

**МУЛЬТИЦЕНТРОВОЙ АНАЛИЗ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СИНДРОМА
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)****А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, Ю. И. Веденин, О. С. Олейник***Волгоградский государственный медицинский университет,
Клиника факультетской хирургии,
Лаборатория хирургической гепатологии ВМНЦ*

За период с 2010 по 2015 гг. проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с синдромом МЖ доброкачественной и опухолевой этиологии, находившихся на лечении в хирургических отделениях стационаров Волгограда. Проведенный клинико-эпидемиологический анализ позволил определить нозологическую структуру синдрома МЖ в Волгоградской области на текущий момент. Заболеваниями органов ГПБЗ, осложненными развитием обтурационного холестаза, чаще страдают женщины преимущественно пенсионного возраста. Среди этиологических факторов развития синдрома МЖ увеличилась доля опухолевых заболеваний. Основной причиной доброкачественной МЖ остается холедохолитиаз, реже в сочетании с калькулезным холециститом и/или стенозом большого дуоденального сосочка (БДС). В период 2010—2015 гг. в Волгоградской области отмечается увеличение числа пациентов с МЖ на 54,7 %, что обусловило рост хирургической активности в лечении больных с синдромом МЖ с 71,8 % в 2010 году до 93,6 % в 2015 г. Спектр оперативных вмешательств у пациентов с синдромом МЖ в настоящее время изменился, однако количество выполняемых минимально инвазивных декомпрессионных вмешательств и радикальных резекционных операций недостаточно.

Ключевые слова: механическая желтуха, непроходимость желчных протоков, нозологическая структура.

**MULTICENTER ANALYSIS OF THE SYNDROME JAUNDICE NOSOLOGY STRUCTURE
IN THE VOLGOGRAD REGION (CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL STUDY)****A. G. Beburishvili, E. N. Zubina, Y. I. Vedenin, O. S. Oleynik***Volgograd State Medical University,
Clinic of Surgery,
Laboratory surgical hepatology VMNTS*

For the period from 2010 to 2015 a retrospective analysis of medical records of patients with the obstructive jaundice of benign and tumor etiology who were treated in surgical departments of hospitals of Volgograd. A clinical-epidemiological analysis has allowed to define the nosological structure of obstructive jaundice in the Volgograd region at the moment. Diseases of organs of hepatopancreatobiliary zone, complicated by the development of obstructive cholestasis, often affecting women, predominantly of retirement age. Among the etiological factors in the development of obstructive jaundice, the proportion of neoplastic diseases. The main reason for benign obstructive jaundice remains choledocholithiasis, rarely combined with calculous cholecystitis and/or stenosis of major duodenal papilla. In the period 2010—2015 in the Volgograd region there is an increase in the number of patients with obstructive jaundice 54,7 %, which led to the increase in operational activity in the treatment of patients with obstructive jaundice from 71,8 % in 2010 to 93,6 % in 2015. Range of surgical interventions in patients with obstructive jaundice currently have changed, however, the number of performed minimal invasive decompression interventions and radical resections is not enough.

Key words: obstructive jaundice, obstruction of the bile duct, the nosological structure.

По мнению Э. И. Гальперина (2012) синдром механической желтухи (МЖ) — самый распространенный и тяжелый синдром, осложняющий течение многих хирургических заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) [4]. Ежегодно в РФ количество больных МЖ различной этиологии увеличивается на 800 000 человек [2]. Частота развития осложнений МЖ значительно отличается в сообщениях различных авторов, варьируя от 29 % до 83 % [5, 6]. Наиболее тяжелые осложнения — гнойный холангит, синдром системного воспалительного ответа, сепсис, печеночная недостаточность, а также полиорганная дисфункция [1, 3, 5, 6, 7].

В соответствии с Десятым пересмотром Международной классификации болезней (Женева, 1989) синдром МЖ отнесен к разделу «Симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и к брюшной полости (R10-19)» XVIII класса.

Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов хирургических отделений стационаров Волгограда за период с 2010 по 2015 гг. В исследование были включены данные следующих учреждений здравоохранения: Клиника № 1 ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7», ГУЗ «Клиническая больница № 4», ГБУЗ «Волгоград-

ская областная клиническая больница № 1», ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25», ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер», ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. С. З. Фишера» города Волжского.

Кроме данных отделов статистики стационаров, включенных в исследование, первичные количественные показатели были получены в территориальном органе Федеральной службы государственной статистики (Росстат) по Волгоградской области и в ГКУЗ «Волгоградский областной медицинский информационно-аналитический центр». Репрезентативность выборки и мультицентровой характер исследования позволяют применить полученные данные к общей популяции Волгоградской области.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение нозологической структуры механической желтухи в формате клинико-эпидемиологического исследования.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с МЖ хирургических стационаров Волгограда и области с 2010 по 2015 гг.

Всего за обозначенный хронологический период в указанные выше учреждения здравоохранения было госпитализировано 2237 пациентов с синдромом МЖ различной этиологии, из них различные варианты желчеотведения осуществили 1862 (83,2 %) больных. В остальных 16,8 % наблюдений у пациентов с опухолевым поражением органов ГПБЗ, обусловившим развитие синдрома МЖ, заболевание расценено как инкурабельное, и была назначена симптоматическая терапия.

В общей популяции пациентов с МЖ мужчин было 986 (44,1 %), женщин — 1251 (55,9 %) человек.

Анализ погодовой динамики за весь период наблюдения свидетельствует о росте числа больных по сравнению с 2010 г. на 54,7 % (рис. 1).

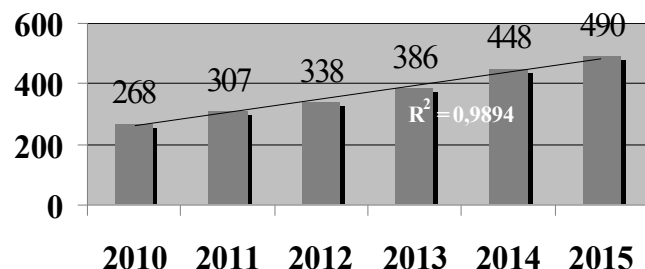


Рис. 1. Динамика численности пациентов с МЖ в Волгоградской области за период 2010—2015 гг.

Из 2237 пациентов с синдромом МЖ позднее 24 часов от момента появления первых симптомов заболевания в стационары города и области госпита-

лизированы 91,3 % больных. Средняя продолжительность догоспитального этапа составила 8,7 дней. Средний койко-день увеличился с 15,7 в 2010 г. до 21,7 в 2015 ($p < 0,01$), что может быть объяснено внедрением в клиническую практику принципов этапной тактики желчеотведения и восстановления пассажа желчи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Доброкачественные заболевания явились причиной развития синдрома МЖ у 1112 (49,7 %) пациентов, опухоли ГПБЗ — у 1125 (50,3 %) больных.

Из 1112 пациентов, синдром МЖ у которых был обусловлен доброкачественными заболеваниями органов ГПБЗ, холедохолитиаз верифицировали у 605 (54,4 %) больных, холедохолитиаз в сочетании со стенозом БДС — у 257 (23,2 %), хронический индуративный панкреатит (ХИП) — у 139 (12,5 %), изолированный стеноз БДС — у 87 (7,8 %), рубцовые стриктуры желчных протоков (РСЖП) — у 17 (1,5 %), аденому БДС — у 7 (0,6 %) пациентов.

Из 1125 пациентов с синдромом МЖ злокачественного генеза причинами непроходимости желчевыводящих протоков явились: опухоли головки поджелудочной железы (ГПЖ) — 586 (52,1 %), желчного пузыря — 259 (23,0 %), опухоль Клатскина — 134 (11,9 %), БДС — 105 (9,4 %), общего желчного протока (ОЖП) — 41 (3,6 %) пациентов (табл. 1).

Среди 1112 пациентов с доброкачественными заболеваниями органов ГПБЗ и синдромом МЖ мужчин было 439 (39,8 %), женщин — 673 (60,2 %) человека. Из 1125 больных с синдромом МЖ злокачественного генеза мужчин было 547 (48,6 %), женщин — 578 (51,4 %) (рис. 2).

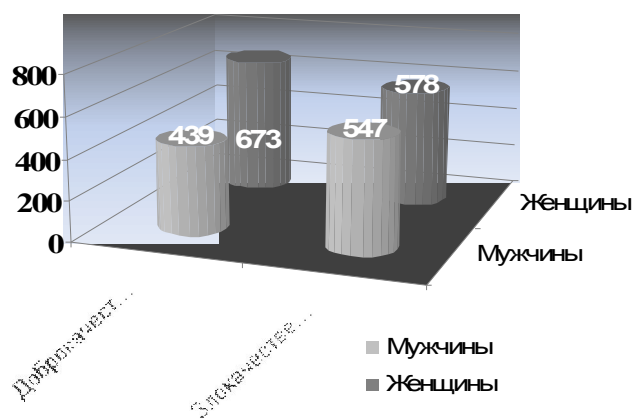


Рис. 2. Распределение пациентов с доброкачественной и злокачественной МЖ по полу в Волгоградской области в период 2010—2015 гг.

Анализ представленной диаграммы свидетельствует, что в обеих группах пациентов с синдромом МЖ преобладают женщины, на долю которых в общей популяции приходится 55,9 %.

Таблица 1

Этиологические факторы синдрома МЖ в Волгоградской области в период 2010—2015 гг.

Вид МЖ	Этиологический фактор	Количество больных	
		абс.	отн. (%)
Доброкачественная МЖ	Холедохолитиаз	605	27,0
	Холедохолитиаз + стеноз БДС	257	11,5
	ХИП	139	6,2
	Изолированный стеноз БДС	87	3,9
	РСЖП	17	0,8
	Аденома БДС	7	0,3
		1112	49,7
Злокачественная МЖ	Опухоль ГПЖ	586	26,2
	Опухоль желчного пузыря	259	11,6
	Опухоль Клатскина	134	6,0
	Опухоль БДС	105	4,7
	Опухоль ОЖП	41	1,8
		1125	50,3
Всего		2237	100

Возраст госпитализированных пациентов варьировал от 18 до 100 лет. Средний возраст составил $(61,7 \pm 4,2)$ лет. Наибольшую долю (63,2 %) среди больных с синдромом МЖ составили лица пенсионного возраста от 61 года до 80 лет. Пациентов трудоспособного возраста (до 60 лет) было 629 (28,1 %) человек. Больных старше 80 лет было госпитализировано 195 (8,7 %) человек.

Отдельный интерес представлял анализ годовой динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями органов ГПБЗ. За обозначенный период на учете у онколога были зарегистрированы 1125 пациентов с подтвержденным гепатопанкреатобилиарным раком. В 2010 г. — 157 больных, в 2011 — 186, в 2012 — 166, в 2013 — 174, в 2014 — 204, в 2015 — 237 человек. На основании представленных данных можно судить о росте онкопатологии органов ГПБЗ на 66,2 % (рис. 3).

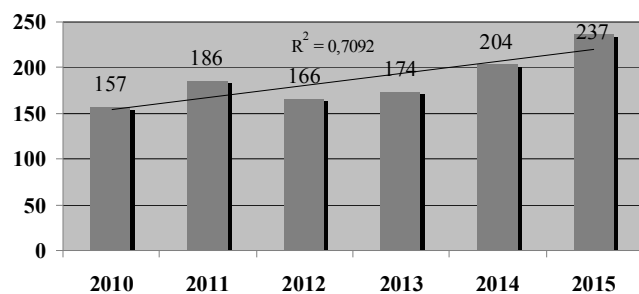


Рис. 3. Динамика числа пациентов со злокачественными новообразованиями ГПБЗ, вставших на учет у онколога в период 2010—2015 гг.

В 2010 г. в онкологическом реестре учтено 72 пациента с опухолью ГПЖ, 33 — с опухолью желчного пузыря, 27 — с опухолью БДС, 18 — с опухолью Клатскина, 7 — с опухолью ОЖП.

В 2011 г. больных с опухолевыми поражениями ГПЖ было зарегистрировано 109, желчного пузыря —

34, опухолью Клатскина — 22, БДС — 16, ОЖП — 5 пациентов.

В 2012 г. на учете в ОКОД находились 89 больных со злокачественными новообразованиями ГПЖ, 35 — желчного пузыря, 28 — с опухолью Клатскина, 14 — БДС.

В 2013 г. зарегистрировано 94 наблюдения опухолевого поражения ГПЖ, 40 — желчного пузыря, 21 — опухоль Клатскина, 9 — БДС, 10 — ОЖП.

В 2014 г. на учет у онколога встали 204 пациента с новообразованиями органов ГПБЗ, обусловивших развитие синдрома МЖ, из них пациентов с раком ГПЖ было 109, желчного пузыря — 52, бифуркации общего печеночного протока — 21, БДС — 11 и ОЖП — 11 больных.

В 2015 г. отмечалось схожее распределение пациентов с опухолями ГПБЗ. Зарегистрированных в ОКОД больных со злокачественными новообразованиями ГПЖ было 113, желчного пузыря — 65, опухолью Клатскина — 23, БДС — 28, ОЖП — 8 пациентов (табл. 2).

Необходимо отметить, что данная годовая динамика численности пациентов со злокачественными новообразованиями органов ГПБЗ осуществлена только с учетом зарегистрированных у онколога пациентов.

Расчет заболеваемости синдромом МЖ проводили на 100 000 населения Волгоградской области. Общий коэффициент заболеваемости обтурационной желтухой в 2010 г. составил 10,3; в 2011 г. — 11,8; в 2012 г. — 13,0; в 2013 г. — 14,9; в 2014 г. — 17,4; в 2015 г. — 19,2 на 100 000 населения.

Общая заболеваемость синдромом МЖ доброкачественного генеза в анализируемый период составила: 2010 г. — 0,042 на 100 000 населения; 2011 г. — 4,6; 2012 г. — 6,6; 2013 г. — 8,2; 2014 г. — 9,5; 2015 г. — 9,9 на 100 000 населения.

Общая заболеваемость синдромом МЖ злокачественного генеза составила: 2010 г. — 6,0 на 100 000 населения; 2011 г. — 7,1; 2012 г. — 6,4; 2013 г. — 6,7; 2014 г. — 7,9; 2015 г. — 9,3 на 100 000 населения (рис. 4).

Структура злокачественных новообразований у пациентов, вставших на учет у онколога в период 2010—2015 гг.

Год	Локализация опухоли				
	ГПЖ	желчный пузырь	опухоль Клатскина	БДС	ОЖП
2010	72	33	18	27	7
2011	109	34	22	16	5
2012	89	35	28	14	—
2013	94	40	21	9	10
2014	109	52	21	11	11
2015	113	65	23	28	8
Всего (n = 1125)	586 (52,1 %)	259 (23,0 %)	134 (11,9 %)	105 (9,4 %)	41 (3,6 %)

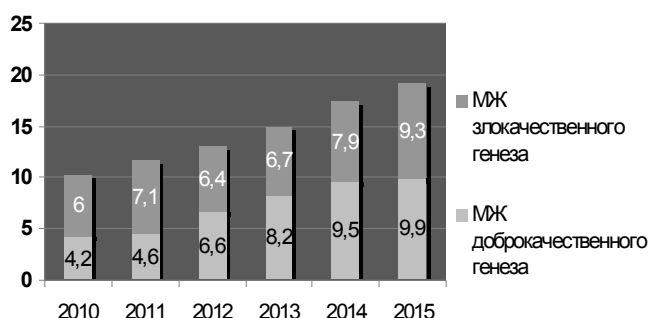


Рис. 4. Общая заболеваемость синдромом МЖ доброкачественного и злокачественного генеза в Волгоградской области на 100 000 населения в период 2010—2015 гг.

Таким образом, выявлена тенденция роста частоты развития синдрома МЖ в Волгоградской области как доброкачественного, так и злокачественного периода с 4,2 (2010 г.) на 100 000 населения до 9,9 (2015 г.) и с 6,0 (2010 г.) на 100 000 населения до 9,3 (2015 г.) соответственно.

За анализируемый хронологический период отмечен рост оперативной активности в лечении пациентов с синдромом МЖ с 71,8 % в 2010 г. до 93,6 % в 2015 г. Мы объясняем это обстоятельство более широким внедрением в алгоритм лечения больных с МЖ минимально инвазивных методов наружного и внутреннего желчеотведения. Однако этапная тактика хирургического лечения на сегодняшний день применяется не во всех стационарах Волгограда. Кроме того, доля радикальных резекционных операций у больных со злокачественной МЖ за указанный период в Волгоградской области не превышала 7,2 %.

Лапаротомным доступом в период 2010—2015 гг. оперированы 982 (43,9 %) пациента с синдромом МЖ. Минимально инвазивное наружное или внутреннее желчеотведение выполнены у 613 (27,4 %) пациентов с МЖ. Этапные вмешательства применялись у 561 (25,1 %) больного.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваниями органов ГПБЗ, течение которых осложняется развитием синдрома МЖ в общей нозологической структуре, чаще страдают женщины —

55,9 % от общей популяции пациентов с обтурационным холестазом. При этом при ЖКБ, осложненной синдромом МЖ, число лиц женского пола достигает 60,2 %. При синдроме МЖ, обусловленном злокачественными новообразованиями органов ГПБЗ, соотношение мужчин и женщин достоверно не отличается: 48,6 % и 51,4 % соответственно. По возрастной характеристике среди пациентов с МЖ преобладают лица пенсионного и старческого возраста — 71,9 % больных. На долю трудоспособного населения приходится 28,1 %.

В период 2010—2015 гг. в Волгоградской области отмечается увеличение числа пациентов с МЖ на 54,7 %, что обусловило рост оперативной активности в лечении больных с синдромом МЖ с 71,8 % в 2010 г. до 93,6 % в 2015 г.

Ведущими этиологическими факторами развития МЖ в Волгоградской области являются холедохолитиаз и опухоли ГПЖ. Процентное соотношение данных этиологических факторов сопоставимо: 27,0 % и 26,2 % соответственно.

ЛИТЕРАТУРА

- Бахтин В. А. Хирургическая тактика лечения больных со злокачественными опухолями внепеченочных желчных протоков, осложненными механической желтухой / В. А. Бахтин, В. А. Янченко, С. М. Аракелян // Вестник Ивановской медицинской академии. — 2007. — Т. 12, № 3—4. — С. 77—78.
- Ветшев П. С. Диагностический подход при обтурационной желтухе / П. С. Ветшев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1999. — № 6. — С. 18—24.
- Вишневский В. А. Диагностика и хирургическое лечение рака проксимальных печеночных протоков (опухолей Клатскина) / В. А. Вишневский, Т. И. Тарасюк // Практическая онкология. — 2004. — Т. 5, № 2. — С. 126—134.
- Гальперин Э. И. Классификация тяжести механической желтухи / Э. И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. — 2012. — Т. 17, № 2. — С. 26—33.
- Ревякин В. И. Тактика эндоскопического лечения холедохолитиаза / В. И. Ревякин, С. В. Гринев, В. С. Прокушев // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 2. — С. 3—9.
- Стойко Ю. М. Возможности современных методов диагностики и обоснование хирургической тактики при

механической желтухе / Ю. М. Стойко, А. Л. Левчук, В. Г. Бардаков, П. С. Ветшев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2008. — № 2. — С. 24—32.

7. Шаповальянц С. Г. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков / С. Г. Шаповальянц, С. Ю. Орлов, С. А. Будзинский, Е. Д. Федоров // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — Т. 11, № 2. — С. 57—64.

Контактная информация

Веденин Юрий Игоревич — к. м. н., ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом эндоскопии ФУВ и с курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, врач-хирург Клиники № 1 ВолгГМУ; e-mail: vedenin82@mail.ru