



ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Абдукаюм Юлдашевич Тухтакулов¹

Начальник управления здравоохранения
Ферганской области

Азамат Шукхратович Абдурахмонов²

Главный специалист управления здравоохранения
Ферганской области

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7179772>

Аннотация: Причинами, вызывающими непроходимость желчных путей, являются механическая желтуха доброкачественного генеза (75 — 80%). Лечение пациентов, госпитализированных в отделения хирургического профиля с явлениями механической желтухи, остается актуальной проблемой хирургической гепатологии. Основной задачей лечения механической желтухи в экстренной хирургии, вне зависимости от причины обструкции, является декомпрессия билиарного тракта.

Ключевые слова: механическая желтуха, диагностика и лечение, хирургическое лечение.

Механическая желтуха (МЖ) — самый яркий синдром и самое опасное осложнение за-болеваний приводящих к непроходимости желчных протоков [7, 13]. Механическая желтуха, является основным фактором, приводящим к развитию осложнений со стороны желчевыде-лительной системы, в частности холангита и приводит к развитию гепатита и поражениям в других органах и системах, что в свою очередь отягощает течение основной болезни [5, 117].

В последнее годы отмечается прогрессивный рост доброкачественной и злокачественной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, что неизбежно приводит к увеличению числа пациентов с МЖ. Довольно высокая летальность связана, с нарастающей печеночно-почечной недостаточностью (ППН), от правильного и своевременного выбора тактики лечения зависит положительный результат проводимого лечения и дальнейшая судьба пациента. Наиболее распространенной причиной развития механической желтухи доброкачественного генеза является холедохолитиаз, который с точки зрения УЗИ может протекать с синдромом стойкой билиарной гипертензии, с преходящими нарушениями оттока желчи и без нарушения оттока желчи [6, 138].

Проведение общепринятых диагностических исследований требует определенного времени, а их использование в ряде лечебно-профилактических учреждений является трудной задачей [6, 138]. Не смотря на это, решающую роль в установлении причин желтухи играют инструментальные методы, которые можно разделить на две группы: Неинвазив-ные — трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), спиральная компьютерная томография (СКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), магнитно-резонансная панкреатикохолангиография (МРПХГ). Инвазивные — фибро-гастродуоденоскопия (ФГДС), эндоскопическая ультрасонография (ЭУС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангио-графия (ЧЧХГ) [3, 24, 4, 50-56, 6, 138].

По данным литературы, точность традиционно используемых неинвазивных исследований (УЗИ) колеблется от 15 до 90%. Инвазивные методики прямого контрастирования внепеченочных желчных путей, обладая высокой точностью (79-98%), имеют значительный риск осложнений (3-8,3%). В то же время, применение современных неинвазивных высокотехнологичных методов диагностики, дает возможность быстро получить достоверную диагностическую информацию, но не всегда доступно [8, 10].

В рамках оценки степени эндогенной интоксикации анализируются скорость нормализации температуры тела, числа сердечных сокращений, частоты дыхания, количества лейкоцитов периферической крови, а также маркеры холестаза. На момент обращения за медицинской помощью у пациентов которые включались в исследование с компенсированным системным ответом отмечалась температурная реакция до субфебрильных цифр: в подгруппе 1.1 А- $37,21 \pm 0,02$, в подгруппе 1.2А- $37,28 \pm 0,03$ °C ($p > 0,05$). В группе 1.1 пациентам была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, а в группе 1.2 больных вмешательство было дополнено назобилиарным дренированием. Критерием установки дренажа в желчные протоки служило наличие получения порции гнойной или гнойно-фибринозной желчи в ходе выполнения вмешательства. Нормализация показателей ЧСС в подгруппе без назобилиарного дренирования происходила на 5-6 сутки ($5,67 \pm 0,21$) в подгруппе с использованием дополнительного дренирования протоков на 3-4 сутки ($4,09 \pm 0,29$), получена статистически достоверная разница ($p < 0,01$). У пациентов с осложненной желтухой средней тяжести нормализация ЧДД отмечена в обеих группах в среднем на 1-2 сутки ($1,36 \pm 0,12$ и $1,16 \pm 0,07$, соответственно, без достоверности различий). Средние сроки нормализации лейкоцитоза отмечены на 3-4 сутки ($3,71 \pm 0,14$ в подгруппе 1.1А и $3,58 \pm 0,26$ в подгруппе 1.2А соответственно) [6, 138].

Последние годы развития хирургии характеризуется внедрением в практику малоинвазивных интервенционных вмешательств, направленных на снижение риск оперативного вмешательства и расширяющих возможности хирургического лечения больных старческого возраста и больных с наличием тяжелых сопутствующих соматических заболеваний [1,123, 2,50]. Большинство хирургов при лечении больных механической желтухой считают перспективными малоинвазивные, малотравматичные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков, их реканализацию и протезирование [7,13]. Современная тенденция развития подходов к лечению больных с механической желтухой, осложненной холангитом предполагает широкое применение малоинвазивных методик, позволяющих добиться оптимального результата при минимальной операционной травме. При этом наибольшее распространение завоевал двухэтапный метод лечения больных [6, 138].

Малоинвазивные операции являются альтернативой традиционным операциям при механической желтухе различного генеза и уровня обструкции желчных протоков, так как позволяют сократить длительность пребывания больных в стационаре в 1,6 раза и срок послеоперационного периода в 1,4 раза. Наиболее часто применяются следующие паллиативные вмешательства: эндоскопическая папиллосфинктеротомия дополненная назобилиарным дренированием; чрескожная чреспеченочная холангиостомия; эндопротезирование желчных протоков; различные способы

холецистостомии (чрескожной, лапароскопической, микрохолецистостомии) транспеченочное дренирование; создание билиодигестивных ано-стомозов, в том числе с использованием шивающих аппаратов, лапароскопического инструментария, с использованием силы постоянных магнитов [7, 13].

Таким образом, клинические — лабораторные показатели у больных с механической желтухой доброкачественного генеза нормализуются в зависимости от тяжести желтухи и времени проведения вмешательств. В установлении причин желтухи важную роль играют инструментальные неинвазивные и инвазивные методы исследования. 2-х этапное применение малоинвазивных методов декомпрессии, дает возможность улучшить результаты хирургического лечения, сокращает сроки восстановления трудоспособности, а так же предупреждает развитие осложнений.

Литература:

1. Блинов В. Ю. Лапароскопическая холецистолитотомия и эндоскопическая санация желчного пузыря, как метод калькулёзного холецистита у больных с высокой степенью риска: дисс.... канд.мед.наук:14.0017 / В. Ю. Блинов — М.-1990.-
2. Вилявин М.Ю. Возможности спиральной компьютерной магнитно-резонансной томографии в диагностике холецистита М. Ю. Вилявин, Н.Ю.Осипов// Анналы хирургической гепатологии 12.-№3.-С.50.
3. Галлингер Ю. И., Хрусталева М. В. Эндоскопическая ретроградная литотрипсия при холедохолитиазе: Методическое пособие для врачей. — М.: 2005. — 24 с.
4. Галлингер Ю. И., Хрусталева М. В. Диагностика, современные методы ретроградной холедохолитотомии и колопроктологии,— 2006. — № 5. — С. 50-58.
5. Карпенко Е. В. Малоинвазивное лечение механической желтухи: дисс. ...канд. мед. наук.- 2009.- 117 с.
6. Карсанова З. О., Совершенствование диагностики желтухой доброкачественного генеза на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Владикавказ -2013, с. 138
7. Мокин М. В. Малоинвазивные вмешательства при механической желтухе.: Автореферат диссертации кандидат медицинских наук. Москва, 2008. С.13.
8. Пьянкова О. Б. Совершенствование дифференциальной диагностики и хирургической тактики в лечении механической желтухи различного генеза.: Автореферат диссертации доктора медицинских наук. Пермь 2013. С10

