

УДК: 616 - 001.4 : 616.33/.34-002.44 - 02 - 084 -  
0820:11

## МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хайитоа Лазиз Милионерович PhD ассистент,  
Асадов Тимур Шавкатович врач ординатор,  
Даминов Фируз Асатуллаевич DSc доц,  
Аскарлов Пулат Азадович PhD ассистент,  
Аброров Шахбозжон Нематзода врач ординатор  
Самаркандский Государственный медицинский институт, Узбекистан, г.  
Самарканд.

**Аннотация.** В данной статье приведены данные об обследовании и лечении 52 пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза. На основании данных определена чувствительность ультразвукового исследования, ЭРХПГ и комбинированного метода при диагностике холедохолитиаза. Выявлены главные сложности при выполнении ЭРХПГ и ЭПСТ. Установлено, что применение малоинвазивных вмешательств в большинстве случаев эффективно обеспечивают декомпрессию желчных путей, создавая оптимальные условия для последующих радикальных операций. Определены перспективы применения лапароскопических малоинвазивных технологий.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, синдром Мириizzi, холедохолитиаз, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, интраоперационная холедохоскопия, холедохолитоэкстракция.

**Summary .** This article presents data on the examination and treatment of 52 patients with obstructive jaundice of benign origin. Based on the data, the sensitivity of ultrasound, ERCP and the combined method in the diagnosis of choledocholithiasis was determined. The main difficulties in the implementation of ERCP and EPST have been identified. It has been established that the use of minimally invasive interventions in most cases effectively provides decompression of the biliary tract, creating optimal conditions for subsequent radical operations. The prospects of using laparoscopic minimally invasive technologies have been determined.

**Key words:** mechanical jaundice, Mirizzi syndrome, choledocholithiasis, endoscopic retrograde pancreatocholangiography, intraoperative choledochoscopy, choledocholitho extraction.

**Аннотация:** Ушбу мақолада яхши сифатли механик сариқлиги бўлган 52 беморни текшириш ва даволаш бўйича маълумотлар келтирилган. Маълумотлар асосида ультратовуш текшируви, ЭРХПГ ва холедохолитиазни ташхислашда комбинацияланган усулнинг самарадорлиги аниқланди. ЭРХПГ ва ЭПСТни бажаришда асосий қийинчиликлар аниқланди. Минимал инвазив аралашувлардан фойдаланиш қўп ҳолларда ўт йўллариинг декомпрессиясини самарали равишда таъминлаб, кейинги радикал операциялар учун қулай шароитларни яратиши аниқланди. Лапароскопик минимал инвазив технологиялардан фойдаланиш истиқболлари аниқланди.

**Калит сўзлар:** механик сариқлик, Мириizzi синдроми, холедохолитиаз, эндоскопик ретроград панкреатохолангиография, интраоперацион холедохоскопия, холедохолитэкстракция.

**Введение.** Лечение больных с механической желтухой (МЖ), поступающих в хирургические отделения, остается одной из ключевых задач в хирургической гепатологии. Основной причиной доброкачественной МЖ (ДМЖ) признана желчнокаменная болезнь (ЖКБ), выявляемая у 25% пациентов старше 60 лет [1,2]. В Западной Европе, США и России распространенность ЖКБ достигает 10–20% среди общего населения и 30–40% среди лиц пожилого и старческого возраста [2,6]. Холедохолитиаз, обнаруживаемый у 8–20% больных с ЖКБ, в 60–70% случаев приводит к развитию МЖ [1]. Стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), часто возникающий как осложнение холедохолитиаза, встречается у 3–50% пациентов. Летальность при обтурационной желтухе сохраняется на уровне 15–30% [3,4]. Главная цель неотложной помощи при МЖ — декомпрессия билиарной системы, независимо от этиологии обструкции. Однако традиционные лапаротомии, выполняемые на фоне тяжелой желтухи и печеночной дисфункции, особенно у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями, сопряжены с высоким риском осложнений и смертности [7,8].

Современные протоколы предполагают первоочередное применение малоинвазивных методов для декомпрессии желчных путей, что минимизирует травматичность вмешательства [5]. Успех хирургического лечения МЖ во многом зависит от предварительного устранения желтухи и восстановления оттока желчи. Декомпрессия может быть как окончательным методом терапии, так и этапом подготовки к радикальным операциям [9,10].

Такой подход способствует стабилизации состояния пациента, купированию проявлений МЖ, снижению тяжести печеночно-почечной недостаточности и интоксикации. Своевременный выбор оптимальной тактики лечения критически важен для достижения благоприятного исхода и улучшения прогноза у пациентов.

**Цель исследования** Оценить клинические аспекты применения малоинвазивных методов диагностики и хирургического лечения доброкачественной механической желтухи (ДМЖ), проанализировать их эффективность, а также определить факторы, ограничивающие широкое внедрение данных методик в клиническую практику.

**Материалы и методы.** В исследовании проанализированы результаты малоинвазивного хирургического лечения 52 пациентов с доброкачественной механической желтухой (ДМЖ), находившихся на лечении в хирургическом отделении частной клиники «Гамма Мед Медикал» (г. Самарканд) в период с 2022 по 2024 год. Всем больным с ДМЖ выполнены диагностические и лабораторные исследования в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

В исследование включены 52 пациента с доброкачественной механической желтухой (ДМЖ). Большинство составили женщины — 39 (75,7%). Средний возраст: женщины — 54 года (45–68 лет), мужчины — 60 лет (52–72 года). 63% пациентов (32 человека) находились в нетрудоспособном возрасте (старше 60 лет согласно критериям ВОЗ).

Эффективность методов визуализации в выявлении холедохолитиаза: УЗИ брюшной полости — диагноз подтвержден у 34 пациентов (65,0%); Эндоскопическая

ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) — у 8 пациентов (95,0%); Комбинированное применение УЗИ и ЭРХПГ — у 10 пациентов (60,0%) (рис. 1,2).

Высокая диагностическая ценность ЭРХПГ (95,0%) согласуется с данными литературы, где метод считается «золотым стандартом» при обструкции билиарного тракта [1, 5]. Однако ограниченная доступность ЭРХПГ в условиях экстренной помощи объясняет частоту ее применения.

### Распределение причин развития ДМЖ

Таблица 1

Причина	Количество	
	пациентов (n=52)	доля, %
Холедохолитиаз	22	3,2
Стриктуры холедоха	11	1,7
Сочетание холедохолитиаза и стриктур	6	0,8
Синдром Мириззи	6	0,8
Панкреатит с поражением головки ПЖ	8	3,5



**Рис.1. УЗИ общего желчного протока**

**Рис.2. ЭРХПГ**

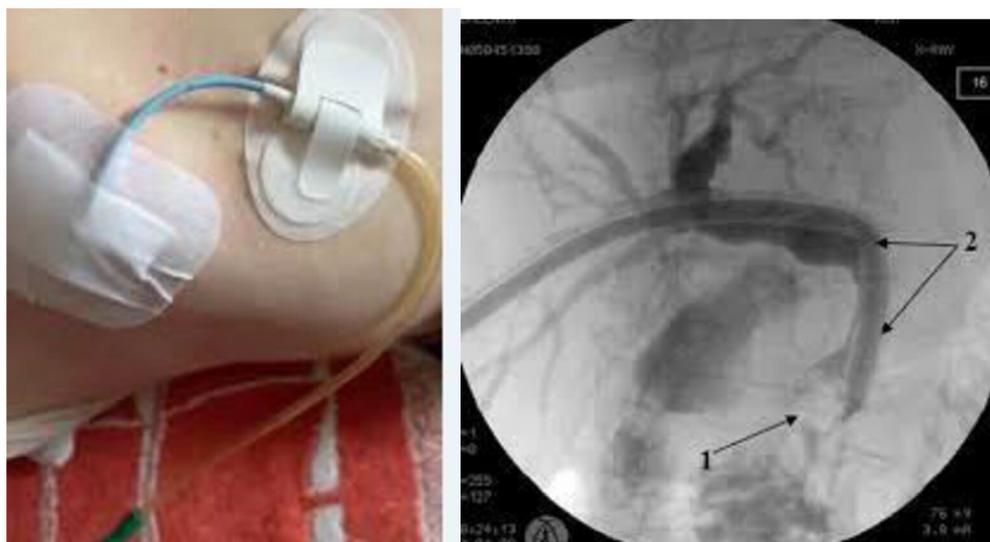
Пациенты с доброкачественной механической желтухой (ДМЖ) были классифицированы в соответствии со степенью тяжести состояния:

класс А (лёгкая степень)— 36 случаев (70,7%), класс В (средняя степень) — 10 случаев (18,9%), класс С (тяжёлая степень)— 6 случаев (10,4%).

Выбор малоинвазивных методов (ММ) и радикальных вмешательств с внутренним дренированием желчевыводящих путей осуществлялся на основании данных инструментальной диагностики и клинической картины МЖ.

Малоинвазивные методы были использованы у 28 пациентов (54,0%), демонстрируя эффективность в 25 случаях (90,0%). Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) при лёгкой степени МЖ и отсутствии конкрементов в желчном пузыре (ЖП) применена у 8 пациентов (16,2%) в качестве одноэтапного вмешательства. У 14 пациентов (27,0%) с лёгкой/средней степенью ДМЖ и множественными конкрементами в ЖП ЭПСТ использована для первичной декомпрессии с последующим проведением радикальных операций в отсроченном периоде.

Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) выполнена 3 пациентам (5,4%) со средней и тяжёлой МЖ на фоне панкреатита с поражением головки поджелудочной железы. Во всех случаях комбинация ЧЧХС с консервативной терапией привела к устранению обструкции (рис. 2).

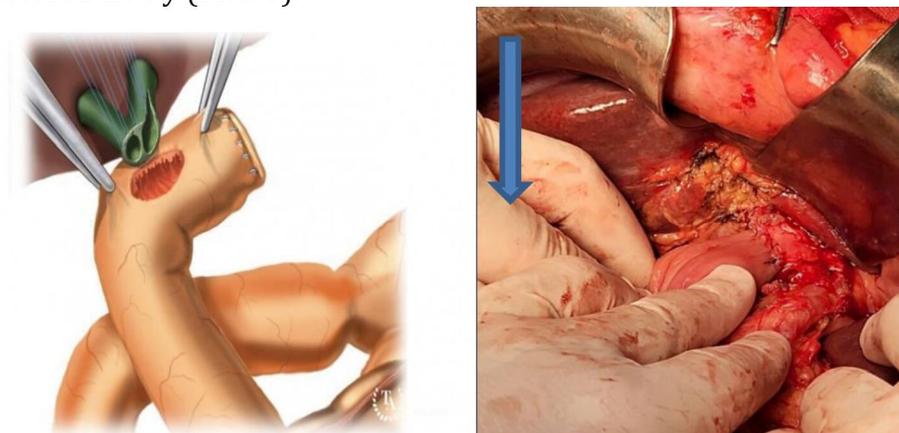


**Рис.3. Чрескожно чреспеченочная холангиостомия**

В 24 случаях (46,0%) были проведены одномоментные операции – как паллиативные, так и радикальные – с использованием внутреннего дренирования желчевыводящих путей.

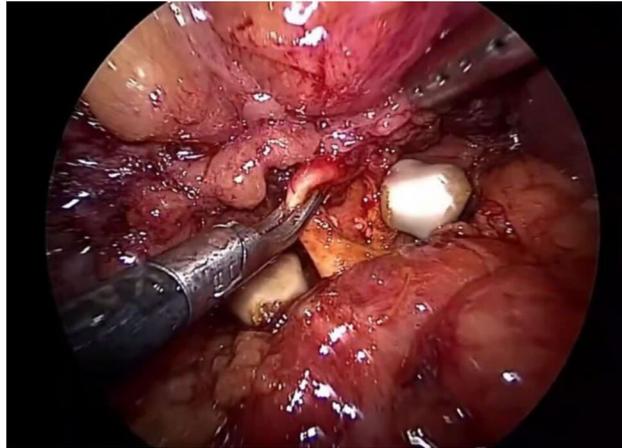
У всех пациентов с доброкачественной механической желтухой и холедохолитиазом (17 случаев – 32,4%) одномоментное вмешательство выполнялось на втором этапе после неудачной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). В этих ситуациях осуществлялась холедохолитотомия или холедохолитоэкстракция.

Из них в одном случае операция завершилась ушиванием общего желчного протока с установкой наружного дренажа, а в трех случаях – формированием холедоходуоденоанастомозов по Ру (Рис. 3).



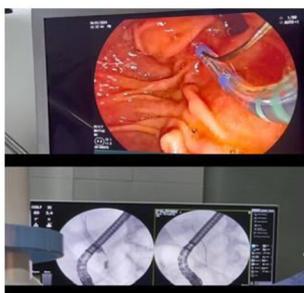
**Рис.4-Наложение гепатикоеюноанастомоза по Ру**

В двух случаях (16,7%) были использованы малоинвазивные лапароскопические методы, такие как лапароскопическая холедохотомия, интраоперационная холедохоскопия, механическая литотрипсия и холедохолитоэкстракция, направленные на восстановление проходимости желчных путей (Рис. 4).



**Рис.5. Лапароскопическая холецистотомия с интраоперационной холедохоскопией**

Анализ данных об использовании эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) выявил, что основные сложности возникали при конюляции большого дуоденального сосочка (БДС) из-за наличия дивертикулов в этой области – 7 случаев (54,6%), аденомы БДС – 1 случай (7,2%), а также рубцовых изменений луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) у пациентов с историей язвенной болезни – 2 случая (18,2%) (Рис. 5).



**Канюляция БДС**



**Папилосфинктеротомия**



**Литоэкстракция**

**Рис.5 –Этапы ЭРХПГ-ЭПСТ с литоэкстракцией**

**Выводы.** Чувствительность ультразвукового исследования при диагностике холедохолитиаза достигает 65,0%, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) – 95,0%, а при комбинированном использовании

этих методов – 60,0%. Главные сложности при выполнении ЭРХПГ и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) связаны с канюляцией большого дуоденального сосочка (БДС). Малоинвазивные подходы в большинстве случаев эффективно обеспечивают декомпрессию желчных путей, создавая оптимальные условия для последующих радикальных операций. Перспективы применения лапароскопических малоинвазивных технологий, включая интраоперационную холедохоскопию и восстановление нормального тока желчи, нуждаются в дополнительном исследовании на более широкой выборке пациентов.

### Литература

1. **Vuxbaum J.L., Abbas Fehmi S.M.** ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. // *Gastrointestinal Endoscopy*. – 2019. – Vol. 89(6). – P. 1075-1105.
2. **Cotton P.B., Eisen G.M., Aabakken L.** A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop. // *Gastrointestinal Endoscopy*. – 2010. – Vol. 71(3). – P. 446-454.
3. **European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).** Guidelines on the management of common bile duct stones. // *Endoscopy*. – 2019. – Vol. 51(5). – P. 472-491. DOI: 10.1055/a-0862-0346
4. **Gurusamy K.S., Koti R., Davidson B.R.** T-tube drainage versus primary closure after laparoscopic common bile duct exploration. // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2013. – Issue 6. Art. No.: CD005641. DOI: 10.1002/14651858.CD005641.pub3
5. **Hui C.K., Lai K.C., Yuen M.F.** Role of percutaneous transhepatic biliary drainage in patients with obstructive jaundice. // *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*. – 2004. – Vol. 3(3). – P. 409-412.
6. **Manes G., Paspatis G., Aabakken L.** Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. // *Endoscopy*. – 2019. – Vol. 51(5). – P. 472-491.
7. **Stinton L.M., Shaffer E.A.** Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. // *Gut and Liver*. – 2012. – Vol. 6(2). – P. 172-187.
8. **Williams E., Beckingham I., El Sayed G.** Updated guideline on the management of common bile duct stones. // *British Journal of Surgery*. – 2017. – Vol. 104(7). – P. 712-719. DOI: 10.1002/bjs.10521
9. **Аскарлов П.А., Хайитов Л.М.** (2023). Эффективность интраоперационной фиброхоледохоскопии при лечении больных с холедохолитиазом. экспериментал тадқиқотлар журналы, 1(7), 15–21. <https://DOI.ORG/10.5281/ZENODO.8185383>
10. **Икрамов М.А., Рахимов Я.Н.** Современные подходы к диагностике и лечению механической желтухи. // *Хирургия Узбекистана*. – 2021. – № 4. – С. 45-52.
11. **Клинические протоколы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по лечению механической желтухи.** – Ташкент, 2022. – 38 с.

