

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИКО-
ХИРУРГИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР
имени Н.И. ПИРОГОВА**





**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИКО-
ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
им. Н.И. ПИРОГОВА**

**«СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ
И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ».**

**Ю.Л. Шевченко, О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко,
А.Л. Левчук, В.М. Китаев, И.В. Степанюк**

Москва 2008



АКТУАЛЬНОСТЬ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

10 – 42%

(Гальперин Э.И. и соавт., 2006г.; Archer S.D. et al., 2001)

ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

54%

желудочно-кишечные кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени, билиарный сепсис, энцефалопатия

(Кубышкин В.А., Вишневский В.А., 2003; Wang F.G., 2004)

ЛЕТАЛЬНОСТЬ

14 – 27%

(Савельев В.С., 2008; Podnos Y.D., et al., 2003)



ОБСЛЕДОВАННЫЕ БОЛЬНЫЕ

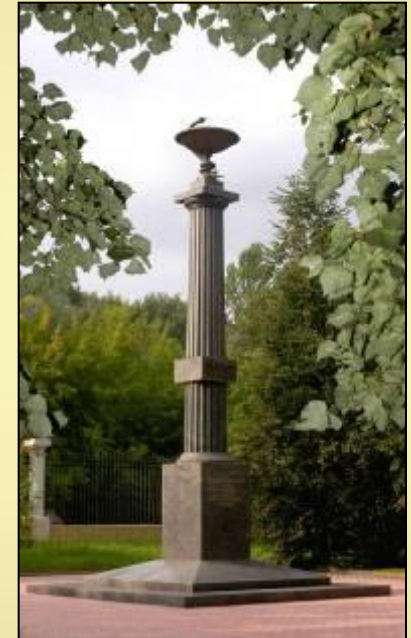


Проанализирован опыт диагностики
и лечения **247** пациентов с
механической желтухой в НМХЦ им.
Н.И. Пирогова
с 2006 г. - 2008 гг.

возраст
от 17 до 81 года

♀ – 114

♂ – 133





ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ



**По клинической симптоматике
пациенты
были разделены на две группы:**

**I группа (n =164) – с синдромом болевой
66,40% механической желтухи**

**II группа (n= 83) – с синдромом безболевой
33,60% механической желтухи**



ПРИЧИНЫ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ:



ЖКБ, холедохолитиаз

106 (42,91%)

**Заболевания ЖВП
(опухолевые и неопухолевые)**

66 (26,73%)

**Другие заболевания
панкреатобилиарной зоны**

75 (30,36%)

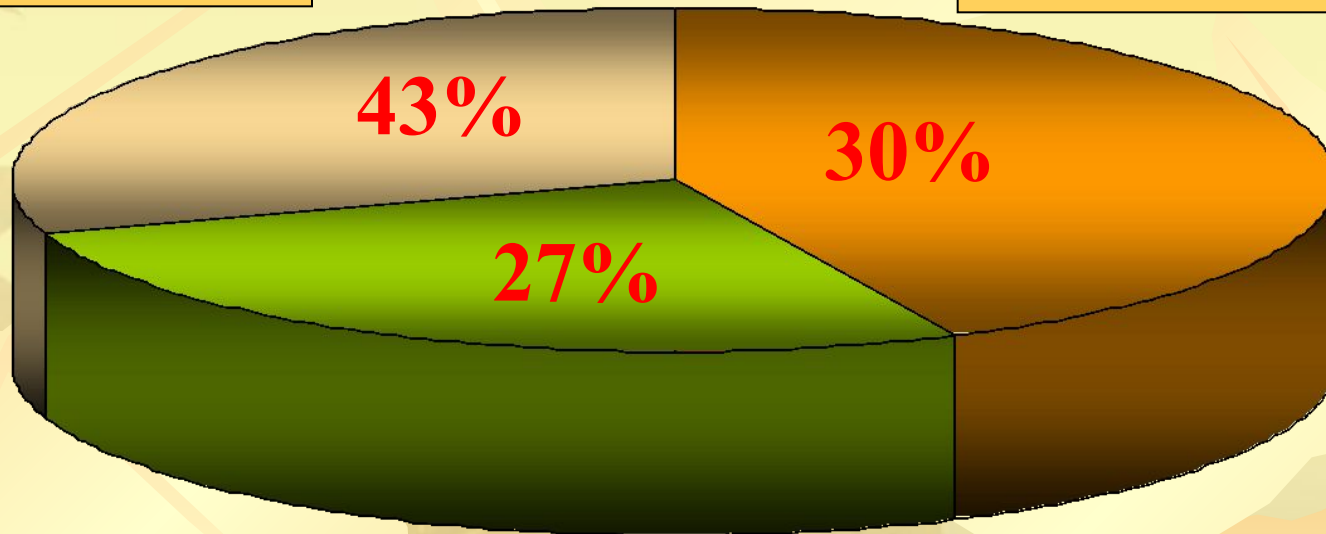


РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИНЫ ОБСТРУКТИВНОЙ ЖЕЛТУХИ.



Холелитиаз

**Прочие болезни
панкреатобилиарной зоны**



**Заболевания желчевыводящих протоков
(опухолевые и неопухолевые)**



Причины механической желтухи

	Число больных	
	абс.	%
Холелитиаз	106	42,91
Камни желчного пузыря и протоков	65	26,31
Камни внутрипеченочных желчных протоков	12	4,86
Холедохолитиаз	29	11,74
Заболевания (опухолевые и неопухолевые) желчевыводящих протоков	66	26,73
Холангиокарцинома	7	2,83
Склерозирующий холангит	3	1,22
Гнойный холангит	26	10,53
Стриктуры	27	10,93
Киста общего желчного протока	3	1,22
Прочие болезни панкреатобилиарной зоны	75	30,36
Острый панкреатит	20	8,10
Хронический индуративный панкреатит	11	4,45
Кисты поджелудочной железы	15	6,07
Опухоли головки поджелудочной железы	16	6,48
Опухоли большого дуоденального сосочка (БДС)	7	2,83
Рак желчного пузыря	2	0,81
Дивертикулы 12-перстной кишки	4	1,62
Всего	247	100



**Распределение
больных в
зависимости от
причины
обструктивной
желтухи.**



ОСЛОЖНЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ



Характер осложнения	Число больных	
	абс.	%
Гнойный холангит	26	10,53
Холангиогенные абсцессы печени	7	2,83
Печеночно-почечная недостаточность	39	15,79
Билиарный панкреатит	31	12,55
Всего	103	41,7



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ



НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ

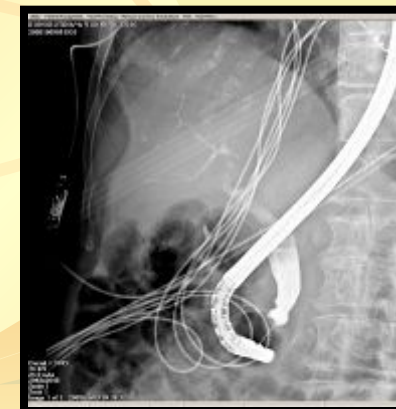
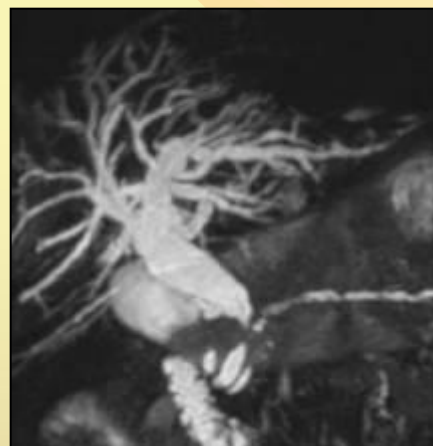
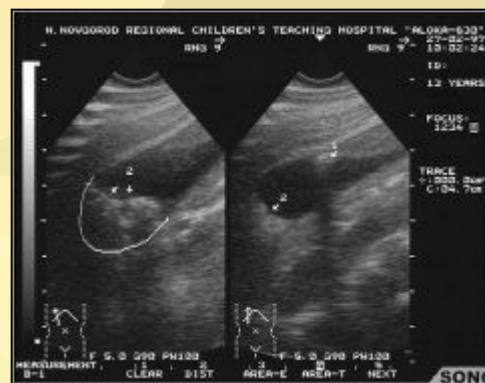
УЗИ

ЭГДС

МРТ и МРХПГ

КТ

МСКТ



ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ

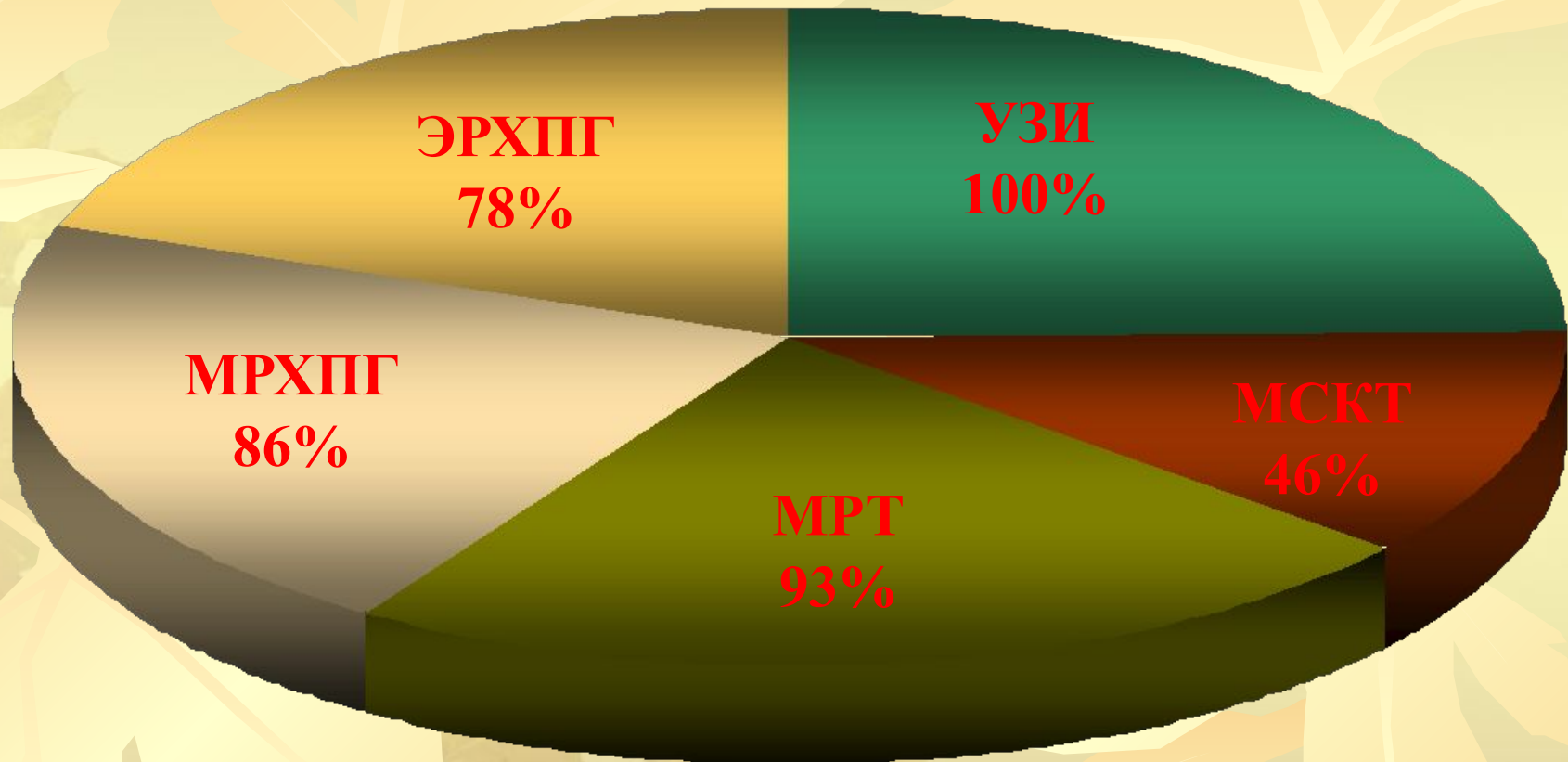
ЭРХПГ

ЧЧХГ

ЛАПАРОСКОПИЯ



ВИД ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ КОЛИЧЕСТВО

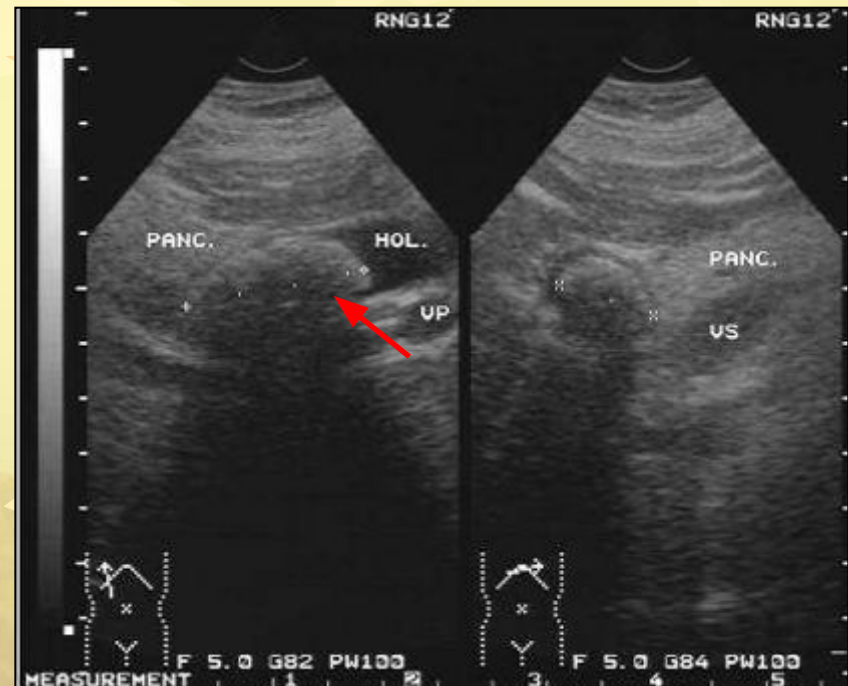




УЗИ



УЗ - картина холедохолитиаза. В проекции расширенного общего желчного протока выявляется овоидное формы эхопозитивное образование, дающее слабую акустическую тень.





ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ УЗИ в выявлении причин механической желтухи



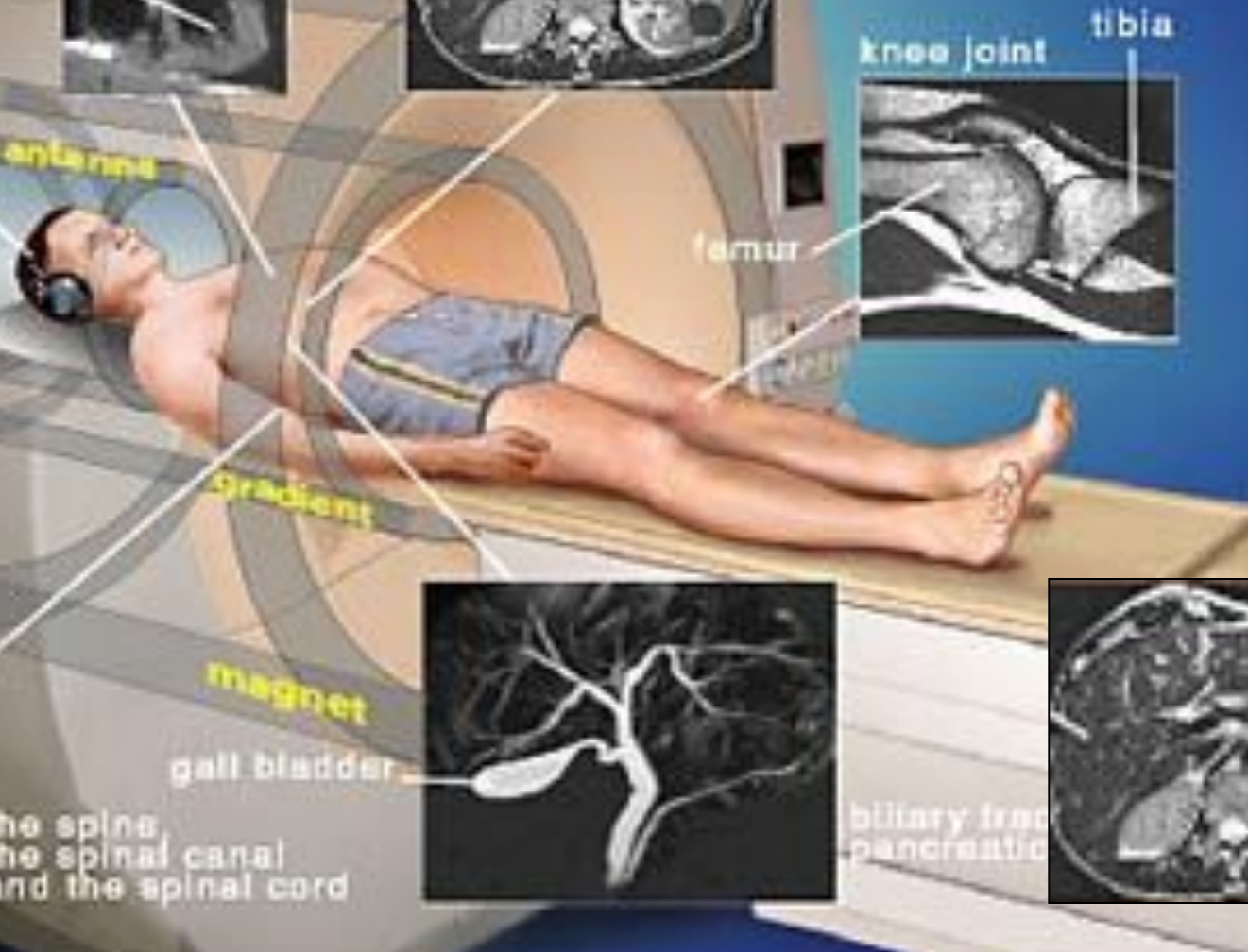
ОБЩАЯ - 87,7%

ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ – 98,3%

ОПУХОЛЯХ – 63,9%

ОБЩАЯ СПЕЦИФИЧНОСТЬ – 85,4%

Трудностями интерпретации УЗИ в **12,3%** наблюдениях явились небольшие патологические образования (камни, опухоли), расположенные в терминальном отделе ОЖП.



рованием в группе
протоков (опухли
ротокров и желчного

у **15 (5,20%)** пациентов с индуративным и острым панкреатитом
были получены ложноположительные результаты.

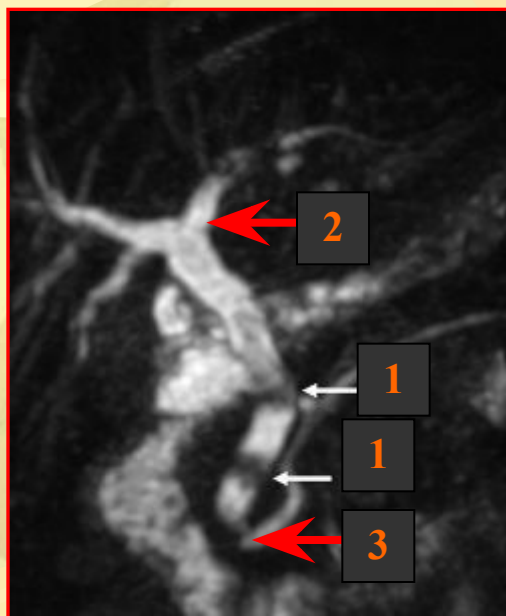
У **19 (7,69%)** не диагностирован холангиолитиаз, обусловленный
холестериновыми камнями.



МРТ и МРХПГ



Обычные аксиальные изображения служили исходными для выполнения у **211** пациентов МРХПГ.



Общее время получения МР изображений составило приблизительно **30 минут**.

**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ
МРХПГ - 93,1%.**

Метод позволил у **201 (81,38%)** пациента определить уровень, протяженность и причину обтурации протоковой системы.

Выполнены 229 больным.

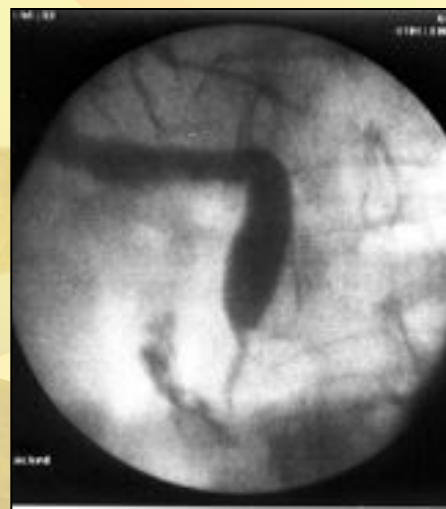
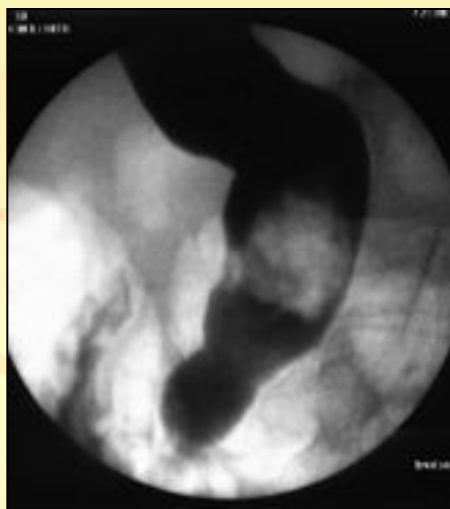


ЭРХПГ



157 пациентам проводили миниинвазивные хирургические пособия - ННД, ПСТ, билиарное стентирование.

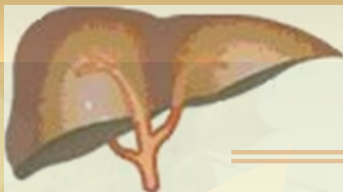
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЭРХПГ - 89,3%



Выполнена 192 больным.



ОСЛОЖНЕНИЯ



При ЭРХПГ в **3,9%** наблюдений развились осложнения (панкреатит, панкреонекроз, холангит, холангиогенные абсцессы печени).





АЛГОРИТМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН МЖ



	УЗИ	МСКТ	МРХПГ	ЭХПГ	ЭХПГ+ПСТ
Холедохолитиаз	•		•		•
Рак головки ПЖ	•	•			
Рак желчного протока	•	•	•		
Стриктура желчного протока и другие причины сдавления	•	•	•		
Рак БСДК	•			•	



ТРИ ОСНОВНЫХ ЭТАПА ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ



I ЭТАП – УЗИ. При выявлении холедохолитиаза производили извлечение камня эндоскопическим методом.

II ЭТАП - ЭРХПГ (в зависимости от полученных при УЗИ результатах и конкретных задач), как лечебную процедуру. На втором этапе также определяли резектабельность опухоли методом МСКТ, уточняли причины сужения ОЖП.

III ЭТАП - МРХПГ или МСКТ. На этом этапе методом МРХПГ обнаруживали не выявленный ранее холедохолитиаз, методом МСКТ определяли резектабельность опухоли протока и уточняли причину сдавления протока извне.

В 5% возникала необходимость проведения третьего этапа диагностики, при котором выбор метода определялся конкретной задачей.



ЛЕЧЕНИЕ

Ретроспективный анализ (за 10 лет):

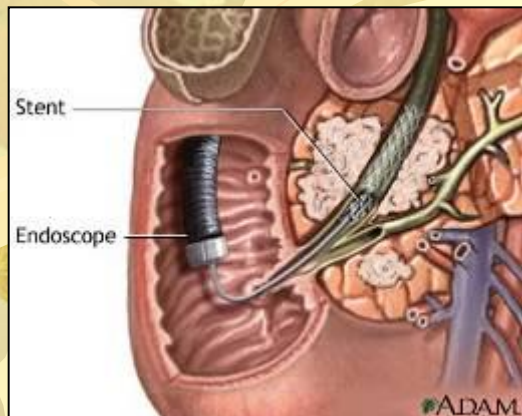
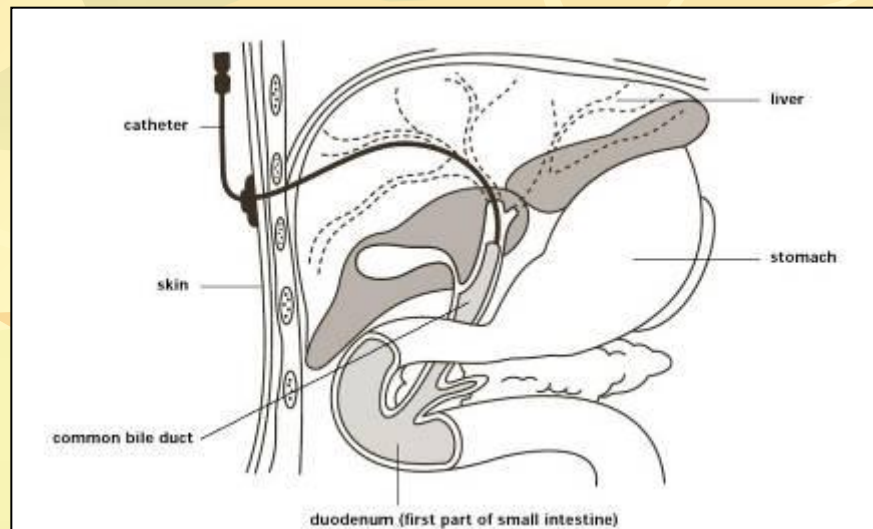
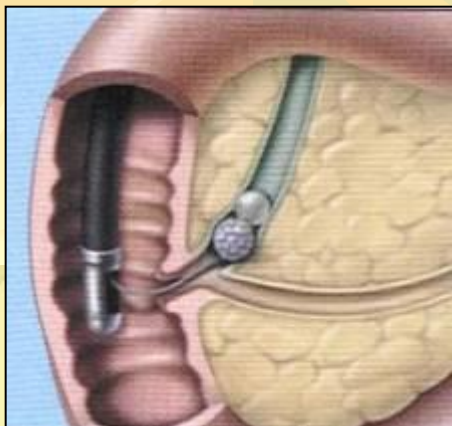
Послеоперационная летальность пациентов с неопухолевой желтухой составила **10,4 %**, с опухолевой этиологией желтухи **38%**.

I ЭТАП – декомпрессия желчевыводящих путей с применением миниинвазивных технологий (эндоскопических, чрескожных,).

II ЭТАП – окончательный, выполнение радикальных и паллиативных традиционных хирургических вмешательств.



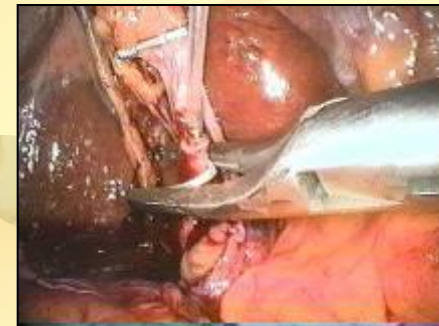
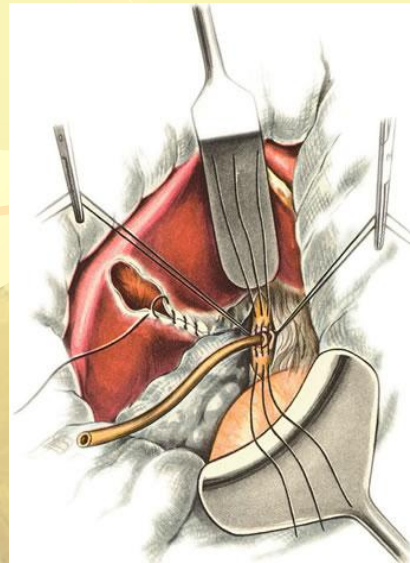
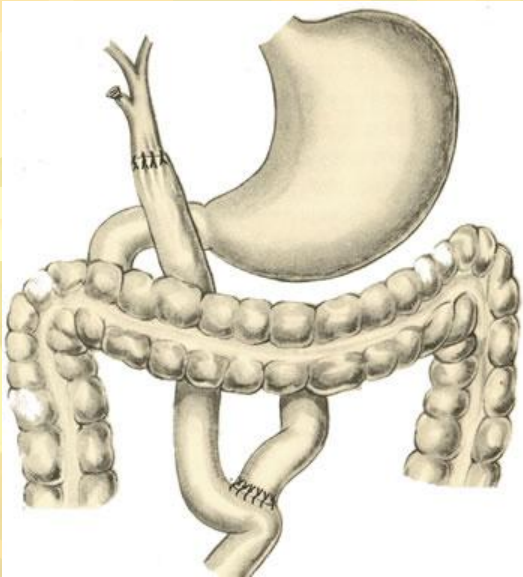
I ЭТАП МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ





II этап

РАДИКАЛЬНЫЕ И ПАЛЛИАТИВНЫЕ ТРАДИЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

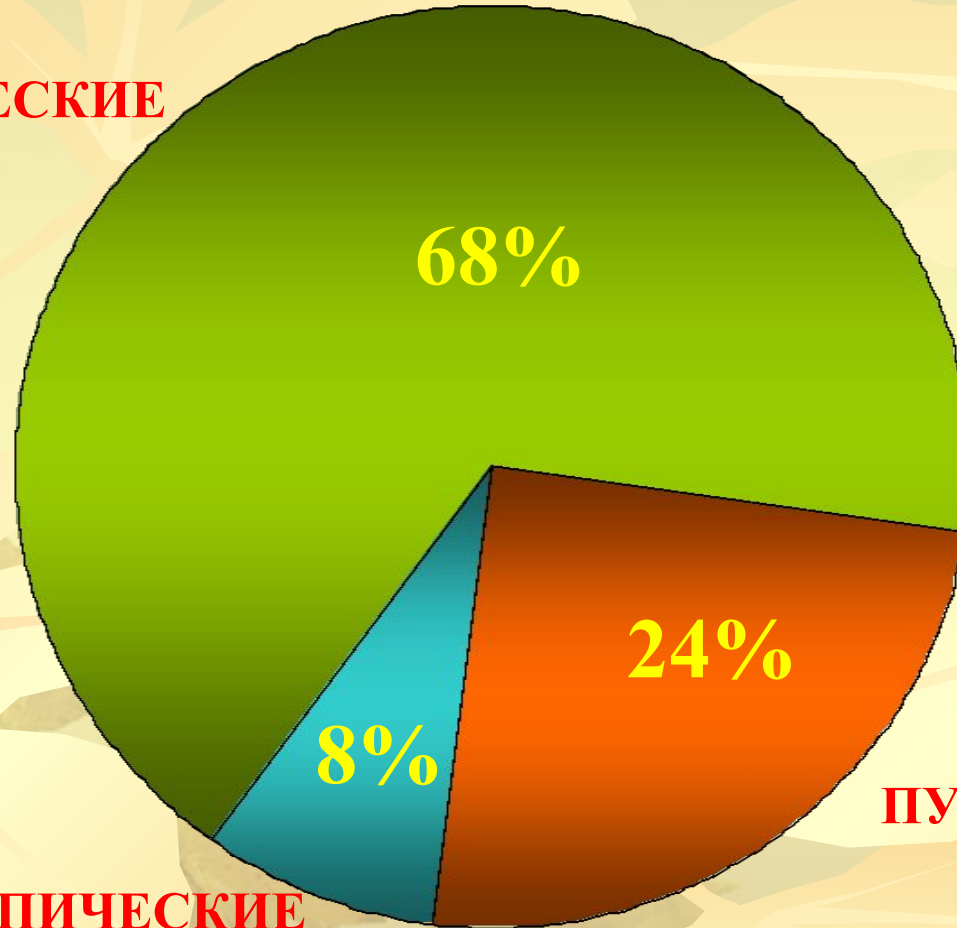




І ЭТАП – ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ



**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ**



**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ**

**ПУНКЦИОННЫЕ
МЕТОДЫ**

І ЭТАП – ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ



Число больных

Вид операции	абс.	%
І. Эндоскопические методы		
РХПГ с временным ретроградным назобилиарным дренированием	66	23,4
РХПГ с эндоскопической дозированной папиллосфинктеротомией	47	16,67
РХПГ со стентированием	21	7,45
РХПГ с механической литэкстракцией	58	20,57

І ЭТАП – ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ



II. Пункционные методы

Наружная холецистостомия под контролем УЗИ	41	14,54
Чрескожная чреспеченочная антероградная холангиостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ и рентгено-ЭОП (электронно-оптического преобразователя на рентгеноэндоваскулярном комплексе "Integris V-3000") со стентовым эндопротезированием	29	10,28

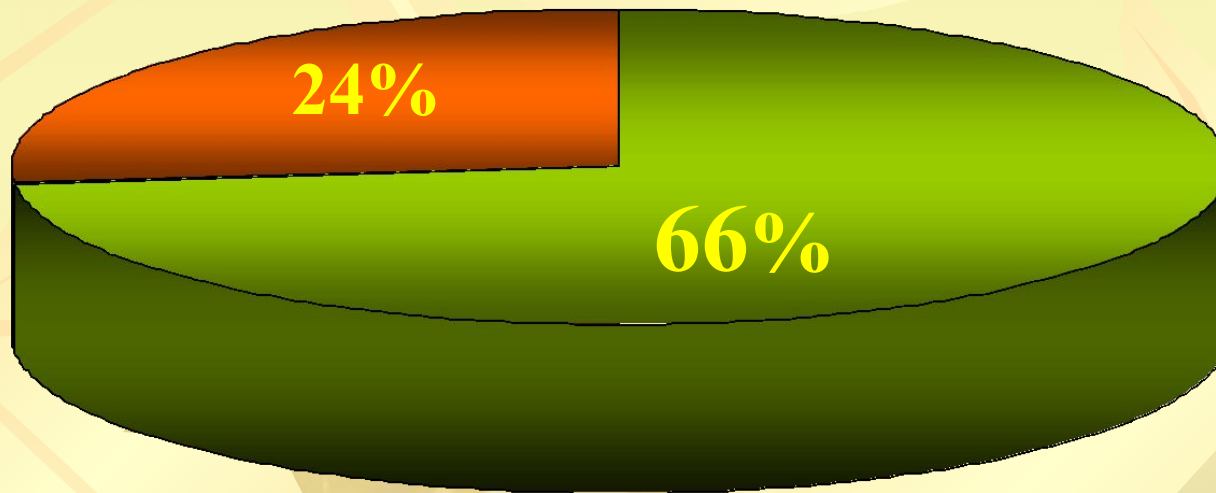
III. Лапароскопические методы

Лапароскопическая холецистостомия с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки	14	4,96
Лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием общего желчного протока	6	2,13
Всего	282	100



II ЭТАП – РАДИКАЛЬНЫЕ И ПАЛЛИАТИВНЫЕ ТРАДИЦИОННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

**ПАЛЛИАТИВНЫЕ
ОПЕРАЦИИ**



**РАДИКАЛЬНЫЕ
ОПЕРАЦИИ**

II этап – радикальные и паллиативные традиционные хирургические операции



Характер операции

Число больных

абс.

%

I. Радикальные оперативные вмешательства при холелитиазе

Лапароскопическая холецистэктомия после ПСТ, холелитоэкстракции	63	28,64
Традиционная холецистэктомия, холедохолитотомия, наружная холедохостомия (по Керу, Вишневскому, Холстеду)	17	7,72
Традиционная холецистэктомия, супрадуоденальная холедоходуоденостомия (по Юрашу)	27	12,27

II. Радикальные оперативные вмешательства при опухолевых и неопухолевых заболеваниях желчевыводящих протоков

Резекция общего желчного протока с формированием гепатикоэнтероанастомоза	3	1,36
Панкреатодуоденальная резекция	4	1,82
Рассечение стриктуры общего желчного протока с формированием холедохоеюноанастомоза	23	10,45

II этап – радикальные и паллиативные традиционные хирургические операции



III. Радикальные оперативные вмешательства при прочих болезнях панкреатобилиарной зоны

Панкреатодуоденальная резекция	14	6,36
Продольная панкреатоеюностомия с холедоходуоденостомией (по Юрашу)	2	0,91
Цистодуодено-, цистоеюностомия на выключенной петле (по Ру)	13	5,91
Расширенная холецистэктомия с резекцией IV сегмента печени	2	0,91

IV. Паллиативные операции

Холецистоеюностомия с энтеро-энтероанастомозом (по Монастырскому-Шалимову)	17	7,73
Холедохоеюностомия с энтеро-энтероанастомозом (по Герцену-Ру)	12	5,46
Холецистоеюно-, гастроеюностомия с энтеро-энтероанастомозом	14	6,36
Диагностические лапароскопии (удаление асцита, биопсия тканей)	9	4,1
Всего	220	100



Послеоперационные осложнения и причины летальных исходов больных с механической желтухой.



Характер послеоперационных осложнений	Число осложнений		Число летальных исходов	
	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность панкреатоеюно-, билиодигестивных анастомозов, желчеистечение, панкреатические свищи	7	2,83	1	0,4
Ранний острый послеоперационный панкреатит	20	8,1	1	0,4
Внутрибрюшное кровотечение (аррозивное)	3	1,21	1	0,4
Острые язвы ЖКТ, осложненные кровотечением	24	9,72		



Послеоперационные осложнения и причины летальных исходов больных с механической желтухой.



Характер послеоперационных осложнений	Число осложнений		Число летальных исходов	
	абс.	%	абс.	%
Прогрессирование печеночно-почечной недостаточности и геморрагических расстройств	13	5,26	2	0,81
Билиарный сепсис	6	2,43	2	0,81
Гемобилия	1	0,4		
Нагноение послеоперационной раны	28	11,34		
Пневмония	7	2,83		
Острый инфаркт миокарда	2	0,81		
Всего	111	44,93	7	2,82



ВЫВОДЫ

I

Используемый алгоритм является системой поэтапных мероприятий лечебно-диагностической помощи больным с механической желтухой, позволяющий установить диагноз в кратчайшие сроки и вместе с тем провести вмешательства, направленные на декомпрессию желчевыводящих путей в первые дни от начала госпитализации.



ВЫВОДЫ

II

Двухэтапный метод лечения синдрома механической желтухи, осложняющей течение доброкачественных и злокачественных заболеваний билиарнопанкреатодуоденальной зоны (первый этап – декомпрессия желчных протоков, второй этап – выполнение радикальных и паллиативных традиционных хирургических вмешательств), позволил уменьшить количество послеоперационных осложнений на 17%, а летальность снизить до **2,8%.**



И В ЗАКЛЮЧЕНИЕ...

- МЫ ДАЛЕКИ ОТ МЫСЛИ



- НЕ ПРЕТЕНДУЕМ НА



- НО НАДЕЕМСЯ





**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА
ВНИМАНИЕ И ТЕРПЕНИЕ!**

