

РЕЗОРБИЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА: СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Кулумбегов Г.Р.¹, Ирасханов А.Ш.^{2, 3}, Фарниев Т.Х.³

¹Кулумбегов Георгий Роландович – студент;

²Ирасханов Атаби Шайхаевич – студент;

³Фарниев Тамерлан Харитонович – кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра хирургических болезней № 1,
Северо-Осетинская государственная медицинская академия,
г. Владикавказ

Аннотация: с ростом заболеваемости населения желчнокаменной болезнью увеличивается количество ее осложнений, одним из которых выступает развитие механической желтухи. Своевременная ликвидация обтурационной желтухи является залогом сохранения структурно-функциональной организации других органов и систем. Традиционные методы лечения значительно уступают современным эндоскопическим способам окончательной ликвидации синдрома холестаза, при которых отмечается быстрая активизация больного в послеоперационном периоде.

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

Введение. Расстройство адекватного пассажа желчи на различных уровнях желчевыводящих путей является фактором развития механической (обтурационной) желтухи. Чаще всего возникновение механической желтухи имеет билиарные причины (обтурация конкрементом, желчным сладжем) [4, 428], реже – опухоли пакреатобилиарной зоны, стриктуры и пороки развития внутри- и внепеченочных желчевыводящих путей, паразиты, увеличенные лимфоузлы. Отсутствие своевременного устранения холестаза может привести к острой печеночно-почечной недостаточности, печеночной энцефалопатии, холемическим кровотечениям и иным серьезным осложнениям [3, 237].

Цель исследования. Провести анализ структуры заболеваемости, диагностики и лечения механической желтухи в клинике общей хирургии СОГМА.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании были проанализированы 93 истории болезни пациентов, проходивших лечение в клинике общей хирургии СОГМА в 2014-2017 гг.

Результаты исследования. Среди проанализированных историй болезни лиц мужского пола - 32 человека (34,4%), женского - 61 (65,6%). В возрастной группе 30-45 лет – 4 случая механической желтухи, 45-60 лет – 36 случаев, старше 60 лет – 53 случая, средний возраст – 62,5 года. По степени тяжести выявлено 64 случая (68,8%) легкой, 27 случаев (29%) средней и 2 случая (2,2%) тяжело текущей формы подпеченочной желтухи. Причинами обтурационной желтухи были:

- а) конкременты в желчных протоках (82 случая – 88,1%);
- б) желчный сладж с микролитами (5 случая – 5,3%);
- в) стриктура гепатикохоледоха (2 случая – 2,2%);
- г) опухоль терминального отдела гепатикохоледоха (1 случай – 1,1%);
- д) опухоль головки поджелудочной железы (1 случай – 1,1%);
- е) гиперплазия фатерова сосочка (1 случай – 1,1%);
- ж) дислокация пластикового билиодуоденального стента (1 случай – 1,1%).

Дополнительные методы обследования (ультразвуковое исследование и компьютерная томография) позволяли обнаружить в просвете общего желчного протока конкременты размером от 8 до 13 мм и/или микролиты, холедохэкстазии до 9,5-18 мм и расширение внутripеченочных желчных ходов. Пациенты поступали с повышенным уровнем содержания в крови общего и прямого билирубина (92 случая – 98,9%), щелочной фосфатазы (92 случая – 98,9%), общего холестерина (66 случаев – 70,9%). Малоинвазивные оперативные вмешательства выполнялись в объеме чрескожной чреспеченочной холангиографии с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (21 случай), эндоскопической ретроградной холангиографии с применением йодсодержащего рентгеноконтрастного вещества Урографин 30%, эндоскопической папиллосфинктеротомии (88 случаев), билиодуоденального стентирования (35 случаев), дренирования по Вишневскому (3 случая), ретроградной механической литотомии (16 случаев), экстракции конкрементов (82 случая). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 11 дней (минимальная – 8, максимальная – 19).

Выводы.

1) В случаях желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, средняя продолжительность времени с момента возникновения заболевания до момента обращения составила 2,5 года.

2) Профилактикой механической желтухи является оперативное лечение хронического калькулезного холецистита.

3) С целью раннего выявления желчнокаменной болезни рекомендуется проводить массовые профилактические обследования лиц трудоспособного и старшего возраста методами ультразвуковой диагностики гепатобилиарной зоны.

4) В настоящее время операциями выбора являются малоинвазивные методы лечения механической желтухи для декомпрессии желчных путей [2, 272], которые сокращают период реабилитации больных и снижают количество осложнений (острый панкреатит – 5 случаев), приводят к быстрой нормализации биохимических показателей крови и мочи, являющихся «золотым стандартом» диагностики патологии гепатобилиарной системы.

Список литературы

1. *Брискин Б.С.* Эндоскопическая санация общего желчного протока и холангиоэнтеросорбция при лечении холангита и механической желтухи // Эндоскопическая хирургия, 2015. Т. 11. № 4. С. 3–8.
2. *Габриель С.А.* Современные методы эндоскопической диагностики в лечении больных с механической желтухой // Фундаментальные исследования, 2011. № 11. С. 272–276.
3. *Елисеев С.М.* Обоснование хирургической тактики при механической желтухе // Бюл. ВСНЦ СО РАМН, 2016. № 5 (75). С. 233–239.
4. *Стяжкина С.Н.* Актуальные проблемы механической желтухи в хирургии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2016. № 7. С. 427–430.
5. *Reichel C., Meier-Abt P.J.* Cholestatic liver diseases. Ther. Umsch., 1997. 54 (11): 639—644.