

УЛУЧШИТЬ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Латипов И. И.

Хамроева У. Р.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи ЛОР-врач в 3-й семейной поликлинике города Бухары.

В настоящее время наблюдается неуклонный рост количества пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих протоков, которые являются главными причинами механической желтухи (МЖ) .

Синдром механической (синонимы: обтурационная, обструктивная, подпеченочная) желтухи объединяет обширную группу заболеваний, общим и наиболее ярким клиническим признаком которых является пожелтение кожных покровов и склер в результате повышения концентрации билирубина в крови вследствие нарушения проходимости магистральных желчных протоков . Согласно эпидемиологическим исследованиям, среди взрослого населения России ЖКБ встречается в 5—12% случаев . Результаты клинических наблюдений, опубликованные в зарубежной и отечественной литературе, указывают на то, что в последние 45—50 лет заболеваемость ЖКБ за каждые 10 лет удваивается. Серьезность проблемы ЖКБ как нозологической формы подтверждает тот факт, что на вскрытии у 20—25% умерших находят желчные камни .

Гипертензия в желчных ходах приводит к разрыву последних, и желчь диффундирует в гепатоциты, вызывая их некроз; снижается потребление кислорода гепатоцитами и разобщается процесс окислительного фосфорилирования. Желчная гипертензия вызывает расширение диаметра желчных протоков, сопровождающееся утолщением их стенок . Застой желчи в желчных протоках часто сочетается с развитием холангита . Резкое изменение стенок желчных протоков, особенно при значительном расширении их диаметра, приводит к нарушению перистальтики, что в свою очередь усиливает застой желчи .



Цель исследования – улучшить непосредственные результаты комплексного лечения механической желтухи доброкачественного генеза

Материал и методы Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 142 больных с доброкачественной МЖ. Женщин было 102 (71,8%), мужчин – 40 (28,2%). Возраст пациентов составил от 18 до 78 лет. Причинами МЖ у наблюдавшихся больных были: холедохолитиаз – у 63 (44,4%), стриктура желчных протоков и терминального отдела холедоха – у 25 (17,6%), стеноз большого дуоденального сосочка – у 19 (13,4%), стриктура билиодигестивных анастомозов – у 12 (8,4%), синдром Мирризи – у 5 (3,5%), болезнь Кароли – у 2 (1,4%) и острый панкреатит – у 16 (11,3%) больных.

Результаты и их обсуждение Комплексное УЗИ проведено всем 142 больным с доброкачественной МЖ. Отсутствие лучевой нагрузки, мобильность, возможность многократных исследований и проведение лечебных мероприятий делает УЗИ одним из ведущих методов диагностики причин МЖ. Чувствительность УЗИ в диагностике причин МЖ составила 89,3%, при желчнокаменной болезни – 98,8% и общая специфичность – 86,7%. При небольших размерах конкрементов в терминальном отделе общего желчного протока диагностические трудности возникли в 10,7% наблюдений. МРХПГ для диагностики природы МЖ выполнена 37 (26,0%) пациентам, в 32 (22,5%) случаях диагностировали холедохолитиаз, обусловленный холестериновыми камнями, а в 5 (3,5%) случаях установлен стеноз БСДПК и явления индуративного панкреатита. МРХПГ – изображения были выполнены с использованием multisliceheavuty-2 взвешенной TSE последовательности (TR = 2000 мс, TУ = 700 мс). Необходимо отметить, что чувствительность МРХПГ в диагностике доброкачественной МЖ (холедохолитиаз, воспалительные стриктуры желчных протоков) являлась достаточно высокой и составила – 98,3%. Преимущества метода заключались в возможности изучения состояния общего желчного протока и внутрипеченочных протоков в естественных условиях без заполнения их контрастным препаратом. Метод во всех наблюдениях способствовал отображению протоков выше и ниже препятствия, а также оценке протяженности и степени сужения, что очень важно для планирования лечебных манипуляций. ЧЧХС применяли в 23



(16,1%) наблюдениях при невозможности применения, либо нецелесообразности эндоскопических методов декомпрессии и дренирования желчных протоков. ЧЧХС проводили под УЗ-контролем. Наиболее физиологично оказалось наружно-внутреннее дренирование. ЭРХПГ выполнена 87 (61,2%) больным. Для осуществления исследования использовали дуоденоскоп с боковым обзором, холангиопанкреатограммы получали на цифровой рентгеновской диагностической установке. Под контролем рентгеноскопии в условиях атонии двенадцатиперстной кишки канюлировали общий желчный проток или проток поджелудочной железы и заполняли контрастным препаратом внутрипеченочные желчные протоки, пузырный проток, общий желчный проток и желчный пузырь. На заключительном этапе у 63 (%) пациентов выполняли миниинвазивные хирургические вмешательства: наружное назобилиарное дренирование (НБД), ЭПСТ билиарное стентирование (БС). Чувствительность и специфичность метода составила 89,7%, особенно при холедохолитиазе, стриктуре желчных протоков.

Таким образом, двухэтапное лечение доброкачественной МЖ с применением на первом этапе миниинвазивных декомпрессивных вмешательств в сочетании с интенсивной терапией печеночной недостаточности и радикальных оперативных вмешательств на втором этапе, в значительной степени улучшают непосредственные результаты лечения этого весьма тяжелого контингента больных.

