

УДК 616.36-008.52

**АНАЛИЗ АКТУАЛЬНОГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ -
МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ЗА 2015-2016 ГОДА.**

¹Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск;

²Гадельшина Альбина Азатовна – студентка. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск;

³Ворончихина Елизавета Михайловна – студентка. Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск.

За последние несколько лет среди населения было замечено увеличение частоты встречаемости механической желтухи. Механическая желтуха - это распространенное осложнение, характеризующееся нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку, причиной которой служат патологические процессы на различных уровнях желчевыводящих протоков. В статье отражена актуальность этого патологического синдрома, приведены эпидемиологические данные, особенности этиологии и клинические проявления заболевания. В условиях хирургического отделения РКБ №1 г. Ижевск были проанализированы 129 историй болезни за 2015 и 2016 года с механической желтухой. Особое внимание уделялось полу, возрасту больных. Рассчитана средняя длительность нахождения их на стационарном лечении, а также изучены результаты лабораторно-инструментальных исследований. Рассмотрен и описан один из вариантов протекания механической желтухи на клиническом примере. В результате проведенных исследований были сделаны выводы.

Ключевые слова: механическая желтуха, гепатобилиарная система, желчнокаменная болезнь, желчеотведение, гипербилирубинемия, декомпрессия.

**ANALYSIS OF THE CURRENT SOCIO-ECONOMIC DISEASE - MECHANICAL
JAUNDICE FOR 2015-2016.**

¹Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgery. Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk;

²Gadelshina Albina Azatovna – Student. Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk;

³Voronchikhina Elizaveta Mikhailovna – Student. Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk.

Over the past few years, an increase in the frequency of mechanical jaundice has been observed among the population. Mechanical jaundice is a common complication characterized by a violation of the outflow of bile to the duodenum, which is caused by pathological processes at various levels of the bile ducts. The article reflects the relevance of this pathological syndrome, presents epidemiological data, features of etiology and clinical manifestations of the disease. In the conditions of the surgical department of the RKB No. 1 in Izhevsk, 129 case histories for 2015 and 2016 with mechanical jaundice were analyzed. Particular attention was paid to sex, age of patients. The average duration of their finding in inpatient treatment is calculated, as well as the results of laboratory-instrumental studies. One of the variants of the course of mechanical jaundice in a clinical example is considered and described. As a result of the studies, conclusions were drawn.

Key words: mechanical jaundice, hepatobiliary system, cholelithiasis, biliary excretion, hyperbilirubinemia, decompression.

Введение

В последние годы наблюдается значительный рост числа заболеваний гепатопанкреатобилиарной системы, что в свою очередь увеличивает частоту встречаемости осложнений данной патологии [4].

Механическая желтуха - это синдром, обусловленный нарушением поступления желчи в двенадцатиперстную кишку из-за патологических процессов, которые могут возникать на различных уровнях желчевыводящих протоков. Заболевание характеризуется повышенным накоплением билирубина в сыворотке крови [3].

Наиболее часто встречаемыми причинами механической желтухи является ЖКБ, стеноз и опухоль большого дуоденального сосочка, злокачественная опухоль желчных протоков и головки поджелудочной железы, склерозирующий холангит [2,5].

Вышеуказанные причины приводят к затруднению оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Как следствие, повышается давление желчи в протоках, расположенных выше места обструкции. В результате эти протоки расширяются в диаметре, а в кровь из желчи, находящейся под повышенным давлением, проникают билирубин, желчные кислоты и другие составные части желчи. Повышенное количество билирубина, циркулирующее в крови, через почки попадает в мочу и окрашивает ее в темно-желтый цвет. Из-за прекращения поступления желчи в двенадцатиперстную кишку кал не окрашивается желчными пигментами и становится ахоличным. Но значительно более важным следствием отсутствия желчи в кишке является нарушение усвоения организмом жирорастворимых витаминов, в частности, витамина К, что приводит к значительному нарушению образования в печени протромбина и нарушению свертывания крови [5].

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 [1].

Лечение механической желтухи следует проводить в 2 этапа. На первом этапе осуществляют комплексное консервативное лечение и устраняют застой желчи малоинвазивными вмешательствами. На втором этапе проводят плановую операцию, целью которой является устранение причины, вызвавшей механическую желтуху.

При неэффективном лечении возможно возникновение осложнений, таких как холангит, острая печеночно - почечная недостаточность, холемические кровотечения, билиарный цирроз печени, печеночная энцефалопатия, желчный перитонит [1,4,5].

Цель исследования. Проанализировать статистику заболевания механической желтухой за 2015-2016 года среди населения Удмуртской Республики. Провести анализ по полу и возрасту, а также определить длительность заболевания.

Материалы и методы. Исследование 129 историй болезни у пациентов с механической желтухой, госпитализированных в хирургическое отделение 1РКБ г. Ижевск за 2015 и 2016 года.

Клинический пример: пациент А., 69 лет, проживающий в г. Ижевске, пенсионер, находился на стационарном лечении в хирургическом отделении 1РКБ с 12.01.2017 г. по 31.01.2017 г. с диагнозом: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитеаз. Механическая желтуха. Острый панкреатит.

Жалобы при поступлении: боли в верхней половине живота, желтушность кожных покровов, повышение температуры до 37,7°C, головокружение.

Считает себя больным около недели, когда появились периодические боли в верхней половине живота. Боли самостоятельно купировались. 11.01.17 состояние ухудшилось: интенсивная боль, желтушность кожных покровов, повышение температуры до 37,7°C. Госпитализирован экстренно в хирургическое отделение РКБ №1 в городе Ижевск.

Общий осмотр больного на момент поступления. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное. Кожа и склеры иктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. ЧДД 18 в минуту.

Status localis при поступлении. Осмотр живота: симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, пупок втянут. При поверхностной пальпации живот мягкий, отмечается болезненность в правом подреберье и эпигастрии. Живот напряжен. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. При глубокой пальпации отмечается резкая болезненность в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом сотрясения отрицательный с двух сторон. При перкуссии живота свободной жидкости нет. Перистальтика выслушивается. Отеков нет.

УЗИ органов брюшной полости от 12.01.17. Печень увеличена, повышенной эхогенности. Желчные протоки не расширены. Желчный пузырь слегка увеличен, диаметр 33мм; стенки уплотнены. Поджелудочная железа увеличена 3,3x2,0x2,3см, контуры неровные, структура неоднородная, эхогенность повышена. Заключение: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, отечная форма, увеличение размеров желчного пузыря, без воспаления стенки.

УЗИ органов брюшной полости от 13.01.17. Признаки жирового гепатоза, хронического калькулезного холецистита, внутрипеченочного и внутрипузырного холестаза (причина не установлена).

МР-холангиопанкреатография от 17.01.17. Печень в размерах не увеличена, вертикальный размер до 160 мм. Контуры печени ровные. МР – сигнал от паренхимы не изменен, однородный. Сосуды не изменены. Воротная вена 10 мм в диаметре. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Правый долевой проток шириной 3 мм, левый 3мм, общепеченочный 8мм, холедох 7мм. Дефектов наполнения в протоках не выявлено. Желчный пузырь обычных размеров, с четкими ровными контурами. Стенки пузыря не утолщены. В нем определяются единичные дефекты накопления, диаметром 4 мм. Поджелудочная железа расположена обычно. Размерами: головка 18мм, тело 15мм, хвост 18мм. МР – сигнал от паренхимы обычный, дольчатость сглажена. Вирсунгов проток не расширен, шириной 2мм. Селезенка не увеличена, с четкими контурами. Надпочечники, почки без видимой патологии. МР – сигнал от костей в зоне исследования обычный. Заключение: холецистолитиаз.

Лабораторные данные. В полном анализе крови на 12.01.17: лимфоцитопения до $0,7 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения до $125 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение МНД до 27,9%. В биохимическом анализе на 12.01.17: увеличение общего билирубина до 245,7 мкмоль/л за счет прямого билирубина - 165,2 мкмоль/л; альфа амилазы до 838,0 Ед/л, АСТ - 195,5 ед/л, АЛТ - 247,6 ед/л, фибриногена до 8,40 г/л, ГГТ 524 Ед/л, понижение ПТИ до 66%. В полном анализе мочи на 12.01.17: билирубинурия, макрогематурия, протеинурия, глюкозурия, лейкоцитурия.

Консервативное лечение: глюкоза+новокаин; р-р Рингера; физ.р-р NaCl+дротверин; кеторол; цефтриаксон; квамател; октреотид; физ.р-р NaCl+церукал; феназепам.

Оперативное лечение 20.01.17: Лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому, ушивание холедоха. Дренирование брюшной полости.

Выписной эпикриз. Пациент А. находился в хирургическом отделении 1РКБ с диагнозом: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитеаз. Механическая желтуха. Острый панкреатит. Поступил экстренно с клиникой механической желтухи. Проведено обследование, назначена инфузионная терапия. 20.01.17 - лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому. Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Дренаж Пиковского удален. Выписан. Рекомендовано амбулаторное лечение по месту жительства.

Полученные результаты и их обсуждения.

Для получения данных в г. Ижевске были изучены истории болезни отделения взрослой хирургии РКБ№1 за 2015-2016 года.

За 2015 год рассмотрено 58 историй болезни с диагнозом механическая желтуха. Из них: 43 случая (74%) пришлось на пациентов женского пола; 15 случаев (26%) на пациентов мужского пола. Средний возраст больных составил 66,2 лет.

За 2016 год были изучены 71 история болезни. Из них: 46 случаев (65%) пришлось на пациентов женского пола; 25 случаев (35%) на пациентов мужского пола. Средний возраст 65,1 лет.

Среднее пребывание больных на стационарном лечении составило 20,5 дней в 2015 году и 19,8 в 2016.

У всех исследованных выявлено пожелтение кожных покровов, склер и слизистых оболочек, кожный зуд, при пальпации и перкуссии увеличение размеров печени и желчного пузыря, обесцвечивание кала и изменение цвета мочи до темно-коричневого. На момент поступления в лабораторных данных были обнаружены отклонения от нормы, такие как гипербилирубинемия (общий билирубин от 136,8 до 398 мкмоль/л, прямой билирубин - от 62 до 248 мкмоль/л); увеличение уровня печеночной фракции щелочной фосфатазы крови от 281,6 до 561,2 ед/л; увеличение уровня гамма-глутамилтрансферазы крови от 68,4 до 426,29 ед/л. При инструментальных исследованиях (УЗИ, МРТ) у пациентов отмечается увеличение размеров печени, ЖКБ, изменение просвета желчных протоков.

Выводы.

Анализ заболевания выявил ряд закономерностей. Механическая желтуха чаще встречается у лиц в возрасте 50-69 лет, диагноз у женщин ставится в 2-3 раза чаще, чем у мужчин.

Превалирующее число случаев возникновения механической желтухи у пациентов пенсионного возраста.

Заболеваемость за 2016 год по сравнению с 2015 увеличилась, в виду роста числа заболеваний, вызывающих механическую желтуху, и несвоевременного обращения больных.

Литература.

1. Аль Сабунчи, Акилов Ф.А., Павлычев А.В., Матушкова О.С., Гвоздик В.В. Учебно-методическое пособие. «Желчекаменная болезнь». -2015 - №2.
2. Гальперин Э. И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М.; 2006.
3. Клиническая хирургия национальное руководство : в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - Т. I.- 864 с.

4. Стяжкина С.Н., Гадельшина А.А., Ворончихина Е.М. Аспекты динамики и лечения механической желтухи // Наука и образование сегодня №3 (14), 2017 - С. 46-49.
5. Стяжкина С.Н., Истева 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.