

А. П. Трухан, В. Е. Корик, С. А. Жидков, А. И. Статкевич, В. А. Жизневский

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

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Одной из наиболее сложных проблем неотложной хирургии является лечение больных с нарушением желчеоттока различной этиологии. Основным проявлением этих заболеваний является механическая желтуха, возникающая вследствие обструкции желчных протоков. Наиболее частыми причинами механической желтухи являются холедохолитиаз, опухолевые поражения органов панкреатобилиарной зоны, рубцовые стриктуры гепатохоледоха. В последнее десятилетие отмечено увеличение количества больных с осложненными формами желчнокаменной болезни в виде механической желтухи, а также рост летальности среди больных механической желтухой, достигающие 20–60%. Несмотря на внедрение в клинику новых методов диагностики и малоинвазив-

ных технологий лечения, вопросы рациональной хирургической тактики при механической желтухе остаются одними из наиболее сложных в хирургии.

Цель: определить зависимость 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 механи-

ческую 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%) 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%).

Результаты и обсуждение. По уровню блока желчевыводящих путей можно выделить следующие группы: внутривнутрипеченочные 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 гепатикоюноанастомоза – 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 – 1 (33,3%), папиллосфинктеротомия – 1 (33,3%), папиллосфинктеротомия + наложение холедоходуоденоанастомоза – 1 (33,3%).

Таким образом, 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.