

УДК 616.361 – 089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ  
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

В.З. ТОТИКОВ, Д.В. ТОБОЕВ, З.В. ТОТИКОВ, В.В. МЕДОЕВ\*

Изучен опыт лечения 203 пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой в возрасте от 23 до 84 лет. Лечение начиналось с проведения интенсивной и поддерживающей терапии в течение первых трех суток. Данная терапия позволила разрешить механическую желтуху у 32,5% больных, у которых в дальнейшем выполнялись одноступенчатые методы хирургического лечения. За время проведения консервативных мероприятий направленных на разрешение механической желтухи клинически значимое ухудшение печеночной недостаточности отмечено только у 2 больных. При отсутствии эффекта от консервативной терапии использовались малоинвазивные методы декомпрессии, наиболее безопасным и эффективным из которых оказался метод чрескожной чреспеченочной холангиостомии.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз, механическая желтуха, печеночная недостаточность.

Проблема обследования и лечения больных с *механической желтухой* (МЖ) до настоящего времени остается актуальной и все еще далекой от своего окончательного решения [2,10,11]. Вместе с тем вопросы рациональной хирургической тактики при данной патологии остаются одними из сложных в оперативной гастроэнтерологии [4], а результаты лечения заболеваний, осложнившихся обтурационной желтухой, зависят от степени и длительности гипербилирубинемии, своевременного и точного определения характера желтухи, уровня и причины обтурации желчных протоков [1,9].

Хирургические вмешательства у больных МЖ, выполняемые по экстренным показаниям на высоте желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции [7,13].

Кроме того, больные с синдромом МЖ, это в основном пациенты пожилого и старческого возраста с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний.

В настоящее время большинство зарубежных и отечественных авторов считают оптимальным проведение лечения больных МЖ в два этапа [5,6,11,12,14]. 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.

В то же время до настоящего времени нет единого мнения и четких показаний к использованию различных способов временной декомпрессии желчевыводящих путей [3,8,15].

**Цель исследования** – определение наиболее оптимальных индивидуализированных методов лечения при холедохолитиазе осложненном механической желтухой.

**Материалы и методы исследования.** Изучен опыт лечения 203 пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, поступивших в хирургические отделения КБСР г. Владикавказа с 2005 по 2009гг. в возрасте от 23 до 84 лет. Среди них мужчин 71 и женщин 132.

У 112 (55,2%) обследованных больных с синдромом механической желтухи выявлены сопутствующие заболевания. Как видно из табл. 1, преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы – 54 (26,7%) больных и желудочно-кишечного тракта – 28 (13,7%) больных.

Таблица 1

Частота сопутствующей патологии у больных с механической желтухой

| Фоновая патология                                      | Количество больных |      |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------|
|                                                        | Абс. число         | %    |
| ИБС, гипертоническая болезнь                           | 54                 | 26,7 |
| Хронический бронхит                                    | 6                  | 2,9  |
| ОРВИ                                                   | 3                  | 1,4  |
| Заболевания ЖКТ (гастрит, колит, перенесенный гепатит) | 28                 | 13,7 |
| Мочекаменная болезнь                                   | 9                  | 4,5  |
| Аллергия                                               | 4                  | 2,2  |
| Сахарный диабет                                        | 8                  | 3,9  |

Диагностика синдрома механической обструкции основывалась на данных жалоб, анамнеза, физикального обследования, лабораторных методов, УЗИ, что позволило установить синдром МЖ всем больным.

Выбор объема и сроков лечения синдрома механической желтухи (одноступенчатый или двухступенчатый) зависел от степени гепатодепрессии (табл. 2) и эффективности консервативной терапии, а так же сочетания данной патологии с острым деструктивным холециститом (у 7 больных).

Для определения и оценки печеночной недостаточности использовали классификацию, разработанную в институте им. Вишневого.

Таблица 2

Распределение больных по степени тяжести печеночной недостаточности

| Степень тяжести печеночной недостаточности | Количество больных |
|--------------------------------------------|--------------------|
| I                                          | 71 (25,6%)         |
| II                                         | 143 (51,6%)        |
| III                                        | 63 (22,7%)         |

Лечение больных начинали с проведения интенсивной и поддерживающей терапии, которая включала:

1. Инфузионную терапию.
2. Детоксикационную терапию: введение реамберина и аналогичных ему препаратов, при необходимости – форсированный диурез.
3. Спазмолитическую терапию.
4. С целью улучшения обмена веществ в гепатоцитах вводили комплекс витаминов группы В, аскорбиновую кислоту, мексидол и др.
5. Антибактериальную терапию.
6. Обезболивание при болевой форме механической желтухи.
7. Антисекреторную терапию.

**Результаты и их обсуждение.** Данную терапию проводили в течение 2-3 дней, после чего повторно определяли тяжесть механической желтухи. При тенденции к разрешению выше описанную терапию продолжали до нормализации показателей функции печени. При отсутствии эффекта выполняли или *эндоскопическую папиллосфинктеротомию* (ЭПСТ) или *чрескожную чреспеченочную холангиостомию* (ЧЧСТ), или *холецистостомию* (ХС) из минидоступа или под контролем лапароскопа. Выбор метода зависел, в том числе, от возможности клиники использовать тот или иной метод на определенных этапах работы.

Одноступенчатые методы лечения проводили в условиях полной нормализации функционального состояния печени на фоне консервативных мероприятий, или при механической желтухе, осложненной перитонитом (4 больных) и только у 8 пациентов одноступенчатые радикальные оперативные вмешательства были выполнены на фоне гепатодепрессии I степени.

Всего одноступенчатые вмешательства были выполнены у 66 (32,5%) больных, в том числе у 49 больных минилапаротомия, *холецистэктомия* (МХЭ), холедохолитотомия, холангиоскопия, холедохостомия, у 12 выполнены лапароскопические холецистэктомии, холедохолитотомии, холедохостомии и у 5 пациентов из-за не владения бригадой хирургов методами операции малых доступов выполнена верхнесрединная лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохостомия. Следует отметить, что у всех 66 больных наряду с холедохолитиазом были конкременты и в желчном пузыре. После одноступенчатых вмешательств, лапаротомии, холецистэктомии, холедохолитотомии, холедохостомии, от инфаркта миокарда умер 1 (1,5%) больной.

У остальных 137 (67,5%) больных проводимая консервативная терапия оказалась неэффективной и им на первом этапе были выполнены дренирующие оперативные вмешательства (табл. 3). Следует отметить, что за время проведения консервативных мероприятий направленных на разрешение механической желтухи клинически значимое ухудшение печеночной недостаточности отмечено только у 2 больных.

Из 137 пациентов у 51 больного, в том числе у 7 пациентов с сочетанным деструктивным холециститом, предпринята попытка разрешения билиарной гипертензии путем наложения через минидоступ или лапароскопической холецистостомы. Достичь эффекта удалось только у 35 (68,6%) больных. Остальным пациентам в последующем были вынуждены наложить или ЧЧХС (у 11 больных) или выполнить ЭПСТ (5 больных). У 12 пациентов

\* ГОУ ВПО СОГМА РОСЗДРАВА, 362019, РСО-Алания, Владикавказ, Пушкинская 40

причиной неудачи было наличие препятствия выше или на уровне пузырного протока, у 4 – наличие вколоченных конкрементов в шейке пузыря или пузырном протоке. Необходимо отметить, что выполнение ЧЧХС после холецистостомии сопровождалось техническими трудностями. Неэффективность холецистостомии в этих случаях заставляло выполнение других видов декомпрессии. У 3 больных это стало причиной развития гнойного холангита. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 5 (9,8%) больных. В послеоперационном периоде от инфаркта миокарда умер 1 (1,9%) больной.

Таблица 3

Виды декомпрессионных вмешательств при двухэтапном лечении МЖ

| Способ декомпрессии на первом этапе | Количество больных, которым удалось разрешить желтуху |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ХС n=51                             | 35 (68,6%)                                            |
| ЭПСТ n=39                           | 32 (82,1%)                                            |
| ЧЧХС n=47                           | 42 (89,4%)                                            |
| Всего n=137                         | 112 (81,7%)                                           |

Из 47 больных, которым были выполнены ЧЧХС, эффективным они оказались у 42 (89,4%) пациентов. У 3 (8,9%) больных отмечена дислокация дренажа. У 1 (3,6%) больного выполнить не удалось из-за отсутствия расширения внутрипеченочных желчных протоков на УЗИ. В дальнейшем для разрешения желтухи 2 больным наложены холецистостомы через минидоступ и 2 пациентам выполнена ЭПСТ.

ЭПСТ была выполнена 39 больным, разрешить механическую желтуху после этого метода удалось у 32 (82,1%) пациентов.

У 4 (10,2%) больных с конкрементом более 1 см и у 3 больных с вколоченными камнями ЭПСТ оказалась неэффективной. В связи с чем, 3 больным были наложены холецистостомы через минидоступ, у 4 пациентов произведена ЧЧХС.

У 10 больных ЭПСТ была окончательным этапом, в том числе у 7 пациентов без конкрементов в желчном пузыре, и отказа 3 других больных с калькулезом желчного пузыря от холецистэктомии.

После ЭПСТ острый панкреатит развился у 5 (12,8%) больных, кровотечение из рассеченной папиллы у 3 (7,6%). У 4 (10,2%) больных в течение 1-3 лет были выявлены признаки стриктуры большого дуоденального сосочка.

Всего после мининвазивных способов декомпрессии, в частности МХС, от инфаркта миокарда умер 1 (0,7%) больной.

Второй этап хирургического лечения был выполнен у 126 больных после нормализации функции печени.

Лапароскопические холецистэктомии, холедохолитотомии, дренирования холедоха были выполнены у 19 больных. Лапароскопические холецистэктомии у 12 пациентов с ранее санированным холедохом. Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохостомия через минидоступ у 85 пациентов и холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз так же через минидоступ у 10 больных.

На втором этапе летальных исходов не было, воспалительные осложнения в виде нагноения минилапаротомной раны выявлены у 4 больных. У 2 больных после наложения ХДА отмечено желчеистечение, которое самостоятельно прекратилось в течение 3-4 дней.

Всего же из 203 больных с механической желтухой находившихся на лечении в клинике умерло 2 (0,98%) больных.

**Выводы.** При лечении механической желтухи обусловленной холедохолитиазом, наиболее оптимальным условием является разрешение желтухи. Проведение в течение 3 дней консервативной декомпрессионной и поддерживающей терапии не ухудшает состояние больного, в то же время, позволяет разрешить желтуху у 32,5% больных.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии целесообразно использовать малоинвазивные методы декомпрессии, наиболее безопасным и эффективным из которых является ЧЧХС.

При выполнении радикального этапа одинаково эффективными и безопасными являются холецистэктомии, холедохолитотомии с холедохостомией выполненные через минидоступ или лапароскопические холецистэктомии с ранее выполненной ЭПСТ с литоэкстракцией.

#### Литература

1. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой: Дис. ... канд. мед. Наук. М., 1982.

2. Гальперин Э.И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М., 2006. 559 с.

3. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А. и др. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. 2004. № 3. С. 13–17.

4. Иванов Ю.В. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение // Хирургия. 2008

5. Ившин В.Г. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой/В. Г. Ившин, О. Д. Лукичев. Тула: Гриф и К, 2007. 182 с.

6. Истомин Н.П., Султанов С.А., Архипов А.А. Двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом // Хирургия. 2005. № 1. С. 48–50.

7. Каримов Ш. И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой. Ташкент: Издательство им. Ибн Сины, 1994. 239 с.

8. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А. Одноэтапное лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом из минилапаротомного доступа // Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т. 11, № 2. С. 77–83.

9. Прокубовский В.И., Капранов С.А. Чреспеченочное эндопротезирование желчных протоков // Хирургия. 1990. № 1. С.18–23.

10. Шевченко Ю.Л. и соавт. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи // Анналы хирургической гепатологии. 2008. Т. 13. № 4. С 96–105.

11. Carrasco C.H. Malignant biliary obstruction: complications of percutaneous biliary drainage // Radiology. 1984. Vol. 152. P. 343–346.

12. De Palma G.D., Galloro G., Siciliano S. Results of the use of endoprostheses in the treatment of retained common bile duct stones // Minerva Chir. 2000. Vol. 55, № 12. P.823–827.

13. Murai R., Hashig Ch., Kusujama A. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis // Surgical endoscopy. 1991. V. 5. P. 140.

14. Rabenstein T. et al. Complications of endoscopic sphincterotomy: can heparin prevent acute pancreatitis after ERCP? // Gastrointest. Endoscop. 2002. Vol. 55, № 4. P.476–483.

15. Williams G. L., Vellacott K. D. Selective operative cholangiography and perioperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. 2002. N 16. P. 465–467.

#### THE EXPERIENCE OF TREATING CHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

V.Z. TOTIKOV, D.B. TOBOEV, Z.V. TOTIKOV, V.V. MEDOEV

North Ossetia State Medical Academy, Vladikavkaz

The experience of treating 203 patients with choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice has been studied. The age of the patients was from 23 to 84 years old. The treatment began with the use of intensive and supporting therapy during the first 3 days. This therapy helped to solve the problem of obstructive jaundice in 32,9% of patients who were later subjected to one step methods of surgical treatment. During the conservative actions intended to solve the problem of obstructive jaundice the considerable worsening of hepatic impairment was noted only in 2 patients. When no effect of medicinal therapy was observed, low invasive methods of decompression were used. It turned out that the safest and most effective of these methods was the transhepatic cholangiostomy procedures.

**Key words:** choledocholithiasis, obstructive jaundice, hepatic impairment.

УДК 616-006.6

#### ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Е.С.АКОПОВА, С.И.РОГОВСКАЯ\*

Статья посвящена проблемам диагностики и тактики ведения женщин с ПВИ гениталий. Выявлены преимущества и недостатки известных на сегодняшний день тестов для определения ДНК вируса. В работе рассматривается перспектива дальнейшего внедрения в практику методов определения уровня онкомаркеров как предикторов развития злокачественных процессов шейки матки, приводятся

\* Академия фундаментальных наук, 105122, Москва, Щёлковское шоссе, д. 2а