



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 3(90) 2018

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

**Засновник** —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983ПР  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук  
(Постанова президії ВАК України № 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою  
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»  
(Протокол № 03 від 04.06.2018 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарєва  
Адміністратор  
К. В. Пономарєва  
Перекладач  
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 07.06.2018 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 22,00.  
Тираж 300 пр.

**Адреса редакції:**  
61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-99  
715-33-45

Видання віддруковане  
у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
вул. Дерев'янка, 16, к. 83  
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2018

**Головний редактор В. В. Бойко**

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко  
М. М. Велігоцький  
М. К. Голобородько  
Т. Г. Григор'єва  
В. Б. Давиденко  
Б. М. Даценко  
В. Г. Дуденко  
І. Д. Дужий  
Д. О. Євтушенко  
Ю. І. Караченцев  
В. М. Лісовий  
В. К. Логачов  
В. І. Лупальцов  
О. В. Малоштан  
О. О. Павлов  
М. В. Панченко  
Б. І. Пєєв  
В. П. Польовий  
В. І. Сипітий  
В. О. Сипливий  
В. І. Стариков  
С. В. Сушков  
А.К. Флоріян  
О. М. Тищенко  
Є. Д. Хворостов  
С. І. Шевченко

## РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андрєєщев (Київ)  
О. Ф. Возіанов (Київ)  
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)  
М. Ф. Дрюк (Київ)  
Ю. П. Зозуля (Київ)  
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)  
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)  
М. Г. Кононенко (Суми)  
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)  
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)  
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)  
В. Ф. Саєнко (Київ)  
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)  
М. І. Тутченко (Київ)  
С. О. Шалімов (Київ)  
В. О. Шапринський (Вінниця)  
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)

О. И. Прохоров,  
К. О. Кожемяка

Харьковский национальный  
медицинский университет

© Прохоров О. И., Кожемяка  
К. О.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНОЙ ЖЕЛТУХОЙ

**Резюме.** В статье ретро- и проспективно проанализированы результаты лечения 215 больных с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной области (ГПДО). Накопленный опыт лечения больных с заболеваниями ГПДО позволил разработать и внедрить новый алгоритм диагностики и лечения данной патологии. Показано, что малоинвазивные исследования позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать механическую желтуху и холангит, дают возможность проводить оперативные вмешательства в наиболее благоприятных условиях, особенно при хронических желтухах в плановом порядке, а у больных пожилого возраста и с тяжелой сопутствующей патологией являются альтернативой хирургического лечения.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, холангит, злокачественные новообразования.

### Введение

Опухоли органов гепатопанкреатодуоденальной области (ГПДО) составляют 15% всех злокачественных новообразований пищеварительного тракта и имеют тенденцию к увеличению [1, 3, 5]. Раннее их выявление является одним из наиболее тяжелых вопросов диагностики. Достоверная оценка проявлений патологического процесса влияет на выбор тактики лечения, на его непосредственные и отдаленные результаты [2, 4]. До настоящего времени единственным методом радикального лечения опухолей ГПДО являются хирургические вмешательства, при этом операбельность этих опухолей не превышает 15-17%. На ранних стадиях заболевания клиническая симптоматика мало специфична, потому зачастую они являются интраоперационной «случайной находкой» [6, 8].

Хорошее кровоснабжение органов ГПДО, близость магистральных сосудов, густая сеть анастомозов между лимфатическими узлами благоприятствуют раннему лимфогенному и гематогенному метастазированию. При подозрении на опухоль ГПДО необходимо проведение комплексного обследования, которое включает в себя все известные методы диагностики [2,4,7]. Однако высокая себестоимость неинвазивных и инвазивных методов является препятствием к проведению полноценного обследования. Поэтому изучение особенностей клинического течения заболеваний, разработка алгоритма диагностики и лечения опухолей ГПДО является актуальной проблемой современной хирургии, направленной на снижение частоты заболевания, проведение оптимального лечения на разных стадиях новообразований и улучшение качества жизни больных.

### Материалы и методы исследований

Ретро- и проспективно проанализированы результаты лечения 215 больных с заболеваниями ГПДО в возрасте 43-91 г. за последние 7 лет, из них мужчин – 119, женщин – 96 (1:1,2). Опухолевая природа заболевания была обусловлена раком головки поджелудочной железы (ПЖ) – у 132 (61,4%) больных, раком большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной (БСДПК) – 18 (8,4%) больных, раком желчного пузыря – 20 (9,3%) больных, раком холедоха – 5 (2,3%) больных, опухолью Klatskin – 23 (10,7%) больных, метастазами рака в печень – 17 (7,9%) больных.

Всем пациентам выполняли общеклинические лабораторные методы исследования крови и мочи, биохимические исследования крови; большинству больных проводили исследования онкомаркеров РЕА,  $\alpha$ -фетопротейна, СА 19-9, а также использовали инструментальные методы: ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ) (с/без контрастированием), эндоскопическую эзофагогастро-дуоденоскопию (ЭЭГДС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), магнитную компьютерную томографию (МРТ), черезкожную чрезпеченочную холангиографию (ЧХГ) под контролем УЗИ и видеолапароскопии.

### Результаты исследования и их обсуждение

Накопленный опыт лечения больных с заболеваниями ГПДО позволил разработать и внедрить новый алгоритм диагностики и лечения данной патологии, куда, кроме стандартного клиничко-лабораторного исследования, входят выше приведенные методы инструментальной диагностики, большинство из которых при не-



обходимости можно превратить из диагностической процедуры в лечебную. При разработке алгоритма учитывалось, что механическая желтуха (МЖ), которая осложняет заболевание, должна быть ликвидирована как можно раньше от начала ее возникновения через опасность развития холангита. Рационально диагностику и лечение МЖ проводить одновременно, хотя в большинстве случаев лечение опережает дифференциальную диагностику причины и уровня обтурации желчных путей.

При наличии дистального blastomatозного блока желчевыводящих путей и хронической желтухи ограничивались проведением УЗИ, СКТ и МРТ, и ЭРХПГ не выполняли. Ретроградное контрастирование в этом случае приводило к ухудшению состояния больного в связи с увеличением гипертензии во внутрипеченочных протоках, инфицированием и затрудненной эвакуацией контрастного вещества и желчи. В такой ситуации возможно выполнение ЧХГ под контролем УЗИ или лапароскопа, или формирование холецистостомы из мини — доступа в условиях местной анестезии при помощи катетера Фоллея. Абсолютными противопоказаниями к ЧХГ считали индивидуальную непереносимость контрастных препаратов и выраженные нарушения системы свертывания, множественные

метастазы в печень, крайне тяжелое состояние больных. Рентгенологический вид блока при blastomatозных заболеваниях, вызывающих обтурационную желтуху, не является строго специфичным, что объясняется разной распространенностью процесса, наличием мелких включений и воспалительного отека.

С учетом накопленного нами опыта рекомендовано придерживаться следующей схемы лечебно-диагностических малоинвазивных инструментальных вмешательств при заболеваниях ГПДО: клиничко-лабораторные данные, УЗИ, СКТ, ЭРХПГ или ЧХГ, холецистостомия, лапаротомия. Если возможности малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков подготовки больному выполняли лапаротомию с выполнением одного из методов интраоперационного желчеотведения.

### Выводы

Малоинвазивные исследования позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать МЖ и холангит, дают возможность проводить оперативные вмешательства в наиболее благоприятных условиях, особенно при хронических желтухах в плановом порядке, а у больных пожилого возраста и с тяжелой сопутствующей патологией являются альтернативой хирургического лечения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю. И. Оперативная эндоскопия заболеваний панкреатобилиарной зоны / Ю. И. Галлингер, М. В. Хрусталева // *Анналы РНЦХ РАМН*. — 2004. — №13. — С. 124-132.
2. Долгушин Б.И. Комплексная диагностика опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны / Б. И. Долгушин, В. Ю. Косырев, Г. Т. Синюкова // *Практическая онкология*. — 2004. — Т. 5. — № 2 —2004. — С. 77-83.
3. Каримов Ш. И. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза / Ш. И. Каримов, В. Л. Ким, С. П. Боровский, Ш. А. Юсметов // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2000. — № 2. — С. 32-35.
4. Климов А. Е. УЗИ в диагностике острого холангита при холедохолитиазе в определении показаний к экстренным эндоскопическим вмешательствам / А. Е. Климов, В. А. Иванов, А. Г. Фёдоров, А. С. Габоян, В. Ю. Малюга, С. В. Давыдова, Н. С. Малюга // XVI Международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 16-18 сентября 2009 года, г. Екатеринбург. — 2009. — С. 125.
5. Малярчук В. И. Роль и значение хирургических и эндоскопических методов дренирования желчных протоков у больных с blastomatозной механической желтухой / В. И. Малярчук, А. Г. Фёдоров, С. В. Давыдова, Н. Ф. Плавунов // *Сибирское медицинское обозрение*. — 2003. — № 2-3. — С. 22-25.
6. Назыров Ф.Г. Хирургическое лечение больных с периапулярными опухолями, осложненными механической желтухой / Ф. Г. Назыров, Х. А. Акилов, М. М. Акбаров, А. В. Девятов, У. Ш. Каримов // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2000. — № 2. — С. 21-24.
7. Фёдоров А. Г. Эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчных протоков при опухолевой билиарной блокаде / А. Г. Фёдоров, С. В. Давыдова // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10. — № 2. — С. 66.
8. Харченко В. П. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные декомпрессивные вмешательства при желтухе опухолевой этиологии / В. П. Харченко, М. А. Кунда, Т. А. Лютфалиев // *Медицинская радиология и радиационная безопасность*. — 2000. — № 3. — С. 60-67.

ОСОБЛИВОСТІ  
ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ  
НА ОБСТРУКТИВНУ  
ЖОВТЯНИЮ

*О. І. Прохоров,  
К. О. Кожум'яка*

**Резюме.** У статті ретро- та проспективно проаналізовано результати лікування 215 хворих на захворювання гепато-панкреатодуоденальної області (ГПДО). Накопичений досвід лікування хворих на захворювання ГПДО дозволив розробити і впровадити новий алгоритм діагностики та лікування даної патології. Показано, що малоінвазивні дослідження дозволяють досить швидко та ефективно ліквідувати механічну жовтяницю та холангіт, дають можливість проводити оперативні втручання в найбільш сприятливих умовах, особливо при хронічних жовтяницях у плановому порядку, а у хворих похилого віку та з важкою супутньою патологією є альтернативою хірургічному лікуванню.

**Ключові слова:** механічна жовтяниця, холангіт, злоякісні новоутворення.

PECULIARITIES OF  
DIAGNOSIS IN PATIENTS  
WITH OBSTRUCTIVE  
JAUNDICE

*О. І. Prokhorov,  
К. О. Kozhemyaka*

**Summary.** Retrospective and prospectively analyzed the results of treatment of 215 patients with hepatopancreatoduodenal area (HPDA). The accumulated experience in the treatment of patients with diseases of the HPDA allowed the development and implementation of a new algorithm for the diagnosis and treatment of this pathology. It has been shown that minimally invasive studies allow to quickly and efficiently eliminate mechanical jaundice and cholangitis, make it possible to conduct surgical interventions in the most favorable conditions, especially with chronic jaundice in a planned manner, and in elderly patients and with severe concomitant pathology are an alternative to surgical treatment.

**Key words:** mechanical jaundice, cholangitis, malignant neoplasms.