

2. Capello E., Roccatagliata L., Pagano F., Mancardi G. L. Tumor-like multiple sclerosis (MS) lesions: neuropathological clues // *Neurol. sci.* – 2001. – № 22. – P. 113–116.

3. Ghezzi A., Bergamaschi R., Martinelli V. et al. Clinical characteristics, course and prognosis of relapsing Devic's neuromyelitis optica // *J. neurol.* – 2004. – Vol. 251 (1). – P. 47–52.

4. Norenberg M., Bruce Gregorius J. Central pontine myelolysis // *Textbook of neuropathology*. 3rd ed. / Eds. R. Davis, D. Robertson. – Williams & Wilkins. – 1997. – P. 570–572.

5. Omuro A., Leite C., Mokhtari K., Delattre J. Pitfalls in the diagnosis of brain tumors // *Lancet neurol.* – 2006. – Vol. 5. – P. 937–948.

6. Van der Knaap M. S. Magnetic resonance in childhood white-matter disorders // *Developmental med. child. neurol.* – 2001. – № 43. – P. 705–712.

Поступила 29.12.2012

**С. А. ГАБРИЭЛЬ, В. Ю. ДЫНЬКО, А. Я. ГУЧЕТЛЬ, В. В. ГОЛЬФАНД, Ф. В. ЦИТОВИЧ**

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

*Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 2»  
«Краснодарского многопрофильного лечебно-диагностического объединения» (МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»),  
Россия, 350059, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6, корпус 2.  
Тел.: (861) 222-01-63, 222-71-76; факс (861) 222-59-21. E-mail: Krasnodar-endoscopy@yandex.ru*

Нами проанализирована эффективность эндоскопических методов диагностики и лечения пациентов с механической желтухой в условиях муниципального многопрофильного лечебно-диагностического учреждения за период 2008–2011 гг. Общее количество больных составило 580. Нами учитывались такие показатели, как характер сопутствующей и основной патологии, виды и этапность выполнения эндоскопических вмешательств, частота и характер осложнений при выполнении эндоскопических чреспапиллярных вмешательств, эффективность и причины неудач эндоскопических вмешательств.

**Ключевые слова:** РХПГ, механическая желтуха, эндоскопические чреспапиллярные вмешательства, желчно-каменная болезнь, холедохолитиаз.

**S. A. GABRIEL, V. Y. DYNKO, A. Y. GUCHETL, V. V. GOLFAND, F. V. CITOVICH**

### **POSSIBILITY OF ENDOSCOPIC RETROGRADE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE**

*Municipal budget health care facility city hospital № 2 Krasnodar municipal medical diagnostic association  
(MBHCF CH № 2 «KMMDA»),  
Russia, 350059, Krasnodar, Krasnykh partizan street 6, block 2.  
Tel.: (861) 222-01-63, 222-71-76; fax (861) 222-59-21. E-mail: Krasnodar-endoscopy@yandex.ru*

We analyzed the effectiveness of endoscopic diagnosis and treatment of patients with obstructive jaundice in a municipal multidisciplinary diagnostic and treatment facilities for the period 2008–2011 gg. The total number of patients was 580. We took into account such factors as: the nature of comorbidity and underlying pathology, types and stages of endoscopic interventions, the frequency and nature of complications in endoscopic through the papillary interventions, effectiveness and reasons for failure of endoscopic interventions.

**Key words:** ERCP, obstructive jaundice, endoscopic through the papillary interventions, gallstone disease, choledocholithiasis.

### **Введение**

Заболевания органов панкреатобилиарно-дуоденальной зоны, сопровождающиеся билирубинемией, находятся в центре внимания хирургов в связи как с увеличением их количества, так и со сложностью диагностики и лечения [3, 4]. Скрытое течение, тяжелое состояние пациентов, наличие сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания – главные факторы, поддерживающие стабильно высокий процент осложнений и летальности лечения этой категории больных.

Известно, что хирургические вмешательства, выполненные на высоте желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность увеличивается

до 60% [2]. Поэтому первым этапом в лечении данной категории больных является восстановление желчеоттока интра- или экстракорпорально и нормализация показателей биохимии крови.

С развитием малоинвазивных технологий с целью билиарной декомпрессии активно стали применяться малоинвазивные методики под ультразвуковым или эндоскопическим контролем, которые используются в качестве предоперационной подготовки или как паллиативный метод лечения. По данным ряда авторов, применение эндоскопических чреспапиллярных методик позволяет провести диагностику и восстановление пассажа желчи в 76–92% случаев, а количество ранних осложнений не превышает 3–5% [1, 5].

Основные причины, вызывающие нарушение оттока желчи, можно разделить на две большие группы: доброкачественные и злокачественные. К доброкачественным относятся: холедохолитиаз, ятрогенные повреждения холедоха, рубцовые стриктуры холедоха, кисты холедоха (как врожденные, так и приобретенные), доброкачественные образования головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. К злокачественным: злокачественные процессы в головке поджелудочной железы, злокачественные поражения большого дуоденального сосочка, опухоли холедоха различного уровня.

Цель работы – определить эффективность эндоскопических чреспапиллярных методов в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой.

### Материалы и методы

Работа основана на анализе 580 больных с механической желтухой (повышение билирубина более 2 норм), проходивших обследование и лечение в МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО» за период 2008–2011 гг. Применялся следующий спектр эндоскопических чреспапиллярных методов: ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), эндоскопическая папилллотомия (ЭПТ), эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛЭ) и литотрипсия (ЭМЛТ), эндоскопическая электрогидравлическая литотрипсия (ЭЭГЛТ), назобилиарное дренирование (НБД), эндоскопическая билиарная дилатация и бужирование, эндоскопическое стентирование.

### Результаты

Средний возраст в данной группе больных составил 58 лет. В связи с этим определяются выраженность и

разнообразие имеющейся сопутствующей патологии, представленной в таблице 1.

Наиболее часто сопутствующая патология представлена сердечно-сосудистыми заболеваниями, иногда сочетанного характера.

В зависимости от вида патологии пациенты распределялись следующим образом (табл. 2).

Из таблицы видно, что основной причиной желтухи механического генеза была осложненная желчно-каменная болезнь. Также видно, что большинство пациентов было с механической желтухой доброкачественного генеза (87,6%). Больных с онкологическими заболеваниями, вызвавшими механическую желтуху, было 77 человек, что составило 12,4% от общего количества. В нескольких случаях отмечалась сочетанная патология (с-г + холедохолитиаз, острый панкреатит + холедохолитиаз и др.)

Общее количество пациентов с холедохолитиазом было 294 человека: 224 – с холецисто-холедохолитиазом и 70 – после холецистэктомии. Основные методы его малоинвазивного лечения – эндоскопическая папилллотомия и механическая литоэкстракция (рис. 2).

Хронический осложненный панкреатит (псевдотуморозный панкреатит, киста головки поджелудочной железы, вирсунголитиаз) – довольно распространенное заболевание, вызывающее блок холедоха на уровне интрапанкреатической части. В нашей группе было 70 случаев выявления данной патологии, что составило 11,3% от общего количества. Ретроградная холангиография (РХПГ) (рис. 3) является одним из основных методов диагностики данного заболевания. У больных с кистами поджелудочной железы можно определить связь кисты с протоковой системой. В лечении, конечно

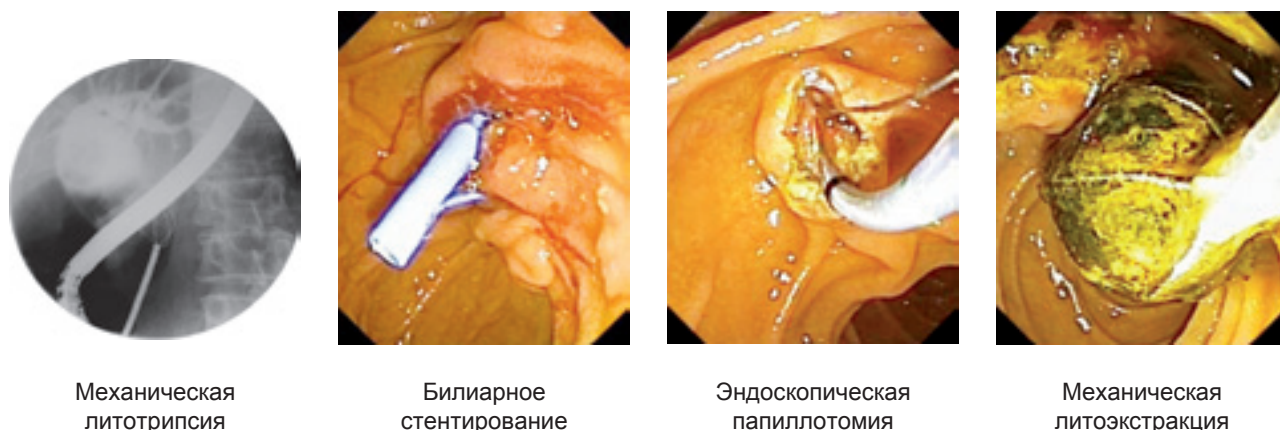


Рис. 1. Методы эндоскопического лечения билиарной гипертензии

Таблица 1

### Характер сопутствующей патологии

| Наименование сопутствующей патологии            | Абс. количество | В %  |
|-------------------------------------------------|-----------------|------|
| Гипертоническая болезнь                         | 320             | 31,8 |
| Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность | 308             | 30,6 |
| Ишемическая болезнь сердца                      | 266             | 26,5 |
| Сахарный диабет                                 | 55              | 5,5  |
| ЯБ желудка или ДПК                              | 27              | 2,7  |
| Ожирение                                        | 11              | 1,1  |
| ХОБЛ                                            | 14              | 1,4  |
| Беременность                                    | 4               | 0,4  |

## Основная патология у больных в данной группе

| Вид патологии                               | Абсолютн. число | В %  |
|---------------------------------------------|-----------------|------|
| ЖКБ. Холецистохоледохолитиаз                | 224             | 36,1 |
| ПХЭС. Холедохолитиаз                        | 70              | 11,3 |
| ЖКБ. Холецистолитиаз (транзиторная желтуха) | 100             | 16,1 |
| Хронический осложненный панкреатит          | 70              | 11,3 |
| С-г головки поджелудочной железы            | 35              | 5,6  |
| С-г холедоха                                | 20              | 3,2  |
| С-г желчного пузыря                         | 5               | 0,8  |
| Острый панкреатит, панкреонекроз            | 19              | 3,1  |
| С-г БДС                                     | 17              | 2,7  |
| Стриктура терминального отдела холедоха     | 46              | 7,4  |
| ЯПХ                                         | 15              | 2,4  |

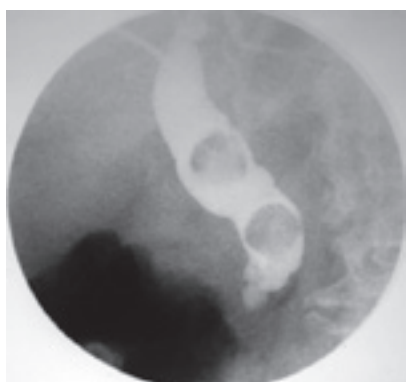
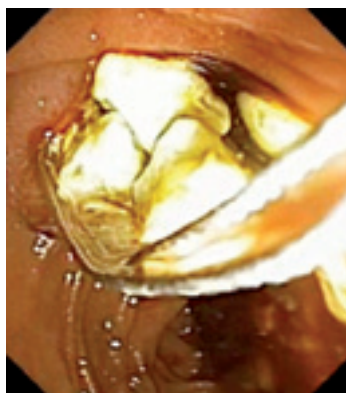
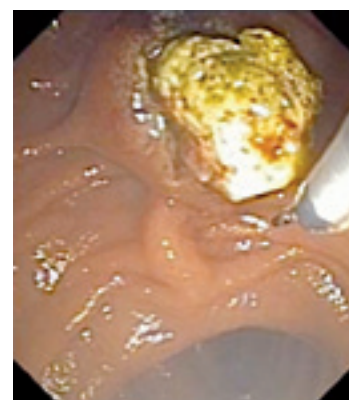
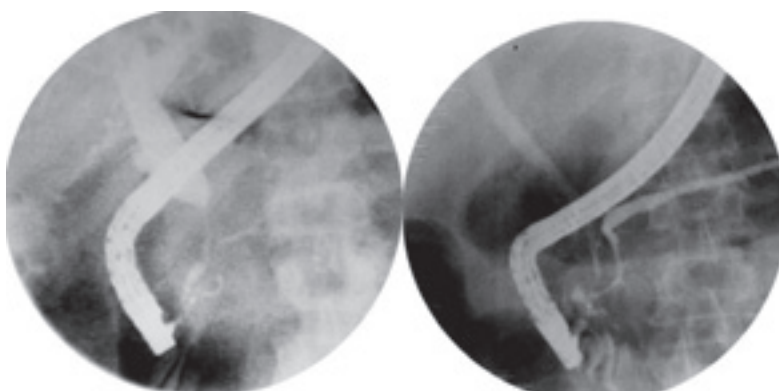
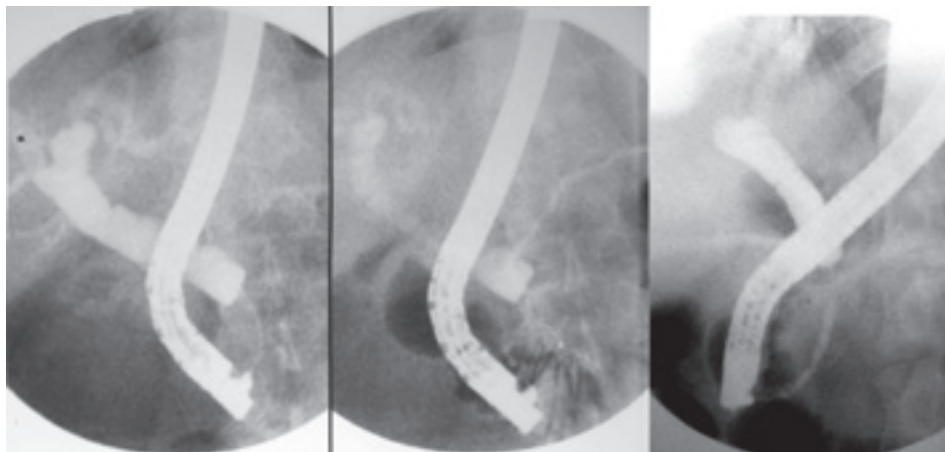
Ретроградная  
холангиографияНетипичная эндоскопическая  
папиллотомия  
(«рождение» конкремента)Эндоскопическая механическая  
литоэкстракция

Рис. 2. Эндоскопические методы диагностики и лечения холедохолитиаза

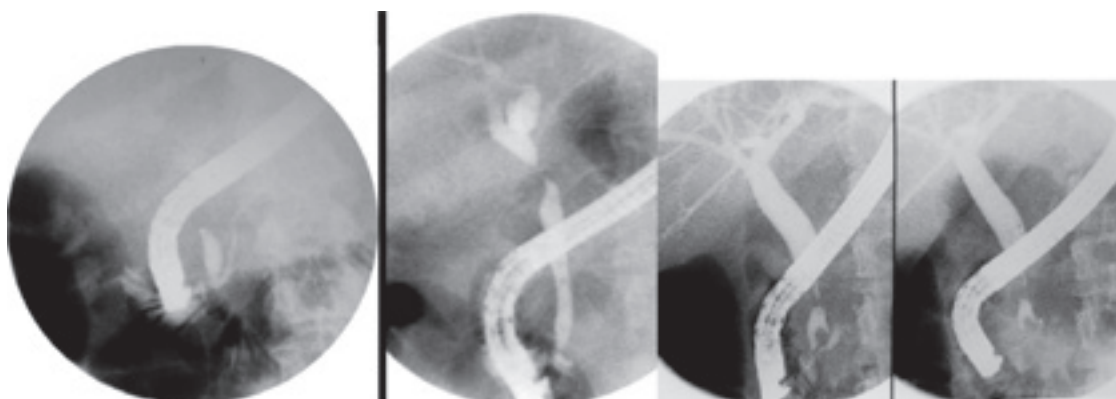
Рис. 3. Ретроградная холангиопанкреатография  
у больных с хроническим осложненным панкреатитом

же, эндоскопические методы неглавные и применяются как промежуточный этап для билиарной декомпрессии. Основные методы лечения – манипуляции под УЗ-контролем или стандартные хирургические вмешательства.

Злокачественные заболевания поджелудочной железы, локализирующиеся в головке и приводящие к холестазау, выявлены в 35 случаях. РХПГ у больных этой группы также является одним из основных методов диагностики (рис. 4). Однако эндоскопические методы



**Рис. 4. Ретроградная холангиопанкреатография у больных с опухолью головки поджелудочной железы**



**Рис. 5. Ретроградная холангиопанкреатография у больных с опухолью холедоха различной локализации**

лечения в виде ретроградного стентирования холедоха мы применяем лишь у неоперабельных больных с паллиативной целью. Больным, которым планируется радикальное хирургическое вмешательство, выполняем дренирование желчных протоков под Rg- и УЗ-контролем.

У 20 пациентов были диагностированы опухоли холедоха различной локализации. Эндоскопические методы диагностики и лечения также обладают высокой специфичностью и чувствительностью. В нашей клинике эндоскопические методы паллиативного лечения в виде стентирования применяются при опухолях хо-

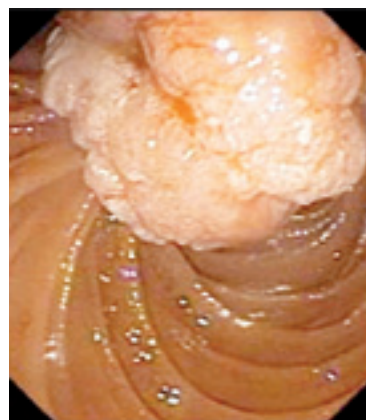
ледоха дистальной локализации. При проксимальных локализациях применяем дренирование желчных протоков под УЗ-контролем.

Злокачественные образования большого дуоденального сосочка (БДС) отмечались у 17 больных (рис. 5). Эндоскопические методы у этой категории больных являются основными и помимо гистологической верификации диагноза позволяют проводить и лечебные манипуляции.

Ятрогенные повреждения холедоха (ЯПХ) с рубцовой стриктурой были выявлены у 15 больных.

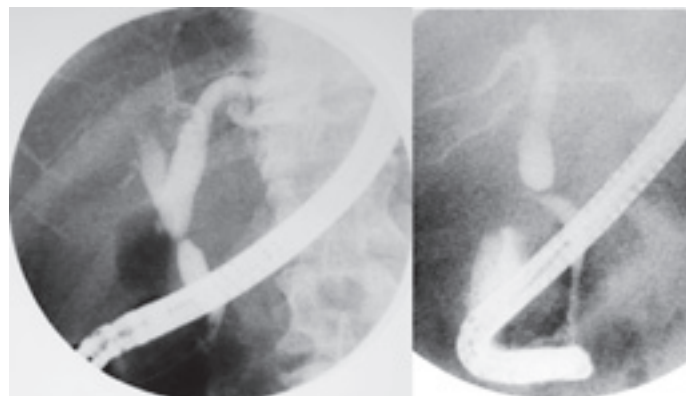


**Ретроградная холангиопанкреатография у больного с опухолью БДС**



**Эндофото. Опухоль БДС**

**Рис. 6. Опухоль БДС**



**Рис. 7. Ретроградная холангиопанкреатография при рубцовой стриктуре холедоха**

Эндоскопические методы диагностики и лечения в виде РХПГ, бужирования и стентирования обладают высокой эффективностью. У ряда больных эндоскопические манипуляции ограничились диагностическими вмешательствами с последующей хирургической коррекцией.

Общее количество эндоскопических вмешательств, выполненных пациентам нашей группы, представлено в таблице 3.

Как видно из таблицы, представлен практически весь комплекс чреспапиллярных операций.

Мы проанализировали этапность эндоскопических вмешательств в диагностике и лечении этой группы больных (табл. 4).

Видно, что большая часть эндоскопических вмешательств выполнена в один этап (74%).

Мы проанализировали виды и количество осложнений лечения данной категории больных (табл. 5).

Из таблицы видно, что наиболее частыми осложнениями были РХПГ-индуцированный панкреатит (1,6%) и кровотечение из папиллотомной раны (1,4%).

В анализируемой группе отмечено 6 летальных исходов. Во всех случаях смерть не связана с выполнением эндоскопического вмешательства, а обусловлена тяжелым общим состоянием больных при поступлении и прогрессированием симптомов полиорганной недостаточности.

В данной группе у 21 больного эндоскопические чреспапиллярные вмешательства оказались неэффективными. Это составило 3,6%. Основные причины неудач проанализированы в таблице 6. У 559 больных (96,4%) задача эндоскопического вмешательства была выполнена.

Из таблицы видно, что основной причиной неудач эндоскопического лечения механической желтухи были случаи невозможности литоэкстракции конкрементов холедоха.

Таким образом, эффективными наши вмешательства оказались у 559 больных (96,4%), неэффективными или неудачными – у 21 пациента (3,6%). Осложнения имели место у 20 больных (3,5%).

**Таблица 3**

### **Виды эндоскопических вмешательств**

| Наименование вмешательства                                   | Абсолютное количество | В %  |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------|------|
| Ретроградные холангиопанкреатографии                         | 754                   | 40,7 |
| Эндоскопическая папиллотомия                                 | 528                   | 28,5 |
| Эндоскопическая механическая литоэкстракция                  | 389                   | 21   |
| Эндоскопическая механическая литотрипсия                     | 39                    | 2,1  |
| Браш-биопсии                                                 | 20                    | 1,1  |
| Билиарное стентирование                                      | 92                    | 5    |
| Бужирование холедоха                                         | 6                     | 0,3  |
| Назобилиарное дренирование                                   | 15                    | 0,8  |
| Эндоскопическая контактная электрогидравлическая литотрипсия | 8                     | 0,4  |
| Всего                                                        | 1851                  | 100  |

**Таблица 4**

### **Этапность выполнения эндоскопических вмешательств (N – 580)**

| Количество этапов | Абсолютное количество | В %  |
|-------------------|-----------------------|------|
| В 1 этап          | 429                   | 74   |
| В 2 этапа         | 92                    | 15,9 |
| В 3 этапа и более | 59                    | 10,1 |

Таблица 5

### Частота и характер осложнений при выполнении чреспапиллярных вмешательств (N – 580)

| Вид осложнения                     | Абсолютное кол-во | В % |
|------------------------------------|-------------------|-----|
| Кровотечение из папиллотомной раны | 8                 | 1,4 |
| РХПГ-индуцированный панкреатит     | 9                 | 1,6 |
| Панкреонекроз                      | 1                 | 0,2 |
| Ретроудоденальная перфорация       | 2                 | 0,3 |
| Всего                              | 20                | 3,5 |

Таблица 6

### Патология и причины неудач эндоскопических вмешательств у больных с механической желтухой

| Патология                                                          | Попытка эндоскопического вмешательства                        | Причина неудачи                                                                            | Абсолютное кол-во | В %  |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|
| Опухоль холедоха (различного уровня)                               | Эндоскопическое чреспапиллярное стентирование                 | Невозможность заведения струны за область стриктуры. Интрадивертикулярное расположение БДС | 3                 | 0,5  |
| ЖКБ. Холедохолитиаз (вклиненный конкремент)                        | Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия) | Вклиненный конкремент, невозможность заведения корзинки и (или) захвата конкремента        | 7                 | 1,2  |
| ЖКБ. Холедохолитиаз (с/п резекции желудка по Б-2 или гастрэктомии) | Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия) | БДС не доступен                                                                            | 4                 | 0,7  |
| Острый панкреатит. Холангит                                        | РХПГ                                                          | Интрадивертикулярное расположение БДС                                                      | 1                 | 0,2  |
| Псевдотуморозный панкреатит. Вирсунголитиаз                        | Эндоскопическая литоэкстракция вирсунголитов                  | Невозможность заведения корзинки за конкремент                                             | 1                 | 0,2  |
| ЖКБ. Холедохолитиаз                                                | Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия) | Псевдотуморозный панкреатит. Сужение и деформация интрапанкреатической части холедоха      | 1                 | 0,2  |
| ЖКБ. Холедохолитиаз                                                | Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия) | Интрадивертикулярное расположение БДС                                                      | 2                 | 0,3  |
| Опухоль головки поджелудочной железы                               | Эндоскопическое чреспапиллярное стентирование                 | Стеноз и деформация просвета ДПК                                                           | 2                 | 0,3  |
| Итого                                                              |                                                               |                                                                                            | 21                | 3,6% |

Комплексное применение эндоскопических чреспапиллярных методик показало свою высокую эффективность (96,4%) в диагностике и лечении больных с механической желтухой. Данный показатель напрямую зависит от аппаратно-инструментального оснащения лечебного учреждения.

Основной причиной механической желтухи у больных многопрофильного стационара является холедохолитиаз (50,7%). Основная причина неудачи эндоскопической санации холедоха при холедохолитиазе – невозможность захвата конкремента корзинкой Дормиа и доступа к БДС после перенесенных ранее резекций желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия – М.: «Медицина», 1996. – 152 с.
2. Блохин Н. Н., Итин А. Б., Клименков А. А. Рак поджелудочной железы и желчевыводящих путей / Под ред. А. Е. Борисова. – СПб: Медицина, 1982. – 270 с.
3. Борисова Н. А., Борисов А. Е., Кареев А. Е. Эндобилиарные методы коррекции механической желтухи: Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Под ред. А. Е. Борисова. – СПб: Скифия, 2003. – Т. 2. – С. 254–281.
4. Ветшев П. С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1999. – № 6. – С. 12–16.