

УДК 616.36-008.5-039.3:616-06

Урманова Лилуфар Мансурьяновна

Частная клиника Гиппократа

Г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Медиков, 4.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА В
УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
СЕРДЦА**

Резюме: В последние годы углубленное обследование пациентов с неопухолевой механической желтухой (МЖ), основанное на хирургической тактике, изучает заболевания, сопровождающие основной диагноз.

Сложность клинической диагностики этих сопутствующих заболеваний в настоящее время заключается в том, что, хотя было доказано, что все заболевания – основные и сопутствующие, включая осложнения желчекаменной болезни - постепенно теряют свой характер; сгруппированные или нет, они серьезно меняют общее состояние пациента.

В данной статье представлены результаты тактики оперативного вмешательства при сопутствующих состояниях механической желтухи не опухолевого генеза с ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова: механическая желтуха, ишемическая болезнь сердца, сопутствующие заболевания, желчекаменная болезнь, осложнения.

Urmanova Nilufar Mansurjanovna

Hippocrates private clinic

Tashkent City, Almazar district, doctors, 4.

**OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS FOR MECHANICAL
JAUNDICE OF NON-TUMOR GENESIS IN CONDITIONS OF
COMORBIDITY WITH CORONARY HEART DISEASE**

Resume: In recent years, an in-depth examination of patients with non-tumor mechanical jaundice (MJ), based on surgical tactics, studies the diseases accompanying the main diagnosis.

The complexity of the clinical diagnosis of these concomitant diseases currently lies in the fact that, although it has been proven that all diseases – major and concomitant, including complications of cholelithiasis - gradually lose their character; grouped or not, they seriously change the general condition of the patient.

This article presents the results of the tactics of surgical intervention in concomitant conditions of mechanical jaundice of non-tumor genesis with ischemic heart disease.

Keywords: mechanical jaundice, ischemic heart disease, concomitant diseases, cholelithiasis, complications.

Введение. Считалось, что сопутствующая патология оказывает разрушительное воздействие на основную нозологию, и при этом ишемическая болезнь сердца считалась чрезмерным фактором риска, что означает, что в таких случаях основное заболевание часто осложняется тромбозом и тромбоэмболией сердца, легких, сосудов головного мозга и приводит к летальному исходу [2]. По мнению некоторых авторов, показания к экстренному хирургическому вмешательству при патологиях органов брюшной полости послеоперационные осложнения результаты исследований показали, что у 75-82% пациентов с тотальным хирургическим вмешательством развиваются, когда они поступают в коморбидном состоянии с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Таких пациентов много - сопутствующая патология в хирургических отделениях составляет более 50% случаев [3].

Хирурги из внебольничных клиник также все чаще уделяют внимание сопутствующей патологии[5]. 15 пациентов с холедохолитиазом были

пролечены хирургическим путем. Среди них у 62,8% людей были диагностированы тяжелые сопутствующие заболевания. 21,7% пациентов страдают ишемической болезнью сердца, 25,4% - гипертонической болезнью, 14,2% - сахарным диабетом, 8,1% - ожирением, 9,4% - патологией бронхолегочной системы, 3,4% - спаячной болезнью. У 46,9% наблюдалось сочетание нескольких сопутствующих заболеваний [4]. По данным других авторов [8], оперированные пациенты сложной формы

В анамнезе с механической желтухой и соматической патологией, 35 (49,4%) пациентов с артериальной гипертензией, 12 (17,5%) с ишемической болезнью сердца, 2 (7,2%) пациента уже перенесли инфаркт миокарда, 4 (6,6%) с хроническим обструктивным бронхитом, 2 (7,2%) с сахарным диабетом и 8 (11,9%) сообщалось о сочетании более чем двух заболеваний суставов. В таких случаях на вопросы, связанные с оценкой тяжести состояния пациента, пока нет полных ответов.

Цель исследования - провести совершенствование хирургической тактики лечения механической желтухи в коморбидном состоянии при ишемической болезни сердца.

Материалы и методы контроля. Для проведения этого научного исследования мы обследовали пациента с сопутствующей механической желтухой неопухолевого генеза и ишемической болезнью сердца из общего анамнеза 55 человек, который с 2022 по 2023 год обращался в частную клинику Гиппократа города Ташкента.

Результаты исследования и их обсуждение. Морфологические изменения в гепатопанкреатобилиарной системе, которые являются причинами неосложненной механической желтухи опухолевого генеза, варьировали в зависимости от стадий желтухи. У большинства пациентов наблюдались фатальные изменения в желчном пузыре: флегмонозный холецистит - у 45 %; гангреноз - у 7,3% пациентов, у 10,1% пациентов был диагностирован деструктивный панкреатит и панкреонекроз. Абсцессы

печени были обнаружены в 1,3% случаев, в то время как перитонит был обнаружен в 6,3% случаев. У некоторых пациентов были выявлены хронические воспалительные процессы желчевыводящих путей: стриктуры холедоха - у 18,8% пациентов, холецистодуоденальные протечки - у 0,3% пациентов, первичный склерозирующий холангит - у 0,9%.

Кроме того, у 2,8% пациентов было обнаружено сочетание холецистохоледохолитиаза с некачественными опухолями желчных протоков и сосочков.

У всех пациентов с ретроспективным и проспективным обзором механическая желтуха неопухолевого генеза на фоне сопутствующей патологии продолжалась в виде [1] трех стадий подряд.

На первой стадии - холестаза - обструкция желчного пузыря конкрементом приводит к желчной гипертензии: у 61,8% пациентов наблюдается внепеченочный холестаз.

В определенный момент ретроградный приток желчи в кровь приводит к появлению гепатоцитолита. Это вторая стадия патологического процесса, характеризующаяся явным повышением уровня печеночных ферментов в крови: наблюдалось увеличение случаев аст, Алт, ЛДГ на 23,8%.

Признаки воспаления на третьей стадии - холангит - у 14,4% пациентов с обструкцией желчных протоков и цитолизом. < / ссылка >

Наилучшим определением взаимосвязи между основным и сопутствующими заболеваниями является концепция коморбидности. "Это указано в национальных клинических рекомендациях". Алгоритмы диагностики и лечения" (2019) [3] - это "сочетание двух или более хронических заболеваний у одного пациента, которые этиопатологически взаимосвязаны друг с другом или которые соответствуют времени возникновения, независимо от активности каждого из них." При

проведении клинических и лабораторных исследований мы всегда придерживались этого определения.

После классификации стадий сопутствующей патологии, которую в некоторых публикациях называют "полиморбидностью" [1], все хирургические пациенты с заболеваниями суставов отнесены ко 2-му периоду ее развития - формированию полиморбидности или общей оценке полиморбидности, 3-му периоду - формированию множественных органов. заболевания или клиническое действие и 4 заболевания с периодическим исходом.

В каждой группе с различными стадиями ЛЖ 23,3% пациентов были исключены из общего числа тех, у кого не было сопутствующих заболеваний, чтобы определить количество пациентов с коморбидитом, в результате чего 76,7% случаев были положительными для дальнейшего анализа.

В нем общая тяжесть последствий заболеваний суставов определяется по баллам: 0 - отсутствие заболеваний; 1 - незначительное отклонение от нормы или перенесенное в прошлом заболевание; 2 - заболевания, требующие назначения медикаментозной терапии; 3 -заболевания, приводящие к инвалидности;4 - тяжелая органная недостаточность, требующая срочной терапии.

Операция "Гиппократ" проводилась в соответствии с процедурами и стандартами медицинской помощи, рекомендованными в национальных клинических рекомендациях. Их контрольные интервалы указаны в клинических рекомендациях по лабораторным тестам: состав эритроцитов в крови (мужчины. - 4,5-5,3-10¹²/я, женщины. -4,1-5,110¹²/л), гематокрит (у мужчин - 37-49%, у женщин - 36-46%), уровень гемоглобина (самец - 130-160 г/л, самка. - 120-150 г/л), количество лейкоцитов в крови (4-9-10⁹/л), количество тромбоцитов в крови (180-320-10⁹/л), уровень общего белка в крови (65-85 г/л), билирубин в крови (5-21 ммоль/л), креатинин в

крови (мужчины - 70-120 ммоль/л, женщины - 58-96 ммоль/л), мочевины крови (2,5-8,3 ммоль/л), мочевая кислота в крови (мужчины-262-452 ммоль/л, женщины - 137-393 ммоль/л), определение уровня аспаратаминотрансферазы (АСТ) в крови (мужчины - 11-41 ед./л, женщины - 11-36 ед./л), аланинаминотрансфераза (АЛТ) (мужчины - 10-41 ед/л, женщины - 10-37 ед/л), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) (<248 ед/л), креатинфосфокиназа (КФК) (мужчины. >171 шт/л, женщины>145 шт/л), триглицериды (<2,26 ммоль/л), холестерин (<6,22 ммоль/л), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) (>1,55 ммоль/л), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) (<2,85 ммоль/л).

Следующим шагом является анализ биохимических критериев, характеризующих сопутствующую патологию. Все они также делятся по принадлежности к разным типам обмена веществ и разным стадиям желтухи. Эти данные, полученные затем на каждом этапе МЖ, сравнивались с контрольной группой лиц, поступивших в хирургическое отделение на плановой основе для удаления неосложненных грыж (n=20).

Уровни креатинина и мочевины также оставались в пределах нормы.

Уровень натрия в крови повысился с (134) 2,2 (холестаза) до (137) 1,4 ммоль/л (цитолитиз), а уровень калия - с (4,1) 0,04 (4,5) 0,8 ммоль/л. Это практически не превышало следующих показателей. (133) ммоль/л, а содержание калия-натрия в крови (1,2) ммоль/л было в контрольной группе, (4,0 и 0,4) ммоль/л.

Показатели углеводного обмена с холестазом и цитолитизом незначительно превысили норму (6,0). 0,1) и (6,5). 0,1) ммоль/л), а уровень глюкозы в крови в контрольной группе незначительно превысил норму и (5,9). 0,1) ммоль/л.

При холангите показатели белкового, электролитного и углеводного обмена значительно повысились: уровень белка в крови (с 72) до г/л, уровень натрия - (с 140) до 1,2) ммоль/л, калия - (с 5,5) до 0,08) ммоль/л и

глюкозы - до ммоль/л, что может быть противоположностью свертываемости крови (8,1 и 0,6).

Если содержание общего билирубина в крови на 1-й и 2-й стадиях МЖ увеличивалось более чем в 8 раз по сравнению с контрольной группой - с (25,7) до 2.2(217,3±9,1)- (223,5±1,1) ммоль/л, затем при холангите - в 10 раз, достигают (248,5).14.4) ммоль/л.

По сравнению с контрольной группой уровень маркеров гепатоцитолита повышался от стадии к стадии, достигая максимума при холангите. На стадии 1 содержание аст составляло (0,66) 0,03), на стадии 2 - (0,9) 0,01), на стадии 3 - (1,01) 0,01) ммоль/ЛЧ. На этапе 1 содержание Алт в крови (0,71 доз. 0,01), на этапе 2 - (1,48 доз. 0,04), на этапе 3 - (1,1 доз. 0,01) ммоль/л-ч (норма (0,45 доз. 0,1) и (0,69 доз. 0,2) ммоль соответственно/л-ч).

Уровень ЛДГ в крови повысился с ммоль/л-ч на стадии 5,6 МДЖ (0,09) до ммоль/л-ч на стадии 1 (8,9) и ммоль/л-ч на стадии 2 (12,0) до 0,009 ммоль/л-ч (стадия 3).

Стадия 1 не выявила изменений в метаболизме холестерина: уровень общего холестерина в крови (5,8) ммоль/л, триглицеридов - (2,1) 0,01) ммоль/л, ЛПВП - (1,8) ммоль/л, ЛПНП - (2,2) 0,03) ммоль/л, ЛПНП - (2,2) 0,03) ммоль/л (показатели контрольной группы были соответственно(5,7±0,02), (2,1±0,01), (1,7±0,05) и (2,2) 0,02) ммоль/л.

Стадия 2 повышенный уровень общего холестерина в крови (с 6,6) до ммоль/л, триглицеридов (с 2,2) до ммоль/л, ЛПВП - с (с 1,9) до 0,04) до ммоль/л и уровень ЛПНП в крови. напротив, (2,2)- (0,02) (1,8) снизился до 0,04) ммоль/л.

У пациентов с ЛЖ в стадии холангита значительно повысился уровень общего холестерина в крови - (7,0). 0,06) до ммоль/л, триглицеридов крови - (2,6). 0,04) до ммоль/л, ЛПВП - (2,0). 0,03) до ммоль/л.

Содержание ЛПНП в крови при холангите было дополнительно снижено - с ммоль/л в контрольной группе (1,6) до ммоль/л (0,06) (2.2.0.02).

Количество крови при холестазах незначительно увеличилось по сравнению с контрольной группой SPK и составило (140) 1,2 ед/л (группа сравнения - 135-137 ед/л). При цитолизе его содержание в крови стало подниматься еще выше, увеличиваясь (со 158) до 1,7) ед/л, а при холангите (со 179) до 1,2) ед/л.

Вывод. У пациентов с осложнениями со стороны желудочно-кишечного тракта, протекающими в виде МЖ, сопутствующая патология является основным отягчающим фактором и усугубляется по мере развития стадий патологического процесса.

Согласно шкале Sirs и Каплана-Файнштейна, сопутствующая патология минимальна у пациентов с холестатической стадией неопухолевого рассеянного склероза, что позволяет таким пациентам подвергаться хирургическим вмешательствам с низким риском органических осложнений и незначительным взаимным отягощением от сопутствующих заболеваний.

Когда происходит гепатоцитоз, число пациентов с минимальными баллами по шкалам Sirs и Каплана - Файнштейна уменьшается, а максимальный балл увеличивается, что указывает на усиление влияния сопутствующей патологии на общее состояние пациента по мере нарастания печеночной недостаточности.

При холангите значительно увеличилось число пациентов с максимальными значениями шкал Sirs и Каплана - Файнштейна, что указывает на явное взаимное бремя основных и сопутствующих заболеваний из-за развития сопутствующей патологии у большинства этих пациентов.

Анализ индекса Мэри Чарльсон показал, что выживаемость пациентов с холестазом при неопухоловом МЖ является самой высокой, а при холангите этот показатель значительно снижается, поскольку число пациентов с Msmah увеличивается с незначительного до 94,4%.

Наиболее ценными биохимическими тестами для характеристики состояния гепатоцитов при МЖ и сопутствующей патологии у таких пациентов являются определение уровня щелочной фосфатазы, SPK и трансаминаз в крови.

Интоксикационный синдром у больных холангитом негативно влияет на все органы и системы организма, сопутствующую патологию и биохимические реакции, которые возникают в таких случаях, и может привести к сбоям в работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции // Современная онкология. 2001. № 4. С. 36-59.

2. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Бебезов Б.Х., Раимкулов А.Э., Ермеков Т.А. Результаты чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств в хирургии желчных путей // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 4. С. 50-53.

3. Даценко Б.М., Борисенко В.Б. Механическая желтуха, острый холангит, билиарный сепсис: их патогенетическая взаимосвязь и принципы дифференциальной диагностики // Новости хирургии. 2013. Т. 21. № 5. С. 31-39.

4. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Прядко А.С., Азимов Ф.Х., Струков Е.Ю., Казакевич Г.Г. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза // Анналы хирургической гепатологии. 2011. № 3. С. 26-34.

5. Field R.C., Heiken J.P., Strasberg S.M. Biliary injury after laparoscopic cholecystectomy in a patient with right liver agenesis: case report and review of the literature. J. Gastrointest Surg. 2008. Vol. 12. no 9. P. 1577-1581.