

## УДК 615.9

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Уроков Ш.Т., Мусоев Т.Я., Сафаров С.С., Саъдиев Э.С.  
Бухарский государственный медицинский институт,

### Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

**Ключевые слова:** механическая желтуха, больные малоинвазивные методы.

**Актуальность.** Несмотря на широкое распространение лучевых методов диагностики (ультразвукового сканирования, компьютерной томографии и др.) 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 исследования-** изучить результаты ЭРПХГ и ЭПСТ у больных механической желтухой.

**Материалы и методы исследований.** В Бухарском филиале РНЦЭМП проведена ЭРПХГ у 102 больного. Исследования проводились в случаях трудных для клинической диагностики заболеваний. При установлении показаний к рассечению сфинктера большого дуоденального соска (БДС) у 42 больного выполнена ЭПСТ, у 38 (37%) - супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС). Мужчин было 56 (55%), женщин - 46 (45%). По возрасту, больные распределились следующим образом- 6 (5,9%) были младше 30 лет, 15 (14,7%) в возрасте 31-40 лет, 20 (19,6%) - 41-50 лет, 38 (37,2%) - 51-60 лет, 20 (19,6%) - 61-70 лет, 3 (3%) - 71-80 лет.

У 26 (25,5%) больных уровень билирубина составлял 21-60 ммоль/л, у 35 (34,3%) - 61-100 ммоль/л, у 25 (24,5%) - 101-160 ммоль/л, у 8 (7,9%) - 161-220 ммоль/л, и у 2 (1,9%) - содержание билирубина превышало 220 ммоль/л. Содержание билирубина в плазме крови не было повышено только у 6 (5,9%) больных.

У большинства больных тяжесть состояния усугублялась наличием сопутствующих заболеваний: ишемической болезни сердца - у 45 (44,1%), гипертонической болезни - у 30 (29,4%), хронической сердечной недостаточности - у 10 (9,8%), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки - у 10 (9,8%), сахарного диабета - у 4 (3,9%), инфаркта миокарда - у 3 (3%) и др.

При УЗИ желчных путей камни в холедохе были обнаружены у 42 (41,2%) больного, у 39 (38,2%) - холедохолитиаз не подтвержден, 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 БДС обычно не превышал 5 мм, а его форма чаще была полушаровидной. При дуоденоскопии мы выявили несколько разновидностей формы устья БДС: округлой формы - у 71 (69,6%), щелевидной - у 19 (18,6%), ворсинчатое - у 6 (5,9%) и др. формы - у 6 (5,9%).

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-х 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 (ПС), подтвержденном изображением контрастированного холедоха на мониторе, продвигали его в направлении печени. Глубина введения катетера в желчные протоки (ЖП) была весьма вариабельной и составляла от 1 до 12 см в зависимости от характера патологического процесса, анатомических взаимоотношений ПС, двенадцатиперстной кишки, БДС и др. ЖП и желчный пузырь контрастировались введением 20-30 мл водорастворимого контраста с визуальным контролем его распространения по ЖП на мониторе. После заполнения ПС и желчного пузыря контрастным веществом производили от 1 до 3-х рентгеновских снимков. После рентгенографии ЖП 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 ЖП, 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%) - от 7 до 10 мм, у 45 (44,1%) - 11-20 мм, у 12 (11,8%) был 21-30 мм.

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

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у 42 больного выполнялась как канюляционным, так и неканюляционным способами. Неканюляционный 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 ЖП были извлечены у 35 больных, у 5 - камней в ЖП не было обнаружено. У 2-х 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%), у всех больных оно было окончательно остановлено во время дуоденоскопии с помощью консервативного лечения, включая эндоскопический гемостаз. Острый панкреатит развился у 1-го 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.

#### ЛИТЕРАТУРА

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

#### РЕЗЮМЕ

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

#### У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Уроков Ш.Т., Мусоев Т.Я., Сафаров С.С., Саъдиев Э.С.

Представлены результаты эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии у 102 больных, в том числе у 42 больных с эндоскопической папиллосфинктеротомией. Сделан вывод о высокой диагностической и терапевтической эффективности методов и целесообразности их использования у больных с механической желтухой. Обращено внимание на возможные неудачи и осложнения при проведении исследований.

#### SUMMARY

#### ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AND

#### ENDOSCOPIC PAPILOSPHINCTEROTOMY

#### IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Urokov Sh.T., Musoev T.Ya., Safarov.S.S., Sadiev E.S.

The article presents the results endoscopic retrograde cholangiopancreatography at 102 patients, including at 42 patients with endoscopic papillosphincterotomy. The conclusion is drawn on high diagnostic and therapeutic efficiency of methods and expediency of their use at patients with a mechanical icterus. The attention to possible failures and complications is paid at carrying out of researches.