

© К. М. Курбонов, К. Р. Назирбоев, 2018
УДК [616.36-008.5 : 616.361]-007.272
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-1-74-77

К. М. Курбонов, К. Р. Назирбоев

МЕТОДЫ МИНИИНВАЗИВНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино (ректор – проф. М. К. Гулов), г. Душанбе, Таджикистан

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – улучшить результаты лечения больных механической желтухой. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты лечения 350 больных с механической желтухой доброкачественного генеза. Причиной данного заболевания в 230 (68,6 %) наблюдениях являлись холедохолитиаз, в 75 (21,4 %) случаях – рубцовые сужения большого сосочка двенадцатиперстной кишки (n=50), сформированные билиодигестивные анастомозы (n=25) и хронический панкреатит – 45 (12,8 %). **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Для ликвидации механической желтухи 154 (44 %) больным проводили различные по характеру и объёму чрескожные декомпрессивные эхоконтролируемые вмешательства под УЗ-контролем. Кроме того, в 196 (56 %) наблюдениях выполняли эндоскопические чреспапиллярные вмешательства. После выполнения чрескожных декомпрессивных эхоконтролируемых вмешательств под УЗ-контролем в 14 (4 %) наблюдениях, а после эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в 21 (6 %) случае отмечали различные послеоперационные осложнения. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Миниинвазивные эндоскопические и эхоконтролируемые вмешательства как первый этап хирургического лечения являются эффективными методами лечения больных с механической желтухой.

Ключевые слова: механическая желтуха, желчные протоки, миниинвазивные декомпрессивные вмешательства

K. M. Kurbonov, K. R. Nazirboev

Methods of minimally invasive decompression of the biliary tract with mechanical jaundice

Tajik state medical university named after Abuali ibni Sino, Dushanbe, Tajikistan

OBJECTIVE. The aim of the study is to improve the results of treatment of patients with mechanical jaundice. **MATERIAL AND METHODS.** The results of treatment of 350 patients with mechanical jaundice of benign genesis were analyzed. The causes of this disease in 230 (68.6 %) cases were choledocholithiasis, in 75 (21.4 %) cases were cicatricial narrowing of the large papilla of the duodenum (n = 50), in 45 cases were the formed biliodigestive anastomoses (n=25) and chronic pancreatitis (12.8 %). **RESULTS.** To eliminate mechanical jaundice, 154 (44 %) patients underwent various percutaneous decompressive echo-controlled interventions under the ultrasound control in terms of their nature and volume. In addition, endoscopic transpapillary interventions were performed in 196 (56 %) observations. Various postoperative complications were noted after performing percutaneous decompressive echo-control interventions under ultrasound in 14 (4 %) observations, and after endoscopic transpapillary interventions in 21 (6 %) cases. **CONCLUSION.** Minimally invasive endoscopic and echo-controlled interventions as the first stage of surgical treatment are effective methods of treatment of patients with mechanical jaundice.

Keywords: mechanical jaundice, bile ducts, minimally invasive decompressive interventions

Введение. В постсоветском пространстве в структуре ургентных хирургических заболеваний желчнокаменная болезнь неизменно занимает 1–3-е место наряду с острым аппендицитом и острым панкреатитом. По данным современной литературы, 5,0–40 % населения различного возраста страдают желчнокаменной болезнью (ЖКБ), среди которых наиболее тяжёлым и опасным осложнением является механическая желтуха (МЖ) [1, 4, 5, 7]. При обструкции конкрементами желчного протока и возникновении МЖ происходит каскад различных синтетических нарушений, сопровождающийся высокой гипербилирубинемией, порталной и системной эндотоксемией, что приводит к дисфункции и недостаточности печени. Существующие общехирургические методы лечения, выполняемые на высоте МЖ и печёночной недостаточности, за счет своей повышенной инвазивности и операционной травмы, реализуя «второй

удар», часто способствуют срыву адаптогенных механизмов, развитию воспалительной реакции, сепсису и полиорганной недостаточности, что, в свою очередь, ведёт к неудовлетворительным последствиям [2, 6, 8].

В подобных хирургических ситуациях на первый план лечебных мероприятий выходят миниинвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчного дерева и ликвидацию МЖ, а также на уменьшение травматичности вмешательства, эндотоксемии, все это способствует выполнению радикальных оперативных вмешательств в более благоприятных условиях с целью улучшения результатов лечения.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных механической желтухой за счёт эффективного применения миниинвазивных декомпрессивных вмешательств.

Материал и методы. В основу настоящей работы положены результаты комплексной диагностики и миниинва-

живного декомпрессивного лечения 350 больных с МЖ доброкачественного генеза, находившихся в клинике за последние 10 лет. Женщин было 220 (62,9 %), мужчин – 130 (37,1 %). Возраст пациентов составил от 18 до 94 лет.

Для исходной оценки тяжести МЖ использовали классификацию Э. И. Гальперина и соавт. [3], основанную на учете общего билирубина, осложнений МЖ (холангит, печёночная недостаточность, панкреатит). Так, в 95 (27,1 %) наблюдениях имела место МЖ (класс А) легкой степени, где сумма баллов составила ≤ 4 баллов, средняя (класс В) – 5–13 баллов – имела место у 120 (34,3 %) больных и тяжелая (класс С) – ≥ 13 баллов – в 135 (38,6 %) наблюдениях. Доброкачественная МЖ в 248 (70,8 %) наблюдениях сопровождалась различными осложнениями (табл. 1).

Так, в 130 (52,4 %) наблюдениях имел место различной степени тяжести холангит, в 79 (31,9 %) – печёночная недостаточность и в 39 (15,7 %) случаях – панкреатит.

Причиной доброкачественной МЖ являлись различные патологические состояния. В 230 (68,6 %) наблюдениях – холедохолитиаз, в 75 (21,4 %) случаях – рубцовые сужения большого сосочка двенадцатиперстной кишки (РС БСДПК) (n=50), сформированные билиодигестивные анастомозы (n=25) и хронический панкреатит – 45 (12,8 %).

Следует отметить, что при выборе объема и характера метода лечения МЖ большое значение имеет наличие сопутствующих соматических заболеваний. В 78 % наблюдений у больных МЖ имели место сопутствующие заболевания, которые негативно влияли на течение заболевания.

Для диагностики МЖ, её причин, уровня обструкции и тяжести больным проводили клинико-биохимическое исследование крови, лучевые методы диагностики – УЗИ, КТ, МРТ, а также чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и фиброгастродуоденоскопия (ФГДС).

Результаты. Для ликвидации МЖ больным проводили различные по характеру и объёму миниинвазивные декомпрессивные вмешательства (табл. 2).

Чрескожные декомпрессивные эхоконтролируемые вмешательства всего выполнены 154 (44 %) больным с МЖ. При этом в 134 (38,2 %) случаях выполняли чрескожную чреспечёночную холангиостомию (ЧЧХС) под УЗ-контролем, а в 20 – чрескожную холецистостомию под УЗ-контролем при МЖ, обусловленной панкреатитом. ЧЧХС в 28 случаях сочетали со стентированием, а в 22 наблюдениях – с литоэкстракцией. Ещё в 16 наблюдениях после выполнения ЧЧХС под УЗ-контролем производили еще и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ).

Эхоконтролируемые декомпрессивные вмешательства для коррекции МЖ в 73 (20,8 %) наблюдениях выполняли двухмоментно

Таблица 1

Характер осложнений механической желтухи (n=248)

Осложнение	Абс. число	%
Холангит	130	52,4
Печёночная недостаточность	79	31,9
Панкреатит	39	15,7
Всего	248	100

по методике Сельдингера, а в 81 (23,1 %) случае выполняли одномоментную чрескожную чреспечёночную пункцию внутривенных желчных протоков с использованием иглы Chiba 22 (0,73 мм). Для выполнения декомпрессивных эхоконтролируемых вмешательств использовали правосторонний латеральный или эпигастральный доступы в зависимости от необходимости декомпрессии желчных протоков правой или левой доли печени. Эндобилиарные вмешательства выполняли под местным обезболиванием новокаином или лидокаином.

Важным аспектом, предопределяющим успех чреспечёночных эндобилиарных вмешательств, являлся этап пункции желчных протоков. Первоначальное обнаружение желчных протоков производили с помощью пункционной иглы Chiba. Для этого иглу вводили в паренхиму печени в направлении своеобразного центра под контролем УЗИ. После пункции через иглу Chiba вводили сверхтонкий усиленный проводник Коула, как можно глубже по направлению к воротам печени. После извлечения иглы по проводнику вводили коаксиальную систему, состоящую из ригидного внутреннего металлического усилителя и надетых на него тefлоновых стентов 4 Fr и наружного катетера 7 Fr. После извлечения усилителя и бужа с помощью сверхжесткого проводника Лундерквиста произво-

Таблица 2

Характер эндобилиарных вмешательств при МЖ

Характер вмешательства	Количество	%
Чрескожно-чреспечёночная микрохолангиостомия под УЗ-контролем	68	19,4
Чрескожная чреспечёночная микрохолангиостомия с литоэкстракцией под УЗ-контролем	22	6,3
Чрескожная холецистостомия под УЗ-контролем	20	5,7
ЭПСТ	92	26,3
ЭПСТ с литоэкстракцией	72	20,6
Чрескожная со стентированием	28	8
ЭПСТ + стентирование	32	9,1
Чрескожно-чреспечёночная холангиостомия + ЭПСТ	16	4,6
Всего	350	100

дили замену наружного катетера на интрадьюсер 7 Fr₁, кончик катетера устанавливали во внутрипечёночном желчном протоке. Через интрадьюсер к зоне стриктуры или обструкции гепатикохоледа проводили катетер Кобра 4–5 Fr, с помощью которого производили продвижение катетера в дистальные отделы гепатикохоледа, а затем в двенадцатиперстную кишку. Для наружно-внутреннего дренирования желчных протоков через катетер вводили сменный проводник Лундерквиста и устанавливали таким образом, что его жесткая часть располагалась на всем протяжении внутрипечёночного канала и желчных протоков, включая зону стеноза, а мягкое окончание находилось в просвете кишки.

В ургентной неотложной билиарной хирургии выбор сроков эхоконтролируемых декомпрессивных вмешательств зависел от исходного состояния больного, характера основного заболевания и его осложнений, эффективности консервативной терапии. Рациональное сочетание декомпрессивных эхоконтролируемых вмешательств с консервативной терапией способствовало эффективной коррекции МЖ. Всем пациентам проводили комплексное консервативное лечение, направленное на купирование основных проявлений заболевания, включающее в себя спазмолитические препараты, анальгетики, коллоидные и кристаллоидные растворы, антиоксиданты и антигипоксанты, антибиотики, экстракорпоральные методы детоксикации (по показаниям) и дополнительные средства с учётом тяжести общего состояния и наличия сопутствующих заболеваний других органов и систем.

В послеоперационном периоде в 14 (4 %) наблюдениях отмечали послеоперационные осложнения с 5 (1,4 %) летальными исходами. В 7 наблюдениях отмечали гемобилию (n=3) и кровотечения (n=4), дислокацию дренажа отмечали в 2 (0,5 %) случаях и в 5 (1,4 %) наблюдениях – раневую инфекцию (n=3) и парадренажное желчеистечение (n=2). Причинами летальных исходов в 3 наблюдениях являлись прогрессирование печёочно-почечной недостаточности, в 2 – острый инфаркт миокарда.

После выполнения 154 эхоконтролируемых декомпрессивных вмешательств радикальные оперативные вмешательства на желчном пузыре и желчевыводящих протоках выполнены у 103 (29,4 %) больных. У 51 (14,5 %) больного эхоконтролируемые вмешательства оказались окончательными вмешательствами. Постдекомпрессивные оперативные вмешательства производили в отсроченном и плановом порядке.

Наряду с декомпрессивными эхоконтролируемыми вмешательствами, направленными на коррекцию, в 196 (56 %) наблюдениях выполняли

эндоскопические чреспапиллярные вмешательства (ЭЧВ), ещё в 16 наблюдениях ЭЧВ сочетали с ЧЧХС, выполненные под УЗ-контролем.

Успех безопасности выполнения ЭЧВ во многом зависел от технического совершенствования эндоскопической папиллосфинктеротомии. Для разрешения МЖ у больных с доброкачественной дистальной обструкцией в 92 (26,2 %) наблюдениях выполняли ЭПСТ, в 72 (20,5 %) – ЭПСТ с литоэкстракцией и в 32 (9,1 %) наблюдениях после выполнения ЭПСТ производили стентирование желчного дерева.

Во всех случаях практически операцию завершали назобилиарным дренированием (n=92) и стентированием (n=32) желчных протоков. Для билиодуоденального стентирования использовали исключительно рентгеноконтрастные пластиковые стенты с боковыми отверстиями и крыльями-фиксаторами, тефлоновые стенты типа «Таппевайт», полимерные эндопротезы типа Pigtaile. Диаметр полимерных стентов составил от 2,3 мм (7 Fr) до 3,4 мм (11,5 Fr).

ЭЧВ при МЖ сочетали с комплексной консервативной терапией, а также с включением противовоспалительной и гемостатической терапии.

При выполнении ЭЧВ в 12 наблюдениях отмечали кровотечение из зоны папиллосфинктеротомии, которое остановлено эндоскопической коагуляцией. В постманипулярном периоде осложнения отмечали в 21 (6 %) наблюдениях. При этом постдекомпрессивные панкреатиты отмечали в 14 наблюдениях, кровотечения – в 4 (1,1 %), разрыв слизистой кардиального отдела желудка – в 3 (0,8 %). Летальные исходы, возникшие на фоне ЭЧВ, были констатированы в 9 (2,5 %) наблюдениях. Причиной летальных исходов в 3 наблюдениях являлся острый инфаркт миокарда, в 2 – острая коронарная недостаточность и в 4 – прогрессирование печёочно-почечной недостаточности, несмотря на успешное выполнение ЭЧВ.

Обсуждение. Следует отметить, что МЖ как признак нарушения оттока желчи при холедохолитиазе и других хирургических патологиях желчевыводящих путей ведет к прогрессированию билиарного гепатита, поражению нервной системы и других органов и систем, что отягощает течение заболевания. Хирургические операции при МЖ, особенно выполняемые в экстренном порядке на высоте высокой гипербилирубинемии и на фоне выраженных патоморфологических изменений в печени, все ещё сопровождаются большим числом интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов, достигающих 5–15 % [2].

Наиболее спорными и нерешенными вопросами хирургической тактики лечения пациентов с МЖ,

подлежащими обсуждению, являются последовательность и целесообразность применения различных методов, в частности миниинвазивных.

Полученные нами данные при МЖ доброкачественного генеза показывают, что основной задачей первого этапа лечения является ликвидация гипербилирубинемии и протоковой патологии при наличии выраженной МЖ и системных воспалительных осложнений, являющихся одним из факторов детоксикации и предоперационной подготовки с применением чрескожных декомпрессивных эхоконтролируемых и эндоскопических чреспапиллярных вмешательств.

На основании полученных данных мы считаем, что применение миниинвазивных перкутантных эхоконтролируемых и эндоскопических чреспапиллярных вмешательств в качестве первого этапа предоперационной подготовки в значительной степени улучшает результаты лечения, уменьшает сроки госпитализации больного в стационаре, что указывает на необходимость большего использования миниинвазивных методик у этого тяжелого контингента больных.

Вывод. Наиболее эффективным направлением для улучшения результатов лечения больных МЖ в ближайшей перспективе является обоснованное и эффективное применение миниинвазивных декомпрессивных вмешательств с учетом степени тяжести МЖ, общего состояния больных и сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Бебуришвили А. Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия. 2005. № 1. С. 43–47. [Beburishvili A. G. Evolutsiya podkhodov khirurgicheskomu lecheniyu oslojnenno choletsistita // Khirurgiya. 2005. № 1. P. 43–47].
2. Гальперин Э. И., Момунова О. Н. Классификация тяжести механической желтухи // Хир. им. Н. И. Пирогова. 2014. № 1. С. 5–9. [Galperin E. I., Momunova O. N. Classificatsiya tyazhesti mechanicheskoy jeltukhi // Khirurgiya imeni N. I. Piragov. 2014. № 1. P. 5–9].
3. Гальперин Э. И. Механическая желтуха, состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения // Анн. хир. гепатол. 2011. № 3. С. 16–25. [Galperin E. I. Mechanicheskaya jeltukha, sostoyanie «mnimoy stabilnosti», posledstviya «vtorogo udara», printsiipy lecheniya // Annali khirurgicheskoy hepatologii. 2011. № 3. P. 16–25].
4. Григорьева И. Н., Никитин Ю. П. Распространенность желчнокаменной болезни в различных регионах // Клин. мед. 2007. № 9. С. 27–30. [Grigorieva I. N., Nikitin Yu. P. Rasprostranennost jelnecamennoy bolezni v razlichnikh regionakh // Clinicheskaya meditsina. 2007. № 9. P. 27–30].
5. Майоров М. М., Дряженков И. Г. Механическая желтуха калькулезной этиологии: патогенез, осложнения и лечебная тактика // Клин. мед. 2012. № 5. С. 12–16. [Mayorov M. M., Dryajenkov I. G. Mechanicheskaya jeltukha, calculyeyznoy etiologii: patogenez, oslojneniya i lechebnaya tactica // Clinicheskaya meditsina. 2012. № 5. P. 12–16].
6. Старосек В. Н., Хилько С. С., Влахов А. К. Современные тенденции хирургического лечения больных с обтурационной желтухой, осложненной печёночной недостаточностью // Клин. хир. 2009. № 4. С. 15–18. [Starosek V. N., Khilko S. S., Vlahov A. K. Sovremennye tendensii khirurgicheskogo lecheniya bolnikh s obturatsionnoy jeltukhi, oslojnennoy pechenochnoy nedostatochnostyu // Clinicheskaya khirurgiya. 2009. № 4. P. 15–18].
7. Papi C. T., Catarci M., Ambrosio L. D. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: A meta-analysis // Am. J. Gastroenterol. 2004. Vol. 99. P. 145–147.
8. Samardzic J., Latic F., Kraljic D. Treatment of common bile duct stones, is the role of ERCP changed in era of minimally invasive surgery? // Med. Arh. 2010. № 64 (3). P. 187–188.

Поступила в редакцию 09.09.2017 г.

Сведения об авторах:

Курбанов Каримхон Муродович (e-mail: karimkhon_kurbonov@mail.ru), зав. кафедрой, д-р мед. наук; Назирбоев Кахрамон Рузиевич (e-mail: dr.hero85@mail.ru), ассистент кафедры, канд. мед. наук; кафедра хирургических болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, 734003, г. Душанбе, Рудаки, д. 139.