

8. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Механическая желтуха (МЖ, синдром механической желтухи) – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по внутри- и внепеченочным желчным протокам в двенадцатиперстную кишку, проявляющееся комплексом симптомов; возникает вследствие ЖКБ и ее осложнений, осложнений хирургических операций и других доброкачественных заболеваний.

Коды по МКБ-10: K80.4, K80.8, K83.1, K83.4, K83.8, K83.9, K85, K86.1, K91.5.

Классификация

1. По уровню блока желчных протоков:

«Высокий» блок – сегментарные, долевые желчные протоки, конфлюенс долевых желчных протоков, общий печеночный проток (ОПП).

«Низкий» блок – общий желчный проток (ОЖП), терминальный отдел ОЖП, большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК).

2. По степени тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину (2014 г.) (QR-код 1).



*Классификация тяжести механической желтухи
по Э.И. Гальперину*

Осложнения синдрома МЖ: острый холангит, печеночная недостаточность, апостематоз печени, абсцессы печени, холангиогенный сепсис.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Основными задачами диагностики при МЖ являются определение причины нарушения проходимости желчевыводящих путей, уровня блока и степени тяжести желтухи, исключение обтурационного папиллолитиаза.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением билирубина и его фракций, амилазы, трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, ГГТП, глюкозы, мочевины, креатинина, коагулограммы; УЗИ брюшной полости; ЭГДС; ЭКГ.

Дополнительные исследования: определение группы крови, резус-фактор, онкомаркеры (СА 19–9, РЭА); магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ); дуоденоскопия с осмотром БСДК; эндосонография, эндоскопическая холедохоскопия системой «SpyGlass DS».

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) применяются для уточнения причины МЖ, локализации препятствия и для эндоскопической ретроградной или антеградной коррекции МЖ. При этом данные вмешательства не являются самостоятельными диагностическими исследованиями.

Лечебная тактика

Общие принципы лечения синдрома МЖ заключаются в восстановлении оттока желчи, ликвидации явлений холестаза, а также в профилактике и лечении осложнений МЖ.

Всем пациентам с МЖ проводится комплексная консервативная инфузионная, детоксикационная, спазмолитическая терапия, которая может являться предоперационной подготовкой.

Хирургическая тактика определяется тяжестью состояния пациента, уровнем блока желчных протоков, тяжестью желтухи, наличием холангита и других осложнений МЖ.

При гнойном холангите и любой степени тяжести МЖ декомпрессия выполняется в срочном порядке в течение первых 6–24 часов с момента поступления в хирургический стационар. В остальных случаях провести декомпрессию желчных протоков при МЖ необходимо в течение 24–48 часов после поступления пациента в стационар.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Виды и способы оперативного лечения

Наиболее частой причиной развития МЖ неопухолевого генеза является «низкий» блок желчных протоков. При «низком» блоке любой тяжести желтухи необходима декомпрессия в срочном порядке. В этом случае операцией выбора является ретроградное эндоскопическое вмешательство на желчных протоках: ЭРХПГ, ПСТ. При невозможности эндоскопической холедохолитоэкстракции целесообразна установка билиодуоденального пластикового стента (одного или нескольких). При гнойном холангите возможна установка наружного назобилиарного зонда.

При риске развития острого панкреатита либо при его возникновении после ретроградного вмешательства возможна эндоскопическая установка пластикового стента в проток поджелудочной железы.

Экстренная декомпрессия желчных протоков показана пациентам с «высоким блоком» при МЖ средней и тяжелой степени тяжести. При МЖ легкой степени, отсутствии явлений холангита экстренная билиарная декомпрессия не проводится.

В случае «высокого» блока желчных протоков целесообразно использование чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков под УЗ- и рентген-контролем. При технической возможности целесообразно проведение дренажа ниже уровня стриктуры. При формировании после декомпрессии полного наружного желчного свища необходимо энтеральное возвращение потерь желчи. При наличии в хирургической клинике высококвалифицированного врача-эндоскописта возможно выполнение ретроградной билиарной декомпрессии при «высоком» блоке желчных протоков (стриктура + 2, + 1, 0 по Э.И. Гальперину). (QR-код 2)



*Классификация высоких рубцовых структур
по Э.И. Гальперину*

С целью декомпрессии желчных протоков, по показаниям, проводится стентирование желчных протоков пластиковыми или только покрытыми нитиноловыми стентами. Пластиковые стенты применяются при протяженной стриктуре терминального отдела ОЖП, крупном и множественном неразрешенном холедохолитиазе, гнойном холангите. Декомпрессия покрытым нитиноловым стентом показана при стриктуре желчного протока и невозможности выполнения плановой реконструктивной или восстановительной операции из-за тяжелых коморбидных заболеваний. Применение непокрытых нитиноловых стентов при МЖ неопухолевого генеза противопоказано.

Дренирование желчного пузыря под лапароскопическим или УЗ-контролем для лечения МЖ неопухолевого генеза применяется в исключительных случаях – при остром холецистите или при невозможности применения какого-либо другого способа декомпрессии желчных протоков с блоком дистальнее места впадения пузырного протока и доказанной его проходимости.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

При невозможности выполнения декомпрессии желчных протоков по технической либо иной причине необходимо перевести пациента в специализированную хирургическую клинику в срочном порядке.

При наличии показаний к выполнению плановой реконструктивно-восстановительной операции, после декомпрессии желчных протоков, пациента целесообразно направить в специализированную хирургическую клинику в плановом порядке.