

УДК. 616.361-089

Н.П. Володченко,<sup>1</sup> А.В. Иванов,<sup>2</sup>  
П.И. Иванощук,<sup>2</sup> А.В. Карпенко,<sup>2</sup> Е.Ф. Кириенко<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Амурская ГМА  
Минздрава России<sup>1</sup>  
г. БлаговещенскГАУЗ АО «Благовещенская  
городская клиническая больница»<sup>2</sup>  
г. Благовещенск**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА  
ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ****Введение**

Механическая желтуха – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по желчным протокам в 12-перстную кишку на любом уровне [1, 2, 3]. Результатом прогрессирования желтухи является быстрое развитие печёночной недостаточности, а при отсутствии какой-либо медицинской помощи – летальный исход. Механическая желтуха при патологии органов гепатопанкреатодуоденальной области встречается в 12,0–45,2% случаев [4, 5, 6, 8]. Летальность при механической желтухе, по данным литературы, составляет 14–27% [7, 9]. Цель исследования: оценить эффективность малоинвазивных технологий в комплексном лечении механической желтухи.

**Материалы и методы**

В хирургическом отделении ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» (ГАУЗ АО БГКБ) в 2019 году находилось на лечении 75 больных с механической желтухой. Возраст больных колебался от 35 до 89 лет, средний возраст – 61,2±2,3 года. Мужчин – 36 (48%), женщин – 39 (52%). Длительность желтухи составляла от 1 до 18 дней. Основными причинами механической желтухи являлись: у 47 (62,7%) больных – желчнокаменная болезнь (ЖКБ), наличие камней в желчных протоках, у 23 (30,6%) – новообразования в головке поджелудочной железы, в протоках, большом дуоденальном сосочке, у 5 больных (6,6%) – другие причины (стриктуры желчных протоков, холангит, панкреатит, опухоли печени). Диагностический алгоритм включал проведение клинического и лабораторного исследований, а также использование инструментальных методов исследования: УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), по показаниям – эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), КТ, лапароскопию. Выбор метода исследования зависел от характера патологического процесса, уровня обтурации желчевыводящих путей. Разработанный диагностический алгоритм позволил установить причину механической желтухи в кратчай-

шие сроки и своевременно приступить к лечебным манипуляциям.

**Результаты и обсуждение**

В настоящее время большинство зарубежных и отечественных хирургов считают наиболее рациональным двухэтапный метод лечения механической желтухи [2, 3, 4, 8, 10]. Первый этап: малоинвазивные методы, направленные на ликвидацию желтухи в сочетании с комплексной консервативной терапией. Второй этап: по мере разрешения желтухи при более благоприятных обстоятельствах проводят паллиативные или радикальные операции, если малоинвазивные вмешательства не явились окончательным способом лечения.

В 2019 году в хирургическом отделении ГАУЗ АО БГКБ 73 больным с механической желтухой провели двухэтапное лечение, двух больных прооперировали по экстренным показаниям – в связи наличием желчного перитонита. На первом этапе на фоне проводимой интенсивной терапии, включающей детоксикационную, гепатопротекторную (ремаксол, гептрал), иммуностимулирующую терапию (ронколейкин), симптоматическое лечение, было выполнено наружное дренирование желчных путей 57 больным в виде пункционных вмешательств под контролем УЗИ, из них 23 пациентам установлены чрескожные пункционные холецистостомы, 34 больным – чрескожные пункционные холангиостомы. Декомпрессионные малоинвазивные хирургические вмешательства выполнялись под местной анестезией. У 18 больных наложенные холецистостомы оказались единственным методом лечения желтухи из-за распространённого опухолевого процесса, трем больным с опухолевыми поражениями после проведенной терапии выполнены паллиативные операции. Наложены обходные билиодигестивные соустья на различных уровнях желчных протоков с петлей тонкой кишки, выключенной по Ру (холедохоюностомия). При холедохолитиазе, после проведения ЭРХПГ, пяти больным была проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, позволившая удалить камни из протока и ликвидировать желтуху. После эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у трех (6,1%) больных развился острый панкреатит, по поводу чего была проведена адекватная терапия.

Через 7–14 дней, после проведения малоинвазивных вмешательств на желчных протоках и нормализации показателей функционального состояния печени, 34 больным выполняли второй этап лечения (холецистэктомия). Лапароскопические холецистэктомии с операционной холангиографией и дренированием желчных путей проведены 23 больным, операции из минилапаротомного доступа – 6 пациентам, для удаления желчного пузыря, исследования и дренирования желчных протоков 5 больным выполнялись средние лапаротомии.

**Резюме.** Авторами проанализированы результаты лечения 75 больных с механической желтухой, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» в 2019 году. Изучены причины, методы диагностики и лечения механической желтухи. Разработанная в хирургическом отделении ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» лечебно-диагностическая тактика лечения механической желтухи позволила избежать экстренных операций, снизить летальность.  
**Ключевые слова:** желтуха, диагностика, методы дренирования желчных путей.

Впервые в ГАУЗ АО БГКБ больному с механической желтухой выполнено стентирование желчного протока (2019). Больной О. 42 лет, поступил через 4 суток от момента заболевания (развития желтухи) с диагнозом «образование большого дуоденального соска, механическая желтуха, холангит». При исследовании выявлено сужение холедоха до 0,3 см на протяжении 5 см. Под общим обезболиванием по проводнику установлен стент диаметром 10Fr, длиной 8 см. Через 15 дней после ликвидации желтухи в удовлетворительном состоянии больной был выписан домой.

По данным ГАУЗ АО БГКБ, летальность при механической желтухе в 2019 году составила 5,7%.

### Выводы

1. При механической желтухе, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, наиболее рациональным является применение двухэтапного хирургического лечения.

2. Применение малоинвазивных хирургических технологий при лечении механической желтухи даёт возможность отказаться от экстренных оперативных вмешательств и проводить оперативное пособие в более выгодных условиях – после стабилизации общего состояния больного, что способствует снижению послеоперационной летальности и повышению качества жизни пациентов.

3. Результаты лечения заболеваний, осложнившихся механической желтухой, зависят от степени, длительности заболевания и своевременного определения характера желтухи и проведения адекватного пособия.

### Литература

1. Андреев А.Л. Эндовидеохирургия холедохолитиаза / А.Л. Андреев, А. В. Проценко, А. В. Глобин // Эндоскоп. хирургия. – 2009. – №1. – С. 26

2. Винокуров М.М. Двухэтапное хирургическое лечение больных с холецистохоледохолитиазом / М.М. Винокуров, В.С. Петров, Н.М. Гоголев // Эндоскоп. хирургия. – 2004. Т. 10. № 1. – С. 37.

3. Джаркенов Т.А. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / Т.А. Джаркенов, А.А. Мовчун, М.В. Хрусталева и др. // Хирургия – 2004. – №4. – С. 13–17.

4. Ермаков Е.А. Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложнённой нарушением проходимости желчных протоков / Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. // Хирургия. – 2003. – №6. – С. 68–749.

5. Каримов Ш.И. Место и возможности малоин-

вазивных вмешательств в лечении больных механической желтухой / Ш.И. Каримов, Ш.А. Юнусметов, У.Б. Беркинов и др. // Эндоскоп. хирургия. – 2003. – №1. – С. 23–26.

6. Майстренко Н.А. Выбор рациональной хирургической тактики при желчнокаменной болезни и ее осложнениях у больных пожилого и старческого возраста // Н.А. Майстренко, В.С. Довганюк, А.А. Феклюнин // Эндоскоп. хирургия. – 2009. – №1. – С. 30.

7. Матвеев Н.Л. Малоинвазивное лечение холедохолитиаза. Дооперационный лечебно-диагностический этап / Матвеев Н.Л., Магомадов М.Г. // Эндоскоп. Хирургия. – 2003. – №5. – С. 31–39.

8. Дооперационная диагностика скрытого холедохолитиаза / Ардасенов Т.Б., Фрейдович Д.А., Паньков А.Г. и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – № 16(2). – С. 1824.

9. Стяжкина С.Н., Истеева А.Р., Короткова К.А., Сабутдинова Д.Р., Хасанова Г.Ф. Актуальные проблемы механической желтухи в хирургии // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 7–3. – С. 427–430.

10. Методы декомпрессии билиарной системы в лечении больных с синдромом механической желтухи / Мальчиков А.Я., Коровкин В.А., Фатыхова Г.И. и др. // Практическая медицина. – 2011. – № 49. – С. 84–87.

11. Intraoperative ERCP: What role does it have in the era of laparoscopic cholecystectomy? / Luis R Rábago, Alejandro Ortega, Inmaculada Chico et al. // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. – 2011. – № 3(12). – P. 248–55

### References

1. Andreev AL. Endovideohirurgiya holedoholitiyaza / A.L. Andreev, A. V. Prochenko, A. V. Globin // Endoskop. hirurgiya. 2009. №1. P. 26

2. Vinokurov M.M. Dvuhetapnoe hirurgicheskoe lechenie bol'nyh s hole-cistoholedoholitiyaz / M.M. Vinokurov, B.C. Petrov, N.M. Gogolev // Endoskop. hirurgiya. 2004. T. 10. № 1. P. 37.

3. Dzharkenov T.A. Hirurgicheskaya taktika u bol'nyh hronicheskim kal'kuleznym holecistitom, oslozhnennym holedoholitiyazom / T.A. Dzharkenov, A.A. Movchun, M.V. Hrustaleva i dr. // Hirurgiya. 2004. №4. P. 13–17.

4. Ermakov E.A. Maloinvazivnye metody lecheniya zhelchnokamennoy bolezni, oslozhnyonnoy narusheniem prohodimosti zhelchnykh protokov / Ermakov E.A., Lishenko A.N. // Hirurgiya. 2003. №6. P. 68–749.

5. Karimov SH.I. Mesto i vozmozhnosti maloinvazivnyh vmeshatel'stv v lechenii bol'nyh mekhanicheskoy zheltuhoy

## TERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC TACTICS FOR MECHANICAL JAUNDICE

N.P. Volodchenko,<sup>1</sup> A.V. Ivanov,<sup>2</sup> P.I. Ivanoshchuk,<sup>2</sup> A.V. Karpenko,<sup>2</sup> E.F. Kirienko<sup>2</sup>

FSBEI HE the Amur state medical Academy of the Ministry of Public Health of Russia,<sup>1</sup> Blagoveshchensk; GAUZ JSC “Blagoveshchensk City Clinical Hospital”,<sup>2</sup> Blagoveshchensk

**Abstract.** Authors analysed results of treatment of 75 patients with mechanical jaundice passing treatment of in the Blagoveshchensk City Clinical Hospital in 2019. The reasons, methods of diagnostics and treatment of mechanical jaundice were studied. The special attention is paid to low-invasive technologies in the treatment of mechanical jaundice. The developed medical and diagnostic tactics of cholelithiasis complicated by mechanical jaundice allowed to avoid the emergency operations, to lower a lethality.

**Key words:** jaundice, diagnostics, methods of bile ducts drainage.

**DOI 10.24411/2311-5068-2020-1005**

**ОЦЕНКА ДЕФИЦИТА МАГНИЯ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ****Введение**

Питание современного человека характеризуется деформацией минерального состава рациона с преобладанием потребления поваренной соли при дефиците поступления солей калия, магния и кальция [2]. Кроме того, основными недостатками современного питания детей является высококалорийное углеводистое питание, обилие химических красителей, консервантов и усилителей вкуса. По данным различных исследований, питание лишь небольшой части детского населения Российской Федерации можно считать оптимальным и сбалансированным [4, 5]. К числу самых значимых микронутриентов в отношении их возможного дефицита поступления с пищей относится магний. Являясь необходимым макроэлементом для клеток и тканей, магний участвует во многих физиологических процессах, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма. Клинические признаки магниевого дефицита очень разнообразны [6, 7]. Полисистемность клинической реализации дефицита магния у детей определяет его особую диагностическую актуальность в педиатрической практике. Цель работы: изучение дефицита магния у детей и подростков с различной соматической патологией.

**Материалы и методы**

Проведено обследование 43 детей в возрасте 8–17 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении ГАУЗ АО «Детская городская клиническая больница» г. Благовещенска (ГАУЗ АО ДГКБ) с различной патологией сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем. Структура диагнозов распределилась следующим образом: синдром вегетативной дисфункции (46,5%), миокардиодистрофия (25,6%), нарушения ритма сердца (16,3%), бронхиальная астма (6,9%), хронический гастродуоденит (4,7%). Средний возраст пациентов составил 12,4±1,9 лет. Из общего числа обследованных девочек – 27 (62,8%), мальчиков – 16 (37,2%). Всем пациентам проводилось клинико-anamnestическое, лабораторное и функциональное обследование.

Дефицит магния определяли по клиническим признакам и содержанию иона в сыворотке крови. Кроме того, использовали специальную шкалу для оценки дефицита магния у детей (О.А. Громова и соавт., 2010) с подсчетом баллов. Шкала включала 6 основных разделов: анамнез, семейные и социальные факторы, клиническая симптоматика, признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани, питание,

/ SH.I. Karimov, SH.A. YUnusmetov, U.B. Berkinov i dr. // Endoskop. hirurgiya. 2003. №1. P. 23–26.

6. Majstrenko N.A. Vybora racional'noj hirurgicheskoj taktiki pri zhelchnokamennoj bolezni i ee oslozhneniyah u bol'nyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta // N.A. Majstrenko, B.C. Dovganyuk, A.A. Feklyunin // Endoskop. hirurgiya. 2009. №1. P. 30.

7. Matveev N.L. Maloinvazivnoe lechenie holedoholitiya. Dooperacionnyj lechebno-diagnosticheskij etap / Matveev N.L., Magomadov M.G. // Endoskop. Hirurugiya. 2003. №5. P. 31–39.

8. Dooperacionnaya diagnostika skrytogo holedoholitiya / Ardasenov T.B., Frejdovich D.A., Pan'kov A.G. i dr. // Annaly hirurgicheskoj gepatologii. 2011. № 16(2). P. 18–24.

9. Styazhkina S.N., Isteeva A.R., Korotkova K.A., Sahabutdinova D.R., Hasanova G.F. Aktual'nye problemy mekhanicheskoy zheltuhi v hirurgii // Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2016. № 7–3. P. 427–430.

10. Metody dekompressii biliarnoj sistemy v lechenii bol'nyh s sindromom mekhanicheskoy zheltuhi / Mal'chikov A.Ya., Korovkin V.A., Fatyhova G.I. i dr. // Prakticheskaya medicina. 2011. № 49. P. 84–87.

11. Intraoperative ERCP: What role does it have in the era of laparoscopic cholecystectomy? / Luis R Rábago, Alejandro Ortega, Inmaculada Chico et al. // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2011. № 3(12). P. 248–55

Статья поступила в редакцию 10.08.2020

**Координаты для связи**

Володченко Нина Петровна, д-р. мед. наук, доцент, заведующая кафедрой хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: ninavolodcenko@gmail.com

Иванов Андрей Владимирович, врач-эндоскопист первой квалификационной категории, заведующий эндоскопическим отделением ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница».

Иванощук Петр Иванович, врач-хирург высшей квалификационной категории, заведующий отделением хирургии ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница».

Карпенко Андрей Викторович, врач-хирург хирургического отделения ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница».

Кириенко Евгений Федорович, врач-хирург хирургического отделения ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница».

Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: AmurSMA@AmurSMA.su, science.dep@AmurSMA.su

Почтовый адрес ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»: г. Благовещенск, ул. Больничная, д. 32