

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Т. Я. Мусоев, Э. С.**

Саъдиев, А. А. Расулов

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али
ибн Сино Кафедра хирургических болезней 6-7-х курсов* **Научный**

руководитель: д. м. н., доц. Ш. Т. Ураков

Актуальность. Несмотря на широкое распространение лучевых методов диагностики (ультразвукового сканирования, компьютерной томографии и магнитно-резонансной терапии) заболеваний органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) продолжает оставаться наиболее достоверным методом диагностики причины механической желтухи (МЖ), а эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) - оптимальным малоинвазивным пособием при этой патологии [2, 8]. Исследование обычно проводится по срочным показаниям в первые 2-3 суток пребывания больных в клинике [1, 4]. При этом эндоскопические исследования требуют высокой профессиональной подготовки врачей-эндоскопистов и могут сопровождаться неудачами и осложнениями [3, 4].

Цель: изучить результаты ЭРПХГ и ЭПСТ у больных МЖ.

Материалы и методы. Проведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) у 102 больного. При установлении показаний к рассечению сфинктера большого дуоденального соска (БДС) у 42 больного была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), у 38 (37%) больных выполнена супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС). Мужчин было 56 (55%), женщин - 46 (45%). По возрасту, больные распределились следующим образом: 6 (5,9%) больных были младше 30 лет, 15 (14,7%) больных были в возрасте 31-40 лет, 20 (19,6%) больных - 41-50 лет, 38 (37,2%) больных - 51-60 лет, 20 (19,6%) больной - 61-70 лет, 3 (3%) больных - 71-80 лет. Содержание билирубина в плазме крови не было повышено только у 6 (5,9%) больных. У 26 (25,5%) больных уровень билирубина составлял 21-60 ммоль/л, у 35 (34,3%) - 61-100, у 25 (24,5%) - 101-160, у 8 (7,9%) - 161-220, и у 2 (1,9%) содержание билирубина превышало 220 ммоль/л. У большинства больных тяжесть состояния усугублялась наличием сопутствующих заболеваний: гипертонической болезни - у 30 (29,4%), ишемической болезни сердца - у 45 (44,1%), хронической сердечной недостаточности - у 10 (9,8%), сахарного диабета - у 4 (3,9%), инфаркта миокарда - у 3 (3%), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - у 10 (9,8%) и др.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) желчных путей камни в холедохе были обнаружены у 42 (41,2%) больных, у 39 (38,2%) - холедохолитиаз не подтвержден и у 21 (20,6%) - на основании УЗИ достоверно установить наличие или отсутствие конкрементов в холедохе не удалось. У большинства больных при УЗИ холедох был расширен.

Подготовка больных к ЭРПХГ включала общепринятую спазмолитическую и дезинтоксикационную терапию. Непосредственно перед исследованием проводилась премедикация с использованием атропина, промедола, супрастина или димедрола.

Результаты и обсуждение. Диаметр большого дуоденального соска (БДС) обычно не превышал 5 мм, а его форма чаще была полушаровидной. При дуоденоскопии мы различаем несколько разновидностей формы устья БДС. У большинства больных 71(69,6%) оно было округлой формы, у 19 (18,6%) больных устье было щелевидной, у 6 (5,9%) больных - ворсинчатое, у 6 (5,9%) - имело другую форму.

Нетипичная локализация отверстия БДС обнаружена у 13 (12,7%) больных. У 8 из них отверстие соска располагалось в парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки и у 3 больных - в крае дивертикула.

Не удалось канюлировать протоки у 5 (4,9%) больных, главным образом при атипичном расположении БДС. У 6 (5,9%) больных исследование ограничено вирсунгографией.

После введения катетера в отверстие БДС осуществляли пробное введение 1-2 мл водорастворимого контраста 30-50% концентрации (верографина, урографина и др.). При нахождении конца катетера в протоковой системе, подтверждением изображением контрастированного холедоха на мониторе, продвигали его в направлении печени. Глубина введения катетера в желчные протоки была весьма вариабельной и составляла от 1 до 12 см в зависимости от характера патологического процесса, анатомических взаимоотношений протоковой системы, двенадцатиперстной кишки, БДС и других факторов. Желчные протоки и желчный пузырь контрастировались введением 20-30 мл водорастворимого контраста с визуальным контролем его распространения по желчным путям на мониторе. После заполнения протоковой системы и желчного пузыря контрастным веществом производили от 1 до 3-х рентгеновских снимков. После рентгенографии протоки промывались 8% раствором Декасана и 0,5% раствором новокаина. По показаниям в просвет холедоха вводился раствор антибиотика.

После проведения ЭРПХГ диагноз устанавливали на основании эндоскопических признаков заболевания, результатов канюляции БДС и продвижения катетера по желчным протокам, характера распространения контраста по протокам на экране монитора и при рентгенографии.

По данным ЭРПХГ диаметр холедоха у 20 (19,6%) больных составлял менее 7 мм, у 25 (24,5%) больных был от 7 до 10 мм, у 45 (44,1%) больных - 11-20 мм, у 12 (11,8%) был 21-30 мм.

По результатам ЭРПХГ были диагностированы следующие причины желтухи. У 42 (41,3%) больных обнаружены камни в холедохе, у 11 (10,8%) больных - микрохоледохолитиаз, у 5 (4,9%) больных - опухоли холедоха, у 4 (3,9%) больных — аденома БДС и у 13 (12,7%) больного - опухоль поджелудочной железы и у 2 (1,9%) прорвавшийся эхинококк (хитиновая оболочка) - в просвете холедоха. У 25 (24,5%) больных при ЭРПХГ был исключен механический характер желтухи.

ЭПСТ у 42 больного выполнялась как канюляционным, так и неканюляционным способами. Неканюляционным способ чаще применялся при расположении устья холедоха в парапапиллярном дивертикуле или в области его края.

После ЭПСТ и СПХДС во время эндоскопического исследования конкременты из желчных протоков были извлечены у 35 больных, у 5 больных камней в протоках не было обнаружено. У 2 больных попытка экстракции камней из холедоха оказалась безуспешной. Причинами, не позволившими удалить камни из холедоха во время эндоскопии, были большие размеры конкрементов.

Осложнения после ЭРПХГ и ЭПСТ были отмечены у 4 (3,9%) больных. Кровотечение из папиллотомного разреза возникло у 2 (1,9%) больных, у всех больных оно было окончательно остановлено во время дуоденоскопии с помощью консервативного лечения, включая эндоскопический гемостаз. Острый панкреатит развился у 1 больного (1%) и папиллит - у 1 (1%).

В последующем 15 (14,7%) пациентов были оперированы. Больным были выполнены холецистэктомия 14 (13,7%), которая сочеталась с холедохотомией, удалением конкрементов из холедоха, и различными вариантами дренирования желчных протоков и 1 (1%) больной оперирован по поводу острого панкреатита.

Таким образом, наш опыт проведения ЭРПХГ и ЭПСТ подтверждает их высокую информативность и терапевтическую эффективность. ЭРПХГ и УЗИ при холедохолитиазе позволяют в большинстве случаев установить причину желтухи, размеры, количество конкрементов и диаметр холедоха. Информативность ЭРПХГ при холедохолитиазе выше, чем УЗИ. При наличии конкрементов в холедохе ЭРПХГ должна завершаться ЭПСТ с извлечением камней из желчных протоков. При этом необходимо отметить возможность возникновения тяжелых осложнений при проведении ЭРПХГ и ЭПСТ. Выполнение этих исследований возможно при наличии современного эндоскопического оснащения, адекватного анестезиологического пособия и высококвалифицированных врачей-эндоскопистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балалыкин А. С. Лапароскопическая холангиография / А. С. Балалыкин // В кн. Руководство по клинической эндоскопии: Под ред. В. С. Савельева, В. М. Буянова, Г. И. Лукомского. - М.: Медицина, 1985. - С. 74-78.
2. Башилов В. П. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / В. П. Башилов, Е. И. Брехов, Ю. Я. Малов и [др.] // Хирургия. - 2005. - № 10. - С. 40-45.
3. Громова И. В. Особенности выполнения ЭРХГ и ЭПСТ при дивертикулах области большого дуоденального сосочка / И. В. Громова, Н. Ф. Кузовлев // Матер. Росс. симп. «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». - М., 1998. - С. 36.
4. Истомин Н. П. Двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом / Н. П. Истомин, С. А. Султанов, А. А. Архипов // Хирургия. - 2005. - № 1. - С. 48-50.
5. Шулуто А. М. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия или интраоперационная холедохолитотомия - что безопаснее в эпоху малых доступов? / А. М. Шулуто, А. И. Данилов, М. И. Богородская // Матер. Росс. симп. «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». - М., 1998. - С. 96-98.
6. Al Salem A. H. Sequential endoscopic/laparoscopic management of cholelithiasis and choledocholithiasis in children who have sickle cell disease / A. H. Al Salem, A. H., H. Nourallah // J Pediat Surg. - 1997. - Vol. 32, № 10. - P. 1432-1435.
7. Barkun A. M., Useful predictors of bile duct stones in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy / A. M. Barkun, J. S. Barkun, G. M. Fried et [al] // Ann. Surg. - 1994. - Vol. 220. - P. 32-39.
8. Holzkeht N. Breath-hold parison with endoscopy retrograde cholangiography / N. Holzkeht, J. Ganger, M. Sackmann M., et [al] // Radiology. -1998. - Vol. 206. - P. 657-664.