

УДК: 616.367-003.7-072.1-089.819

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Уроков Шухрат Тухтаевич, Абидов Уткир Октамович, Хайдаров Аваз Амонович

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,

Республика Узбекистан, г. Бухара

МЕХАНИК САРИКЛИК СИНДРОМИ МИНИИНВАЗИВ ДАВОЛАШ ВА ТАШХИСОТ АЛГОРИТМИ

Уроков Шухрат Тухтаевич, Абидов Уткир Октамович, Хайдаров Аваз Амонович

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

ALGORITHM FOR DIAGNOSTICS AND MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME

Urokov Shukhrat Tukhtaevich, Abidov Utkir Oktamovich, Haydarov Avaz Amonovich

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: utkirabidov1973@gmail.com

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 мурожаат қилган барча беморларга стандарт умумклиник ва биохимик таҳлиллар ўтказилди. Ташхис кўйиш мақсадида УТТ, ФГДС, МРПХГ, ЭРПХГ, ЧЧХС текширишлар ўтказилди.

Калит сўзлар: Механик сариқлик, ЭРХПГ, МРХПГ.

Abstract. 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: Obstructive jaundice, ERCP, MRCP.

Актуальность исследования. 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 приводит 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 показали, 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: показать эффективность современных миниинвазивных технологий в улучшении результатов диагностики и лечения больных с синдромом механической желтухи.

Материалы и методы исследования. 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.

Результаты исследований. Для выявления вида и причины МЖ применяли неинвазивные методы - УЗИ, ФГДС, МСКТ, далее по необходимости инвазивные ЭРПХГ, 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 магнито-резонансную холангиографию в режиме панкреатико-холангиографии 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 Мирizzi (СМ) - у 25; киста холедоха - 3; причина не МЖ (ХАГ, ЦП и т.д) - 66 больных (немеханической природы).

Эндоскопическую паллосфинктеротомию (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 парапиллярными дивертикулами и плотными камнями.

По различным причинам ЭРПХГ (невозможностью доступа к БДС, ранее произведенные резекции желудка по Бильрот II, парапиллярные 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).

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.

Таблица 1. Причины и количество неудач эндоскопического вмешательства

Причина	Попытка вмешательства	abs	%
ЖКБ. Холедохолитиаз. Синдром Мирizzi	Эндоскопическая механическая лито-экстракция (или литотрипсия)	13	0,4
ЖКБ. Холедохолитиаз. Изменение топки БДС в результате пара или интрадивертикулярного расположения	Эндоскопическая механическая лито-экстракция (или литотрипсия)	18	0,6
ЖКБ. Холедохолитиаз (крупный вклиненный конкремент)	Эндоскопическая механическая лито-экстракция (или литотрипсия)	6	0,2
ЖКБ. Холедохолитиаз (состояние после резекции желудка по Бильрот2)	Эндоскопическая механическая лито-экстракция (или литотрипсия)	5	0,2
Итого		42	1,4

Таблица 2. Алгоритм диагностики и тактики при механической желтухе злокачественного генеза

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 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 азонирированного натрия хлорида. По влиянию азонирированного раствора на течение острого холангита ведется научная работа.

Из инструментальных УЗИ, МРПХГ, 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.

Вывод. 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.

Литература:

1. Urokov Sh.T. Kenjayev L.R. diagnostics and treatment of mechanical jaundice on the background of liver cirrhosis // International Scientific Journal Theoretical & Applied Science Year: 2020 Issue: 07 Volume: 87.
2. Абдурахманов М.М., Рузиев У.У. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных сердечно-сосудистой патологией. // Tibbiotga yangi kun. 2020. 3(31) С. 214-219.
3. Абдурахманов М.М., Мусоев Т.Я., Хайдаров А.А. Выбор хирургической тактики при холедохолитиазе. осложненной механической желтухой. // Tibbiotga yangi kun. 2018. 2(22). С. 176.
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. Абидов У.О., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А., Нурбобоев А.У. Возможности эндоскопического стентирования при неоперабельных опухолях билиопанкреатической зоны. Тиббиетда янги кун. 4(32)2020 стр. 623-625.
8. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - Т. 16, № 3. - С. 50-57.
9. Григорьева И.Н. Полиморфизм гена АРОЕ и литогенность желчи у лиц с наследственной отягощенностью по ЖКБ // И.Н. Григорьева, М.А. Слободчикова, В.Н. Максимов // Материалы 10-го съезда НОГР. - М., 2010. - С. 81-82.
10. 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.

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 периаппулярными опухолями //Эндоскопическая хирургия. - 2008. - № 2. - С. 10-12.
12. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Боровский С.П., Эгамов Н.Э. и др. Сочетанные эндобилиарное и эндоваскулярные вмешательства в лечении механической желтухи, обусловленной периаппулярными опухолями //Эндоскопическая хирургия. - 2008. - № 2. - С. 10-12.
13. Тешаев О. Р. Мадаминов Р.М., Исомитдинов Б.Ш. Лечение больных острым холециститом: особенности лапароскопической холецистэктомии// Узбекистон хирургияси 2018 й 2(78). С.68-69
14. Уроков Ш.Т., Абидов У.О. «Синдром механической желтухи» Монография. Ташкент - 2020. С.150
15. Уроқов Ш.Т. Кенжаев Л.Р. O't tosh kasalligi tufayli kelib chiqadigan mexanik sariqlikda jigar sirrozi bilan kelganda diagnostika va davolashda zamonaviy qarashlar. // Gastrogeratologiya jurnali 2020 й 1(1). С. 104-108.
16. Уроқов 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.
17. Уроқов Ш.Т. Хамроев Х. Влияние диффузных заболеваний печени на чтение и прогноз механической желтухи. // Тиббетда янги кун №3 2019г.
18. Уроқов 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.
19. Эшонов О.Ш., Болтаев Э.Б. Способ экстренного определения степени тяжести эндотоксикоза при неотложных состояниях. // Тиббиётда Янги Кун. №2 (30) 2020, с 636-638.
20. Эшонов О.Ш., Олтиев У.Б., Жамолов М.М. Послеоперационная когнитивная дисфункция. // National Journal of Neurology. Баку. 2018, с. 39-41.
21. УМ Турдиев, ЭБ Болтаев, МД Кодиров. Показатели цитокинов у больных с острым коронарным синдромом в зависимости от вида антиромботической терапии. Высшая школа: научные исследования, 2020, р. 93-97.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

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

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: Механическая желтуха, ЭРПХГ, МРХПГ.