

УДК 616.36-008.5-089

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В ХИРУРГИИ****Стяжкина С.Н., Истеева А.Р., Короткова К.А., Сахабутдинова Д.Р., Хасанова Г.Ф.***ГБОУ ВПО «Ижевская Государственная Медицинская Академия», Ижевск,  
e-mail: dina.sahabutdinova@gmail.com*

В настоящее время часто встречаются заболевания билиарной системы и поджелудочной железы, сопровождающиеся стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи. Механическая желтуха – это патологический синдром, заключающийся в нарушении оттока печеночной желчи по желчным путям в двенадцатиперстную кишку из-за механических препятствий. Наиболее частые причины механической желтухи – желчнокаменная болезнь, злокачественные опухоли, а также рубцовая стриктура желчного протока или большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки. Тяжелыми осложнениями механической желтухи являются холангит и печеночная недостаточность. Лечение механической желтухи этапное. На первом этапе необходимо восстановить желчеотток из печени. Задача второго этапа является устранение причины, вызвавшей желтуху и восстановление желчеоттока в кишечник. В последнее время для декомпрессии желчных путей используют малоинвазивные эндоскопические или чрескожные чреспеченочные методы отведения желчи под контролем рентгенологического аппарата, ультразвукового аппарата (УЗИ), компьютерного томографа (КТ) или лапароскопа.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, желчнокаменная болезнь, злокачественные опухоли, рубцовая стриктура желчного протока

**ACTUAL PROBLEMS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN SURGERY****Styazhkina S.N., Isteeva A.R., Korotkova K.A., Sakhabutdinova D.R., Khasanova G.F.***Izhevsk state medical Academy, Izhevsk, e-mail: dina.sahabutdinova@gmail.com*

Currently, the most frequently occurring disease of the biliary system and the pancreas, accompanied by a persistent obstruction of the main bile duct with subsequent development of jaundice. Mechanical jaundice is a pathological syndrome, is in violation of the outflow of bile by the liver bile transport in the duodenum due to mechanical obstruction. The most common causes of jaundice are gallstone disease, malignant tumors and scar stricture of bile duct or major duodenal papilla duodenum. Severe complications are cholangitis, jaundice and liver failure. Treatment of obstructive jaundice landmark. The first step is to restore bile outflow from the liver. The second stage is the elimination of the cause of jaundice and the restoration of bile outflow into intestine. Recently for decompression of the biliary tract using minimally invasive endoscopic or percutaneous transhepatic techniques under the control of the x-ray machine, ultrasonic device (ultrasound), computed tomography (CT) or laparoscopy.

**Keywords:** obstructive jaundice, gallstone disease, malignant tumors, scar stricture of bile duct

Механическая желтуха – это патологический синдром, заключающийся в нарушении оттока печеночной желчи по желчным путям в двенадцатиперстную кишку из-за механических препятствий. Наиболее частые причины механической желтухи – желчнокаменная болезнь, злокачественные опухоли, а также рубцовая стриктура желчного протока или большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки. Эти процессы при их локализации в магистральном желчном протоке приводят к затруднению оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Следствием этого является повышение давления желчи в протоках, расположенных выше места обструкции. В результате эти протоки расширяются в диаметре, а в кровь из желчи, находящейся под повышенным давлением, проникают билирубин, желчные кислоты и другие составные части желчи. Повышенное количество билирубина, циркулирующее в крови, через почки попадает в мочу и окрашивает ее в темно-желтый цвет. Если в двенадцатиперстную кишку перестает поступать желчь, кал уже

не окрашивается желчными пигментами и становится серого землистого цвета. Но значительно более важным следствием отсутствия желчи в кишке является нарушение усвоения организмом жирорастворимых витаминов, в частности, витамина К, что приводит к значительному нарушению образования в печени протромбина и нарушению свертывания крови.

Установлено, что изначально желтуха является симптомом болезни, но если ее вовремя не купировать, развиваются изменения в органах, возникающие вследствие холестаза. Тяжелыми осложнениями механической желтухи являются холангит и печеночная недостаточность. Чем раньше выявлен характер патологического процесса и выполнено рациональное пособие для восстановления желчеоттока из печени, тем лучше результат и лечение больного.

Пациентов с механической желтухой следует относить к группе больных с острой хирургической патологией. Оптимальное лечение больных с механической желтухой проводят в два этапа. Первый этап: времен-

ная наружная или внутренняя декомпрессия билиарных путей с помощью различных методов желчеотведения. Второй этап (после ликвидации механической желтухи) проведение плановой операции для устранения причины, вызвавшей механическую желтуху. В настоящее время способы желчеотведения разнообразны и включают в себя:

1. Интенсивная инфузионная терапия;
2. Гепатопротекторы – Ремаксол 400,0 № 10, Гептрал 5,0 № 10 в/в капельно;
3. Иммуностимулирующая терапия – Ронколейкин 300,0 № 3 в/м или в/в;
4. Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ);
5. Чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ) с чрескожно-чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС);
6. Холестистостомию под контролем УЗИ, КТ или лапароскопа;
7. Назобилиарное дренирование;
8. Различные варианты эндопротезирования желчных протоков;
9. Различные интраоперационные методы декомпрессии желчных протоков;

**Цель исследования.** Изучить причины, распространенность и тактику лечения механической желтухи.

#### Материалы и методы исследования

Сбор анамнеза и исследование 91 истории болезни у пациентов с механической желтухой, госпитализированных в 2012 году в хирургическое отделение РКБ № 1 г. Ижевска.

#### Результаты исследования и их обсуждение

У жителей города частота заболеваний, при которых осложнением является механическая желтуха, составляет 40 человек, а жителей села – 51 человек. Преобладание мужчин в возрасте 51-62 лет, женщин 55-80 лет. Наибольшее влияние на заболеваемость механической желтухой оказывали: ЖКБ 77,2%, опухоли головки поджелудочной железы, Фатерова соска, холедоха 13,8%, ПХЭС 9%.

**Клинический пример:** пациент Б., 78 лет, проживающий по адресу: Каракулинский район, с. Боярка, ул. Малая, 11-2, неработающий пенсионер, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении РКБ с 29.12.2015 г. по 16.02.2016 г. с диагнозом: Стриктура терминального отдела холедоха. Susp. В1. терминального отдела холедоха. Осложнение: Механическая желтуха. Холестатический гепатит ГЦН. Холангит. Сопутствующее заболевание: В1. левой почки.

Жалобы при поступлении: тупые ноющие боли в эпигастрии и правом подре-

берье, слабость, пожелтение кожных покровов. Считает себя больным 2-3 недели, когда появилась температура 39°C с ознобом, боли в эпигастрии. С 9.12.2015 г. по 28.12.2015 г. находился на стационарном лечении в Каракулинской ЦРБ. 15.12.2015 г. появилась желтуха, температура тела нормализовалась, боли уменьшились. Лечение проводилось консервативно.

В связи с неэффективностью лечения, 29.12.2015 г. был переведен в хирургическое отделение РКБ № 1 для дальнейшей диагностики и лечения.

Общий осмотр больного на момент поступления: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтушные. Дыхание жесткое, незначительное ослабление в задне-базальных отделах. ЧДД 18 в минуту. Пульс 86 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серо-зеленым налетом.

Status localis на момент поступления. Осмотр живота: живот незначительно вздут, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, пупок втянут. Расширения подкожных вен живота нет. Пальпация живота: при поверхностной пальпации живот мягкий, отмечается болезненность в правом подреберье и эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации отмечается резкая болезненность в правом подреберье. Симптом Ортуэра, Керра отрицательные. Печень увеличена, выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Размеры печени по Курлову: по срединно-ключичной линии 13 см, по передне-срединной линии 12 см, косой размер 10 см. При перкуссии живота свободной жидкости нет. Перистальтика выслушивается. В1.- образование не пальпируется. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

УЗИ органов брюшной полости от 11.01.16. Печень 6,0\*14,5 см., желчный пузырь: поперечник 2 см, выпот 2-3 мл. В полости – гиперэхогенная структура 2,5\*1,5 см. Холедох: на уровне ворот до 17 мм в просвете «рыхлая» гиперэхогенная структура 14,0\*7 мм + эховзвесь. Доступен до ретроуденального отдела. Желчевыводящие пути с тенденцией расширения до 5 мм. Поджелудочная железа: 2,5\*1,5\*2,0 см, не увеличена. Слева под диафрагмой до 2,5 см и «следы» свободной жидкости. Справа не определяется.

УЗИ органов брюшной полости от 01.02.16. Печень: сохраняются увеличенные размеры с признаками пневмобилии. Желчный пузырь: поперечник 1,6 см. холедох – в проксимальной части расширен до

14 мм с наличием трубчатой структуры – дренаж, под дренажем эхопозитивная масса 11,8 мм, без тени. Поджелудочная железа без отрицательной динамики. Свободной жидкости в брюшной полости нет. В плевральной полости справа отграниченное скопление жидкости ячеистого неоднородного характера, 8,5\*6,0 см с многочисленными перегородками. Слева в плевральной полости до 2,0 см.

МРТ органов брюшной полости и МР-холангиопанкреатография от 24.12.15. Заключение: МР-признаки выраженного внутри- и внепеченочного холестаза с блоком холедоха на уровне головки поджелудочной железы. Признаки ЖКБ, дисхолии, хронического холецистита, деформации желчных протоков. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы с умеренным увеличением размеров ее головки. Объемное образование левого надпочечника, объемные жидкостные образования почек, вероятно кисты. Объемное образование заднего сегмента левой почки, вероятно VI.

УЗИ почек от 29.12.15. правая почка: размеры 10,0\*4,3 см, расположение обычное. Контур ровный. ЧЛС не расширена. КМД в норме. Соотношение ЧЛС к паренхиме обычное. Толщина паренхимы 1,3 см. Область надпочечника без особенностей. Левая почка: тотально «дольчатая», размеры 11,4\*4,6 см. Контуры слегка неровные. КМД в норме. Соотношение ЧЛС к паренхиме обычное. В верхнем сегменте гипохоструктура 4,0\*5,0\*3,2 см по типу кистозного образования + в/с/с киста 1,7\*1,5 см. в с/с ближе к задней поверхности, в области губы локализируются объемные слабо-эхопозитивные солидные образования 3,5\*4,0 см. Селезенка S=36 кв. см, без особенностей. Свободной жидкости в брюшной полости нет. К задней поверхности поджелудочной железы прилежит объемное трубчатое анэхогенное образование 2,5\*2,5 см, расслаивается расширенный холедох, при ЦДК без кровотока. Убедительных данных за образование головки поджелудочной железы нет.

Холангиография: Наружно-внутреннее дренирование от 13.01.16 г. Через ранее установленный дренаж выполнена холангиография. Дренаж дислоцирован в подкожно-жировую клетчатку, дренаж удален. Пунктирован внутрипеченочный желчный проток, выполнена холангиография. Отмечено расширение холедоха, выполнена репозиция холедоха. Катетер проведен дистальнее области окклюзии холедоха, выполнена холангиография: холедох расширен до 10 мм, пассаж контрастированной желчи в двенадцатиперстную кишку резко нарушен, отмечается ретроградное

контрастирование расширенного панкреатического протока. В двенадцатиперстную кишку проведен дренаж. Контрастная холангиография: результат удовлетворительный, пассаж контрастированной желчи восстановлен. Дренаж подшит к коже четырьмя отдельными узловыми швами, наложена асептическая повязка.

Лабораторные данные: в полном анализе крови – эритропения-  $3,9 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцитоз до  $18,3 \cdot 10^9/л$ , гемоглобин снижен до 98 г/л. В биохимическом анализе крови: увеличение общего билирубина до 136,8 мкмоль/л за счет прямого билирубина до 133,7 мкмоль/л.

Было проведено лечение: ЧЧХГ. Наружное дренирование от 30.12.15. Резкое расширение внутрипеченочных протоков, холедоха. Холедох деформирован. Пассаж контраста в двенадцатиперстную кишку отсутствует. Холедох реканализовать не удалось. Установлен наружный дренаж. Дренаж подшит к коже, наложена асептическая повязка.

Лечение: глюкоза 5% + витамин С в/в кап., NaCl 0,9%+церукал в/в кап., NaCl 0,9%+биротекс в/в кап., кеторол в/м, квамател в/в, NaCl 0,9%+викасол в/в кап., раствор Рингера в/в кап., таблетки омепразол, эгилек, дексаметазон в/м, глюкоза 5%+КС14% в/в кап., апротекс в/в стр., октреотид п/к, эксхол, альбумин 10% в/в, мезим-форте, эритроцитарная масса в/в кап., СЗП в/в кап., NaCl 0,9%+цефтриаксон.

Status localis на момент выписки. Осмотр живота: живот незначительно вздут, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, пупок втянут. Расширения подкожных вен живота нет. Пальпация живота: при поверхностной пальпации живот мягкий, отмечается умеренная болезненность в правом подреберье и эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. На момент выписки в полном анализе крови сохраняющийся лейкоцитоз до  $9,9 \cdot 10^9/л$ , эритропения до  $3,25 \cdot 10^{12}/л$ , послеоперационный период без осложнений. Переведен в ЦРБ по месту жительства для дальнейшего лечения.

### Выводы

1. Наиболее частыми причинами обтурации желчных путей является ЖКБ, при которой механическая желтуха имеет доброкачественное течение. При заболелваниях опухолевой природы данное осложнение принимает недоброкачественное течение.

2. Проанализировав данные о распространенности, сделаны следующие выводы: преобладание мужчин в возрасте 51-62 лет, женщин 55-80 лет. Наибольшее влияние

на заболеваемость механической желтухой оказывали: ЖКБ 77,2%, опухоли головки поджелудочной железы, Фатерова соска, холедоха 13,8%, ПХЭС 9%.

3. Лечение ЖКБ следует проводить в 2 этапа: первый – желчеотведение путем наружной или внутренней декомпрессии билиарных путей; второй – плановая операция, целью которой является устранение причины, вызвавшей механическую желтуху.

4. Проведенная комплексная терапия, в которую входит назначение иммуномодуляторов (ронколейкин), гепатопротекторы (гептрал, ремаксол), проведение интенсивной инфузионной терапии, показывает положительную динамику в лечении больных.

#### Список литературы

1. Эндогенная интоксикация в хирургии, гинекологии, эндокринологии: монография / М.Ф. Заричацкий [и др.]; под редакцией проф. Стяжкиной. – Пермь-Ижевск, 2013.
2. Острый холецистит: учебное пособие / сост. С.Н. Стяжкина, М.Н. Климентов и др. – Ижевск, 2015.
3. Кукош М.В., А.П. Власов. Острый холецистит. – М.: Наука, 2009. – 308 с.
4. Стяжкина С.Н., М.Л. Черенкова [и др.], Особенности течения острого панкреатита у беременных женщин// Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1.
5. Стяжкина С.Н., А.С. Марьенко, И.А. Хузина. Проблемы лечения рака головки поджелудочной железы// Студенческий научный форум. – 2014., ссылка: <http://www.scienceforum.ru/2014/pdf/6571.pdf> (Дата обращения 20.03.16).
6. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение. Лечащий врач [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2002/07-08/4529620/> (Дата обращения: 20.03.16).