

**ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Р.К. Бейшенбаев, С.Ш. Сапаров, Б.А. Аvasов

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской хирургии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представление результата диагностики у 147 пациентов с механической желтухой. Механическая желтуха доброкачественного генеза выявлена у 71,4%, злокачественного – у 28,6% больных. Определен спектр наиболее важных современных лабораторных тестов, а также наиболее рациональная последовательность применения лучевых методов для распознавания причин механической желтухи.

Ключевые слова: механическая желтуха, алгоритм диагностики, лучевая диагностика.

**ИЛИМИЙ ИЗИЛДӨӨЛӨРДӨН ӨТКӨН ДЕНЕНИН АР КАНДАЙ ТҮРДӨГҮ
МЕХАНИКАЛЫК САРГАЙУУСУ МЕНЕН ЖАБЫРЛАНГАН БЕЙТАПТАРДЫ
АНЫКТОО БАГЫТЫ**

Р.К. Бейшенбаев, С.Ш. Сапаров, Б.А. Аvasов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Факультеттик хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 147 бейтаптын дененин механикалык саргайуусунун тажрыйбалык изилдөөлөрү анализделген. Дененин механикалык саргайуусу боюнча түбү кайырдуу шишиктери менен 71,4%, коркунучтуу шишиктер менен 28,6% бейтаптар көзөмөлдө болгон. Бул изилдөөлөрдө эң керектүү жана негизги лабораториялык анализдер, ошондой эле дененин механикалык саргайуусун алдын ала билүүчү, шишик изилдөөнүн ыкмаларын колдонулган.

Негизги сөздөр: дененин механикалык саргайуусу, дартын аныктоо ыкмалары, нур аныктоолор.

**PRIORITIES IN THE DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH VARIOUS TYPES
OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE**

R.K. Beishenbaev, S.S. Saparov, B.A. Avasov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of faculty surgery
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: analyzed diagnostic experience of 147 patients with obstructive jaundice. Obstructive jaundice of benign origin was observed in 71.4%, malignant - in 28.6% of patients. Presented spectrum of the most important modern laboratory tests, as well as the most rational radiological methods to recognize the causes of jaundice.

Key words: obstructive jaundice, algorithm of diagnostics, radiological diagnostics.

Введение

Механическая желтуха (МЖ) – синдром, развивающийся при различных доброкачественных и злокачественных заболеваниях, вызывающих острую нарастающую закупорку желчных протоков (ЖП). Каждое из заболеваний, вызывающих МЖ, имеет свою специфику и резко отличается одно от другого (холедохолитиаз и опухоль головки поджелудочной железы), однако фон, на котором они протекают – механическая желтуха – остается одним. Именно этот фон в значительной степени определяет состояние больного [1,2,3].

По данным научного прогнозирования, заболеваемость органов желчевыводящей системы вырастет в ближайшие 15 лет в мире на 30-50%, что объясняется образом жизни и характером питания, наследственными факторами [4]. На протяжении нескольких лет отмечается стойкая тенденция увеличения заболевания, сопровождающихся развитием билиарной гипертензии. Ежегодно количество больных с МЖ различной этиологии увеличивается в Российской Федерации на 800 000. Актуальность данной проблемы возрастает с каждым годом, что особенно важно для жителей мегаполисов, так в Москве распространенность МЖ за 10 лет стала выше, чем в России

почти в 2 раза и составила 45,5 на 1000 населения [2,5].

Несмотря на обширный арсенал современных методов исследования, дифференциальная диагностика МЖ сложна, а позднее выявление ее истинных причин приводит к значительной задержке хирургического вмешательства. Таким образом, вопросы современной диагностики и рациональной лечебной тактики при МЖ несомненно остаются одними из наиболее сложных в хирургической практике [1,2,3].

Материал и методы

Проведено рандомизированное проспективное исследование. Работу выполняли в городской клинической больнице №1 г. Бишкек. В работе представлен анализ результатов лечения 147 больных с МЖ различного генеза. Мужчин было 77, женщин 70, возраст больных варьировал от 19 до 78 лет.

Абсолютно точных и патогномичных клинических и лабораторных признаков МЖ нет. Однако основные сведения из анамнеза, наиболее важные для диагностики данные физикального обследования и лабораторной диагностики позволили заподозрить МЖ у 90% больных.

МЖ доброкачественного генеза наблюдали у 71,4%, злокачественного – у 28,6% больных. Среди причин МЖ доброкачественного генеза наиболее часто выявляли холедохолитиаз, в остальных наблюдениях обнаружили рубцовые стриктуры ЖП, синдром Мириззи, панкреатит, паразитарные заболевания, кисты внепеченочных желчных протоков (ВЖП), склерозирующий холангит. Опухолевая природа заболевания была обусловлена раком головки поджелудочной железы (ПЖ), большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК), желчного пузыря, общего печеночного протока (ОПП) и общего желчного (ОЖП) протоков.

Накопленный опыт лечения больных МЖ позволил разработать и внедрить алгоритм клинко-лабораторного обследования. Биохимические исследования необходимы для дифференциальной диагностики, оценки тяжести, контроля эффективности лечения, определения прогноза заболевания. С целью оценки функционального состояния печени исследовали маркеры повреждения гепатоцитов (АлАт, АсАТ), маркеры холестаза – билирубин, щелочная фосфатаза (ЩФ). Исследование уровня онкомаркеров при МЖ важно для дифференциальной диагностики, прогноза, а также для динамического контроля с целью раннего выявления рецидивов заболевания. Уровень эндогенной интоксикации оценивали по лимфоцитарному индексу идентификации (ЛИИ), что

позволяло диагностировать бактериальный источник осложнения (сепсис, холангит, плеврит, перитонит). В результате оценки лабораторной диагностики отмечено, что повышение у больных определенных показателей клинического анализа крови указывает в основном на воспалительный процесс, а активность печеночных ферментов, амилазы и т.д. – на изменения функции органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, вызванное нарушением оттока желчи. Повышение уровня общего билирубина, в большинстве наблюдений за счет его прямой фракции, позволило подтвердить наличие МЖ и явилось ценным критерием для дифференциальной диагностики.

В целом лабораторная диагностика очень важна для установления причин развития МЖ. Ее диагностическая ценность и информативность описаны во многих литературных источниках, в связи с чем мы не заостряли на этом внимание, соглашаясь с общепринятыми подходами [1-4].

Оценка полученных результатов инструментальных методов диагностики меньше представлена в литературе, и наши данные показали, что чувствительность и специфичность их во многом зависят от этиологических факторов МЖ. Выбор метода диагностики во многом зависел от предполагаемой области обтурации ЖП, характера патологического процесса, диагностической эффективности и доступности метода. Для дифференциальной диагностики МЖ применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), магнитно-резонансную томографию (МРТ), компьютерную томографию (КТ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ), чрезкожную чрезпеченочную холангиографию (ЧЧХГ).

Результаты и их обсуждение

Чувствительность УЗИ в выявлении причин МЖ составила 86,5%, при ЖКБ – 98%, опухолях – 62%, трудности интерпретации УЗИ в 15% наблюдениях обусловили небольшие патологические образования (камни, опухоли), расположенные в терминальном отделе ОЖП.

МСКТ с болюсным контрастированием в 95% наблюдений помогла идентифицировать опухоли головки ПЖ, ЖП и желчного пузыря, кроме того метод позволяет обнаружить холестериновые камни, четко дает картину состояния стенок ОЖП, протока ПЖ, у 2-х (1,3%) пациентов с индуративным панкреатитом были получены ложноположительные результаты, у 7 (4,7%) не диа-

гностирован холангиолитиаз, обусловленный небольшими холестериновыми камнями.

МРТ с каждым годом все шире используется для диагностики МЖ, так метод позволил нам наиболее точно диагностировать холелитиаз, стриктуру и внутрипротоковые опухоли. По чувствительности МРТ превосходит другие существующие методы в диагностике этих заболеваний. Внедрение МРТ с функцией контрастирования протоков печени и ПЖ приводит к некоторому уменьшению востребованности ЭРПХГ и ЧЧХГ в качестве диагностических методов, сохраняя тем не менее их приоритеты как малоинвазивных лечебных способов.

ЭРПХГ – метод прямого контрастирования протоков печени и ПЖ особо чувствителен в диагностике холелитиаза, опухолей ЖП и сопоставим с МРТ. Высокая диагностическая эффективность ЭРПХГ как избирательного метода выгодно сочетается с ее лечебной эффективностью (папилосфинктеротомия, экстракция камней, дренирование ЖП, установка стентов и т.д.). Однако рассматриваемый метод является более инвазивным и дорогостоящим, сопряжен с лучевой нагрузкой, есть вероятность развития осложнений (кровотечение, перфорация, холангит, панкреатит и т.д.) поэтому нам удалось провести ЭРПХГ только 4-м больным, а у одной пациентки после папилосфинктеротомии развилось тяжелое кровотечение, что потребовало огромных усилий для его остановки.

ЧЧХГ – метод прямого контрастирования ЖП, путем пункции ЖП по контролю УЗИ, рентгенотелевидения, КТ. Для него характерна весьма высокая чувствительность и специфичность, однако частота неудач может достигать 15-20% вследствие отсутствия значимого расширения ЖП, а также недостаточной квалификации специалиста. Кроме того, могут развиваться такие осложнения как кровотечение, желчеистечение, перфорация, пневмоторакс, холангит. Мы провели ЧЧХГ 12-ти больным, метод использовали не в плане диагностики, а как лечебную процедуру, основным показанием явилась декомпрессия ЖП как первый этап в лечении МЖ, у 3-х пациентов как паллиативный способ желчеотведения (иноперабельные случаи).

Таким образом, общий диагностический алгоритм может выглядеть так: 1-й этап – тщательное изучение жалоб и анамнеза, физикальное исследование

и применение поисковых (скрининговых) лабораторных исследований; 2-й этап – формулирование предварительного («рабочего») диагноза; 3-й этап – выбор и определение последовательности применения специальных инструментальных методов топической диагностики; 4-й этап – определение принципов лечения или дальнейшего углубленного обследования.

Анализ проведенных исследований позволил определить наиболее рациональные последовательности применения лучевых методов для распознавания причин МЖ. При подозрении на холедохолитиаз: УЗИ → МРТ (при отрицательном УЗИ → ЭРПХГ в том числе и с лечебной целью (папилосфинктеротомия)). При подозрении на рак головки ПЖ: УЗИ → МСКТ (в том числе, с целью определения распространенности опухолевого процесса). При подозрении на рак ЖП: УЗИ → МРТ → МСКТ.

Заключение

МЖ и ее последствия являются основой развития осложнений, имеющие полиэтиологичный характер. В связи с этим необходим индивидуальный, обоснованный подход к выбору программы диагностики и лечения. Целесообразно выделение групп больных в соответствии с этиологическими факторами заболевания, тяжестью его течения и осложнений, определяющих рациональные диагностические, тактические и технические решения.

Литература:

1. Ветшев, П.С. *Диагностический подход при обтурационной желтухе* // Рос. журн. гепатол, колопроктол. - 1999.-№2.- С.18-24.
2. Майстренко, Н.А. *Оптимизация лечебно-диагностических подходов при синдроме механической желтухе доброкачественного генеза.* / Н.А. Майстренко, С.Б. Шейко, А.С. Прядко //Хир.гепатол. - 2009. - №1.- С. 14-15.
3. Yusoff, I.F. *Diagnosis and management of cholecystitis end cholangitis* / I.F. Yusoff, J.S. Barkun, A.N. Barkun //Gastroenterol. Clin.- 2003.- V.32. - P.4-6.
4. Ветшев, П.С. *Возможности современных методов диагностики и обоснования лечебной тактики при механической желтухе* / [П.С. Ветшев и др.] //Вест. хир. гастроэнтерол.- 2008.-№2.-С.24-32.
5. Гальперин, И.Э. *Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков* / И.Э. Гальперин, А.Ю. Чевочкин, Н.Ф. Кузовлев //Хирургия. - 2004.-№5. -С. 26-31.