

АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Стяжкина С. Н.¹, Гадельшина А. А.², Ворончихина Е. М.³

¹Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор;

²Гадельшина Альбина Азатовна – студент;

³Ворончихина Елизавета Михайловна – студент,

лечебный факультет, кафедра факультетской хирургии,

Ижевская государственная медицинская академия г. Ижевск

Аннотация: механическая желтуха является основным осложнением гепатопанкреатобилиарной системы. В условиях хирургического отделения РКБ № 1 г. Ижевска были проанализированы 33 истории болезни с патологией указанной системы. Особое внимание уделялось полу и возрасту больных, длительности их нахождения на стационарном лечении, а также результатам лабораторно-инструментальных исследований. Рассмотрен и описан один из вариантов протекания механической желтухи на клиническом примере. Определена частота встречаемости заболевания среди населения Удмуртской Республики. Установлено, что для устранения механической желтухи используют малоинвазивное, малотравматичное хирургическое лечение.

Ключевые слова: механическая желтуха, гепатобилиарная система, холедохолитиаз, холангиография, гипербилирубинемия, хирургия.

Введение

В последние годы наблюдается значительный рост числа заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы, что в свою очередь увеличивает частоту встречаемости осложнений данной патологии.

Механическая желтуха - достаточно распространенное осложнение, которое характеризуется нарушением оттока печеночной желчи в двенадцатиперстную кишку, причиной которой служат патологические процессы на различных уровнях желчевыводящих протоков.

Частыми причинами механической желтухи являются холедохолитиаз, стеноз и опухоль большого дуоденального сосочка, злокачественная опухоль желчных протоков и головки поджелудочной железы, склерозирующий холангит [1].

Лидирующим инструментальным методом диагностики механической желтухи является УЗИ. Последующий алгоритм диагностики требует выполнения прямых рентгенологических методов контрастирования (ЭРПХГ, ЧЧХГ, ЛХС) протоковых систем с использованием эндоскопической техники [4].

Лечение механической желтухи следует проводить в 2 этапа: 1 - желчеотведение путем наружной или внутренней декомпрессии билиарных путей; 2 – плановая операция, целью которой является устранение причины, вызвавшей механическую желтуху [2].

К консервативным методам декомпрессии относят назначение спазмолитиков в сочетании с глюкокортикостероидами. Важным компонентом является профилактика и лечение печеночно-почечной недостаточности и острого гнойного холангита. В целях дезинтоксикации и восполнения энергетического баланса проводят внутривенную инфузию растворов глюкозы с добавлением электролитов и витаминов (аскорбиновая кислота, витамины группы В, глюконат кальция, хлорид калия). Назначается иммуностимулирующая терапия [3].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), лапароскопическая холецистостомия (ЛХС) позволяют произвести декомпрессию желчного протока или желчного пузыря (назобилиарное дренирование, гепатостомия, холецистостомия). При неэффективности малоинвазивных методов проводится срочное оперативное вмешательство. Объем операции зависит от причин, вызвавших желтуху, и тяжести состояния пациента [4].

При неэффективном лечении возможно возникновение осложнений, таких как холангит, острая печеночная и почечная недостаточность, холемические кровотечения, холангиогенные абсцессы печени, желчный перитонит [1, 4].

Цель исследования. Определить распространенность, длительность и тактику лечения заболевания среди населения Удмуртской Республики.

Материалы и методы. Исследование 33 историй болезни у пациентов с механической желтухой, госпитализированных в хирургическое отделение РКБ г. Ижевск с 01.09.16 по 28.02.17 г.

Клинический пример: пациент М., 48 лет, проживающий в г. Сарапул, работающий электромонтером, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении РКБ с 31.01.2017 г. по 28.02.2017 г. с диагнозом: В1 области ворот печени; механическая желтуха; ГЦН.

Жалобы при поступлении: интенсивная желтушность кожи, склер, ноющие боли, тяжесть в правом подреберье, кожный зуд. Считает себя больным с весны 2016 года, когда стали беспокоить

периодические ноющие боли в эпигастрии. Месяц назад пожелтели кожные покровы. Лечился, обследовался амбулаторно в городе Сарапул, направлен в хирургическое отделение 1 РКБ г. Ижевска с целью дообследования и проведения чрескожно-чреспеченочного дренирования.

Общий осмотр больного на момент поступления. Состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Положение активное. Кожа и склеры интенсивно-желтушные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 76 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. ЧДД 18 ударов в минуту.

Status localis при поступлении. Осмотр живота: вздут, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, пупок втянут. 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. Симптомы Ортнера, Кера отрицательные. Печень увеличена, выступает на 5 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.

УЗИ органов брюшной полости от 31.01.17. Гепатомегалия на фоне выраженного холестаза, холестатический гепатит с блоком на уровне головки pancreas лимфоаденопатия ворот печени, выраженное увеличение размеров pancreas за счет головки по типу псевдотуморозного панкреатита, более вероятно являющейся причиной холестаза, утолщения стенок, деформации, экзозвеси желчного пузыря.

МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием (20 мл) от 23.01.17. МР-признаки: новообразования ворот печени с увеличением размеров, нарастанием расширения желчных протоков и появлением признаков не калькулезного холецистита в динамике; регионарной лимфоаденопатии.

Лабораторные данные: в полном анализе крови на 01.02.17: незначительный лейкоцитоз до $9,8 \cdot 10^9$ /л; эритропения до $2,93 \cdot 10^{12}$ /л. гемоглобин снижен до 96 г/л; гематокрит снижен до 0,261 л/л; распределение эритроцитов по величине увеличен до 21,3%; ширина распределения тромбоцитов по их объему увеличена до 18,5%. Биохимический анализ крови: увеличение общего билирубина до 351,33 мкмоль/л за счет прямого билирубина до 238,95 мкмоль/л, АСТ-53 ед/л, АЛТ-76 ед/л, щелочной фосфатазы до 489,71 ед/л, ГАММА-ГТ до 105,66 ед/л. Понижение креатинина до 31 мкмоль/л, альбумина до 29,24 г/л.

Было проведено лечение: чрескожная чреспеченочная холангиография, наружно-внутреннее дренирование желчевыводящих путей от 03.02.17: внутриворотные протоки печени расширены, определяется окклюзия холедоха сразу после впадения протоков правый и левый доли печени. Культя холедоха резко расширен, имеет коническую форму с неровным контуром. Пассажа контрастированной желчи в кишечник не определяется за счет окклюзии холедоха в дистальной его трети. Выполнена реканализация окклюзионного участка холедоха. Катетер проведен в кишечник. По проводнику в область окклюзии проведена доставочная система стента диаметром 10 мм, длиной 42 мм. Выполнена его имплантация стента. При контрольной холангиографии пассаж контрастированной желчи в кишечник восстановлен, выявлен критический стеноз протока левой доли печени. Наложен наружно - внутренний страховочный дренаж. Наружный конец дренажа подшит к коже. После анестезии место пункции 0,5% раствором новокаина из-под мечевидного отростка пунктирован проток левой доли печени. Проводник проведен в протоки правой доли печени. По проводнику в область стриктуры левого печеночного протока с выходом стента в протоки правой доли печени имплантирован стент диаметром 10 мм, длиной 20 мм.

Чрескожная чреспеченочная холангиография от 06.02.17: внутриворотные протоки расширены до 6 - 7 мм. Стент в общем печеночном протоке функциональный, проходим. Контраст поступает в просвет двенадцатиперстной кишки. Наружно-внутренний дренаж удален.

Консервативное лечение: глюкоза+аспаркам; р-р Рингера; физ.р-р NaCl+триналгин; физ.р-р NaCl+викасол; физ.р-р NaCl+гордокс; квамател; гептал; супрастин; кальций глюконат+ физ.р-р NaCl; лазикс; микрозим; дюфалак; фенозипам; фосфоглиф; урсолив; физ.р-р NaCl+октреотид; церукал; физ.р-р NaCl+троксаминат; дексаметазон.

Выписной эпикриз. Пациент М. находился в хирургическом отделении 1 РКБ с диагнозом: VI. области ворот печени; механическая желтуха; ГЦН. Поступил в плановом порядке с механической желтухой из г. Сарапула для операции ВМП. 03.02.17 проведена ЧЧХГ, 06.02.17 – контрольная ЧЧХГ. Послеоперационный период без осложнений. Желтушность купируется. Желчь поступает в двенадцатиперстную кишку. Кал оформленный, коричневый. Выписывается на долечивание по месту жительства (стационарная терапия). Диспансерное наблюдение в РКОД, повторный осмотр, консультация онколога. Рекомендации по дальнейшему лечению: гепатопротекторы, урсосан, синдромная терапия, контроль лабораторных анализов и инструментальных исследований. Исключение инсоляций, тепловых процедур, физиотерапии.

Полученные результаты и их обсуждения.

Механическая желтуха чаще встречается у лиц старше 40 лет. Преимущественно страдают женщины. У всех исследованных выявлены следующие клинические отклонения показателей от нормы: пожелтение кожных покровов, склер и слизистых оболочек; кожный зуд; при пальпации и перкуссии увеличение размеров печени и желчного пузыря; обесцвечивание кала; изменение цвета мочи до темно-коричневого. Лабораторные данные на момент поступления: гипербилирубинемия (общий билирубин от 196 до 384 мкмоль/л, прямой билирубин - от 65 до 239 мкмоль/л); увеличение уровня печеночной фракции щелочной фосфатазы крови от 296,2 до 553,2 ед/л; увеличение уровня гамма-глутамилтрансферазы крови от 79,2 до 416,24 ед/л. При инструментальных исследованиях (УЗИ, МРТ) у пациентов отмечается увеличение размеров печени, ЖКБ, изменение просвета желчных протоков.

Основной лечебной тактикой данного заболевания является стремление разрешить ее малоинвазивными способами в минимальные сроки и избежать хирургического вмешательства при высоком содержании билирубина.

Нами было выявлено, что в клинике чаще используется чрескожно-чреспеченочная холангиография под контролем УЗ и рентгенаппаратов, чрескожно-чреспеченочная холангиостомия; холецистостомия под контролем УЗИ, КТ или лапароскопа; эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией.

Выводы.

1. Госпитализация городских жителей с механической желтухой осуществлялась в экстренном порядке, что составило 75,3%. Сельские жители поступали по направлению врача из поликлиники, их число составило 24,3%.
2. В ходе нашей работы было отмечено 33 госпитализированных больных в период с сентября 2016 по февраль 2017 года с диагнозом «Механическая желтуха». Из них 30,3% мужчин и 69,7% женщин.
3. Средний возраст больных составил 65,6 лет.
4. Средний койко-день в стационаре составил 21 день.

Список литературы

1. *Стяжкина С.Н., Истеева А.Р., Короткова К.А., Сахабутдинова Д.Р., Хасанова Г.Ф.* Актуальные проблемы механической желтухи в хирургии // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*, 2016. № 7 (часть 3). С. 427-430.
2. *Стяжкина С.Н., Истеева А.Р., Короткова К.А., Сахабутдинова Д.Р.* Актуальные проблемы механической желтухи в хирургии // *Международный студенческий научный вестник*, 2016. № 2. С. 7.
3. *Голуб А.М., Алексее С.А., Бовтюк Н.Я.* Инструментальные методики декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе. Минск: БГМУ, 2011. 26 с.
4. *Аль Сабунчи, Акилов Ф.А., Павлычев А.В., Матушкова О.С., Гвоздик В.В.* Учебно-методическое пособие. «Желчекаменная болезнь», 2015. № 2.