

М.Д. ДИБИРОВ¹, д.м.н., профессор, В.С. ШВЫДКО², к.м.н., М.М. ЭЛЬДЕРХАНОВ¹, М.М. ХАНОКОВ¹, Т.А. АТАЕВ¹

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Главный клинический госпиталь МВД РФ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Проанализировано 240 случаев больных с механической желтухой, пролеченных в хирургическом отделении ГКБ №50 Департамента здравоохранения г. Москвы за период с 2009 по 2012 г. В 157 случаях на первом этапе лечения были выполнены различные малоинвазивные методы лечения. Наиболее оптимальной методикой была признана эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с эндоскопической папиллосфинктеротомией. При невозможности выполнения данного вида вмешательства в значительном количестве случаев (43 больных) было выполнено чрескожное наружное дренирование желчных путей, которое в подавляющем большинстве случаев было успешным. Разрешение желтухи происходило в течение 7 сут. в зависимости от исходного уровня билирубинемии и характера патологии.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, холецистэктомия, чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей

Рост распространенности заболеваний, вызывающих механическую желтуху, сложности диагностики, трудности хирургического лечения, значительная послеоперационная летальность – факторы, определяющие в настоящее время актуальность проблемы лечения механической желтухи [2, 9]. Эволюция лечения ЖКБ в последнее время связана в основном с разработкой и усовершенствованием различных способов холецистэктомии. Длительное бессимптомное течение заболевания и поздняя обращаемость этих пациентов за медицинской помощью часто приводят к развитию осложнений со стороны желчевыводящих путей, таких как холедохолитиаз. Тактика лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, окончательно не решена [1, 8]. Исходя из данных литературы, за последние годы

появились диаметрально противоположные подходы к хирургическому решению данной проблемы. Некоторые авторы предпочитают ретроградный эндоскопический транспапиллярный метод вмешательства с выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), литотрипсии, эндопротезирования, назобилиарного дренирования и др., с последующим выполнением холецистэктомии [6]. Другие авторы считают, что вмешательство на общем желчном протоке и холецистэктомия должны выполняться во время операции, которые проводятся менее травматичным доступом – лапароскопическим или мини-лапаротомным [7, 10].

Итак, в данное время наличие многочисленных способов лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, и различная тактика в значительной степени затрудняют принятие верного решения в каждом конкретном случае. Поэтапное лечение и определенная последовательность различных методик, их клиническая оценка у больных с осложненными формами ЖКБ недостаточно отражены в современной литературе и нуждаются в дальнейшем изучении.

В нашем исследовании проанализировано 240 случаев больных с механической желтухой, пролеченных в хирургическом отделении ГКБ №50 Департамента здравоохранения г. Москвы за период с 2009 по 2012 г. Все больные были распределены по следующей нозологии и тяжести желтухи (табл. 1).

В большинстве случаев (82,9%) причиной желтухи был холедохолитиаз. Опухолевый генез был выявлен в 17,1% наблюдений. Из имеющегося количества случаев тяжелая и крайне тяжелая желтуха наблюдалась у 129 больных. В плане обследования всем больным выполнялось ультразвуковое исследование органов билиопанкреатодуоденальной

Таблица 1. Распределение больных по нозологии и тяжести механической желтухи

№	Нозология; уровень билирубинемии (мкмоль/л)	Холедохолитиаз	Опухолевое поражение	Всего
1	Легкая степень (до 100)	34	7	41
2	Средняя степень (более 100 и менее 200)	59	12	71
3	Тяжелая степень (200–400)	62	13	75
4	Крайне тяжелая степень (более 400)	44	9	53
5	Всего (%)	199 82,9	41 17,1	240 100,0

системы, благодаря которому и был установлен диагноз, который впоследствии оказался окончательным в 78,5% случаев (рис. 1).

В качестве наиболее информативного неинвазивного метода диагностики состояния билиарной системы для установления причин механической желтухи применялась магнитно-резонансная холангиопанкреатография (MRCP). Достоверность диагноза при MRCP составила 98,2%. Применение данного способа диагностики позволяло установить диагноз не только при наличии желчнокаменной болезни, но и в случаях других причин механической желтухи, таких как опухолевое поражение и рубцовые стриктуры желчных протоков (рис. 2).

Из 240 пациентов с механической желтухой в 157 случаях первым этапом лечения были выполнены различные малоинвазивные методы лечения. В зависимости от тяжести желтухи и сопутствующей патологии, а также причин механической желтухи проводились различные хирургические вмешательства, направленные на устранение желтухи и при возможности на полное излечение больного. Наиболее оптимальной методикой была принята ЭРПХГ с ЭПСТ. При невозможности выполнения данного вида вмешательства в значительном количестве случаев (43 больных) было выполнено чрескожное наружное дренирование желчных путей, которое является одним из наиболее эффективных малоинвазивных методов лечения механической желтухи. Указанный способ применялся в качестве методики выбора у больных с тяжелой и крайне тяжелой желтухой, с выраженной сопутствующей патологией, вызывающей тяжелое общесоматическое состояние при невозможности выполнения эндоскопического вмешательства. Дренирование желчных путей выполнялось по общепринятой методике под ультразвуковым и рентгеновским контролем. Расширенные протоки визуализировались посредством УЗ-наведения, производилась пункция расширенного желчного протока (предпочтительно долевого печеночного хода), через иглу в проток заводился проводник, по

которому устанавливалась дренажная система, подобранная по диаметру протоков и длине рассчитанной трассы. Методика использовалась как при желтухе на фоне холедохолитиаза, так и при желтухе на фоне опухолевого поражения и др. (рис. 3).

■ В настоящее время наличие многочисленных способов лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, в значительной степени затрудняет выбор верной тактики в каждом конкретном случае. Поэтапное лечение и определенная последовательность различных методик, их клиническая оценка у больных с осложненными формами ЖКБ недостаточно отражены в современной литературе и нуждаются в дальнейшем изучении

В тех ситуациях, когда имелся блок в терминальных отделах билиарного тракта, выполнялась чрескожная чреспеченочная холецистостомия. Это вмешательство также позволяло добиться устранения желтухи для подготовки больных к следующим этапам лечения (рис. 4).

Определяется значительное расширение общего желчного протока при контрастировании, сброса контрастного препарата в двенадцатиперстную кишку нет.

Чрескожное чреспеченочное дренирование в подавляющем большинстве случаев было успешным. Разрешение желтухи происходило в течение 7 сут. в зависимости от исходного уровня билирубинемии и характера патологии. Длительность вмешательства варьировала от 2 мин при дренировании желчного пузыря до 60 мин при установке дренажей в левый и правый долевы ходы у больных с блоком на уровне печеночного протока. Количество осложнений при данном виде вмешательства было небольшим – 2 случая гемобилии, 1 случай желчного затека. В 2 случаях из

Рисунок 1. Ультразвуковое исследование билиарной системы. Конкременты общего желчного протока



Рисунок 2. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография при механической желтухе на фоне холангиокарциномы

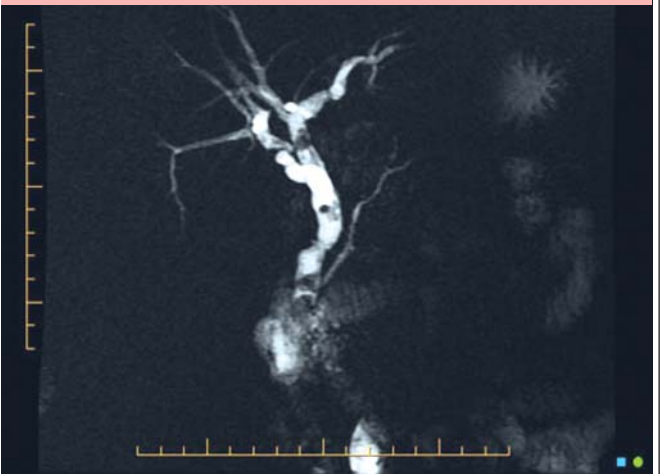


Рисунок 3. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных ходов при механической желтухе на фоне холангиокарциномы



перечисленных осложнений потребовалось расширение объема вмешательства. В случае желчного затека – лапароскопическое вмешательство. Из общего количества больных с механической желтухой, которым было выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование, наблюдалось 3 летальных исхода. Во всех случаях – у больных старческого возраста с прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточностью.

Рисунок 4. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия при желтухе на фоне фиксированного конкремента терминального отдела общего желчного протока



Таким образом, методика чрескожного чреспеченочного дренирования желчного пузыря и желчных протоков у больных с тяжелой механической желтухой при невозможности эндоскопических вмешательств позволяет создать условия для нормализации состояния и может являться как методом выбора, так и подготовкой к следующим этапам лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар-М, 2006.
2. Григорьева И.Н., Никитин Ю.П. Распространенность желчнокаменной болезни в различных регионах. *Клиническая медицина*, 2007, 85, 9: 27-30.
3. Добровольский А.А., Белявский А.Р., Колмачевский Н.А. [и др.]. Роботоассистированная лапароскопическая холецистэктомия. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2009, 6: 70-71.
4. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А., Хрусталева М.В. [и др.] Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2004, 3: 13-17.
5. Журавлева Т.В., Басос С.Ф., Шейко С.Б., Демехова М.Ю. Минимизация болей после трансвагинальной холецистэктомии: реальность или миф? Результаты сравнения болевого синдрома при трансвагинальных и стандартных лапароскопических холецистэктомиях. *Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского*, 2011, 6 (1): 207.
6. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. *Анналы хирургической гепатологии*, 2010, 15 (1): 9-18.
7. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз: учеб. пособие по курсу хирургии в высш. мед. учеб. заведениях (руководство для врачей). СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000.
8. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Транспапиллярные мини-инвазивные вмешательства при холедохолитиазе. *Анналы хирургической гепатологии*, 2011, 16 (1): 58-62.
9. Хоконов М.А., Силина Е.В., Ступин В.А. [и др.]. Свободнорадикальные процессы у больных острым калькулезным холециститом. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2011, 2: 58-64.
10. Chander J., Vindal A., Lal P. [et al.]. Laparoscopic management of CBD stones: an Indian experience. *Surg. Endosc.*, 2011; 25 (1): 172.