



УДК 616.367-003.7-072.1-089.819

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Уроков Ш.Т., Абидов У.О., Хайдаров А.А.

Бухарский Государственный медицинский институт Бухарский филиал РНЦЭМП

### ✓ Резюме

Проведен ретроспективный анализ клинических данных 2970 больных механической желтухой доброкачественной и злокачественной этиологии. Механическую желтуху доброкачественного генеза наблюдали у 2251 (75,8%), злокачественного - у 719 (24,2%) больных. С целью диагностики всем больным, поступившим с синдромом холестаза, проводились стандартные общеклинические и биохимические анализы. Верификацию диагноза механической желтухи выполняли при помощи УЗИ, ФГДС, МРХПГ, ЭРПХГ.

Ключевые слова: алгоритм диагностики, малоинвазивного лечения, синдром механической желтухи.

## МЕХАНИК САРИҚЛИК СИНДРОМИ МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ВА ТАШХИСОТ АЛГОРИТМИ

Уроков Ш.Т., Абидов У.О., Хайдаров А.А.

Бухоро Давлат тиббиёт институти РШТЕИМ Бухоро филиали

### ✓ Резюме

Мақолада яхши сифатли ва ёмон сифатли этиологияга эга бўлган 2970 та механик сариқлик синдроми бўлган беморлар клиник ҳолатлари ретроспектив таҳлили ўтказилган. Механик сариқликнинг яхши сифатли қисми 2251 (75,8%), ёмон сифатли қисми 719 (24,2%) беморни ташкил қилди. Ташхисот мақсадида механик сариқлик билан мурожат қилган барча беморларга стандарт умумклиник ва биохимик таҳлиллар ўтказилди. Ташхис қўйиш мақсадида УТТ, ФГДС, МРПХГ, ЭРПХГ, ЧЧХС текширишлар ўтказилди.

Калит сўзлар: механик сариқлик синдроми, миниинвазив даволаш, ташишлаш алгоритми.

## ALGORITHM FOR DIAGNOSTICS AND MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME

Urokov Sh.T., Abidov U.O., Khaidarov A.A.

Bukhara State Medical Institute Bukhara branch of RNCMP

### ✓ Resume

A retrospective analysis of clinical data of 2970 patients with obstructive jaundice of benign and malignant etiology was carried out. Obstructive jaundice of benign genesis was observed in 2251 (75.8%) patients, malignant jaundice - in 719 (24.2%) patients. For the purpose of diagnosis, all patients admitted with cholestasis syndrome underwent standard general clinical and biochemical analyzes. Verification of the diagnosis of obstructive jaundice was performed using ultrasound, FGDS, MRCP, ERCP.

Key words: diagnostic algorithm, minimally invasive treatment, obstructive jaundice syndrome.

### Актуальность

Одной из основных и трудноразрешимых проблем хирургии, до сегодняшнего дня остается вопросы диагностики и лечения синдрома механической желтухи (МЖ). В последние годы отмечена тенденция увеличения количества больных с механической желтухой, оставаясь важной медико-социальной проблемой во всем мире [1,3,5,6,7,10,11]. Правильная и

своевременная диагностика ее причины имеет большое значение, определяя дальнейшую тактику ведения больного и результаты его лечения.

Так как МЖ не является самостоятельной нозологической формой, то единые статистические данные, а также поло-возрастная характеристика отсутствуют [8]. У пациентов хирургических стационаров с МЖ доля опухолевых причин составляет 25,5 -59 %, неопухолевых - 11,6 - 74,4 % [12,14,16,17,18].

Причинами этого являются неуклонный рост больных с этой патологией, увеличение среди них числа лиц пожилого и старческого возраста, детей и беременных. Диагностические ошибки, возникающие в 12-38% наблюдений [2,4,9,13], приводят к печеночной недостаточности и другим тяжелым осложнениям (желудочно-кишечные кровотечения, гнойный холангит, абсцессы печени, сепсис), что в 14-27% наблюдений приводят к летальному исходу [3,9].

По данным Э.И. Гальперина с соавт. [2,5] до 10% населения земного шара страдают данной патологией, в то время как показатель заболеваемости за каждые 10 лет увеличивается примерно в 2 раза.

Результаты научного прогнозирования показало что, заболеваемость органов желчевыводящей системы вырастет в ближайшие 15 лет в мире на 30-50%, что объясняется образом жизни и характером питания, наследственными факторами [5,9,15]. Наблюдается общий процесс «омоложения» контингента больных с подпеченочным холестазом. На сегодняшний день отмечается рост летальности при механической желтухе среди лиц трудоспособного возраста [19,20].

Это обстоятельство связано не только с увеличением количества таких больных, способствовало также выявляемость, с внедрением новых диагностических методик - таких как компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), магнито-резонансная холангиопанкреатография МРХПГ. Соответственно увеличилось количество хирургических вмешательств при этих патологиях.

Большую роль в исходе лечения пациентов с МЖ играют диагностические и тактические ошибки, допущенные на догоспитальном этапе и в процессе стационарного лечения, частота которых составляет от 12 до 25%. Причины, которые лежат в их основе, зависят от многих факторов. Сюда можно отнести стертость клинической симптоматики, длительный период амбулаторного обследования, неправильная интерпретация данных лучевой диагностики, неадекватный выбор метода лечения. Часто больные с механической желтухой ошибочно госпитализируются в инфекционный стационар с подозрением на инфекционный характер, что приводит к запоздалой диагностике и упущению времени для оптимального вмешательства.

**Цель исследования:** Разработка алгоритма диагностики и малоинвазивного лечения синдрома механической желтухи.

### Материал и методы

Проанализирован опыт диагностики и лечения 3421 больных механической желтухой (МЖ), находившихся на лечении в отделениях I и II экстренной хирургии, эндоскопического кабинета при Бухарском филиале РНЦЭМП с 2010 по 2021 гг. Основные сведения из анамнеза, наиболее важные данные физикального обследования и лабораторной диагностики позволили заподозрить обтурационную желтуху у 90% больных, 10% пациентов были переведены из инфекционных больниц и гастроэнтерологических отделений стационаров.

Необходимо отметить позднюю обращаемость больных в стационар. Мужчин было 1572 (46%), женщин - 1849 (54%).

Возраст больных варьировал от 18 до 90 лет, причем более 60% составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Причинами механической желтухи у 76% (n=2599) больных были доброкачественные заболевания, у 24% (n=822) - злокачественные. Отмечено увеличение частоты злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны с 2010 по 2021 года.

По данным биохимического исследования венозной крови, у этих пациентов отмечалась гипербилирубинемия в пределах от 35 до 580,3 мкмоль/л.

### Результат и обсуждения

Для выявления вида и причины МЖ применяли неинвазивные методы - УЗИ, ФГДС,

МСКТ, далее по необходимости инвазивные ЭРХПГ, ЧЧХГ, МРПХГ.

УЗИ было использовано как скрининговый метод у всех больных. Основными задачами исследования были определение признаков воспаления, билиарной гипертензии и причин вызвавших механическую желтуху. При недостаточной информативности УЗИ и ФГДС проводили магниторезонансную холангиографию в режиме панкреатикохолангиографии и ЭРПХГ. Использованный диагностический комплекс позволил оценить состояние гепатобилиарной зоны, внепеченочных желчных протоков и выявить причину МЖ.

Выполнено 3490 ЭРПХГ и 3390 ЭПСТ. По результатам ЭРПХГ причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз - у 2297 (в том числе и резидуальный холедохолитиаз), опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) - у 144 больных, опухоль головки поджелудочной железы 395 и стриктуры терминального отдела холедоха - 102 больных; опухоли ворот печени, метастазы в печень из других локализаций опухолей и сужение ОЖП вследствие перихоледохеальной ЛАП - 168 больных, прорвавший эхинококковая киста печени в общий желчный проток - 136 больных, гепатикофасциола у - 3 больных, синдром Мириizzi (СМ) - у 25; киста холедоха - 3; причина не МЖ (ХАГ, ЦП и т.д.) - 66 больных (немеханической природы).

Эндоскопическую палилосфинктеротомию (ЭПСТ) удалось выполнить у 3288 (97%) больных. Литоэкстракцию камней из ОЖП удалось выполнить у 2136 (93,2%) больных. При невозможности удаления камней из ОЖП по причине больших размеров конкрементов, производили механическую литотрипсию. Удачно данная операция выполнена у 151 больных (6,5%). Неудачи механической литотрипсии было у 44 (2,2%) больных связанные прежде всего с парапапиллярными дивертикулами и плотными камнями.

По различным причинам ЭРПХГ (невозможностью доступа к БДС, ранее произведенные резекции желудка по Бильрот II, парапапиллярные дивертикулы, и т.д.) у 42 больным произвести не удалось (табл.1).

Проходимость желчного протока ликвидирована открытым (традиционным, при показателях билирубина ниже 100 мкмоль.л) или антеградным путем ЧЧХС (интервенционно - радиологическим путем).

Табл.1.

#### Причины и количество неудач эндоскопического вмешательства

причина	Попытка вмешательства	количество	%
ЖКБ. Холедохолитиаз. Синдром Мириizzi	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	13	0,4
ЖКБ. Холедохолитиаз. Изменение топики БДС в результате пара или интрадивертикулярного	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	18	0,6
ЖКБ. Холедохолитиаз (крупный вклиненный конкремент)	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	6	0,2
ЖКБ. Холедохолитиаз (состояние после резекции желудка по Бильрот2)	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	5	0,2
<b>Итого</b>		<b>42</b>	<b>1,4</b>

При невозможности ретроградной декомпрессии билиарного тракта использовали ЧЧХГ и ЧЧХС у 44 больным.

У пациентов с длительно существующей билиарной гипертензией более 2 х недель и высокими цифрами билирубина наиболее часто диагностировали печеночную недостаточность, сопровождающуюся гемокоагуляционными расстройствами и энцефалопатией.

Острый холангит как осложнение механической желтухи диагностирован у 220 (7,4%) больных, до и после декомпрессионном периоде.

Из числа больных 220 с явлениями гнойного холангита 87(39,5%) произведено назобилиарное дренирование и санация желчного дерева растворами декосана и 20 мл (5мл.литр) раствором азонированного натрий хлорида. По влиянию азонированного раствора на течение острого холангита ведется научная работа.

**Алгоритм диагностики и тактики при механической желтухе злокачественного генеза  
табл.2.**

Диагноз	Содержание и последовательность алгоритма
Стриктура желчного протока на протяжении, ятрогенные повреждения	УЗИ - ФГДС - МРХПГ - ЭРХПГ - стентирование, при невозможности - ЧЧХС - наложение билиодигестивного анастомоза
Рак головки поджелудочной железы	УЗИ - ФГДС - РКТ - ЧЧХС - радикальная или паллиативная операция в условиях областного или республиканского онкоцентра
Рак желчного протока	УЗИ - ФГДС - МРХПГ - ЧЧХС - радикальная или паллиативная операция в условиях областного или республиканского онкоцентра
Рак БДС	УЗИ - ФГДС с биопсией - ЭРХПГ - стентирование - радикальная или паллиативная операция в условиях областного или республиканского онкоцентра

Из инструментальных УЗИ, МРХПГ, ЭРХПГ вместе с онкомаркером СА-19-9, дает возможность оценить распространенность процесса и успешность хирургического лечения.

В последние годы наложение чрескожной - чреспеченочной холецистостомы под контролем УЗИ и рентген навигации (интервенционно - радиологический метод) стало наиболее распространенным методом, позволяющим не только сразу установить характер и место обтурации желчных путей, но и осуществить их декомпрессию [7,21,24,25,26].

МРХПГ обеспечила высокую (93,1%) достоверность диагностики заболеваний желчных путей, печени, поджелудочной железы и главного панкреатического протока. При этом метод позволил у 201 (81,38%) пациента определить уровень, протяженность и причину обтурации протоковой системы.

В анализируемом клиническом материале эффективность МРХПГ в диагностике механической желтухи, вызванной холелитиазом, воспалительными стриктурами или опухолью ОЖП, оказалась достаточно высокой - 98,5%. Преимущество метода заключалось в возможности изучения состояния ОЖП и внутрипеченочных протоков в естественных условиях, без заполнения их контрастным веществом. Кроме того, эта методика во всех случаях обеспечивала отображение протоков выше и ниже препятствия, протяженность и степень сужения, что было важно для планирования лечебных манипуляций.

### Заключение

Результаты диагностики и лечения МЖ и его осложнений, зависят от степени и длительности гипербилирубинемии, своевременного и точного определения характера желтухи, уровня и причины непроходимости желчных протоков. На первом этапе необходимо УЗИ, при котором диагноз устанавливается более чем у 75% больных. В неясных случаях (до 25%) проводится второй этап исследований, выполняются МРХПГ или ЭРХПГ, в том числе, и как лечебная процедура. Используемый алгоритм является системой поэтапных мероприятий лечебно-диагностической помощи больным с данной патологией, позволяющий установить диагноз в кратчайшие сроки и вместе с тем провести вмешательства, направленные на декомпрессию желчевыводящих путей в первые дни от начала госпитализации.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Urokov Sh.T. Kenjayev L.R. diagnostics and treatment of mechanical jaundice on the background of liver cirrosis //International Scientific Journal Theoretical & Applied Science Year: 2020 Issue: 07 Volume: 87.
2. Abdurakhmanov M.M., Ruziev U.U., Surgical tactics for acute cholecystitis in patients with cardiovascular diseases //New Day in Medicine 3(31)2020 209-213 <https://cutt.ly/5xIWHRz>

3. Abdurakhmanov M.M., Abdullayeva M.A., Umarov B.Ya., The state of the effect of immunity in patients with non-specific aorto-arteriitis //New Day in Medicine 2(22)2018 16-19 <https://cutt.ly/AnsFKgr>
4. Абдурахманов М.М., Абидов У.О., Рузиев У.У., Мурадов Т.Р Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. //“Журнал теоретической и клинической медицины”, 2020 г. №1, с. 59-62
5. Абидов У.О. Миниинвазивные вмешательства в лечении больных механической желтухой. //Биология ва тиббиёт муаммолари Халқаро илмий-амалий конференция «Горизонты современной хирургии» 2021, №6.1 (133) Стр. 277-283.
6. Абидов У.О., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А. Результаты этапного лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений. //Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент-2018. Стр.33.
7. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) //Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - Т. 16, № 3. - С. 50-57.
8. Григорьева И.Н. Полиморфизм гена АРОЕ и литогенность желчи у лиц с наследственной отягощенностью по ЖКБ /Григорьева И.Н., Слободчикова М.А., Максимов В.Н. // Материалы 10-го съезда НОГР. - М., 2010. - С. 81-82.
9. Дейкало И.М. Алгоритм диагностики и малоинвазивного лечения механической желтухи //Гепатология и гастроэнтерология. - №1. - 2018 «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского». - Тернополь, Украина. - Стр. 75-79.
10. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Боровский С.П., Эгамов Н.Э. и др. Сочетанные эндобилиарное и эндоваскулярные вмешательства в лечении механической желтухи, обусловленной периапулярными опухолями //Эндоскопическая хирургия. - 2008. - № 2. - С. 10-12.
11. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Боровский С.П., Эгамов Н.Э. и др. Сочетанные эндобилиарное и эндоваскулярные вмешательства в лечении механической желтухи, обусловленной периапулярными опухолями //Эндоскопическая хирургия. - 2008. - № 2. - С. 10-12.
12. Тешаев О.Р. Мадаминов Р.М., Исомитдинов Б.Ш. Лечение больных острым холециститом: особенности лапароскопической холецистэктомии //Ўзбекистон хирургияси 2018 й 2(78). С.68-69
13. Уроков Ш.Т., Абидов У.О. «Синдром механической желтухи» /Монография. Ташкент - 2020. С.150
14. Ўроқов Ш.Т. Кенжаев Л.Р. O't tosh kasalligi tufayli kelib chiqadigan mexanik sariqlikda jigar sirrozi bilan kelganda diagnostika va davolashda zamonaviy qarashlar. // Gastrogepatologiya jurnali 2020 й 1(1). С. 104-108.
15. Ўроқов Ш.Т., Мусаев Т.Я., Саъдиев Э.С., Кенжаев Л.Р. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области. //Матер XXII Всерос научной студенческой конференции.» Акт вопр хирургии, анестез и реанимат детского возраста» 21-24 апреля 2015 г. Краснодар. Сочи.
16. Urokov Sh.T., Abidov U.U., Khaidarov A.A., Khadzhaev K.Sh. Experience of application of endoscopic ligation of varicose-extended veses of the esophagus in the treatment of complications of portal hypertension//New Day in Medicine 3(27)2019 25-29 <https://cutt.ly/6bxEjAC>
17. Ўроқов Ш.Т. Хамроев Х.Н. Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени. //Достижения науки и образования. Российский импакт фактор. №12. (34). 2018г. С.56-61.
18. Eshonov O.Sh., Boltayev E.B. Method for emergency determination of the severity of endotoxiosis in emergency conditions//New Day in Medicine 2(30)2020 627-629 <https://cutt.ly/nvPztlW>
19. Эшонов О.Ш., Олтиев У.Б., Жамолов М.М. Послеоперационная когнитивная дисфункция. // National Journal of Neurology. Баку. 2018, с. 39-41.
20. Турдиев У.М., Болтаев Э.Б., Кодиров М.Д. Показатели цитокинов у больных с острым коронарным синдромом в зависимости от вида антитромботической терапии. //Высшая школа: научные исследования, 2020, р. 93-97.

**Поступила 09.02.2022**