

А. И. Статкевич

**ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ БЛОКА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НА
ДИАГНОСТИКУ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. А. П. Трухан

Кафедра военно-полевой хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Определена зависимость диагностики и метода хирургического лечения механической желтухи от ее этиологии.

Ключевые слова: механическая желтуха, этиология, диагностика, лечение.

Resume. Dependence of diagnostics and method of surgical treatment of mechanical jaundice for its etiology is defined.

Keywords: mechanical jaundice, etiology, diagnostics, treatment.

Актуальность. Одной из наиболее сложных проблем неотложной хирургии

является лечение больных с нарушением желчеоттока различной этиологии [1]. Основным проявлением этих заболеваний является механическая желтуха, возникающая вследствие обструкции желчных протоков. В последнее десятилетие отмечен рост летальности среди больных данной патологией, достигающий 20 – 60%. Наиболее частыми причинами механической желтухи являются холедохолитиаз, опухолевые поражения органов панкреатобилиарной зоны, рубцовые стриктуры гепатохоледоха. Несмотря на внедрение в клиники новых методов диагностики и малоинвазивных технологий лечения, вопросы рациональной хирургической тактики при механической желтухе остаются одними из наиболее сложных в хирургии [2].

Цель: определить зависимость диагностики и метода хирургического лечения механической желтухи от ее этиологии.

Материал и методы. В основу работы положен ретроспективный и проспективный анализ медицинских карт 55 пациентов с механической желтухой, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии УЗ «2-я городская клиническая больница г. Минска» в период с января 2013 по декабрь 2014 гг. Количество пациентов мужского пола составило 30 (54,5%), женского пола – 25 (45,5%). По этиологии можно выделить следующие виды патологий, вызвавших механическую желтуху: доброкачественная – 36 (65,5%) (из них стриктура желчевыводящих путей и большого дуоденального сосочка 15 (41,7%), холедохолитиаз 11 (30,5%), хронический панкреатит со сдавлением холедоха 10 (27,8%) (рис. 1) и злокачественная 19 (34,5%) (из них рак головки поджелудочной железы 10 (52,6%), холангиокарцинома 6 (31,6%), рак желудка с метастазами в печень и гепатодуоденальную связку 2 (10,5%), опухоль большого дуоденального сосочка 1 (5,3%) (рис. 2).

Для установления этиологии механической желтухи выявляли жалобы, анамнез заболевания, производили объективный осмотр. Из лабораторных исследований пациентам определялся уровень билирубина, особенно его прямой фракции, при поступлении, перед операцией, на следующий, на третий и на пятый день после операции, уровень трансаминаз и щелочной фосфатазы, липидограмма, мочевины, протромбина. Из инструментальных методов выполняли ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, фиброэзофагогастродуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию. По отдельным показаниям использовали лапароскопию, пункционную биопсию печени. Во всех случаях было выявлено расширение печеночных и внепеченочных протоков, утолщение их стенки и неоднородность содержимого



Рисунок 1 – Доброкачественная этиология механической желтухи

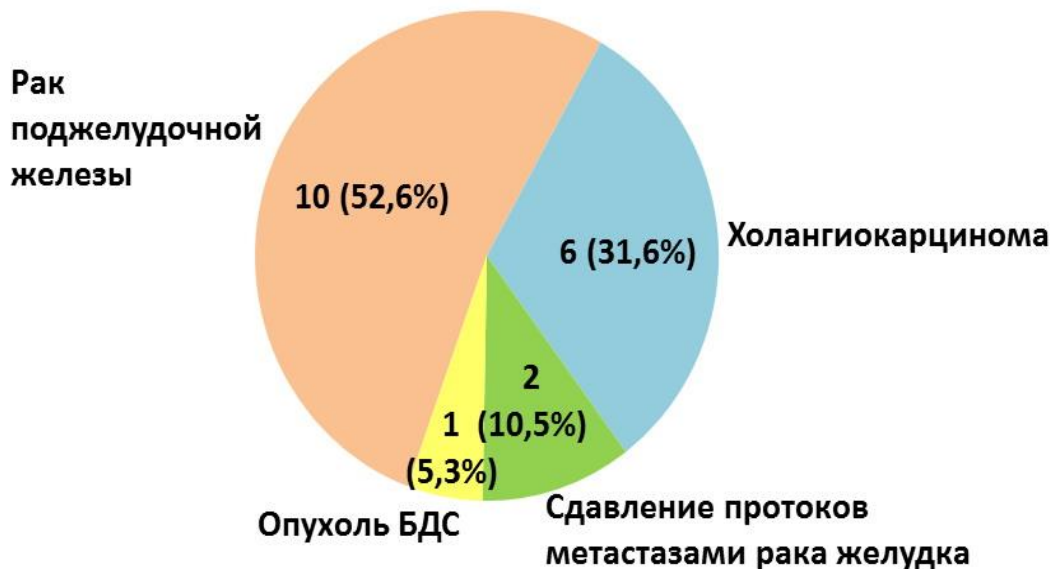


Рисунок 2 – Злокачественная этиология механической желтухи

Результаты и их обсуждение. Условно все виды оперативных вмешательств можно разделить на внутреннее дренирование, когда желчь поступает в желудочно-кишечный тракт (эндоскопические, наложение обходных билиодигестивных анастомозов), и наружное дренирование (чрескожная чреспеченочная холангиостомия, холедохотомия с наружным дренированием).

Лечение производилось в зависимости от уровня блока желчевыводящих путей: внутрипеченочные протоки и их слияние – 4 (7,3%); супрадуоденальная и ретродуоденальная части холедоха – 29 (52,7%); панкреатическая – 19 (34,5%); интрамуральная – 3 (5,5%).

При патологии печени, печеночных протоков и желчного пузыря выполняли следующие виды операций: чрескожная чреспеченочная холангиостомия – 3 (75,0%), реконструкция гепатикоеюноанастомоза – 1 (25,0%).

При патологии супрадуоденальной и ретродуоденальной частей холедоха выполняли наложение холедоходуоденоанастомоза – 19 (65,5%), чрескожную чреспеченочную холангиостомию – 3 (10,3%), наложение гепатикодуоденоанастомоза – 2 (6,9%), дренирование холедоха – 2 (6,9%), стентирование холедоха – 1 (3,4%), наложение гепатикохоледохоанастомоза – 1 (3,4%), наружное дренирование печеночных протоков – 1 (3,4%).

При патологии панкреатической части холедоха выполнялись следующие операции: холедоходуоденоанастомоз – 9 (47,4%), лапароскопическое наложение холедоходуоденоанастомоза – 2 (10,5%), холецистостомия – 2 (10,5%), наружное дренирование холедоха – 1 (5,3%), холедохоюноанастомоз – 1 (5,3%), гепатикоюноанастомоз – 1 (5,3%), панкреатикоюноанастомоз – 1 (5,3%), холецистодуоденоанастомоз – 1 (5,3%), гепатикодуоденоанастомоз – 1 (5,3%).

При патологии интрамуральной части холедоха выполняли наложение холедоходуоденоанастомоза – 3 (100,0%).

Предоперационный уровень билирубина при различных видах дренирования статистически не различался ($p=0,74$).

Выводы:

1. В настоящее время в арсенале хирургов существует большой выбор оперативных вмешательств, в том числе и малоинвазивные технологии, которые позволяют выполнить декомпрессию желчевыводящих протоков при механической желтухе различного генеза.

2. Основными факторами, определяющими выбор метода хирургического лечения механической желтухи являются ее этиология и уровень блока желчевыводящих путей.

A. I. Statkevich

THE INFLUENCE OF THE LEVEL BLOCK BILE DUCTS ON THE DIAGNOSIS AND CHOICE OF SURGICAL TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Tutor Associate professor A. P. Trukhan

Department of military surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Пьянкова, О. Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза / О. Б. Пьянкова, Ю. Б. Бусырев, Т. И. Карпунина // Медицинский альманах. – 2009. - № 2. – С. 173-176.

2. Гальперин, Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар, 2006. – 568 с.