

УДК 616.36–008.5

**НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ****В. Б. Борисенко***Харьковская медицинская академия последипломного образования***UNSOLVED ISSUES OF CLASSIFICATION OF MECHANICAL JAUNDICE****V. B. Borisenko****РЕФЕРАТ**

На основании анализа результатов обследования и лечения 160 больных по поводу синдрома механической желтухи (МЖ) разработана ее рабочая классификация, включающая вопросы этиологии, патогенеза, а также основные характеристики по анатомо–топографическим и клиническим критериям.

**Ключевые слова:** механическая желтуха; классификация.

**SUMMARY**

Basing on analysis of results of examination and treatment of 160 patients, suffering mechanical jaundice, its practical classification was elaborated, containing the issues of pathogenesis and the main characteristics according to anatomic–topographic and clinical criteria.

**Key words:** mechanical jaundice; classification.

**В** настоящее время в литературе нет обобщенной классификации МЖ. Существующие классификации характеризуют проблему, как правило, односторонне, с патофизиологических, биохимических, анатомических, клинических или других позиций [1–4]. Так, в соответствии с классификацией А. Ф. Блюгера (1967), МЖ подразделяют на надпеченочную, печеночную и подпеченочную [5]. В свою очередь, подпеченочная (механическая, обтурационная или застойная) желтуха является осложнением некоторых неопухолевых (холедохолитиаз, синдром Мирицци, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки – БСДК, стриктуры желчных протоков и др.) и злокачественных (рак общего желчного протока – ОЖП, головки поджелудочной железы, БСДК и др.) заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны [6].

Некорригированная МЖ с прогрессирующей желчной гипертензией, синдромами ахолии и холемии при несвоевременном и несоответствующем лечении в 70% наблюдений трансформируется в острый холангит (ОХ) и билиарный сепсис (БС) с формированием печеночной, полиорганной дисфункции или недостаточности, что повышает риск неблагоприятного исхода хирургического вмешательства [7–9].

Определенные сложности в стандартизованном решении основных вопросов диагностики и лечения МЖ [10, 11] во многом обусловлены отсутствием ее комплексной классификации, позволяющей систематизировать и детализировать этот синдром. Этим определяется необходимость разработки обобщенной классификации МЖ и ее осложненных форм, способной стать руководством к действию в практической хирургии.

Цель исследования – разработка новой рабочей классификации МЖ, позволяющей систематизировать этот синдром с учетом этиологического, патогенетического, топического, клинического признаков, а также вида осложнений и исхода заболевания.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Работа основана на результатах обследования и лечения 160 больных, госпитализированных в хирург-

гическую клинику Городской клинической больницы № 2 г. Харькова (базу кафедры хирургии и проктологии Харьковской медицинской академии последипломного образования) по поводу синдрома МЖ за период с 2008 по 2011 г. Возраст пациентов от 23 до 84 лет, в среднем ( $62 \pm 14,3$ ) года. Женщин было 109 (68,1%), мужчин — 51 (31,9%). Длительность существования МЖ от 1 до 56 сут, в среднем ( $18 \pm 15,6$ ) сут.

Диагностическая программа включала стандартные общеклинические, лабораторные методы, определение уровня прокальцитонина в крови, микробиологическое исследование крови и желчи, микроскопию желчи, а также инструментальные методы — ультразвуковое исследование (УЗИ), папилоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, биопсию ОЖП.

Лечебная программа включала выполнение миниинвазивных вмешательств: эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), механическую литоэкстракцию, назобилиарное дренирование, стентирование, чрескожную чреспеченочную холангиостомию или холецистостомию под контролем УЗИ, а также стандартные операции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обтурационный генез желтухи установлен у 132 (82,5%) больных: холангиолитиаз — у 2 (1,25%), холедохолитиаз — у 104 (65%), стеноз БСДК — у 9 (5,6%), синдром Мирицци — у 5 (3,1%), стриктура желчных протоков — у 4 (2,5%), опухоль Клацкина — у 2 (1,25%), опухоль ОЖП — у 2 (1,25%), опухоль БСДК — у 4 (2,5%).

Компрессионный генез желтухи установлен у 18 (11,3%) больных: псевдотуморозный панкреатит головки поджелудочной железы — у 4 (2,5%), опухоль головки поджелудочной железы — у 8 (5%), опухоль желудка со сдавлением ОЖП — у 2 (1,3%), метастатическое поражение гепатодуоденальной связки — у 3 (1,9%), саркома забрюшинного пространства — у 1 (0,63%).

ОХ с явлениями бактериохолии диагностирован у 106 (66,9%) пациентов, катаральный холангит — у 56 (35%), фибринозный — у 12 (7,5%), фибринозно-гнойный — у 10 (6,3%), гнойный — у 28 (17,5%). Рефлюкс-холангит выявлен у 10 (6,3%) больных: после наложения холедоходуоденоанастомоза — у 2 (1,3%), холедохоеюноанастомоза — у 5 (3,1%), ЭПСТ — у 3 (1,9%).

Абсцесс печени обнаружен у 4 (2,5%) больных, билиарный гепатит — у 104 (65%), билиарный цирроз печени — у 14 (8,8%), БС — у 36 (22,5%).

Хирургическое лечение проведено с применением этапных миниинвазивных транспапиллярных и чрескожных вмешательств с дозированной декомпрессией и санацией билиарного тракта. При их неэффективности выполняли открытые операции.

На основании анализа полученных результатов обследования больных и данных хирургического лечения разработана многоплановая классификация МЖ.

## КЛАССИФИКАЦИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

### I. По этиологии

1. Врожденная (атрезия, гипоплазия желчных протоков, кистозная трансформация желчных протоков и др.)

2. Приобретенная

а) обтурационная — вследствие обтурации желчных протоков: холангиолитиаз, опухоль Клацкина, стриктура долевых протоков и гепатикоеюноанастомоза, холедохолитиаз, синдром Мирицци, стриктура общего печеночного протока, ОЖП, холедохоеюноанастомоза, холедоходуоденоанастомоза, опухоль общего печеночного и общего желчного протока, БСДК, стеноз БСДК и др.

б) компрессионная — вследствие сдавления желчных протоков извне: псевдотуморозный панкреатит головки поджелудочной железы, опухоли головки поджелудочной железы, органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (желудка, ДПК, забрюшинного пространства и др.), метастатическое поражение гепатодуоденальной связки, периульцерогенный инфильтрат и др.

### II. По уровню препятствия

1. Высокая непроходимость — выше и в области слияния долевых протоков

2. Непроходимость среднего отдела — уровень ОЖП

3. Низкая непроходимость — уровень ОЖП:

а) проксимальная непроходимость ОЖП — супрадуоденальной части;

б) дистальная непроходимость ОЖП — ретродуоденальной, интрапанкреатической, интрамуральной части.

### III. По степени нарушения проходимости желчных протоков

1. Частичная

2. Полная

### IV. По клиническому течению

1. Транзиторная

2. Обратимая (абортивная)

3. Прогрессирующая

4. Рецидивирующая

### V. По длительности:

1. Кратковременная (до 1 нед)

2. Продолжительная (до 1 мес)

3. Длительная (до 2 мес)

4. Терминальная (более 2 мес)

### VI. По степени тяжести

1. Легкая (уровень билирубина до 50 мкмоль/л)

2. Средней тяжести (до 100 мкмоль/л)

3. Тяжелая (до 300 мкмоль/л)

4. Критическая (более 300 мкмоль/л)

#### **VII. По характеру осложнений и исходу**

1. ОХ
2. БС (тяжелый сепсис, септический шок)
3. Холестатический гепатит
4. Билиарный цирроз печени
5. Печеночная недостаточность
6. Полиорганная недостаточность

#### **ВЫВОДЫ**

1. В хирургической практике для обозначения подпеченочной желтухи различного генеза, нередко определяемой как обтурационная, или застойная, более точным и патогенетически обоснованным следует считать термин "механическая желтуха".

2. Разработанная классификация МЖ и ее осложненных форм позволяет систематизировать этот синдром по этиологическому, патогенетическому, топическому, клиническому критериям, а также по характеру осложнений и исходу.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гальперин Э. И. Классификация тяжести механической желтухи / Э. И. Гальперин // *Анналы хирург. гепатологии*. — 2012. — № 2. — С. 26 — 33.
2. Бойко В. В. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение) / В. В. Бойко, Г. А. Клименко, А. В. Малоштан. — Х.: Нове слово, 2008. — 216 с.
3. Экстренная хирургия желчных путей / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, А. Ф. Элин [и др.]. — Донецк: Лебедь, 2005. — 433 с.
4. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, Б. В. Доманский. — К.: Здоровья, 1993. — 472 с.
5. Блюгер А. Ф. Основы гепатологии / А. Ф. Блюгер. — Рига: Звайгзне, 1975. — 470 с.
6. Даценко Б. М. Обтурационная желтуха: патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса / Б. М. Даценко // *Вісн. Вінниц. нац. мед. ун-ту*. — 2010. — № 14(1). — С. 15 — 19.
7. Endoscopic and percutaneous preoperative biliary drainage in patients with suspected hilar cholangiocarcinoma / J. Kloek, N. A. van der Gaag, Y. Aziz [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* — 2010. — Vol. 14, N 1. — P. 119 — 125.
8. Risk factors of liver dysfunction after extended hepatic resection in biliary tract malignancies / K. Suda, M. Ohtsuka, S. Ambiru [et al.] // *Am. J. Surg.* — 2009. — Vol. 197, N 6. — P. 752 — 758.
9. Effect of preoperative endoscopic biliary drainage on infectious morbidity after pancreatoduodenectomy: a case-control study / E. Lermite, P. Pessaux, C. Teysseidou [et al.] // *Am. J. Surg.* — 2008. — Vol. 195, N 4. — P. 442 — 446.
10. Годлевський А. І. Оцінка впливу способу біліарної декомпресії на перебіг післяопераційного періоду у хворих з обтураційною жовтяницею / А. І. Годлевський, С. І. Саволук // *Клін. хірургія*. — 2007. — № 1. — С. 30 — 32.
11. Грубник В. В. Ведення хворих на обструктивні жовтяниці з застосуванням малоінвазивних технологій / В. В. Грубник, Д. В. Герасимов, В. В. Готка // *Шпитал. хірургія*. — 2008. — № 1. — С. 15 — 19.

