

УДК 616.36-08.5:617-089

© Коллектив авторов, 2011.

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Г.А. Прохоренко,<sup>1</sup> Е.Н. Хорошун,<sup>1</sup> С.И. Адаменко,<sup>1</sup> В.И. Понепольяк<sup>2</sup><sup>1</sup>Военно-медицинский клинический центр Крымского региона г.Севастополя;<sup>2</sup>Лечебно-профилактическое учреждение хирургических отделений г.Севастополя.

### INVASIVE INTERFERENCES UNDER ULTRASONIC CONTROL IN CASE OF OBSTRUCTIVE YAUNDICE

G.A. Prokhorenko, E.N. Horoshyn, S.I. Adamenko, V.I. Ponepolyak

#### SUMMARY

Results of surgical treatment of patients with biliary tract obstruction, complicated by obstructive jaundice, the method of minimally invasive interventions under ultrasound guidance. In 2006-2010, according to this method was operated on 72 patients. Among the patients were 34 men (46,7%) and 38 women (53,3%). Age of patients ranged from 51 to 80 years. On clinical symptoms, patients were divided into two groups: Group 1 in which the cause of obstructive jaundice were: cholelithiasis, choledocholithiasis - 31 (43,05%) patients, group 2 - of the disease (cancer and non-tumoral), bile duct, and pancreatobiliary zone caused by external compression of the bile duct were 41 (56,95%) patients.

Of the 31 (43,05%) patients in Group 1 with diseases that cause acute obstruction of the bile duct with obstructive jaundice syndrome after stage I - decompression of the biliary system subsequently operated on 26 (36,11%) patients, traditional or laparoscopic method. Patients in group 2 at stage II, sought to perform recanalization of the tumor with an external-internal drainage for future prosthetics or stenting of common bile duct due to the inability to perform a radical cure. 32 (79,56%) patients had endoscopic papillosfincterotomy. In 9 (20,44%) patients with stage II operation is not performed as a high level of occlusion in these patients was due to the cancer process and demands the only possible method of decompression - percutaneous transliver cholangiostomy under ultrasound guidance.

### МАЛОИНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ У ХВОРИХ З МЕХАНИЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Г.А. Прохоренко, Е.Н. Хорошун, С.И. Адаменко, В.И. Понепольяк

#### РЕЗЮМЕ

Проаналізовані результати хірургічного лікування хворих з непрохідністю жовчовидільних шляхів, що ускладнилися механічною жовтяницею, методом малоінвазивного втручання під ультразвуковим контролем. За 2006-2010р. по даній методиці було прооперовано 72 хворих. Серед пацієнтів було 34 чоловіків (46,7%) і 38 жінок (53,3%). Вік хворих знаходився у межах від 51 до 80 років. По клінічній симптоматиці пацієнти були розділені на дві групи: 1-ша група у якої причиною обтураційної жовтяниці була: жовчнокам'яна хвороба, холедохолітіаз - 31 (43,05%) пацієнтів, 2-я група – захворювання (пухлинні та не пухлинні) жовчних протоків, та панкреатобіліарної зони, що викликають зовнішню компресію жовчних протоків склала 41 (56,95%) пацієнтів.

Із 31 (43,05%) пацієнтів 1-ї групи із захворюваннями, що викликають гостру непрохідність жовчних шляхів, із синдромом механічної жовтяниці, після I етапу – декомпресії біліарної системи в подальшому прооперовано 26 (36,11%) пацієнтів традиційним або лапароскопічним методом. У пацієнтів 2-ї групи на II етапі, намагались виконати реканалізацію пухлини із зовнішньо-внутрішнім дренажуванням для наступного протезування або стентування загального жовчного протоку в зв'язку з неможливістю виконати радикальне лікування. З даною ціллю 32 (79,56%) хворим було виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію. У 9 (20,44%) хворих операції II етапу не виконувались так, як високий рівень оклюзії у цих хворих був зумовлений онкологічним процесом і вимагав єдино можливий метод декомпресії – черезшкірну черезпечінкову холангіостомію під УЗ контролем.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, непроходимость желчевыводящих путей, малоинвазивные вмешательства под УЗ контролем.

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми могут быть признаны те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных про-

токов с последующим развитием механической желтухи (МЖ). Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальности и в настоящее время.

Хирургические вмешательства у больных МЖ, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции. Огромный опыт, накопленный зарубежными и отечественными хирургами, показывает, что синдром МЖ возникает у 15-40% больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и у всех больных, имеющих опухолевое поражение желчных путей. Декомпрессия билиарной системы является одной из главных целей и важнейшим компонентом лечебных мероприятий у этих пациентов.

Людей, страдающих МЖ, следует относить к группе пациентов с острыми хирургическими заболеваниями. В настоящее время большинство зарубежных и отечественных авторов считают оптимальным проведение лечения больных МЖ в два этапа. На первом этапе выполняют временную наружную или внутреннюю декомпрессию билиарных путей с помощью различных методов желчеотведения, а на втором, после ликвидации МЖ, при плановой операции стараются устранить причину, вызвавшую МЖ. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности.

Вместе с тем в ходе разработки способов желчеотведения у больных МЖ возникает ряд проблем и спорных вопросов. Тяжелыми осложнениями МЖ являются холангит и печеночная недостаточность (ПН). Ведущие факторы в патогенезе холангита — холестаз с последующим присоединением инфекции.

В последнее время для декомпрессии желчных путей используют малоинвазивные эндоскопические или чрескожные чреспеченочные методы желчеотведения под контролем рентгенологического аппарата, ультразвукового аппарата (УЗИ), компьютерного томографа (КТ) или лапароскопа.

Итак, основная цель хирургического вмешательства при МЖ — декомпрессия желчевыводящих путей, устранение обтурации, ликвидация желтухи и профилактика возникновения или прогрессирования ПН. В настоящее время арсенал желчеотводящих методов при МЖ достаточно велик и включает в себя:

- эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ);
- чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС);
- холецистостомию под контролем УЗИ, КТ или лапароскопа;
- назобилиарное дренирование;
- различные варианты эндопротезирования желчных протоков;
- различные интраоперационные методы декомпрессии желчных протоков.

МЖ может быть доброкачественного (наблюдается у 45-55% больных) и злокачественного генеза. Среди МЖ доброкачественного генеза наиболее часто встречается холедохолитиаз, в остальных случаях речь идет о рубцовых стриктурах внепеченочных желчных путей, панкреатитах, паразитарных заболеваниях гепатобилиарной зоны, дивертикулах и доброкачественных опухолях большого дуоденального сосочка (БДС). Опухолевая природа заболевания обусловлена раком головки поджелудочной железы (ПЖ), БДС, желчного пузыря, гепатикохоледаха, ворот печени и метастазами рака другой локализации в печень.

Цель работы — улучшение результатов хирургического лечения больных с непроходимостью желчевыводящих путей, осложненной механической желтухой, методом малоинвазивного вмешательства под ультразвуковым контролем.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике неотложной хирургии Военно-медицинского клинического центра Крымского региона и Лечебно-профилактическом учреждении хирургических отделений г. Севастополя в период с 2006-2010г обследовано и прооперировано 72 больных с механической желтухой, различной этиологии, методом малоинвазивного вмешательства под ультразвуковым контролем. У исследовании принимали участие больные в возрасте 51-80 лет.

Для выполнения вмешательства использован ультразвуковой сканер фирмы SIMENS G50, ACUSON X300, HONDA 2000, оснащенный конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц с пункционным адаптером, комплект для постановки дренажа фирм RUSCH, STERULAB. Вмешательство производилось натошак, полипозиционно по методике Сельдингера в условиях чистой перевязочной, под местной анестезией. Игла проводилась по кратчайшему расстоянию с учетом безопасной траектории под постоянным визуальным ультразвуковым контролем.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее время широко внедряется в повседневную практику комплексная целенаправленная патогенетическая программа лечения больных с непроходимостью желчевыводящих путей, осложненной механической желтухой с внедрением технологии малых хирургических вмешательств. Традиционное оперативное лечение больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, печеночной недостаточностью, тромбгеморрагическим синдромом и т.п., является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью. Послеоперационная летальность пациентов с неопухоловой желтухой составляет 10,4 - 25,2%, а больных опухолевой желтухой может достигать 40%. Высокая летальность после традиционных операций, проведенных на фоне длительной механической желтухи, требует

разделить лечебный процесс у тяжелой категории больных на два основных этапа. На первом этапе применяют декомпрессию желчевыводящих путей с применением малоинвазивных технологий. После медленного устранения желчной гипертензии (быстрая декомпрессия нежелательна, так как может привести к усугублению печеночной недостаточности, гемобилии), устранения эндогенной интоксикации, улучшения функционального состояния печени переходили к окончательному второму этапу лечения. Такой двухэтапный подход к лечению этой тяжелой категории больных находит в последние годы все большее число сторонников. Методику малоинвазивного вмешательства под ультразвуковым контролем при непроходимости желчевыводящих путей, осложненной механической желтухой мы рассматриваем как альтернативу радикального (открытого) хирургического вмешательства. За рассматриваемый период по данной методике было прооперировано 72 больных. Среди пациентов были 34 мужчин (46,7%) и 38 женщины (53,3%). Возраст больных колебался от 51 до 80 лет. Учитывая возраст больных, большинство пациентов имели различную сопутствующую патологию, что увеличивало риск летального исхода от проведения радикального оперативного вмешательства. По клинической симптоматике пациенты были разделены на две группы: 1-я группа у которой причиной обтурационной желтухи явились: желчно-каменная болезнь, холедохолитиаз - 31 (43,05%) пациентов, 2-я группа – заболевания (опухолевые и неопухолевые) желчных протоков, и панкреатобилиарной зоны, вызывающие внешнюю компрессию желчных протоков составили 41 (56,95%) пациентов.

Из 31 (43,05%) пациентов 1-й группы с заболеваниями, вызывающими острую непроходимость желчных протоков, с синдромом механической желтухи, после I этапа – декомпрессии билиарной системы впоследствии оперировано 26 (36,11%) пациентов традиционным или лапароскопическим способом. Операции в этой группе больных выполняли после купирования явлений печеночной недостаточности и нормализации уровня билирубина в крови. У пациентов 2-й группы на II этапе, стремились выполнить реканализацию опухоли с наружно-внутренним дренированием для последующего протезирования или стентирования ОЖП в связи с невозможностью выполнить радикальное лечение. С этой целью 32 (79,56%) больным было выполнено эндоскопическую папилосфинктеротомию. У 9 (20,44%) больных операции II этапа не выполнялись так, как высокий уровень окклюзии у этих больных был обусловлен онкологическим процессом и диктовал единственно возможный метод декомпрессии – чрезкожную чрезпеченочную холангиостомию под УЗ контролем.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, малоинвазивные чрезкожные чрезпеченочные декомпрессионные вмешательства представляют собой эффективный способ восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы. Эта методика позволяет достаточно быстро и эффективно ликвидировать МЖ и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, в плановом порядке, а у больных пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией могут служить альтернативой хирургическому лечению. Это вмешательство малотравматично и сопровождается небольшим числом осложнений. Применение этих методов позволяет значительно улучшить результаты лечения больных МЖ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко В.Г., Козырев М.А., Федорович Е.Н. Проблемы хирургии желчных путей. – М., 1982. – С. 131–132.
2. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982.
3. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Рос. журн. гепатол., колопроктол. – 1999. – С. 18–24.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар, 2006. – 559 с.
5. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // Хирургия. – 1999. - № 10.
6. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – М.: Видар-М, 2000.
7. Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: Медпрактика, 2003.
8. Мачулин Е.Г. Обоснование применения эндоскопических способов дренирования желчных путей при злокачественных новообразованиях органов панкреатобилиарной зоны осложненных механической желтухой: Авто-реф. дис. . канд. мед. наук. -М., 2000. -28с
9. Савельев В.Н., Воздвиженский М.О., Киркиж В.С. с соавт. Опыт лечения опухолевых заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны. Вопросы онкология. -1999. -№3. -С. 34-38.
10. Савельев В.С. 80 лекций по хирургии. - М.: Литтерра, 2008. – 910 с.
11. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе // Анн. Хир.гепатол. – 1998. – Т. 3, № 1. – С. 96–111.
12. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А. и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. – 1998. - № 9.
13. Шевченко Ю.Л. Щадящая хирургия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С. 72–91.