонализированному дистанционному контролю и дифференцированному подходу при проведении декомпрессии ЖВП нам удалось снизить длительность пребывания пациентов в нашем стационаре в средней на 5,0 суток (рисунок 6).

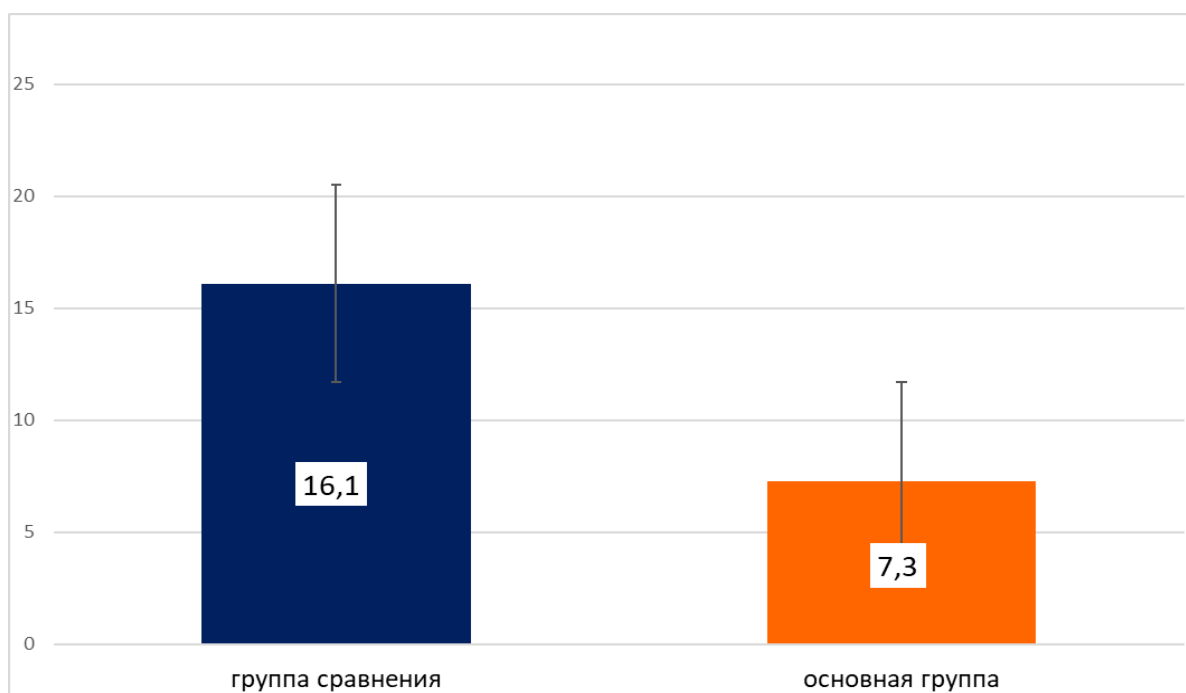


Рисунок 5 – Длительность синдрома механической желтухи до поступления в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1»

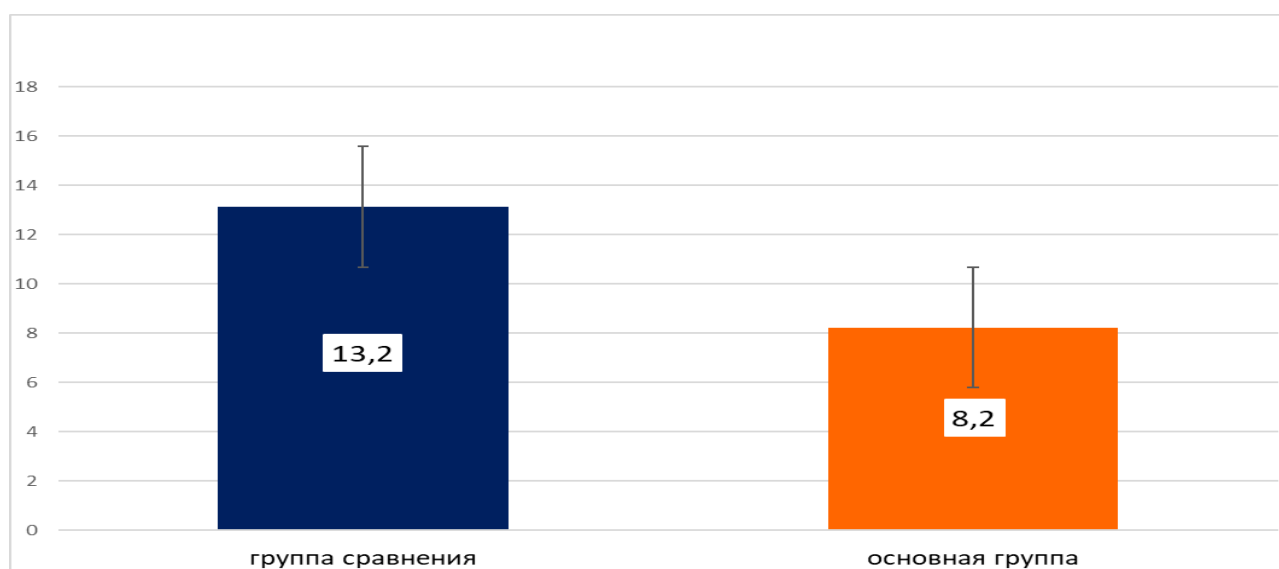


Рисунок 6 – Средний койко-день в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1»

Анализ причин возникновения и частоты развития послеоперационных осложнений у больных с синдромом механической желтухи разной степени тяжести в зависимости от этиологии, уровня и способа устранения билиарного блока

В группе сравнения у пациентов, проходивших лечение в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» с 2011 по 2012 г., до внедрения системы персонифицированного контроля и нового алгоритма лечения синдрома МЖ, осложнения развились в 103 случаях, что составило 29,0%. Осложнения в основной группе развились у 153 пациентов, что составило 8,9%.

Полученные данные статистически значимо отличаются от частоты развития осложнений в группе сравнения ($\chi^2 = 12,44 > \chi^2_{st} = 3,84$ [df = 1]; $p < 0,05$). Частота развития госпитальных осложнений у пациентов основной группы, проходивших лечение по разработанному нами алгоритму в ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» в 2013-2017 г., достоверно ниже, чем в группе сравнения ($\chi^2 = 2101,77 > \chi^2_{st} = 3,84$ [df = 1]; $p < 0,05$) (рисунок 7).

Наиболее частым ранним осложнением был острый панкреатит, который диагностирован у 37 (2,1%) пациентов основной группы, и у 17 (4,8%) больных - группы сравнения.

В основной группе острый панкреатит развился у 13 больных (35,1%) при проведении наружновнутреннего дренирования ЖВП под УЗ- и R-контролем, у 15 (40,5%) – после ЭПСТ, ЭРХПГ и МЛЭ, у 9 (24,3%) – после эндоскопического стентирования. В группе сравнения острый панкреатит в 6 (33,3%) случаях развился после антеградного стентирования, в 11 (64,7%) – после ЭПСТ, ЭРХПГ и МЛЭ. Также острый панкреатит явился наиболее частым госпитальным осложнением среди чреспапиллярных вмешательств - у больных в группе сравнения 8,0% случаев, в основной группе - 1,0%.

Наиболее частым поздним осложнением была миграция/обтурация дренажа/стента, которая наблюдалась у 50 пациентов (2,9%) основной группы и у 56 пациентов (15,9%) группы сравнения ($\chi^2 = 101,7 > \chi^2_{st} = 3,84$ [df = 1]; $p < 0,05$) (рисунок 8).



Рисунок 7 – Послеоперационные (госпитальные) осложнения



Рисунок 8 – Послеоперационные (постгоспитальные) осложнения

Обтурацию и миграцию дренажей/стентов, как осложнение постгоспитального периода, наблюдали в основной группе у 50 пациентов (2,91%), в группе сравнения - у 56 пациентов (15,91%). Миграция стента в основной группе в постгоспитальном периоде произошла у 13 пациентов (26,0%) после эндоскопического стентирования, миграция дренажа - у 21 (42,0%) пациента после наружного дренирования и у 16 (32,0%) пациентов - после наружновнутреннего дренирования. В группе сравнения миграция стента/дренажа выявлена у 38 пациентов после холецистостомии, у 8 – после эндоскопического стентирования, у 10 – после наружновнутреннего дренирования ЖВП.

Изучение клинической эффективности персонифицированного контроля и разработанного алгоритма декомпрессии желчевыводящих путей в аспекте результативности радикального устранения причин заболевания

Апробированный в нашей работе персонифицированный контроль за больными с МЖ позволил увеличить количество радикальных вмешательств, выполненных после купирования синдрома МЖ.

Окончательный хирургический этап был выполнен у 569 (33,1%) пациентов основной группы и у 94 (26,7%) группы сравнения ($p < 0,05$). У пациентов с онкологической причиной билиарного блока выполнить радикальное вмешательство удалось у 209 (12,2%) больных основной группы и у 29 (8,2%) пациентов группы сравнения ($p < 0,05$) (рисунок 9).

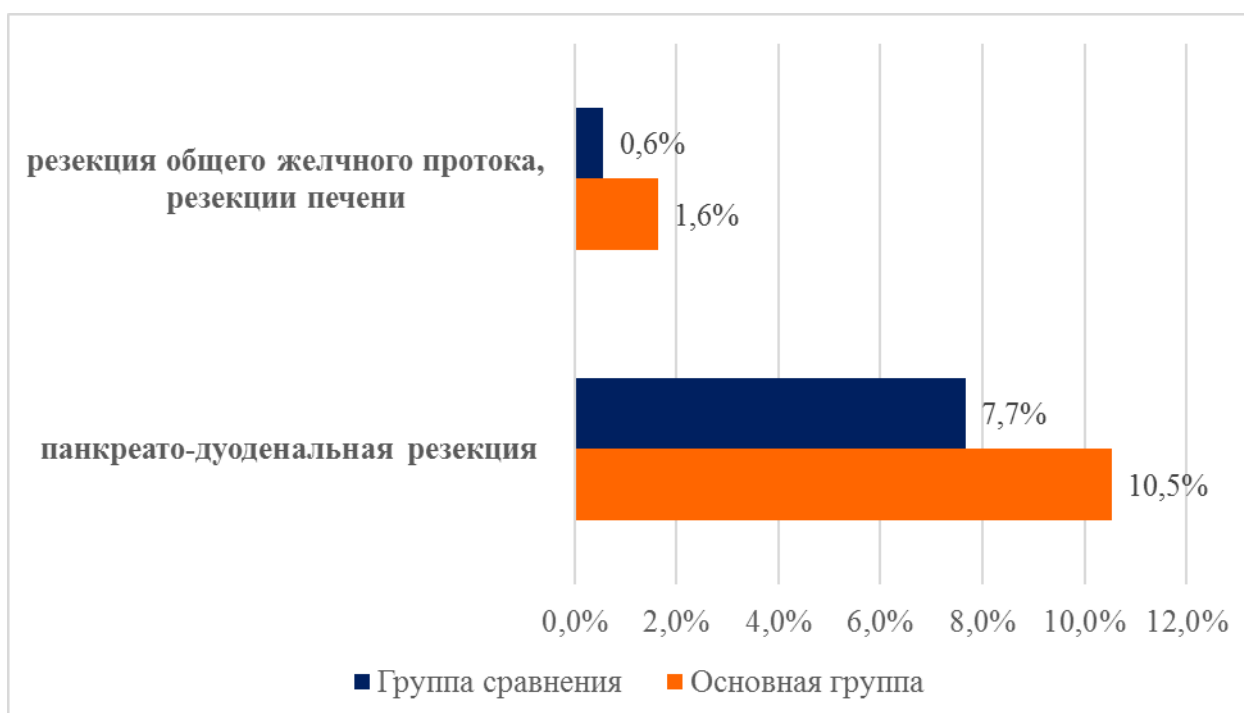


Рисунок 9 – Соотношение частоты выполненных радикальных вмешательств в сравниваемых группах после купирования механической желтухи при онкопатологии

Так, панкреатодуоденальная резекция в основной группе была выполнена 181 (10,5%), а в группе сравнения - 27 (6,8%); резекция общего желчного протока и/или резекция печени в основной группе – 28 больным (1,6%), а в группе сравнения - 2 (0,6%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты проведённого научного исследования по оказанию хирургической помощи больным с синдромом МЖ на базе ГБУЗ «НИИ-ККБ №1» показывают неоспоримые преимущества, полученные в группе, где лечение проводилось с применением разработанного алгоритма устранения МЖ, дистанционной коррекции терапии и сроков перевода пациентов из районных стационаров, соблюдением этапности и утверждённой тактики устранения блока ЖВП в зависимости от уровня его развития.

По результатам проведенного анализа очевидно, что персонифицированный дистанционный контроль за состоянием больного с определением тактики обследования и лечения в стационаре по месту жительства, своевременный перевод пациента в специализированный центр, применение разработанного алгоритма оказания помощи больным синдромом механической желтухи позволяют снизить частоту развития осложнений в течение госпитального и постгоспитального периодов, а их возникновение зачастую обусловлено наличием у пациентов тяжёлой сопутствующей патологии и высоким классом тяжести МЖ.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее частым госпитальным осложнением после декомпрессии желчевыводящих путей явился острый панкреатит: после чреспапиллярных вмешательств у больных в группе сравнения - 8,0% случаев, в основной группе - 1,0%, что объясняется воздействием на большой дуоденальный сосочек. Среди поздних осложнений преобладала миграция/обтурация дренажа/стента, которая наблюдалась у 2,9% пациентов основной группы и у 15,9% пациентов группы сравнения. Частота развития госпитальных осложнений в обеих группах больных напрямую была связана с тяжестью желтухи, что зафиксировано у 60 пациентов с желтухой класса тяжести «С» (39,2% от всех осложнений), у 31 с желтухой класса «В» (20,2% от всех осложнений) и только у 12 больных с желтухой класса «А» (7,8% от всех осложнений).

2. Использование собственного алгоритма миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей привело к снижению частоты развития ближайших осложнений в основной группе больных в 1,7 раза, в частности, у пациентов с желтухой классом тяжести «В» - на 5,3%, а в группе с классом тяжести «А» - на 7,9%.

3. Применение персонифицированного контроля позволило увеличить частоту оказания помощи больным с классом тяжести «С», сократить продолжительность пребывания пациентов в районной больнице в 2 раза и в специализированном стационаре с 13,2 койко-дней в группе сравнения до 8,2 койко-дней в основной группе больных.

4. Стратегически правильно выполненная билиарная декомпрессия на раннем этапе возникновения желтухи, использование персонифицированного дистанционного контроля за пациентом на всех этапах госпитализации позволили увеличить частоту выполнения радикальных хирургических вмешательств у пациентов с онкологической причиной билиарного блока с 15% в группе сравнения до 22,0% в основной группе ($p < 0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Обязательной является оценка тяжести больных с МЖ для превентивного купирования грубых нарушений гомеостаза с целью снижения уровня послеоперационных осложнений.

Персонализированный дистанционный контроль за состоянием пациентов с МЖ на всех этапах оказания медицинской помощи позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность за счет более раннего выявления пациентов с обтурационной гипербилирубинемией и осуществить своевременный перевод в специализированные стационары.

Дифференцированный подход при проведении миниинвазивных декомпрессионных вмешательств у пациентов с МЖ позволяет увеличить частоту радикальных вмешательств по поводу злокачественных новообразований, явившихся причиной МЖ.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Наиболее эффективным направлением для улучшения результатов оказания медицинской помощи при заболеваниях ГПДЗ в ближайшей перспективе является дальнейшее совершенствование алгоритмов ведения больных с использованием миниинвазивных методов диагностики и лечения. Дифференцированный подход в оценке уровня блока и персонализированная оценка состояния больного с учетом степени тяжести МЖ являются приоритетными направлениями в снижении уровня послеоперационных осложнений.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Способ лечения механической желтухи при высокой обтурации внепечёчных желчных путей (рационализаторское предложение) / **А.Ю. Попов**, О.М. Горбунов, Н.К. Старков // Удостоверение на рац.предложение №1094 Российская Федерация, заявл. 1.02.1994 г.; Приказ № 145, 5 с.

2. Место чрескожных антеградных вмешательств в лечении больных с синдромом механической желтухи / **А.Ю. Попов**, А.Н. Лищенко, А.А. Завражнов [и др.] // Тезисы IV Конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». – Москва, 2011. – С. 252–253.

3. Осложнения малоинвазивных вмешательств у больных с механической желтухой / **А.Ю. Попов**, А.А. Завражнов, А.Н. Петровский [и др.] // 1-й съезд врачей неотложной медицины: материалы конференции. – Москва, 4–6 апреля 2012 г. – С. 30.

4. Хирургическая тактика лечения больных с доброкачественными формами механической желтухи, основанная на малоинвазивных методах / **А.Ю. Попов**, А.А. Завражнов, А.Н. Петровский [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – №3. – С. 84.

5. ***Малоинвазивные методы в лечении билиарных осложнений после трансплантации печени** / **А.Ю. Попов**, А.Н. Лищенко, В.А. Порханов [и др.] // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2011. – №2(12). – С. 78–82.

6. Оптимизация хирургической тактики ведения больных с механической желтухой / **А.Ю. Попов**, А.А. Завражнов, А.Н. Петровский [и др.] // 1-й съезд врачей неотложной медицины: материалы конференции. – Москва, 4–6 апреля 2012 г. – С. 68–69.

7. Осложнения малоинвазивных хирургических вмешательств у больных с синдромом механической желтухи / **А.Ю. Попов**, А.Н. Петровский, В.Я. Лицишин [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2012. – С. 76–77.

8. Оптимизация активной хирургической тактики при остром холецистите путем использования малоинвазивных вмешательств / **А.Ю. Попов**, А.А. Завражнов, П.В. Попов [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. –

2011. – №3. – С. 78.

9. Опыт малоинвазивных антеградных вмешательств у больных с механической желтухой / **А.Ю. Попов**, В.Я. Лищишин, П.В. Попов [и др.] // Материалы научно–практической конференции с международным участием (Анапа, 24–25 мая 2012). – СПб., 2012. – С. 142–143.

10. Билиарные осложнения после трансплантации печени / **А.Ю. Попов**, А.Н. Лищенко, В.А. Порханов [и др.] // Материалы научно–практической конференции с международным участием (Анапа, 24–25 мая 2012). – СПб., 2012. – С. 373–374.

11. Значение малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков в лечении больных с механической желтухой / **А.Ю. Попов**, А.А. Завражнов, А.Н. Петровский [и др.] // Неотложная медицинская помощь. – 2012. – №2. – С. 54–58.

12. Осложнения чрескожных методов декомпрессии у пациентов с обтурационной желтухой / **А.Ю. Попов**, А.Н. Петровский, В.Я. Лищишин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – №1. – С. 314.

13. Осложнения малоинвазивных антеградных вмешательств у больных с синдромом механической желтухи / **А.Ю. Попов**, В.Я. Лищишин, В.А. Порханов [и др.] // Материалы научно–практической конференции, пленума правления РОЭХ (Анапа, 22–23 мая 2014). – Краснодар – Анапа, 2014. – С. 346–347.

14. Профилактика и лечение осложнений малоинвазивных антеградных вмешательств у больных с синдромом механической желтухи / **А.Ю. Попов**, В.А. Порханов, А.А. Завражнов [и др.] // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого. – 2015. – С. 1098–1099.

15. Осложнения эндоскопических методов декомпрессии желчевыводящих протоков при синдроме механической желтухи / **А.Ю. Попов**, В.А. Порханов, А.А. Завражнов [и др.] // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2015. – С. 1160–1161.

16. Синдром механической желтухи: оказание медицинской помощи больным в условиях Краснодарского края (региональные методические рекомендации) / М.И. Быков, А.А. Завражнов, **А.Ю. Попов** [и др.]. – Краснодар, 2016. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/upload/zheltuhi-krasnodar-2016.pdf>

17. *Анализ результатов миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе / **А.Ю. Попов**, А.Г. Барышев, М.И. Быков [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – №12. – С. 50–56.

18. *Антеградная литоэкстракция как перспективный метод радикального лечения механической желтухи / **А.Ю. Попов**, В.Я. Лищишин, А.Г. Барышев [и др.] // Инновационная медицина Кубани. – 2019. – №3. – С. 39–43.

* – работа, опубликована в журнале, включенном в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРО – отделение анестезиологии и реанимации
БДС – большой дуоденальный сосочек
БСДК – большой сосочек двенадцатиперстной кишки (Фатеров сосочек)
ГПБЗ – гепатопанкреатобилиарная зона
ДПК – двенадцатиперстная кишка
ЖВП – желчевыводящие пути
ЖКБ – желчнокаменная болезнь
КТ – компьютерная томография
МСДК – малый сосочек двенадцатиперстной кишки (добавочный сосочек)
МЖ – механическая желтуха
МЛТ – механическая литотрипсия
МЛЭ – механическая литоэкстракция
МРХПГ – магнитно–резонансная холангиопанкреатография
МРТ – магнитно–резонансная томография
НБД – назобилиарное дренирование
ОЖП – общий желчный проток
ОПП – острый постманипуляционный панкреатит
ПОН – полиорганная недостаточность
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
ХС – холецистостомия
ЧЧХГ – чрескожная чреспеченочная холангиография
ЧЧХС – чрескожная чреспеченочная холецистостомия
ЧЧХлСт – чрескожная чреспеченочная холедохостомия/холангиостомия
ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЭС – эндоскопическое стентирование
ЭндоУЗИ – эндоскопическое ультразвуковое исследование