

РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Алексеев С. А., Бовтюк Н. Я., Олесюк Д. В., Вальчук А. А.,
Николаев Н. Е., Турцевич Д. В., Плоткин Д. А.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «3 ГКБ им Е. В. Клумова»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Механическая желтуха (МЖ) остается актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии. Исходя из этиологии на

долю доброкачественной механической желтухи (ДМЖ) приходится около 80 %, на долю злокачественной механической желтухи (ЗМЖ) около 20 % случаев [Савельев, В.С. 2010.]. Наиболее частой причиной развития МЖ доброкачественного генеза является осложненная желчнокаменная болезнь (ЖКБ), встречающаяся у 25 % лиц старше 60 лет [Bingener, J. 2006.]. В странах Западной Европы, России и Беларуси ЖКБ встречается у 10–20 % населения, а у лиц пожилого и старческого возраста у 30–40 %. Холедохолитиаз встречается у 8–20 % пациентов, страдающих ЖКБ [Завада, Н.В. 2007.]. В 60–70 % случаев холедохолитиаз осложняется МЖ [Ермаков, Е.А. 2007.]. При патологии желчевыводящих путей, осложненной обструкцией холедоха, приоритетным направлением является применение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) с вмешательствами на большом дуоденальном сосочке (БДС) и чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Эти методы являются не только диагностическими, но и лечебными для купирования МЖ и явлений холангита. Улучшение результатов хирургического лечения больных МЖ во многом связано с выполнением операций после декомпрессии желчных протоков и ликвидации желтухи. Декомпрессия желчных протоков может являться способом окончательного лечения или одним из этапов предоперационной подготовки больных к радикальным операциям. При этом удается более полноценно подготовить больного к операции, купировать МЖ, холангит, значительно уменьшить явления печеночно-почечной недостаточности и интоксикации.

Цель. Изучить роль малоинвазивных методов (ММ) диагностики и лечения МЖ и выявить трудности их применение.

Материалы и методы. В работу включены материалы лечения 69 пациентов с МЖ, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ЗГКБ им Е. В. Клумова» г. Минска в 2015–2016 гг.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были разделены по степени тяжести на легкую (класс А), среднюю (класс В) и тяжелую (класс С) степень [Гальперин, Э. И. 2014.]. В группе с ДМЖ присутствовали пациенты с легкой 28 (75,7 %), средней 7 (18,9 %), и тяжелой 2 (5,4 %) степенями тяжести. В группе со ЗМЖ присутствовали только со средней 8 (25 %) и тяжелой 24 (75 %) степенью тяжести. Тактика применения малоинвазивных технологий и одномоментных паллиативных и радикальных операций с внутренним дренированием желчевыводящих путей была использована в зависимости от степени тяжести МЖ.

В группе с ДМЖ (n=37) преобладали женщины 28 (75,7 %). Средний возраст мужчин и женщин соответственно составил 70 и 64 года. Среди исследуемых преобладали пациенты нетрудоспособного возраста 27 (73 %). ЭРХПГ с вмешательствами на БДС применены в 18 (48,6 %) случаях, из них эффективно в 16 (88,8 %) случаях. Трудности в применении ЭРХПГ и ЭПСТ возникли при канюляции БДС из-за наличия дивертикулов 6 (54,6 %), аденомы БДС 3 (27,2 %) и рубцовой деформации луковицы ДПК 2 (18,2 %). ЧЧХС применено у двух пациентов с пан-

креатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. ММ как первый этап лечения ДМЖ использованы у 18 (48,6 %) пациентов, окончательный – у 8 (21,6 %) пациентов, у остальных для ликвидации МЖ применены одномоментные паллиативные и радикальные операции с внутренним дренированием желчевыводящих путей. Причинами развития ДМЖ были холедохолитиаз 16 (43,2 %), стриктуры холедоха 8 (21,7 %), сочетание холедохолитиаза со стриктурами 4 (10,8 %), синдром Мириззи 4 (10,8 %) и панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы 5 (13,5 %).

В группе со ЗМЖ (n=32) преобладали женщины 22 (68,8 %). Средний возраст мужчин и женщин соответственно составил 70 и 82 года. Среди исследуемых преобладали пациенты нетрудоспособного возраста 27 (84,4 %). ЭРХПГ применена только с диагностической целью в 9 (28,1 %) случаях. Трудностей при канюляции БДС не наблюдали. Изолированно ЧЧХС применены у 22 (68,8 %) пациентов, все были успешны. Применение ММ как первый этап хирургического лечения ЗМЖ было у 10 (45,5 %) пациентов, окончательным у 12 (54,5 %), у остальных для ликвидации ЗМЖ применены одномоментные паллиативные и радикальные операции с внутренним дренированием желчевыводящих путей. Причинами развития ЗМЖ были рак головки поджелудочной железы 23 (71,8 %), опухоль Клацкина 4 (12,5 %), рак дистального отдела холедоха 3 (9,4 %) и рак желчного пузыря 2 (6,3 %).

Выводы. ММ в большинстве случаев являются эффективным способом ликвидации МЖ и их следует применять в первую очередь при средней и тяжелой степени тяжести, что позволяет в более благоприятных условиях выполнить радикальные вмешательства.

Трудности в применении ЭРХПГ и ЭПСТ возникли при канюляции БДС.

ЧЧХС у больных со ЗМЖ может служить альтернативой паллиативному хирургическому лечению.