

**552.АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

*Кунафин М.С.(1), Хунафин С.Н.(1), Ахмеров Д.Р.(2), Загретдинов А.Ш.(2), Ягудин А.Р.(2)*

Уфа

1. ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ.
2. ГБУЗ РБ ГКБ №18

Актуальность: По данным многих авторов причинами развития механической желтухи являются: закупорка желчевыводящих путей желчными камнями или их стриктура, воспалительные процессы, опухоли печени и поджелудочной железы. Диагностика и оказание адекватной хирургической помощи затруднена вследствие наличия общих симптомов болезни, сходных с другими заболеваниями панкреатодуоденальной зоны и, конечно, из-за недостаточной компетенции врачей общей лечебной сети по оказанию таким больным экстренной и специализированной медицинской помощи. Материалы и методы. За 2015-2017 годы в хирургическом отделении ГБУЗ РБ ГКБ №18 г.Уфы лечились 49 больных с механической желтухой, которые поступали в клинику в экстренном порядке. Большинство больных (694) были в возрасте старше 60 лет, имели ряд заболеваний, ухудшающих их состояние. В обследовании больных, кроме общеклинического исследования, применялись: УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чрезпеченочная холангиография, эндосонография, КТ, МРТ, лапороскопия. На операции выполнялись: рентгенотелевизионная холескопия, с введением контраста через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие и холангиоскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литотрипсия, литоэкстракция, бужирование, дренирование желчных протоков, чрескожная чрезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с наружным или наружно-внутренним дренированием. Результаты. Оперативное лечение осуществлялось на 2-42 сутки от поступления в клинику. Минидоступ использован у 8 (10%) больных и в 1 (2%) случае операция выполнена через верхнесрединный доступ. Были выявлены следующие причины механической желтухи: желчнокаменная болезнь у 27 (55%) больных, воспалительные стриктуры

желчевыводящих путей у 1 (2) больного, острый холецистит с перипроцессом у 2 (4%) больных, холангиты у 5 (10%) больных, острый панкреатит – у 4 (8%) больных, рак печени – у 3 (6%) больных и рак головы головки поджелудочной железы был у 4 (8%) больных. На операции 26 (53%) больным выполнена холецистэктомия, ЧОХС, литоэкстракция, дренирование холедоха, 21 (42,9%) больному - холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз и 2 (4%) пациентам произведена холецистэктомия с ИОХ, при которой выполнялось удаление камней их холедоха с последующим его ушиванием. Весьма ценным и объективным методом интраоперационной диагностики причин желтухи остается холангиоскопия, которая выполнена у 39 больных (79.5%), что позволило нам определить объем операции, после визуального контроля желчевыводящих протоков и зоны сфинктера Одди. Послеоперационные осложнения возникли в 3 (6,1%) случаях: у 2 больных развился перитонит после несостоятельности холедоходуоденоанастомоза и у 1 больного перитонит при выпадении дренажа из холедоха. После повторной операции пациенты поправились. Умерло 6 (12,2%) больных, страдающих онкологическими заболеваниями печени и головки поджелудочной железы. Выводы: 1) Количество больных с механической желтухой увеличивается и они поступают в хирургические стационары с большим опозданием. 2) Основными причинами задержки поступления больных является поздняя диагностика заболевания, в результате неполноценного обследования их врачами общей лечебной сети. 3) Дальнейшее улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам с механической желтухой связано с совершенствованием диспансеризации лиц, имеющих те заболевания, которые являются причинами развития механической желтухи, проведением комплексного обследования в дооперационный период, использованием по показаниям интраоперационных методов диагностики и лечения больных с данной патологией.