

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Турцевич Д. В., Плоткин Д. А., Бовтюк Н. Я.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра общей хирургии*

Ключевые слова: эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, одномоментные операции.

Резюме: *при патологии желчевыводящих путей доброкачественного генеза, осложненной обструкцией общего желчного протока, приоритетным направлением является применение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии с вмешательствами на большом дуоденальном сосочке. Этот метод является не только диагностическим, но и лечебным для купирования механической желтухи.*

Resume: *in the pathology of biliary tract of good-quality genesis complicated by obstruction of the general bilious channel, the priority direction is application of an endoscopic retrograde cholangiopancreatography with interventions on a big duodenal papilla. This method is not only diagnostic, but also treatment for the relief of mechanical jaundice.*

Актуальность. Лечение пациентов, госпитализированных в отделения хирургического профиля с явлениями механической желтухи (МЖ), остается актуальной проблемой хирургической гепатологии. Наиболее частой причиной развития МЖ доброкачественного генеза является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), встречающаяся у 25% лиц старше 60 лет [2]. В странах Западной Европы, США и России ЖКБ встречается у 10-20% населения, у лиц пожилого и старческого возраста у 30-40% [2,6]. При этом у 8-20% пациентов, страдающих ЖКБ, диагностируется холедохолитиаз, который в свою очередь в 60-70% случаев осложняется МЖ [1]. Стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, как правило, является осложнением холедохолитиаза и встречается у 3-50% пациентов. Летальность при обтурационной желтухе достигает 4-28% [3,4].

Основной задачей лечения МЖ в urgentной хирургии, вне зависимости от причины обструкции, является декомпрессия билиарного тракта. Однако лапаротомии, выполненные на высоте выраженности желтухи, печеночной недостаточности, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью [1]. В связи с чем, на сегодняшний день, уже ни у кого не вызывает сомнений необходимость применения для экстренного разрешения желтухи щадящих, малоинвазивных вмешательств, обеспечивающих декомпрессию билиарного тракта, как первого этапа лечения МЖ [5].

Улучшение результатов хирургического лечения больных МЖ во многом связано с выполнением операций после декомпрессии желчных протоков и ликвидации желтухи. Декомпрессия желчных протоков может явиться способом окончательного лечения или одним из этапов предоперационной подготовки больных к радикальным операциям. При этом удается более полноценно подготовить больного к операции, купировать МЖ, значительно уменьшить явления печеночно-почечной недостаточности и интоксикации. Следует отметить, что от правильного и своевременного выбора тактики лечения зависит положительный результат проводимого лечения и дальнейшая судьба пациента.

Цель: изучить особенности малоинвазивных методов (ММ) диагностики и хирургической тактики лечения доброкачественной механической желтухи (ДМЖ) и выявить трудности их применения.

Задачи: 1. Определить информативность эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРХПГ) в диагностике холедохолитиаза, по сравнению с ультразвуковым исследованием; 2. Определить тактику лечения ДМЖ в зависимости от степени тяжести желтухи и данных инструментальных методов исследования; 3. Выявить трудности применения ЭРХПГ и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в лечении ДМЖ.

Материалы и методы. В работу включены материалы лечения 37 пациентов с ДМЖ, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ЗГКБ им Е.В.Клумова» г. Минска в 2015-2016гг.

Всем пациентам с ДМЖ был выполнен комплекс обследований согласно протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Результаты и обсуждение. В исследовании преобладали женщины, их было 28(75,7%). Средний возраст женщин и мужчин соответственно составил 64 и 70 лет. Среди исследуемых преобладали пациенты нетрудоспособного возраста 27(73%).

Причинами развития ДМЖ были: холедохолитиаз 16(43,2%), стриктуры холедоха 8(21,7%), сочетание холедохолитиаза со стриктурами 4(10,8%), синдром Мириizzi 4(10,8%) и панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы 5(13,5%).

У 13(65,0%) пациентов холедохолитиаз был выявлен до операции с помощью ультразвукового метода исследования. С помощью ЭРХПГ холедохолитиаз до операции был выявлен у 19(95,0%) пациентов. Совместно методами ультразвукового исследования и ЭРХПГ холедохолитиаз был выявлен у 12(60,0%)

пациентов. Таким образом, информативность ультразвуковой диагностики при холедохолитиазе составила 65,0%, ЭРХПГ 95,0%, совместно двумя методами 60,0%.

Все пациенты были разделены по степени тяжести на легкую (класс А), среднюю (класс В) и тяжелую (класс С). Из них с легкой было 28(75,7%), средней 7(18,9%), и тяжелой 2(5,4%) случаев. В зависимости от степени тяжести МЖ и данных инструментальных методов исследования была применена различная тактика малоинвазивных технологий и одномоментных операций с внутренним дренированием желчевыводящих путей.

ММ применены у 20(54,0%) пациентов с ДМЖ, из них эффективно в 18(90,0%) случаях. При легкой степени МЖ и отсутствии конкрементов в желчном пузыре (ЖП) была успешно применена ЭПСТ как одноэтапная эндоскопическая операция у 6(16,2%) пациентов. При легкой и средней степени ДМЖ и увеличенном ЖП с множеством конкрементов, для декомпрессии желчных протоков была применена ЭПСТ как первый этап операции у 10(27,0%) пациентов, и проведены радикальные операции в более благоприятных условиях.

Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) применена у 2(5,4%) пациентов со средней и тяжелыми степенями МЖ при панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. ЧЧХС совместно с адекватным консервативным лечением позволило ликвидировать ДМЖ (Рис. 1).

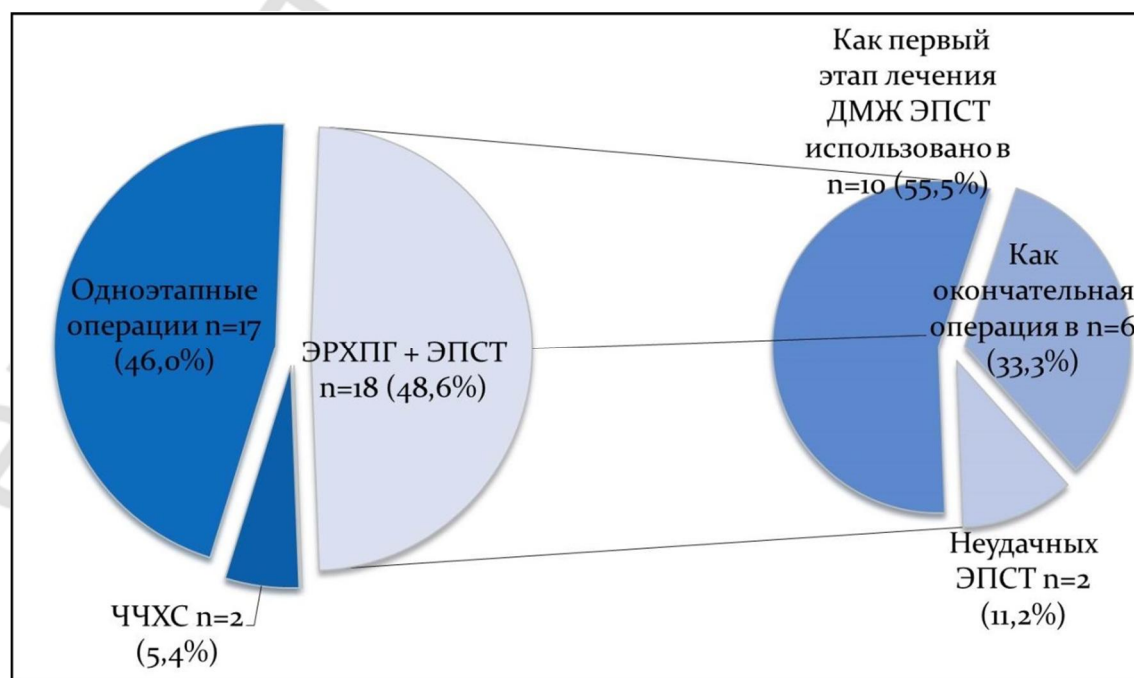


Рис. 1 - Применение ММ у пациентов с ДМЖ

В 17(46,0%) случаях были применены одномоментные паллиативные и радикальные операции с внутренним дренированием желчевыводящих путей. При всех ДМЖ с холедохолитиазом в 12(32,4%) случаях, как одномоментная операция или вторым этапом после неудачной ЭПСТ выполнялась холедохолитотомия с холедохолитоэкстракцией. Из них в 3(25%) случаях вмешательство было завершено

ушиванием общего желчного протока и его наружным дренированием. В 7(58,3%) случаях для внутреннего дренирования были наложены холедоходуоденоанастомозы по Юрашу-Виноградову или Финстереру. Также в 2(16,7%) случаях была применена малоинвазивная лапароскопическая технология: лапароскопическая холедохотомия, интраоперационная холедохоскопия, механическая литотрипсия и холедохолитоэкстракция с восстановлением проходимости желчевыводящих путей (Рис. 2).

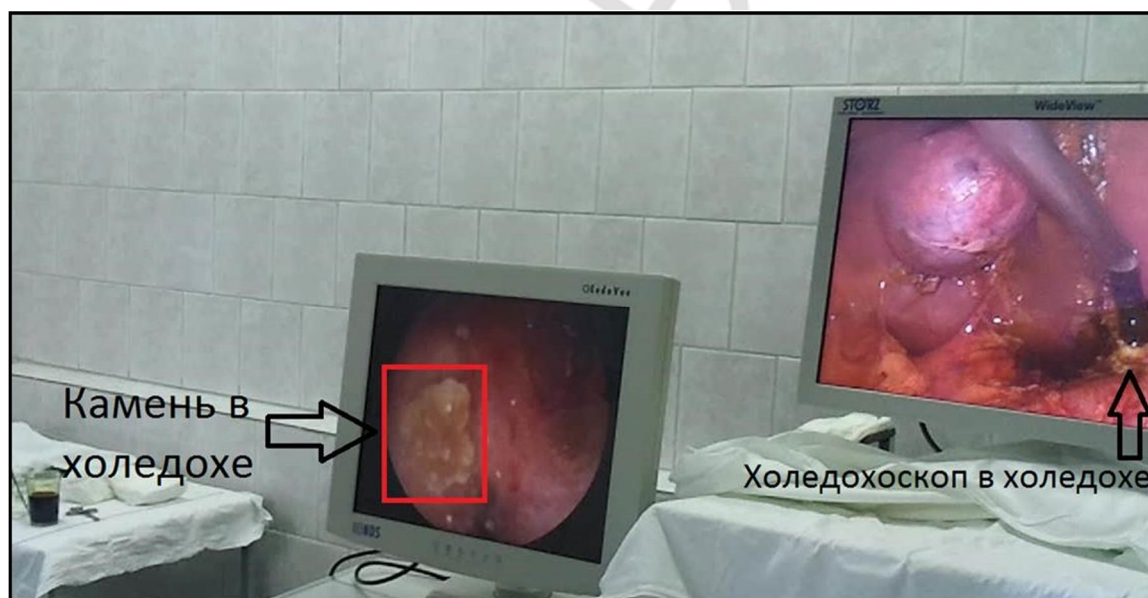


Рис. 2 - Лапароскопическая холедохотомия, интраоперационная холедохоскопия

При анализе протоколов исследования выполнения ЭПСТ основные трудности применения этих технологий возникли при канюляции БДС из-за наличия дивертикулов 6(54,6%) в этой зоне, при аденомах БДС 3(27,2%) и рубцовой деформации луковицы ДПК в 2(18,2%) случаях у пациентов с язвенным анамнезом.

Выводы: 1. Информативность ультразвуковой диагностики при холедохолитиазе составила 65,0%, ЭРХПГ 95,0%, совместно двумя методами 60,0%.

2. ММ в большинстве случаев являются эффективным способом декомпрессии МЖ, что позволяет в более благоприятных условиях выполнить радикальные вмешательства.

3. Возможности лапароскопических ММ с применением интраоперационной холедохоскопии и восстановлением пассажа желчи по желчевыводящим протокам подлежат дальнейшему изучению на большем количестве случаев.

4. Основные трудности в применении ЭРХПГ и ЭПСТ возникли при канюляции БДС.

Литература

1. Гальперин Э. И. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. / Э. И. Гальперин П. С. Ветшев – Москва: издательский дом Видар-М, 2009. – 568с.

2. Завада, Н. В. Хирургическое лечение механической желтухи у пациентов с высокой степенью операционного риска / Завада Н. В., Груша В. В.//Медицинская панорама. - 2007. - № 7 - С. 9-12.

3. Третьяк С. И. Лечение больных с острым гнойным холангитом / С. И. Третьяк, Л. З. Матузов, О. И. Рубахов, и др. // Анналы хирургической гепатологии. - 1999. - № 2. - С. 136.

4. Харнас, С. С. Диагностический подход при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом / С. С. Харнас, В. Е. Сеницын, А. И. Шехтер // Хирургия. - 2003. - № 6. - С. 36-41.

5. Хожибаев А. М. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста / Хожибаев А. М. // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. - 2007. - Т. 166, № 3. - С.66-69. - Библиогр.: 13 назв.

6. Bingener, J. Management of common bile duct stones in rural area of the United States: results of survey / J.Bingener, W. H.Schwesinger // Surgical Endoscopy. - 2006. - № 20. – P. 577-579.