

MODERN VIEWS ON PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF OBSTRUCTIVE EXTRAHEPATIC CHOLESTASIS CAUSED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

Kulumbegov G.R.¹, Iraskhanov A.Sh.², Beslekoev U.S.³ (Russian Federation)

Email: Kulumbegov336@scientifictext.ru

¹Kulumbegov Georgiy Rolandovich – Student;

²Iraskhanov Atabi Shaikhaevich – Student,

DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1, MEDICAL FACULTY;

³Beslekoev Uruzmag Salamonovich – PhD in Medicine, Associate Professor,

DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1,

NORTH-OSSETIAN STATE MEDICAL ACADEMY,

VLADIKAVKAZ

Abstract: the incidence of gallstone disease varies from 5 to 16% among different surveyed groups. One of the serious complications of cholelithiasis is obstructive cholestasis. It can cause endogenous intoxication, structural and functional changes in hepatopancreatoduodenal region and other systems of organs. Today the problem of diagnostics and treatment of obstructive jaundice remain relevant. Modern methods of treatment should be less traumatic and provide early convalescence. If obstructive jaundice is detected in time and the treatment policy is correct and reasonable, the outcome will be positive.

Keywords: cholestasis, obstructive jaundice, papillosphincterotomy, ERCP, gallstone disease.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКЦИОННОГО ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА, ВЫЗВАННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Кулумбегов Г.Р.¹, Ирасханов А.Ш.², Беслекоев У.С.³ (Российская Федерация)

¹Кулумбегов Георгий Роландович – студент;

²Ирасханов Атаби Шайхаевич – студент,

кафедра хирургических болезней № 1, лечебный факультет;

³Беслекоев Урузмаг Саламонович – кандидат медицинских наук, доцент,

кафедра хирургических болезней № 1,

Северо-Осетинская государственная медицинская академия,

г. Владикавказ

Аннотация: среди различных контингентов обследованных распространенность желчнокаменной болезни варьирует от 5 до 16%. Одним из грозных осложнений желчнокаменной болезни является обтурационный холестаз, приводящий к эндогенной интоксикации, структурно-функциональным изменениям не только гепатопанкреатодуоденальной зоны, но и всех систем органов. На сегодняшний день проблемы диагностики и лечения механической желтухи остаются актуальными. Вовремя диагностированный обтурационный холестаз и надлежащая предоперационная подготовка могут в значительной степени способствовать благоприятному исходу.

Ключевые слова: холестаз, резорбционная желтуха, обтурационная желтуха, механическая желтуха, папиллосфинктеротомия, ЭРХПГ, холестаз, желчнокаменная болезнь.

Желтуха как синдром является неспецифичным показателем разнообразных заболеваний гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны. Продолжающееся глубокое изучение данной патологии до сегодняшнего дня оставляет открытыми вопросы выбора лечебной тактики, оптимального пути оперативного вмешательства, а также патогенетической терапии. Наиболее часто возникновение синдромов холестаза и холемии связано с доброкачественными заболеваниями желчных путей и поджелудочной железы, этиологически связанными с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Эти патологии нарушают пассаж по магистральным желчным протокам и приводят к возрастанию концентрации билирубина в крови.

Отсутствие своевременного устранения холестаза может привести к острой печеночно-клеточной недостаточности, гнойным холангитам, печеночной энцефалопатии, холемическим кровотечениям, вторичным иммунодефицитам и иным серьезным осложнениям, которые обусловлены снижением специфической и неспецифической реактивности организма. Несмотря на огромный арсенал различных вспомогательных методик, ошибки в дифференциальной диагностике желтух достигают 42% [1, с. 14]. В связи с этим значительно важным является вопрос выбора диагностической программы при подозрении на механическую желтуху.

Дополнительные диагностические методы включают в первую очередь шаблонные методы, доступные в большинстве стационаров, – биохимический анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование. Среди других, более эффективных методов, следует отметить компьютерную томографию в режиме желчеистечения, магнитно-резонансную и ядерно-магнитно-резонансную томографию. Последние методы обладают возможностью построения 3D-изображения топографии желчных протоков, визуализации уровня нахождения преграды для определения безопасного доступа и способа декомпрессии билиарного тракта [4, с. 103].

Окончательный метод постановки диагноза, применяемый при подозрении на обтурационный холестаз, – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с использованием йодсодержащего контрастного вещества. В соответствии с ее результатами решается вопрос о проведении папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией.

Существуют различные комбинации диагностических критериев, по которым возможно с высокой вероятностью заподозрить холедохолитиаз, например, сочетание холангита, расширение внепеченочных желчных протоков, повышение уровня АЛТ, АСТ и прямого билирубина [3, с. 203].

Способы оперативного лечения обтурационной желтухи могут быть радикальными или паллиативным. Традиционные хирургические методы лечения зачастую сопряжены с высоким риском и сопровождаются летальностью до 25% [1, с. 14]. Поэтому сегодня лечебный процесс является двухэтапным: в первую очередь производится устранение желчной гипертензии, снятие интоксикационного синдрома; на втором этапе определяют способ выполнения радикальной операции с учетом анатомических особенностей желчевыводящих путей, уровня блока, наличия осложнений и т.д.

При лечении больных калькулезным холециститом, осложненным обтурационной желтухой, предпочтение отдается малоинвазивным хирургическим вмешательствам, методом выбора часто становится ЭРХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией [2, с. 59]. После быстрой нормализации структурно-функциональных взаимоотношений элементов гепатобилиарной системы, а также общего состояния пациента, что занимает в среднем от 8 до 15 дней, решается вопрос о выполнении второго этапа лечения калькулезного холецистита – лапароскопической холецистэктомии [6, с. 25].

При невозможности выполнения ЭРХПГ для декомпрессии внутри- и внепеченочных желчных путей необходимо проведение дренирования желчевыводящих путей под контролем ультразвука. Чрескожная чреспеченочная холангиография с чрескожной чреспеченочной холангистомией способствуют снижению дальнейших осложнений у пациентов с тяжело протекающей механической желтухой. У таких больных после стихания обострения, через 2-3 месяца проводятся реконструктивные операции.

Большое значение следует уделять консервативной терапии, которую рекомендуется начинать от момента обращения в стационар, за исключением больных с клиникой перитонита. Такая терапия должна быть направлена на коррекцию системы гемостаза, электролитного и белкового дисбаланса, реологических сдвигов, купирование воспалительных явлений в желчных протоках и т.д. [3, с. 210].

Следует понимать, что клиническую картину механической желтухи формирует в основном интоксикационный синдром, поэтому своевременное комплексное лечение должно предупреждать развитие необратимых структурно-функциональных нарушений всех систем органов и способствовать репарации.

При механической желтухе в печени и других органах развиваются многообразные нарушения, приводящие к полиорганной недостаточности. «Золотым стандартом» диагностики патологии гепатобилиарной системы с точки зрения экономических затрат и эффективности является определение биохимических показателей крови и мочи, а также ультразвуковое исследование. Лечение механической желтухи должно сводиться к выполнению минимально инвазивных вмешательств, которые не допускают развития большого количества осложнений и сопровождаются низкой летальностью [5, с. 48].

Список литературы / References

1. Майоров М.М., Дряженков И.Г. Механическая желтуха калькулезной этиологии // Клиническая медицина, 2012. № 5. С. 12-16.
2. Охотников О.И. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе // Анналы хирургической гепатологии, 2011. № 1 (16). С. 58-63.
3. Пархисенко Ю.А., Жданов А.И. Механическая желтуха: диагностика и лечение // Украинский журнал хирургии, 2013. № 3 (22). С. 202-214.
4. Переходов С.Н., Долгов О.А. Эндохирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и стриктурой дистального отдела холедоха // Саратовский научно-медицинский журнал, 2008. № 4 (22). С. 101-104.
5. Kazumichi K., Hiroyuki I. Endoscopic transpapillary gallbladder drainage with replacement of a covered self-expandable metal stent // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 2011. № 3. P. 46-48.

6. Wang L., Yu W.F. Obstructive jaundice and perioperative management // Acta Anaesthesiol Taiwan, 2014. № 1 (52). P. 22-29.