

ДИАГНОСИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА МАЛОИНВАЗИВНЫМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ.

Введение. Механическая желтуха неопухолевого генеза – часто встречающийся диагноз в хирургической клинике. Клиническая и лабораторная диагностика данной патологии несложна, однако выяснение причин развития и поиск эффективных малоинвазивных методов лечения представляет актуальную проблему.

Цель исследования. оценить диагностическую ценность ретроградных панкреатохолангиографий (РПХГ), возможность коррекции причин механической желтухи неопухолевого генеза эндоскопическими малоинвазивными оперативными методами.

Материалы и методы. За последние 5 лет (2010-2014) в клинике выполнено 422 РПХГ по поводу механической желтухи неопухолевого генеза, не связанной с посттрансплантационными осложнениями после пересадки печени. В исследуемой группе лица мужского пола составили 29,4% (124 человека), из них 67% (83 человека) в возрасте старше 50 лет. Женщин было 70,6% (298 чел), из них подавляющее большинство (86%, 257 чел) в возрасте старше 40 лет.

Результаты и обсуждение. В подавляющем большинстве случаев (333 человека, 79%) причинами механической желтухи явились: единичный и множественный холедохолитиаз – 146 (39,6%); холедохолитиаз в сочетании со стриктурой дистального отдела холедоха – 111 (26,3%); изолированная стриктура дистального отдела холедоха – 58 (13,7%); высокая стриктура гепатикохоледоха – 18 (4,3%). В 20 (4,7%) случаях причиной желтухи был первично-склерозирующий холангит с поражением как вне- так и внутрипечёночных желчных протоков; в 5 случаях – рубцовая стриктура ХДА с камнями в долевых и сегментарных желчных протоках; в 3 случаях – стриктура гепатикоэнтероанастомоза; в 1 случае – болезнь Кароли. В 7,3% исследований (31 пациент) патологии со стороны желчевыводящих протоков не обнаружено; у 29 (6,9%) пациентов контрастирование желчевыводящих протоков не удалось.

Всем пациентам с холедохолитиазом, а также со стриктурой терминального отдела холедоха выполнена ЭПСТ с извлечением камней из холедоха и устранением стриктуры его дистального отдела. В 12 случаях (2,8%) извлечь камни из холедоха не удалось. Причинами явились большие размеры конкрементов, множественный холедохолитиаз больших размеров, протяжённая стриктура дистального отдела холедоха. У 2 из этих пациентов после ЭПСТ было выполнено эндоскопическое стентирование холедоха для разрешения явлений механической желтухи, как первый этап перед полостной операцией. При протяжённой стриктуре дистального отдела холедоха в 12 случаях, и при высоких стриктурах гепатикохоледоха во всех случаях (18 пациентов), выполнена баллонная пластика с постановкой эндобилиарного стента. При стриктуре ХДА выполнялась эндоскопическая лазерная фотовапоризация рубцовых тканей ХДА, а затем, после формирования анастомоза достаточных размеров, извлечение камней из

**Савченко А.В., Касперович А.И., Матюх А.В.,
Авдей Е.Л., Коротков С.В., Богусевич О.С.,
Руммо О.О.**

РНПЦ трансплантации органов и тканей,

желчевыводящих протоков. При стриктуре гепатикоэнтероанастомоза выполнялась эндоскопическая баллонная дилатация. При ПСХ при поражении внепечёночных желчных протоков в 10 случаях выполнена баллонная дилатация и поставлены стенты выше суженных отделов.

Выводы. РПХГ является высокоинформативным методом диагностики причин механической желтухи; процедура оказалась успешной в 93,1% случаев. Оперативные малоинвазивные эндоскопические методы лечения (ЭПСТ, холедохолитэкстракция, баллонная пластика, стентирование, лазерная фотовапоризация) позволили в 97,2% случаев разрешить механическую желтуху неопухолевого этиологии и явились окончательными методами лечения у данной категории пациентов.