

# МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

## Нажмуудинова З.Ш.<sup>1</sup>, Шамгунова И.И.<sup>2</sup>, Каимова К.А.<sup>3</sup>, Стяжкина С.Н.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Нажмуудинова Зарема Шамилевна - студент;

<sup>2</sup>Шамгунова Илюза Илгизовна – студент;

<sup>3</sup>Каимова Карина Абдулаевна – студент,  
лечебный факультет;

<sup>4</sup>Стяжкина Светлана Николаевна – доктор медицинских наук, профессор,  
кафедра факультетской хирургии,  
Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения РФ,  
г. Ижевск

**Аннотация:** механическая (обтурационная) желтуха – тяжелый симптомокомплекс, развивающийся как осложнение заболеваний гепатодуоденальной зоны, проявляющийся желтушным окрашиванием кожных покровов и слизистых оболочек [3]. Проблема обтурационной желтухи очень актуальна на данный момент. Проанализированы 297 историй болезни у пациентов с механической желтухой и описан клинический случай.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, обтурационная желтуха.

Эпидемиология.

Обтурационная желтуха в 60-70% случаев развивается как осложнение желчнокаменной болезни, а в 30-40% случаев причиной является онкопатология [2]. У женщин от 50 лет и старше выявляют жёлчные конкременты в 20% случаев, у мужчин в 10% случаев. У 8-20% больных ЖКБ возникает холедохолитиаз, а в 60-70% холедохолитиаз сопровождается механической желтухой.

Патогенез.

Сдавление желчных путей приводит к нарушению оттока желчи, возникает повышенное давление в желчных капиллярах. Гипертензия в протоках приводит к увеличению диаметра желчных капилляров, возникает застой желчи. Желчные кислоты эмульгируют жиры, но из-за застоя желчные кислоты не поступают в 12ПК, благодаря этому развивается синдром-стеаторея. Нарушается переваривание жирорастворимого витамина К, в результате возникает дефицит витамина К, из-за чего повышается риск кровотечения из желудочно-кишечного тракта. По мере застоя происходит накопление прямого билирубина, холестерина и желчных кислот, которые дают окраску склерам, слизистым оболочкам и кожным покровам от светло-желтого до шафранового цвета.

Классификация:

МЖ доброкачественного генеза: холедохолитиаз, холангит, стеноз большого дуоденального сосочка, острый папиллит, полипы большого дуоденального сосочка, панкреатит, рубцовая стриктура магистральных жёлчных протоков, околососочковые дивертикулы. МЖ злокачественного генеза: новообразования поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, жёлчных протоков, печени [1]. Причины МЖ у 103 пациентов (34,6%) были злокачественной этиологии, у 194 пациентов (65,3%) доброкачественного генеза. В большинстве случаев причиной подпеченочной желтухи является холедохолитиаз, реже - «доброкачественные» заболевания: стеноз большого дуоденального сосочка, папиллиты и полипы, холангит, острый и хронический панкреатит, рубцовая стриктура желчевыводящих путей, околососочковые дивертикулы двенадцатиперстной кишки. «Злокачественная» МЖ бывает при раке головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, жёлчных протоков, раке печени [4].

Клинический случай

30 мая 2017 года пациент Б. поступил в хирургическое отделение РКБ 1 с жалобами на умеренные боли в правом подреберье, желтушность кожи, склер, темный цвет мочи, периодический озноб.

Диагноз при поступлении: Постхолецистэктомический синдром. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Сопутствующие болезни: СД 2 типа, ЖКБ, холецистэктомия в 2016 году.

Из анамнеза заболевания: неделю назад появились вышеописанные симптомы. Поступил на лечение в хирургическое отделение ЦРБ, переведен для дообследования и лечения.

Данные инструментального обследования при поступлении:

УЗИ органов брюшной полости(31.05.2017): увеличение печени, места выраженных диффузных изменений по типу гепатита, внутри и внепеченочного холестаза, дилатация холедоха с блоком его перед фатеровым соском, панкреостаза; состояние после холецистэктомии; диффузные изменения поджелудочной железы.

Эзофагогастродуоденоскопия: Рефлюкс-гастрит ДСР1, папиллит, парапапиллярный дивертикул 12ПК, вывертикулит.

Биохимический анализ крови (31.05.2017): билирубин общий - 123, 73 мкмоль/л, билирубин прямой- 81,54 мкмоль/л, амилаза-163,24 ед/л, СРБ-156,21 мг/л, СОЭ- 59мм/ч.

Клинический диагноз: постхолецистэктомический синдром. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

У пациента явный высокий уровень билирубина, после кратковременной предоперационной подготовки решено выполнить операцию: лапаротомия, ревизия ЖПВ, дренирование ЖВП.

Проведена операция: лапаротомия, адгезиолизис, холедохолитомия, холедоходуаденоанастомоз по Юрашу. Дренирование брюшной полости.

Из протокола операции: сделано 5 проколов: проколы в параумбиликальной и субкисфоидальной зонах, проколы по среднеключичной и передней подмышечной линии справа и дополнительный прокол по среднеключичной линии слева. Холедохотомический этап операции, затем удален желчный пузырь. Холедоходуаденоанастомоз по Юрашу. Дренирование брюшной полости.

Медикаментозное лечение:

Ферукал 4,0+ Физ.р-р 250,0 в/в кап., Дроверин. 4,0+ Физ р-р 250,0 в/в кап., раствор Рингера 500,0, Цефтриаксон 1,0х2р, Метрогил 100,0х3р в/в, Филазепам по 1 табл., Кеторол 1,0х3р в/м.

Выписан 09.06.2017. Состояние при выписке: выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса, функции или части органа.

Заключение: Больной провел в ИРКБ 10 койко-дней. Жалобы при поступлении: умеренные боли в правом подреберье, желтушность кожи, склер, темный цвет мочи, периодический озноб. За время проведения было выполнено: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС. Был поставлен клинический диагноз: постхолецистэктомический синдром. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Лечение комплексное: медикаментозное и хирургическое. Состояние при выписке: выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса, функции или части органа.

#### *Список литературы*

1. Механическая желтуха. Постхолецистэктомический синдром. / Методическая разработка для студентов V курса. Гомель, 2009.
2. *Натальский А.А.* Современные принципы диагностики и лечения синдрома механической желтухи: диссертация ... доктора медицинских наук. Рязань, 2016. 248 с.
3. *Пьянкова О.Б., Бусырев Ю.Б., Карпунина Т.И.* Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза // Медицинских альманах. № 2, 2009. С. 173-176.
4. *Стяжкина С.Н., Нажмудинова З.Ш., Шамгунова И.И., Каимова К.А.* Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи // European science. № 2 (34), 2018. С. 43-46.
5. Истории болезни хирургического отделения БУЗ УР «Республиканская клиническая больница № 1» МЗ УР.