

Врач, оказывающий неотложную помощь, с желтухой встречается часто. Этот синдром становится серьезной диагностической задачей для хирургов, терапевтов, гастроэнтерологов, инфекционистов, врачей общей практики. Исключить инфекцию и подтвердить механический характер этого заболевания – лишь первый из вопросов дифференциальной диагностики.

К сожалению, длительная и неясная диагностика неизбежно приводит к плохим результатам лечения, поскольку состояние больного с механической желтухой требует быстрого оказания квалифицированной помощи. В противном случае желтуха быстро прогрессирует, перерастая в печеночную и почечную недостаточность.

Эта публикация – не только констатация существующего трудного положения с диагностикой и лечением больных с механической желтухой, но и отклик на положительные сдвиги в организации современных методов борьбы с грозным синдромом.

И антеградно, и ретроградно

Стандартный вариант решения проблемы обтурационной желтухи, применяющийся и сегодня в хирургических и онкологических стационарах, – это операция. В прошлом наиболее часто в ходе открытой операции на желчных путях проводилось наружное дренирование либо формирование энтероанастомоза с желчным пузырем.

Сейчас – с развитием эндоскопических и рентгенохирургических технологий – упор делается на миниинвазивные вмешательства, позволяющие быстро купировать желтуху и рано начать, например, химиотерапевтическое лечение. При этом в подавляющем большинстве российских стационаров используется эндоскопическое ретроградное пособие, в результате которого через фатеров сосочек устанавливается стент в желчный проток. Этот способ дренирования часто оказывается неэффективным из-за крупных размеров образования головки поджелудочной железы, невозможности канюлировать фатеров сосочек, высокого проксимального блока желчных путей. Последняя ситуация, нередко встречающаяся при опухолях внепеченочных желчных протоков, наиболее трудна, поскольку в большинстве случаев требует выполнения антеградного, то есть чреспеченочного, дренирования желчных протоков.

Эта методика, несмотря на техническую доступность, освоена далеко не всеми профильными учреждениями. Между тем антеградный способ дренирования либо стентирования желчных путей можно применить в подавляющем большинстве случаев. Он требует не столько специального оснащения, сколько мастерства и уверенности врача. Среди московских клиник лидерами в освоении антеградных методов являются Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН (член-корреспондент РАМН профессор Борис Долгушин – пионер этого направления в нашей стране), городская клиническая больница № 7 (под руководством профессора Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Эдуарда Гальперина), ГКБ № 68 (группа профессора Юлии Кулезнёвой), 1-й Градская (профессор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Сергей Капранов), Боткинская больница. Но надо признать, что усилий этих крупных центров недостаточно для решения проблемы.

На сегодняшний день считается, что антеградный способ разрешения механической желтухи предпочтителен в связи со своей универсальностью. В то же время, эндоскопические пособия во многих отношениях безопаснее и привлекательнее для специалистов. Поэтому для оптимального лечения пациентов с желтухой клиника должна владеть

сегодня нами в полной мере освоены все существующие малоинвазивные способы купирования механической желтухи.

Особое значение имеют успехи реанимационной службы центра, сотрудники которой давно и с успехом занимаются экстракорпоральными методами очистки крови у больных с гепаторенальным синдромом, в том числе с использованием специальных колонок, позволяющих проводить сорбцию билирубина при отсутствии быстрого эффекта от дренирования желчных путей.

Чтобы показать, к чему приводят правильное и неправильное

который располагался в воротах печени. Лишь тогда больная в состоянии тяжелой полиорганной недостаточности и печеночной энцефалопатии, с очень высоким – 700 мкмоль/л (норма – менее 20 мкмоль/л) уровнем билирубина, была направлена в Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России и госпитализирована. При экстренно выполненной магнитно-резонансной томографии был установлен диагноз резектабельной опухоли внепеченочных желчных протоков, однако спасти больную не удалось в связи с развитием отека легких на фоне уже суще-

уровня 350 мкмоль/л и коррекции гипокоагуляции было выполнено антеградное чреспеченочное стентирование холедоха.

На момент выписки уровень билирубина составлял 180 мкмоль/л и прогрессивно снижался.

– Сейчас мы готовимся к возобновлению химиотерапии, уже в нашем центре, – рассказывает Владимир Лядов. – С одной стороны, по основному заболеванию прогноз у пациента неблагоприятный, с другой – без проведения миниинвазивного лечения желтухи больному было бы практически невозможно помочь. Учитывая эффективность современной по-

Акценты

Механическая желтуха: нерешенная проблема?

Ответ на давний клинический вопрос найден в Лечебно-реабилитационном центре Минздрава России



ведение пациентов с механической желтухой, приведем примеры печального и успешного клинического опыта.

Опыт отрицательный

На сегодняшний день даже в центральных регионах России больные с механической желтухой в значительном числе случаев не получают в городских стационарах никаких вариантов миниинвазивного лечения. Если состояние пациентов после проведен-

ной инфузионной терапии улучшается, их выписывают. В дальнейшем они нередко повторно поступают в стационар с тем же диагнозом либо погибают на фоне нарастающей желтухи. Кроме того, отсутствие в районных больницах качественной диагностики приводит к использованию заведомо неэффективных методов лечения, как, например, холецистостомия при опухолях ворот печени.

Как пример – клинический случай. В начале 2012 г. у 46-летней жительницы одной из областей Центрального федерального округа внезапно развилась желтуха. В инфекционном стационаре был в первые же дни исключен инфекционный характер, однако перевести больную в специализированное учреждение не удалось в связи с отсутствием точного диагноза. Пациентку направили для выполнения компьютерной томографии в соседнюю область, и при исследовании было заподозрено наличие опухоли периапулярной зоны. Тем не менее, оказание помощи в районном онкологическом диспансере оказалось невозможным в связи с отсутствием верификации онкологического диагноза. Спустя 3 недели от начала заболевания больную по настоянию родственников перевели в одну из московских больниц, где была сделана попытка ретроградного дренирования желчных путей. Попытка оказалась безуспешной из-за уровня блока желчных путей,

оставшей печеночно-почечной недостаточности.

Безусловно, своевременное выполнение наружного дренирования протоков могло предотвратить летальный исход и, возможно, в дальнейшем выполнить радикальную операцию. Тем более что при проведении радикальных операций при подобных опухолях на сегодня отмечается 20-30%-ая 5-летняя выживаемость. Необходимо подчеркнуть, что радикальные операции у таких пациентов должны выполняться только в условиях крупных федеральных центров, поскольку их объем – чаще всего расширенная гемигепатэктомия, в том числе вместе с панкреатодуоденальной резекцией, – практически невыполним в учреждениях менее высокого уровня.

Опыт положительный

А вот яркий пример успешности миниинвазивного лечения механической желтухи.

Пациенту 55 лет в 2007 г. была выполнена брюшно-анальная резекция по поводу рака прямой кишки. В дальнейшем он прошел 6 курсов химиотерапии, находился под наблюдением в онкодиспансере. Полгода назад была отмечена прогрессия в виде билобарных метастазов в печень и легкие. Лечение по поводу метастазов не проводилось, и в феврале 2012 г. развилась механическая желтуха, обусловленная (как выяснилось позднее) сдавливанием холедоха лимфатическими узлами гепатодуоденальной связки. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где исключили инфекционный характер желтухи и в течение 3 недель проводили инфузионную терапию. Лишь по настоянию родных пациент был доставлен в Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России с уровнем общего билирубина 665 мкмоль/л и явлениями тяжелой печеночно-клеточной недостаточности, с резкой коагулопатией и выраженной интоксикацией. По жизненным показаниям было выполнено чреспеченочное наружное дренирование холедоха. При этом очень важно, что осуществлялась дозированная декомпрессия желчных путей (в подобной ситуации быстрое уменьшение давления в желчных путях могло привести к декомпенсации и гибели пациента). После снижения билирубина до

лихимиотерапии, особенно с применением таргетных препаратов, при колоректальном раке, в данном случае мы считаем возможным добиться стабилизации опухолевого процесса на несколько лет.

Решаемая проблема

В настоящее время отмечается рост числа больных с опухолями поджелудочной железы и желчных путей. Ежегодно в России диагностируется около 5-6 тыс. опухолей внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря. Практически все эти больные страдают от механической желтухи. Диагноз рака поджелудочной железы ежегодно устанавливают у 11-12 тыс. человек, и подавляющее большинство из них также страдает от механической желтухи. Все они нуждаются в том или ином варианте миниинвазивного вмешательства для купирования механической желтухи.

Возможности диагностики и лечения механической желтухи сегодня достаточно широки и позволяют справиться с этим синдромом практически в любой ситуации. Своевременное применение миниинвазивных методик значительно улучшает прогноз больных при последующем выполнении им радикальной операции либо проведении, например, фотодинамической терапии.

– Механическая желтуха является одной из значимых социальных проблем, которая при определенных организационных усилиях может быть успешно решена, – говорит главный хирург Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России, руководитель Школы современной хирургии профессор Валерий Егиев. – Речь идет в первую очередь о профилизации и создании специализированных учреждений для больных с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны. Если идти в ногу с этой мировой тенденцией, то мы можем кардинально улучшить ситуацию с диагностикой и лечением больных с механической желтухой в нашей стране.

Альберт ХИСАМОВ,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: кандидат медицинских наук Владимир Лядов (слева) и руководитель отдела миниинвазивных технологий центра Александр Вишнинский планируют лечение больного с механической желтухой.