

УДК 616.36-008.5-02:616.361-007.27-089.819.873

## МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*В.Б. Шуматов<sup>1</sup>, В.И. Макаров<sup>1</sup>, О.В. Перерва<sup>1,2</sup>, Р.А. Гончарук<sup>1</sup>, А.С. Таранков<sup>3</sup>, С.Г. Попова<sup>3</sup>, О.И. Щепетильникова<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т. Острякова, 2),

<sup>2</sup> Дальневосточный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства России (690022 г. Владивосток, пр-т 100 лет Владивостоку, 161), <sup>3</sup> Городская клиническая больница № 2 (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 576)

*Ключевые слова: механическая желтуха, диагностика, минимально-инвазивное вмешательство.*

На базе клиники факультетской хирургии ВГМУ проанализированы результаты диагностики и лечения механической желтухи, обусловленной желчно-каменной болезнью, холедохолитиазом, опухолями панкреатодуоденальной зоны и другими причинами, у 192 пациентов в возрасте от 19 до 93 лет. По мнению авторов, на первом этапе лечебно-диагностических мероприятий при механической желтухе рационально выполнить магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, на втором – эндоскопическую холангиопанкреатографию, папиллосфинктеротомию, эндопротезирование и, по показаниям, чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию, на третьем этапе – оперативное вмешательство.

Диагностика и лечение заболеваний, осложненных механической желтухой, остается до настоящего времени актуальной проблемой гастроэнтерологии, хирургии и онкологии. Значительно, до 45–80 %, увеличилось количество больных, у которых течение желчно-каменной болезни осложняется холедохолитиазом и развитием механической желтухи [1, 6]. Вне зависимости от генеза этого осложнения, диагностические и лечебные мероприятия при обтурации желчевыводящих протоков требует принятия срочных мер во избежание некорректируемой печеночной недостаточности [2, 3, 6]. К факторам, усугубляющим печеночную недостаточность, относятся интоксикация, холангит, кровотечение, операционная травма и наркоз [5]. Поэтому проблема выбора минимально-инвазивного вмешательства для купирования механической желтухи с целью подготовки больного к операции требует дальнейшего изучения [5, 7, 8].

**Материал и методы.** В клинике факультетской хирургии Владивостокского государственного медицинского университета с 2007 по 2010 г. находилось на лечении 192 больных (70 мужчин и 122 женщины) в возрасте от 19 до 93 лет, поступившие в стационар с клиникой желчно-каменной болезни и холедохолитиаза, а также с опухолью панкреатодуоденальной зоны (13 пациентов), стриктурой холедоходуоденоанатомоза (1 пациент) и синдромом Мириizzi (1 пациент). Среди всех поступивших с симптоматикой желчно-каменной болезни механическая желтуха отмечена в 17,1 % наблюдений. Длительность желтухи до момента

проведения лечебно-диагностических мероприятий составила от 2 суток до 1,5 месяца. Для диагностики и дифференциальной диагностики патологических процессов применяли биохимический анализ крови, фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию. Для декомпрессии желчевыводящих протоков использовали пластиковые стенты фирмы Cook и сетчатые саморасправляющиеся стенты фирм Ella и Mai Tech диаметром от 8,5 до 12 Fr.

**Результаты исследования и обсуждение полученных данных.** Магнитно-резонансная холангиопанкреатография в качестве первичного метода визуализации желчевыводящих протоков выполнена в 24 случаях. Положительными сторонами этого метода являются неинвазивность, высокая информативность и отсутствие необходимости дополнительного контрастирования исследуемых органов [4, 6]. При этом у 8 обследованных патологии желчевыводящих протоков не выявлено, и они были переведены для дальнейшего лечения в инфекционное отделение.

Стриктуры дистального отдела холедоха протяженностью от 3 до 4 см зарегистрированы в 8 случаях. Этим больным выполнены эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, частичная папиллосфинктеротомия, временное эндопротезирование с целью подготовки к оперативному вмешательству. Еще в 8 случаях во внепеченочных желчных протоках обнаружены конкременты от 0,3 до 0,8 см в диаметре. Проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, конкременты извлечены корзинкой Дормиа.

У 168 поступивших первичным методом визуализации желчевыводящих протоков стала эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Предварительно до нее 36 больным пожилого и старческого возраста с явлениями прогрессирующей хронической сердечно-сосудистой, дыхательной и печеночно-почечной недостаточности наложена чрескожная чреспеченочная микрохолецистостома.

Причинами развития механической желтухи в последней группе пациентов послужили: изолированная стриктура терминального отдела холедоха (42 случая),

Шуматов Валентин Борисович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой реанимации, анестезиологии, интенсивной терапии и СМП ВГМУ; тел.: 8 (4232) 32-63-56

стриктура терминального отдела холедоха в сочетании с холедохолитиазом (32 случая), изолированный микрохоледохолитиаз (14 случаев), изолированная стриктура большого дуоденального сосочка (24 случая), сочетание стриктуры большого дуоденального сосочка с микрохоледохолитиазом (37 случаев), сочетание стриктуры большого дуоденального сосочка и стриктуры терминального отдела холедоха (4 случая), опухоль головки поджелудочной железы (8 случаев), опухоль ворот печени (4 случая), опухоль холедоха (1 случай) и стриктура холедоходуоденоанастомоза (1 случай). У одного пациента диагностирован синдром Мириззи. В 76 наблюдениях механическая желтуха сочеталась с панкреатитом. После ЭРХПГ папиллосфинктеротомия проведена 78 больным, папиллосфинктеротомия с последующей литэкстракцией – 81, литэкстракция – 14 и эндопротезирование желчевыводящих протоков – 24 больным.

В связи с нарастанием механической желтухи или ее рецидивом в 27 случаях выполнялась повторная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. В 10 из них в связи с протяженной стриктурой выполнено эндопротезирование. У 17 человек при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии диагностирован резидуальный холедохолитиаз (выполнены папиллосфинктеротомия и удаление конкрементов).

После эндоскопической декомпрессии и купирования признаков желтухи в 44 случаях выполнена лапароскопическая, в 32 – традиционная холецистэктомия. У 16 больных проведены лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду, у 8 – лапаротомия, холецистэктомия и наложение холедоходуоденоанастомоза; еще в 8 наблюдениях наложен билиодигестивный анастомоз с отключенной петлей по Ру. Холедохоеюноанастомоз с энтеро-энтероанастомозом по Брауну выполнен в 4 случаях. Одной больной со стриктурой холедоходуоденоанастомоза потребовались лапаротомия, рассечение стриктуры, гепатиколитэкстракция, дренирование печеночного протока, и еще одной – лапаротомия, холецистэктомия, холедохотомия, дренирование левого печеночного протока.

Осложнения эндоскопических манипуляций отмечены в 10 случаях (5,2%): деструктивный панкреатит (4), профузное кровотечение (4), перфорация дивертикула (1) и перфорация брюшинной части двенадцатиперстной кишки (1). Все эти больные в последующем выписаны в удовлетворительном состоянии.

Умерли 9 человек (4,7%). Причиной смерти послужили инфаркт миокарда (4 случая), острое нарушение мозгового кровообращения (1 случай), некупируемый перитонит вследствие несостоятельности холедоходуоденоанастомоза (1 случай) и печеночно-почечная недостаточность (3 случая).

Таким образом, частота механической желтухи, осложнившей течение желчно-каменной болезни,

составила на нашем материале 17,1%. Диагностический и лечебный алгоритмы при заболеваниях, осложнившихся механической желтухой, требуют индивидуального подхода с учетом тяжести сопутствующей патологии. Преимуществом эндоскопических методов здесь являются малоинвазивность, одномоментность, малотравматичность и высокая эффективность декомпрессии желчевыводящих путей. Основываясь на собственном опыте, можно заключить, что на первом этапе лечебно-диагностических мероприятий рационально выполнить магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, на втором – эндоскопическую холангиопанкреатографию, папиллосфинктеротомию, эндопротезирование и, по показаниям, чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию, на третьем этапе – оперативное вмешательство.

#### Литература

1. Жуков Б.Н., Борисова А.И. Острые хирургические заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны в гериатрии // Самара: СамГМУ, 2002. 189 с.
2. Кулезнова Ю.В., Израилов Р.Е., Уракова Н.А. Чрескожное чреспеченочное стентирование желчных протоков // Радиология. 2008. Т. 2, № 4. С. 50–56.
3. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. Минск: Харвест, 2000. 160 с.
4. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Эминов М.З. и др. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения больных с механической желтухой неопухолевого генеза // Анналы хир. 2004. № 4. С. 41–45.
5. Федоров В.Д., Вишневский В.А., Кубышкин В.А. и др. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока // Кремлевская медицина. 2000. № 2. С. 13–17.
6. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи // Анналы хир. гепатологии. 2008. Т. 13, № 4. С. 96–105.
7. Cattel R., Colcock B., Pollack I. Stenosis of the sphincter of Odd // N. Engl. J. Med. 2007. Vol. 256. P. 429.
8. Mehmet M.D., Aksungur E., Seydaolu G. Percutaneous placement of biliary metallic stents in patients with malignant hilar obstruction, unilobar versus bilobar drainage // Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2003. Vol. 14. P. 1409–1416.

Поступила в редакцию 28.03.2011.

#### MINIMALLY INVASIVE SURGERY AS INTEGRATED TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

V.B. Shumatov<sup>1</sup>, V.I. Makarov<sup>1</sup>, O.V. Pererva<sup>1,2</sup>, R.A. Goncharuk<sup>1</sup>, A.S. Tarankov<sup>3</sup>, S.G. Popova<sup>3</sup>, O.I. Schepetilnikova<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), <sup>2</sup>Far Eastern District Medical Centre of the Federal Medical Biological Agency of Russia (161 100 Year Anniversary of Vladivostok Av. Vladivostok 690022 Russia), <sup>3</sup>Municipal Clinical Hospital No. 2 (57b Russkaya St. Vladivostok 690105 Russia)

**Summary** – At the VSMU Intermediate Level Surgery, the authors have analysed results of diagnostics and treatment of obstructive jaundice caused by gallstone disease, choledocholithiasis, pancreatoduodenal tumours, and other diseases in 192 patients aged 19 to 93 years. The authors consider that the first stage of treatment and diagnostic measures needed to be undertaken in case of obstructive jaundice should include magnetic resonance cholangiopancreatography; the second one – endoscopic cholangiopancreatography, papillosphincterotomy, endoprosthesis replacement and, according to indications, – percutaneous transhepatic microcholecystostomy; and the third stage – surgery. **Key words:** obstructive jaundice, diagnostics, minimally invasive surgery.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 47–48.