

Диагностические и терапевтические аспекты лечения больных с синдромом механической желтухи: по следам Российского консенсуса*

И.Е. Хатьков¹, Р.Г. Аванесян^{2,3}, Г.Г. Ахаладзе⁴, А.Г. Бебурешвили⁵, А.Ю. Буланов⁶, М.И. Быков^{7,8}, Е.В. Винницкая¹, Э.Г. Виршке⁹, С.А. Габриэль¹⁰, Д.А. Гранов¹¹, В.В. Дарвин^{12,13}, Б.И. Долгушин⁹, Т.Г. Дюжева¹⁴, М.Г. Ефанов¹, В.А. Коробка^{15,16}, М.П. Королев^{2,3}, В.В. Кулабухов¹⁷, Н.А. Майстренко¹⁸, О.В. Мелехина¹, И.Ю. Недолужко¹, О.И. Охотников^{19,20}, В.Ю. Погребняков²¹, А.А. Поликарпов¹¹, М.И. Прудков^{22,23}, В.А. Ратников²⁴, Е.Н. Солодина²⁵, Ю.А. Степанова^{14,26}, В.В. Субботин¹, Е.Д. Федоров^{27,28}, А.В. Шабунин²⁹, С.Г. Шаповальянц²⁷, А.М. Шулутко¹⁴, К.В. Шишин¹, В.В. Цвиркун¹, А.В. Чжао²⁶, Ю.В. Кулезнева¹

¹ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

³СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург, Россия;

⁴ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России, Москва, Россия;

⁵ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия;

⁶ГБУЗ «Городская клиническая больница №52» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

⁷ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия;

⁸ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

⁹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия;

¹⁰ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» Минздрава Краснодарского края, Краснодар, Россия;

¹¹ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

¹²БУ «Сургутская окружная клиническая больница», Сургут, Россия;

¹³БУ ВО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»,

¹⁴ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

¹⁵ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия;

¹⁶ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия;

¹⁷ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

¹⁸ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург, Россия;

¹⁹БМУ «Курская областная клиническая больница» Комитета здравоохранения Курской области, Курск, Россия;

²⁰ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия;

²¹ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия;

²²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия;

²³ГАУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия;

²⁴ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л.Г. Соколова» ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия;

²⁵ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия;

²⁶ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия;

²⁷ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

²⁸ГБУЗ «Городская клиническая больница №31» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

²⁹ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Аннотация

Исследование выполнено на базе ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Статья публикуется по результатам Российского консенсуса по механической желтухе (МЖ), рассмотренного на 45-й ежегодной научной сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии «Вопросы онкологии в практике гастроэнтеролога» (1 марта 2019 г.). Цель публикации – осветить актуальные вопросы диагностики и возможностей лекарственного лечения больных с синдромом МЖ. Актуальность проблемы определяется увеличением числа больных с МЖ различного генеза. В целом ряде случаев происходит задержка оказания медицинской помощи вследствие несвоевременной диагностики и неадекватного лечения, в то время как в современных условиях правильная маршрутизация пациентов может быть обеспечена вне зависимости от уровня медицинского учреждения. В данной работе показаны этапы диагностического поиска при синдроме желтухи и определено место терапевтических мероприятий в лечении больных с билиарным блоком.

Ключевые слова: механическая желтуха, ультразвуковое исследование, холангит

Для цитирования: Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Диагностические и терапевтические аспекты лечения больных с синдромом механической желтухи: по следам Российского консенсуса. Терапевтический архив. 2021; 93 (2): 138–144. DOI: 10.26442/00403660.2021.02.200619

* Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;(6):5-17. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20200615/>. Публикуется в соответствии с правилами Совета по этике научных публикаций АНРИ в целях расширения читательской аудитории за счет специфической тематической аудитории издания.

Diagnostic and conservative treatment nuances in patients with obstructive jaundice: in the wake of Russian consensus

I.E. Khatkov¹, R.G. Avanesyan^{2,3}, G.G. Akhaladze⁴, A.G. Beburishvili⁵, A.Yu. Bulanov⁶, M.I. Bykov^{7,8}, E.V. Vinnitskaia¹, E.G. Virshke⁹, S.A. Gabriel¹⁰, D.A. Granov¹¹, V.V. Darvin^{12,13}, B.I. Dolgushin⁹, T.G. Dyuzheva¹⁴, M.G. Efanov¹, V.L. Korobka^{15,16}, M.P. Korolev^{2,3}, V.V. Kulabukhov¹⁷, N.A. Maystrenko¹⁸, O.V. Melekhina¹, I.Yu. Nedoluzhko¹, O.I. Okhotnikov^{19,20}, V.Yu. Pogrebnyakov²¹, A.A. Polikarpov¹¹, M.I. Prudkov^{22,23}, V.A. Ratnikov²⁴, E.N. Solodinina²⁵, Yu.A. Stepanova^{14,26}, V.V. Subbotin¹, E.D. Fedorov^{27,28}, A.V. Shabunin²⁹, S.G. Shapovalyants²⁷, A.M. Shulutko¹⁴, K.V. Shishin¹, V.N. Tsvirkun¹, A.V. Chzhao²⁶, Yu.V. Kulezneva¹

¹Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russia;

²Saint Petersburg State Paediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia;

³Saint Petersburg City Mariinskaya Hospital, Saint Petersburg, Russia;

⁴Russian Research Radiology Center, Moscow, Russia;

⁵Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia;

⁶City Clinical Hospital №52, Moscow, Russia;

⁷Ochapovsky Regional Clinical Hospital №1, Krasnodar, Russia;

⁸Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia;

⁹Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia;

¹⁰Regional Clinical Hospital №2, Krasnodar, Russia;

¹¹Granov Russian Research Center of Radiology and Surgical Technologies, Saint Petersburg, Russia;

¹²Surgut Regional Clinical Hospital, Surgut, Russia;

¹³Surgut State University, Surgut, Russia;

¹⁴Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia;

¹⁵Rostov Regional Clinical Hospital, Rostov-On-Don, Russia;

¹⁶Rostov State Medical University, Rostov-On-Don, Russia;

¹⁷Sklifosovsky Scientific Institute of Emergency Care, Moscow, Russia;

¹⁸Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia;

¹⁹Kursk Regional Clinical Hospital, Kursk, Russia;

²⁰Kursk State Medical University, Kursk, Russia;

²¹City Cancer Clinic, Saint Petersburg, Russia;

²²Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia;

²³Sverdlovsk Regional Clinical Hospital №1, Ekaterinburg, Russia;

²⁴Sokolov North-West District Scientific and Clinical Center, Saint Petersburg, Russia;

²⁵Central Clinical Hospital with Polyclinic of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia;

²⁶Vishnevsky National Research Center of Surgery, Moscow, Russia;

²⁷Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

²⁸City Clinical Hospital №31, Moscow, Russia;

²⁹Botkin City Clinical Hospital, Moscow, Russia

The research was performed at the Loginov Moscow Clinical Scientific Center. It is based on Russian obstructive jaundice (OJ) consensus results, considered at the 45th annual Central Research Institute of Gastroenterology Scientific session "Oncological issues in the gastroenterologist practice" (1 March 2019). The article objective is to note the diagnostic and conservative treatment current issues in patients with OJ. The increase in the number of patients with OJ of different etiology provides problem actuality. In a large number of cases, medical treatment is delayed due to inadequate diagnostic and management, while correct patients routing today can be provided regardless of medical institution level. In this article the examination steps and conservative treatment role in patients with biliary obstruction management are presented.

Keywords: obstructive jaundice, ultrasonography, cholangitis

For citation: Khatkov I.E., Avanesyan R.G., Akhaladze G.G., et al. Diagnostic and conservative treatment nuances in patients with obstructive jaundice: in the wake of Russian consensus. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2021; 93 (2): 138–144.

DOI: 10.26442/00403660.2021.02.200619

АБ – антибактериальный

МЖ – механическая желтуха

МНО – международное нормализованное отношение

МРХГ – магнитно-резонансная холангиография

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

Синдром механической желтухи (МЖ), развивающийся вследствие нарушения оттока желчи из печени, всегда требует срочной госпитализации в хирургический стационар для выполнения какого-либо вида желчеотведения, поскольку чреват развитием печеночной недостаточности. Между тем дифференциальный диагноз между механическим и паренхиматозным типами желтухи нередко вызывает

трудности на этапе госпитализации, что приводит к увеличению сроков оказания медицинской помощи.

Кроме того, несмотря на очевидность необходимости хирургических манипуляций при МЖ, спорным остается вопрос о целесообразности проведения консервативных мероприятий, направленных на дезинтоксикацию организма.

Эти и другие проблемы обсуждены группой экспертов посредством согласительного исследования (консенсуса), целью которого являлись изучение наиболее актуальных вопросов диагностики и лечения МЖ и консолидация мнений ведущих российских специалистов (хирургов, онкологов, реаниматологов, специалистов по лучевой диагностике, эндоскопии, интервенционной радиологии).

В реализации консенсуса приняли участие 35 экспертов из различных городов России, представляющих 21 учреждение. Схема проведения консенсуса не отличалась от таковой при предыдущих исследованиях. Эксперты подготовили литературные справки по порученным им вопросам. Составленные на основании данных мировой литературы (клинических рекомендаций, метаанализов и т.д.) литературные справки объединены в один документ, который разослан всем экспертам консенсуса для обоснования их позиции при итоговом электронном онлайн-голосовании.

Электронное голосование прошло по Дельфийской системе с использованием 6-балльной шкалы Лайкерта:

- 1 – полностью согласен (A+);
- 2 – согласен с небольшими замечаниями (A);
- 3 – согласен со значительными замечаниями (A-);
- 4 – не согласен, но при этом со значительными замечаниями (D-);
- 5 – не согласен, но при этом с небольшими замечаниями (D);
- 6 – категорически не согласен (D+).

Соглашение считалось достигнутым, если с положением согласились (A+, A, A-) свыше 2/3 экспертов (67% и более) [5].

Итоги работы и результаты голосования представлены на консенсус-конференции в рамках 45-й сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии (Москва, 1 марта 2019 г.). Структуру Российского консенсуса по МЖ составили 28 вопросов, сгруппированных в 5 разделов, полный обзор которых представлен в

№6 журнала «Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова» (2020 г.). Однако первые два раздела консенсуса касаются проблем диагностики и консервативного лечения больных с МЖ, что представляется интересным и важным для специалистов самых разных направлений медицины.

Раздел 1. Верификация характера и причины желтухи

В какие сроки после обращения больного за медицинской помощью необходимо определить механический характер желтухи?

Механический характер желтухи должен быть установлен в кратчайшие сроки для определения правильной маршрутизации больного и оказания своевременной помощи – от 2 до 24 ч с момента обращения.

Уровень доказательности 5. Степень рекомендаций В.

Уровень достигнутого соглашения: A+ 81,3%, A 18,8%, A+ 0, D- 0, D 0, D+ 0.

В настоящее время каких-либо рандомизированных исследований и метаанализов по этому вопросу не найдено. Данный тезис основан на многолетнем опыте ведущих экспертов РФ, который накоплен в процессе лечения больных с МЖ и ее осложнений, связанных с поздней диагностикой характера желтухи [1–4].

Достаточно ли клинических, анамнестических и лабораторных данных для установления механического характера желтухи?

Абсолютно точных и патогномоничных клинических и лабораторных признаков МЖ нет.

Уровень доказательности 3А. Степень рекомендаций В.

Уровень достигнутого соглашения: A+ 78,1%, A 15,6%, A- 6,3%, D- 0, D 0, D+ 0.

Основные сведения из анамнеза, наиболее важные для диагностики данные физикального обследования и лабора-

Сведения об авторах:

Хатьков Игорь Евгеньевич – д.м.н., проф., дир. ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0002-4088-8118

Аванесян Рубен Гарриевич – к.м.н., доц. каф. общей хирургии с курсами эндоскопии и ухода за хирургическим больным ФГБОУ ВПО СПб ГПМУ, врач СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». ORCID: 0000-0001-5836-6919

Ахаладзе Гурам Германович – д.м.н., проф., гл. науч. сотр. научно-исследовательского отд. хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ РНЦРР. ORCID: 0000-0022-5011-4853

Бабурешвили Андрей Георгиевич – д.м.н., проф. ФУВ ФГБОУ ВО ВолГМУ. ORCID: 0000-0002-1179-4585

Буланов Андрей Юльевич – д.м.н., проф., зав. отд-нием ГБУЗ ГКБ №52. ORCID: 0000-0001-6999-8145

Быков Михаил Ильич – к.м.н., доц. каф. хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ, ГБУЗ «НИИ – ККБ №1 им. С.В. Очаповского». ORCID: 0000-0001-6806-1414

Винницкая Елена Владимировна – д.м.н., рук. научно-исследовательского отд. гепатологии ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0002-0344-8375

Вирике Эдуард Рейнгольдович – д.м.н., зав. лаб. интервенционной радиологии НИИ клинической и экспериментальной

радиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». ORCID: 0000-0002-4006-3642

Габриэль Сергей Александрович – к.м.н., зав. отд-нием эндоскопии ГБУЗ ККБ №2. ORCID: 0000-0002-0755-903X

Гранов Дмитрий Анатольевич – акад. РАН, чл.-кор. РАН, д.м.н., проф., зав. каф. радиологии и хирургических технологий ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова». ORCID: 0000-0002-8746-8452

Дарвин Владимир Васильевич – д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной хирургии, зам. дир. по научной работе Медицинского института БУ ВО СурГУ, зав. отд-нием БУ «Сургутская окружная клиническая больница». ORCID: 0000-0002-2506-9798

Долгушин Борис Иванович – акад. РАН, д.м.н., проф., дир. НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». ORCID: 0000-0001-7185-7165

Дюжева Татьяна Геннадьевна – д.м.н., проф., зав. отд. регенеративной хирургии печени и поджелудочной железы Института регенеративной медицины ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0003-0573-7573

Ефанов Михаил Германович – д.м.н., проф., рук. отд. гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0003-0738-7642

торных исследований позволяют заподозрить обтурационную желтуху примерно у 80% больных [5]. На амбулаторном этапе без использования современных диагностических технологий частота диагностических ошибок достигает 15–20% [6, 7]. Общеклинические и биохимические лабораторные анализы сами по себе малопригодны для ранней диагностики МЖ [8, 9]. Тем не менее у всех пациентов с подозрением на МЖ рекомендуется выполнять общий анализ крови и мочи, а также биохимический анализ крови [10–12].

Можно ли считать чрескожное ультразвуковое исследование (УЗИ) основным достоверным скрининговым методом диагностики билиарной гипертензии?

Чрескожное УЗИ является скрининговым методом у всех пациентов с МЖ, позволяющим с высокой степенью вероятности выявить расширение желчных протоков, что свидетельствует о механическом характере желтухи.

Уровень доказательности 1А. Степень рекомендаций А.

Уровень достигнутого соглашения: А+ 68,8%, А 28,1%, А- 3,1%, D- 0, D 0, D+ 0.

Алгоритм лучевой диагностики следует определять с учетом технического оснащения медицинского учреждения, при этом памятуя о том, что метод должен быть доступным, информативным, безопасным и не приводить к осложнениям. Всем этим требованиям отвечает чрескожное УЗИ. На основании обнаружения расширенных желчных протоков УЗИ дает возможность быстро установить обтурационный характер желтухи, что чрезвычайно важно для проведения дальнейших лечебных (декомпрессионных) мероприятий [13, 14]. Чувствительность УЗИ в выявлении причин МЖ составляет 87–90%, при желчнокаменной болезни – 98,3–99%, опухолях – 63,9–70%; общая специфичность – 85,4–90% [15, 16].

Являются ли данные УЗИ об уровне билиарного блока (дистальный или проксимальный) определяющими для вы-

бора дальнейшего алгоритма дообследования у больных с МЖ?

Экспертное чрескожное УЗИ позволяет установить локализацию блока желчных протоков, что определяет выбор дальнейших методов обследования больных для установления причины МЖ.

Уровень доказательности 1А. Степень рекомендаций А. Уровень достигнутого соглашения: А+ 62,5%, А 31,3%, А- 3,1%, D- 3,1%, D 0, D+ 0.

УЗИ является доступным, безопасным и высокоинформативным методом оценки уровня билиарного блока [17]. К его недостаткам относится субъективность результатов, которые зависят от опыта оператора, класса аппаратуры и подготовки больного. Поэтому в мировых рекомендациях в последние 5 лет предпочтение при МЖ отдается результатам магнитно-резонансной холангиографии (МРХГ) [18, 19].

Каков порядок выполнения комплекса диагностических методов исследования с целью определения причины МЖ (экспертного чрескожного УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии – МСКТ, магнитно-резонансной томографии, эндоскопической ультрасонографии) в зависимости от уровня билиарного блока?

При подозрении на холангиолитиаз алгоритм дообследования включает МРХГ и эндоскопическую ультрасонографию. При подозрении на опухолевый процесс с дистальным уровнем блока на первый план выходят МСКТ с болюсным контрастированием и эндо-УЗИ. При проксимальном уровне билиарного блока на первом этапе необходимо выполнять магнитно-резонансную томографию и МРХГ с целью уточнения степени разобщения внутрипеченочных желчных протоков и выявления опухолевого распространения. Уточняющим способом диагностики является МСКТ с болюсным контрастированием. Окончательный метод диагностики уровня билиарного блока – прямая холангиография (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография или чрескожная чреспеченочная

Коробка Вячеслав Леонидович – д.м.н., доц. каф. хирургических болезней ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ, глав. врач ГБУ РО РОКБ. ORCID: 0000-0003-3205-4647

Королев Михаил Павлович – д.м.н., проф., зав. каф. общей хирургии с курсом эндоскопии ФГБОУ ВО СПб ГПМУ, зав. отд-нием СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». ORCID: 0000-0001-5061-0139

Кулабухов Владимир Витальевич – к.м.н., вед. науч. сотр. отд. неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского». ORCID: 0000-0003-1769-7038

Майстренко Николай Анатольевич – д.м.н., проф. каф. факультетской хирургии им. С.П. Федорова ФГБОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова». ORCID: 0000-0002-1405-7660

Мелехина Ольга Вячеславовна – к.м.н., врач-хирург, ст. науч. сотр. отд-ния рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0002-3280-8667

Недолужко Иван Юрьевич – к.м.н., зав. отд-нием оперативной эндоскопии ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0003-2647-4362

Охотников Олег Иванович – д.м.н., проф. каф. лучевой диагностики и терапии ФГБОУ ВО КГМУ, зав. отд-нием рентге-

нохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ КОКБ. ORCID: 0000-0002-6685-3183

Погребняков Владимир Юрьевич – д.м.н., проф., врач отд. рентгенохирургических методов лечения ГБУЗ ГКОД. ORCID: 0000-0002-4587-4153

Поликарпов Алексей Александрович – д.м.н., вед. науч. сотр. отд-ния ангиографии ФГБУ «РНЦРХТ им. акад. А.М. Гранова». ORCID: 0000-0002-7683-5042

Прудков Михаил Иосифович – д.м.н., проф., зав. каф. хирургических болезней фак-та повышения квалификации врачей и последипломной подготовки ФГБОУ ВО УГМУ, ГАУЗ СО СОКБ №1. ORCID: 0000-0003-2512-2760

Ратников Вячеслав Альбертович – д.м.н., проф. ФГБУ «СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова». ORCID: 0000-0002-9645-8408

Солодинина Елена Николаевна – д.м.н., зав. эндоскопическим отд-нием ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ». ORCID: 0000-0002-2348-4963

Степанова Юлия Александровна – д.м.н., проф. каф. лучевой диагностики ИПО ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), ученый секретарь ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского». ORCID: 0000-0002-2348-4963

холангиография), используемая в настоящее время только в момент декомпрессии желчных потоков и непосредственно перед операцией [20–25].

Уровень доказательности 1А. Степень рекомендаций А.

Уровень достигнутого соглашения: А+ 59,4%, А 37,5%, А- 3,1%, D- 0, D 0, D+ 0.

Возможно ли установить диагноз МЖ без билиарной гипертензии?

МЖ при отсутствии инструментальных признаков расширения желчных протоков отмечается при заболеваниях, протекающих с внутрипеченочным холестазом (гепатоцеллюлярным или каналикулярным), предрасполагающих билиарной обструкции.

Уровень доказательности 4. Степень рекомендаций D.

Уровень достигнутого соглашения: А+ 84,4%, А 12,5%, А- 0, D- 0, D 0, D+ 3,1%.

Желчные протоки могут быть нерасширенными при следующих болезнях, сопровождаемых МЖ: микрохоледохолитиазе [26, 27], первичном склерозирующем холангите малых протоков в сочетании с доминантной стриктурой главного протока [28, 29], описторхозе [30], атрезии желчных протоков (встречается в педиатрической практике), а также при нарушении кровообращения по печеночной артерии вследствие тромбоза, отслоения интимы, перевязки (чаще всего во время или после хирургического вмешательства) [31].

Целый ряд заболеваний печени, сопровождающихся внутрипеченочным каналикулярным или гепатоцеллюлярным холестазом, имитируют нарастание внепеченочного холестаза, такие как: инфицирование острым вирусным гепатитом А, С, Е, токсическое поражение (алкогольное, лекарственное), болезни накопления, сопровождающиеся внутрипеченочным холестазом (неалкогольная жировая болезнь печени), аутоиммунные болезни печени (например, первичный билиарный холангит) [32].

Субботин Валерий Вячеславович – д.м.н., проф., рук. отд. «Центр анестезиологии и реанимации» ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0002-0921-7199

Федоров Евгений Дмитриевич – д.м.н., гл. науч. сотр. научно-исследовательской лаб. хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», хирург-эндоскопист ГБУЗ ГКБ №31. ORCID: 0000-0002-6036-7061

Шабунин Алексей Васильевич – д.м.н., проф., гл. хирург Департамента здравоохранения г. Москвы, глав. врач ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина». ORCID: 0000-0002-4230-8033

Шаповальянц Сергей Георгиевич – д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной хирургии РНИМУ ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». ORCID: 0000-0002-1571-8125

Шулутко Александр Михайлович – д.м.н., проф., зав. каф. факультетской хирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0002-8001-1601

Шихин Кирилл Вячеславович – д.м.н., проф. рук. отд. оперативной эндоскопии ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0003-0010-5294

Цвиркун Виктор Викторович – д.м.н., проф., гл. науч. сотр. ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0001-5169-2199

Чжао Алексей Владимирович – д.м.н., проф., зам. дир. ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского». ORCID: 0000-0002-2146-5136

Раздел 2. Консервативные методы лечения больных с МЖ

Нужно ли назначать антибиотики при отсутствии холангита?

Антибактериальные (АБ) препараты при МЖ применяются в двух случаях: при отсутствии клинических признаков инфекции с целью профилактики вероятных инфекционных осложнений, в том числе при угрозе развития таковых вследствие хирургического вмешательства; при наличии инфекции с целью патогенетической терапии. Профилактическое использование противомикробных препаратов при выполнении эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии не рекомендуется [33].

Уровень доказательности 1А. Степень рекомендаций А. Уровень достигнутого соглашения: А+ 40,6%, А 46,9%, А- 6,3%, D- 6,3%, D 0, D+ 0.

Эти два подхода принципиально отличаются как по длительности применения АБ-препаратов, так и по качественному составу проводимой терапии. Каждое лечебное учреждение разрабатывает и утверждает собственный протокол АБ-профилактики и терапии на основе Национальных клинических рекомендаций, адаптированных по результатам собственного микробиологического мониторинга (IA) [34, 35]. Необходимо понимать, что само наличие МЖ, длительность и степень выраженности не влияют на выбор АБ-препарата [36].

Когда необходима коррекция нарушений свертывающей системы крови перед выполнением билиарной декомпрессии?

Коррекция нарушений свертывающей системы крови при МЖ обязательна при увеличении уровня международного нормализованного отношения (МНО) более 2, при гипофибриногенемии ниже 1,5 г/л, тромбоцитопении ниже $50 \times 10^9/\text{л}$.

Уровень доказательности 1А. Степень рекомендаций А.

Уровень достигнутого соглашения: А+ 62,5%, А 31,3%, А- 6,3%, D- 0, D 0, D+ 0.

В качестве диагностического минимума определяются протромбиновое время (выраженное в МНО или протромбине по Квику) и число тромбоцитов. Рекомендуемый лабораторный показатель при оценке состоятельности гемостаза у пациентов с патологией печени – фибриноген по Клаусу. Оптимальным вариантом является выполнение тромбоэластографии/тромбоэластометрии. Как безопасный уровень для минимальных инвазивных вмешательств определено МНО от 1,2 до 2,0. Требуется предпроцедурного возмещения гипофибриногенемия менее 1,5 г/л. Основными средствами коррекции коагулопатии являются свежемороженая плазма, препараты витамина К, ингибитор фибринолиза – транексамовая кислота. При выявлении тромбоцитопении перед выполнением инвазивного вмешательства необходимо осуществление заместительной трансфузии концентрата тромбоцитов с целевым уровнем от 50 до $80 \times 10^9/\text{л}$ [37–40].

Контактная информация:

Кулезнева Юлия Валерьевна – д.м.н., проф., рук. отд. лучевых методов диагностики и лечения ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». Тел.: +7(903)791-62-55; e-mail: kulezniova@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-5592-839X

Являются ли медикаментозные методы лечения больных с МЖ альтернативой билиарной декомпрессии?

Медикаментозное лечение больных с МЖ носит исключительно паллиативный характер и относится к вспомогательным видам лечения, не имеющим самостоятельного значения и не являющимся альтернативой методам, направленным на восстановление желчеоттока.

Уровень доказательности 1А. Степень рекомендаций А.

Уровень достигнутого соглашения: А+ 81,3%, А 15,6%, А- 0, D 0, D 0, D+ 3,1%.

При развитии МЖ вследствие обструкции желчевыводящих путей лечение прежде всего должно быть направлено на обеспечение внутреннего или наружного оттока желчи [41]. Медикаментозное лечение при МЖ, как правило, направлено на коррекцию метаболических изменений, а также расстройств в системе свертывания крови, профилактику и лечение инфекционных осложнений и острой почечной недостаточности [42]. Лекарственная терапия также важна в облегчении и купировании кожного зуда [43].

Какая роль экстракорпоральных методов лечения у больных с МЖ до и после билиарной декомпрессии?

Основным методом лечения пациентов с МЖ является декомпрессия желчных протоков различными способами (рентгенрадиологические, эндоскопические, хирургические). Экстракорпоральные методы лечения применяют только при некоторых осложнениях, связанных с МЖ.

Уровень доказательности 2В. Степень рекомендаций В.

Уровень достигнутого соглашения: А+ 84,4%, А 15,6%, А- 0, D- 0, D 0, D+ 0.

К осложнениям МЖ, требующим проведения экстракорпоральных методов лечения, относят острую почечную недостаточность без сепсиса или на фоне сепсиса и острую печеночную недостаточность. Непрерывная заместительная почечная терапия и прерывистый гемодиализ эффективны у пациентов с тяжелым сепсисом и острой почечной недостаточностью. Плазмасорбция и плазмофильтрация снижают уровень билирубина и других токсических метаболитов, образующихся на фоне МЖ и холестаза, но пролонгированный эффект отмечается только при адекватной билиарной декомпрессии [44–46].

Заключение

Диагноз МЖ вне зависимости от ее причины может быть установлен в течение нескольких часов после обращения больного за медицинской помощью на основании клинического обследования, данных лабораторных и инструментальных методов. Высокоинформативным и наиболее доступным скрининговым методом диагностики характера желтухи является транскорпоральное УЗИ, срочное проведение которого определяет маршрутизацию пациента. Последовательность выполнения других методов лучевой диагностики зависит от уровня билиарного блока. Консервативные лечебные мероприятия при МЖ необходимы, однако они должны проводиться на этапе подготовки и/или после осуществления билиарной декомпрессии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Руководство по хирургии желчных путей. 2 е изд. Под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. М.: Видар-М, 2009 [Bile Tract Surgery Manual. 2nd edition. Edited by E.I. Halperin, P.S. Wetsheva. M.: Vidar-M, 2009 (In Russ.)].
2. Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи. *Анналы хирургич. гепатологии*. 2008;13(4):96-107 [Shevchenko YL, Vetshev PS, Stako YM, et al. Diagnostics and surgical tactics for the syndrome of mechanical jaundice. *Ann Surgical Hepatology*. 2008;13(4):96-107 (In Russ.)].
3. Гальперин Э.И. Момунова О.Н. Классификация тяжести механической желтухи. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2014;1:5-9. [Gal'perin É.I., Momunova O.N. The classification of obstructive jaundice severity. *N.I. Pirogov Magazine*. 2014;1:5-9 (In Russ.)].
4. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. СПб: Элби-СПб, 2000. [Maistrenko NA, Stokalov VV. Holedokholithias. SPb: Elbi-SPb, 2000 (In Russ.)].
5. Fargo MV, Grogan SP, Saguil A. Evaluation of Jaundice in Adults. *Am Fam Physician*. 2017 Feb 1;95(3):164-8.
6. Taylor A, Stapley S, Hamilton W. Jaundice in primary care: a cohort study of adults – aged more 45 years using electronic medical records. *Fam Pract*. 2012;29:416-20. doi: 10.1093/fampra/cm118
7. Center SA. Diseases of the gallbladder and biliary tree. *Vet Clin North Am Small Anim Pract*. 2009;39(3):543-98. doi: 10.1016/j.cvs.2009.01.004
8. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. Internal Clinical Guidelines Team (UK) London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Oct. PMID: 25473723.
9. Williams E, Beckingham I, Sayed G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). *Gut*. 2017;66(5):765-82. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312317
10. Шулуто А.М., Овчинников А.А., Ветшев П.С. Рабочий диагноз в трудных хирургических ситуациях. М.: Медицина, 2003; с. 98-101 [Shulutko AM, Ovchinnikov AA, Vetshev PS. Working diagnosis in difficult surgical situations. Moscow: Medicine, 2003; p. 98-101 (In Russ.)].
11. Подолужный В.И. Механическая желтуха: принципы диагностики и современного хирургического лечения. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2018; 3(2):82-92. [Podoluzhnyi V.I. Obstructive jaundice: current principles of diagnosis and treatment. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2018; 3(2):82-92 (In Russ.)]. doi: 10.23946/2500-0764-2018-3-2-82-92
12. Национальное руководство «Клиническая хирургия». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 2; с. 239 [National Management «Clinical Surgery». M.: GEOTAR-Media, 2009. V. 2; p. 239 (In Russ.)].
13. Miyazaki M, Yoshitomi H, Miyakawa S, et al. Clinical practice guidelines for the management of biliary tract cancers 2015: the 2nd English edition. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2015;22:249-73. doi: 10.1002/jhbp.233
14. Creditt AB, Tozer J, Joyce M. Biliary Ultrasound. *Clin Ultrasound*. 2018;149-65. doi: 10.1007/978-3-319-68634-9_8
15. Katon RM, Bilbao M, Rsoch J. Algorithm for an aggressive diagnostic approach to obstructive jaundice. *West J Med*. 1975;122(3):206-16.
16. Gurusamy KS, Giljaca V, Takwoingi Y, et al. Ultrasound versus liver function tests for diagnosis of common bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2:CD011548. doi: 10.1002/14651858.CD011548

17. Tse F, Barkun JS, Romagnuolo J, et al. Nonoperative imaging techniques in suspected biliary tract obstruction. *HPB*. 2006;8:409-25. doi: 10.1080/13651820600746867
18. Badger WR, Borgert AJ, Kallies KJ. Utility of MRCP in clinical decision making of suspected choledocholithiasis: An institutional analysis and literature review. *Am J Surg*. 2017;214(2):251-5. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.10.025
19. Katabathina VS, Dasyam AK, Dasyam N. Adult Bile Duct Strictures: Role of MR Imaging and MR Cholangiopancreatography in Characterization. *RadioGraphics*. 2014;34(3):565-86. doi: 10.1148/rg.343125211
20. Addlev J, Mitchell RM. Advances in the investigation of obstructive jaundice. *Curr Gastroenterol Rep*. 2012;14(6):511-9. doi: 10.1007/s11894-012-0285-1
21. Нечипай А.М., Орлов С.Ю., Федоров Е.Д. ЭУСбука. Руководство по эндоскопической ультрасонографии. М.: Практическая медицина, 2013; с. 397 [Nekhipai AM, Orlov SY, Fedorov ED. Eusubuck. Manual on Endoscopic Ultrasound. Moscow: Practical Medicine, 2013; p. 397 (In Russ.)].
22. Hidalgo M, Alvarez R, Gallego J, et al. Consensus guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of patients with pancreatic cancer in Spain. *Clin Translat Oncol*. 2017;19(6):667-81. doi: 10.1007/s12094-016-1594-x
23. Petrescu I, Bratu AM, Petrescu S. CT vs. MRCP in choledocholithiasis jaundice. *J Med Life*. 2015;8(2):226-31.
24. Joo I, Lee JM, Yoon JH. Imaging Diagnosis of Intrahepatic and Perihilar Cholangiocarcinoma: Recent Advances and Challenges. *Radiology*. 2018;288(1). Published Online: Jun 5 2018. doi: 10.1148/radiol.2018171187
25. Hekimoglu K, Ustundag Y, Dusak A, et al. MRCP vs. ERCP in the evaluation of biliary pathologies: review of current literature. *J Dig Dis*. 2008;9:162-9. doi: 10.1111/j.1751-2980.2008.00339.x
26. Xin-dao Y, Li-ping W, Ling-quan LU, et al. Favorite Get Role of combining MR cholangiopancreatography and T_1WI in detecting micro-choledocholithiasis. *J China Clinic Med Imag*. 2007. doi: 10.4103/0971-3026.36868
27. Arain MA, Freeman ML, Howell DA, et al. Choledocholithiasis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. Literature review current through: Nov 2018.
28. Karlsen TH, Folseraas T, Thorburn D, Vesterhus M. Primary sclerosing cholangitis – a comprehensive review. *J Hepatology*. 2017;67:1298-323. doi: 10.1016/j.jhep.2017.07.022
29. Naess S, Bjornsson E, Anmarkrud JA, et al. Small duct primary sclerosing cholangitis without inflammatory bowel disease is genetically different from large duct disease. *Liver Int*. 2014;34(10):1488-95. doi: 10.1111/liv.12492
30. Mairiang E. Clinical manifestation of opisthorchiasis and treatment. *Acta Tropica*. 2003;88(3):221-7. doi: 10.1016/j.actatropica.2003.03.001
31. Deltre P, Valla DCh. Ischemic cholangiopathy. Review. *J Hepatol*. 2006;44:806-17. doi: 10.1055/s-0028-1085092
32. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. *J Hepatology*. 2009;51(2):237-67
33. Lee DW, Chan AC, Lam YH, et al. Biliary decompression by nasobiliary catheter or biliary stent in acute suppurative cholangitis: a prospective randomized trial. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:361-5. doi: 10.1016/s0016-5107(02)70039-4
34. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *Am J Health-Syst Pharm*. 2013;70:195-283. doi: 10.2146/ajhp120568
35. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. First published: 1 November 2017. doi: 10.1002/jhbp.518
36. Deitch EA, Sittig K, Li M, et al. Obstructive jaundice promotes bacterial translocation from the gut. *Am J Surg*. 1990;159:79-84. doi: 10.1016/s0002-9610(05)80610-5
37. Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов России «Периоперационное ведение больных с нарушениями системы гемостаза», 2018 [Clinical recommendations of the Federation of Anesthesiologists and Resuscitators of Russia «Perioperative management of patients with disorders of the hemostasis system», 2018 (In Russ.)].
38. Wang L, Yu W-F. Obstructive jaundice and perioperative management. *Acta Anaesth. Taiwanica*. 2014;52:22-9. doi: 10.1016/j.aat.2014.03.002
39. Pavlidis ET, Pavridis TE. Pathophysiological consequences of obstructive jaundice and perioperative management. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2018;17:17-21. doi: 10.1016/j.hbpd.2018.01.008
40. Egan RJ, Nicholis J, Walker S, et al. Routine coagulation screening is an unnecessary step to ERCP in patients without biochemical evidence a cross-centre study. *Int J Surg*. 2014;12:1216-20. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.09.013
41. Abbas MA, Shamshad T, Ashraf VA, Javaid R. Jaundice: a basic review. *Int J Res Med Sci*. 2016 May;4(5):1313-9. doi: 10.18203/2320-6012.ijrms20161196
42. Clarke DL, Pillay Y, Anderson F, Thomson SR. The current standard of care in the periprocedural management of the patient with obstructive jaundice. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006;88:610-6. doi: 10.1308/003588406X149327
43. Bergasa NV. Medical palliation of the jaundiced patient with pruritus. *Gastroenterol Clin N Am*. 2006;35:113-23. doi: 10.1016/j.gtc.2005.12.008
44. Fekaj E, Jankulovski N, Matveeva N. Obstructive Jaundice. *Austin Dig Syst*. 2017;2(1):1006
45. Tang Z, Yang Y, Meng W, Li X. Best option for preoperative biliary drainage in Klatskin tumor: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017 Oct;96(43):e8372. doi: 10.1097/MD.00000000000008372
46. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med*. 2013;39(2):165-228; *Crit Care Med*. 2013;41(2):580-637. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af

Поступила 12.08.2020



OMNIDOCTOR.RU