



**ВЫБОР ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО
АЛГОРИТМА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ
БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ,
ОСЛОЖНЕННЫХ СИНДРОМОМ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, У ПАЦИЕНТОВ
СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ**

Ижевская государственная медицинская академия

БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР»

А.Я. Мальчиков, Г.И. Фатыхова

АКТУАЛЬНОСТЬ

Актуальность проблемы лечения пациентов с заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной зоны (ЗОБПДЗ) осложненных синдромом механической желтухи определяется:

- ❖ ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью,
- ❖ опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны,
- ❖ сложностью своевременной диагностики,
- ❖ значительной послеоперационной летальностью.

Уровень летальности, несмотря на совершенствование оперативной техники, успехи анестезиологии и интенсивной терапии остается высоким (до 20 - 30% по данным отечественных авторов). Лечение механической желтухи, основанное на современных достижениях медицины, представляет большой раздел хирургии (Вишневский В.А. и др., 2011; Гальперин Э.И., 2012; Nakeeb A. et al., 2005).



Тем не менее, ряд вопросов хирургической тактики при механической желтухе остаются предметами дискуссий (Кубышкин В.А. и др., 2008; Скипенко О.Г. и др., 2011; Шевченко Ю.Л. и др. 2011; Qiu Y.D. et al., 2011).

Современные методики предоперационной билиарной декомпрессии значительно расширили возможности выполнения сложных высокотехнологичных радикальных хирургических вмешательств (Кононенко С.Н. и др., 2011; Liu F. et al., 2011).

Однако они имеют ограничения при лечении синдрома Миризи, мегахоледохолитиаза и некоторых других форм осложнённого течения желчнокаменной болезни (Mugica F. et al., 2007).



Цель исследования: разработка оптимального лечебно - диагностического алгоритма у больных старшего возраста с синдромом механической желтухи.

С 2007 по 2011 годы под нашим наблюдением в МСЧ№ 3 (городской клинической больнице № 9 с 01.01.2012) города Ижевска находились 309 больных с синдромом механической желтухи, в том числе 188 пациентов старшей возрастной группы (старше 55 лет).

Пациенты разделены на 2 группы:

первая – пациенты с ЗОБПДЗ доброкачественного генеза – 152 человека (ЖКБ, холедохолитиаз - 103 (54,8%) больных, панкреатиты - 39 (20,7%), стриктуры вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков – 10 (5,3%).

вторая – пациенты с ЗОБПДЗ с механической желтухой злокачественного генеза – 36 человек (опухолевые поражения желчевыводящих протоков, поджелудочной железы, ворот печени).

Продолжительность желтухи до декомпрессии желчных путей колебалась от 1 до 51 дня. Уровень общего билирубина у наших пациентов варьировал от 30,3 до 890 мкмоль/л.



- ? Всем больным в первые сутки после поступления выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ), биохимические анализы крови, по показаниям - фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). У ряда пациентов УЗИ было дополнено чрескожной чреспеченочной пункционной холангиографией (ЧЧПХГ).

Диагностическая чувствительность УЗИ:

- при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны и стриктурах внутри- и внепеченочных желчных протоков 100%,
 - остром калькулезном холецистите и холедохолитиазе – 92%, а
 - индуративных процессах поджелудочной железы – 82%.
- ? ЭРПХГ выполняли с использованием эндоскопического инструментария фирмы “Olimpus” (Япония), диагностическая чувствительность в определении причины блока желчевыводящих путей у пациентов первой группы 82-100 %, второй – 90-100 %.
- ? Чреспеченочные манипуляции проводились в рентген - операционной, оборудованной хирургической рентгентелевизионной установкой АРБИС УРТ, диагностическая чувствительность метода 100 % независимо от нозологии.



Вид декомпрессии, ПЕРВЫЙ ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

| Вид декомпрессии | Первая группа | Вторая группа |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|
| ЭПСТ+ЭЛЭ | 87 (57,2%) | - |
| ЭПСТ+ЭСХ | 7 (4,6%) | - |
| ЭРХПГ+ЭВТ | 13 (8,6%) | - |
| ЭВТ+ЭСВ | 6 (4,0%) | - |
| Наружное дренирование | - | 13 (36,2%) |
| Наружно- внутреннее | - | 23 (63,8%) |
| Холецистостома | 39 (25,6%) | - |



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

| Осложнение | Количество | Ранг |
|-------------------------------------|------------|------|
| Реактивный панкреатит | 13 | 1 |
| Кровотечение из папиллотомной раны | 7 | 2-3 |
| Дислокация дренажа | 7 | 2-3 |
| Кровотечение по дренажу (гемобилия) | 6 | 4-5 |
| Кровотечение в брюшную полость | 6 | 4-5 |
| Ранение селезенки | 1 | 6-8 |
| Пневмоторакс | 1 | 6-8 |
| Желчный перитонит | 1 | 6-8 |



**ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ
ПРОТОКОВ (II ЭТАП – РАДИКАЛЬНЫЕ И ПАЛЛИАТИВНЫЕ ТРАДИЦИОННЫЕ
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА)**

| Вмешательства | Количество больных |
|--|---------------------------|
| Холецистэктомия | 42 |
| Билиодигестивные анастомозы | 12 |
| Стентирование ХДА | 4 |
| Эндопротезирование холедоха | 3 |



АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Синдром желтухи. Клинико-лабораторное обследование, УЗИ
- определение характера желтухи

Отсутствие клиники деструктивных форм
острого холецистита и панкреатита,
отсутствие перитонеальных симптомов.
Определение типа механической желтухи.

Доброкачественный тип
механической желтухи

Злокачественный тип
механической желтухи

Деструктивные формы острого
холецистита или панкреатита,
перитонеальные симптомы.

Предоперационная подготовка в
условиях ОАиР или
предоперационной. Экстренная
операция

Контроль проходимости ЖВП, санация в
послеоперационном периоде



Злокачественный тип механической желтухи

Декомпрессия

Паллиативная операция (шунтирующие билиодигестивные анастомозы, антеградные эндобилиарные вмешательства (стентирование или эндопротезирование))

Радикальная операция



Выводы:

- ? Билиарная декомпрессия различными малоинвазивными методами оказалась эффективной у 179 (95,2%) из 188 пациентов. Но результаты вмешательств во многом зависят от времени их выполнения (до или после развития у больных необратимых изменений жизненно важных органов, в частности печеночно-почечной недостаточности), технологического исполнения операций, учета всех показаний и противопоказаний к их выполнению.
- ? Вариантом выбора при лечении больных в возрасте старше 55 лет с механической желтухой может быть двухэтапный алгоритм:
 - первый этап которого включает эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, папиллосфинктеротомию, чрескожную чреспеченочную холангиостомию или холецистостомию под ультразвуковым контролем.
 - На втором этапе в более благоприятных условиях выполняется хирургическое вмешательство, направленное на радикальное устранение фактора, вызвавшего механическую желтуху.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- ? Пациенты пожилого возраста с механической желтухой относятся к категории экстренных больных. Диагностические мероприятия должны проводиться параллельно с консервативной терапией, направленной на ликвидацию обтурационного холестаза.
- ? При неэффективности декомпрессии больной должен быть оперирован в первые 24 - 48 часов.
- ? Диагностический алгоритм начинается с УЗИ и ФГДС. При обнаружении расширенных протоков ультразвуковое исследование может быть дополнено ЧЧХГ.
- ? Эндоскопия может быть дополнена РХПГ.
- ? У больных с онкопатологией целесообразно выполнение ЧЧХС в качестве первого этапа лечения. ЭПСТ должны рассматриваться как первоначальный этап у пациентов с холедохолитиазом.



Спасибо за
внимание!

