

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА



Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Саидов Шухрат Абдунасимович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ЯХШИ СИФАТЛИ МЕХАНИК САРИҚЛИКНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич, Саидов Шухрат Абдунасимович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

SURGICAL CORRECTION OF OCCUPICAL JAUNDICE OF BENIGN GENESIS

Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich, Saidov Shukhrat Abdunasimovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот яхши сифатли механик сариқлик билан касалланган 212 нафар беморни кенг қамровли текшириши ва даволаш натижаларига асосланган. Ҳар бир аниқ ҳолатда минимал инвазив декомпрессив аралашув усули ва усулини танлаш қатъий фарқланган ёндашувга эга ва бир босқичли минимал инвазив аралашув (34,45%), икки босқичли минимал инвазив аралашув (13,20%) кўринишида мумкин ёки икки босқичли комбинацияланган минимал инвазив ва анъанавий аралашув (20,27%). Агар қўллаш муваффақиятсиз бўлса ёки кам инвазив аралашувлар пайтида асоратлар пайдо бўлса, ўт йўлларида тўғма кисталари мавжуд бўлса, шунингдек, операциядан кейинги механик сариқлик, ўт йўлларида узайган стриктураларида очик анъанавий лапаротомия оптимал жарроҳлик даволаш усули ҳисобланади.

Калит сўзлар: яхши сифатли механик сариқлик, жарроҳлик даволаш, дифференциал ёндашув.

Abstract. The study is based on the results of a comprehensive examination and treatment of 212 patients with benign obstructive jaundice. The choice of the method and method of minimally invasive decompressive intervention in each specific case has a strictly differentiated approach and is possible in the form of a one-stage minimally invasive intervention (34.45%), two-stage minimally invasive intervention (13.20%) or a two-stage combined minimally invasive and traditional intervention (20.27%). If the application is unsuccessful, or if complications arise during minimally invasive interventions, in the presence of congenital cystic lesions of the bile ducts, as well as with the development of postoperative obstructive jaundice, extended strictures of the bile ducts, the optimal methods of treatment are open traditional laparotomic surgical interventions.

Key words: Obstructive jaundice of benign origin, surgical treatment, differentiated approach.

Актуальность проблемы. Патология органов гепатопанкреатобилиарной зоны занимает одно из ведущих мест среди причин механической желтухи доброкачественного генеза (МЖДГ) [1,4]. Хирургические вмешательства, проводимые традиционным лапаротомным доступом, направленные на восстановление желчеоттока и выполняемые на высоте «желтушного» периода, сопровождаются развитием осложнений в 47-68%, а летальность при этом достигает 15-40% [2]. Для снижения частоты осложнений и летальности при МЖДГ широкое распространение получили двухэтапные методы лечения. Целью первого этапа лечения МЖДГ является декомпрессия печени с

использованием миниинвазивных вмешательств и выполнение радикальной операции на втором этапе в отсроченном или плановом порядке в более благоприятных для больного условиях.

Целью исследования является улучшение результатов комплексного лечения у больных с механической желтухой доброкачественного генеза путём разработки дифференцированного подхода к выбору метода хирургической коррекции.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены результаты комплексного обследования и лечения 212 пациентов с МЖДГ, находящихся в клинике с 2016 по 2023 гг. Причиной МЖДГ в 102 (48,1%)

наблюдениях являлась ЖКБ, осложненная холедохолитиазом, в 39 (18,4%) причинами заболевания являлись патологии БС ДПК и её стеноз, а в 8 (3,8%) - синдром Мирризи.

Больных с МЖДГ, обусловленной рубцовыми стриктурами желчных путей было 15 (7,1%). Отдельную группу составили 24 (11,3%) пациента с механической паразитарной (эхинококковой) желтухой, обусловленной вторичным (прорывом) и первичным поражением сегментарных, долевых и внепеченочных желчных протоков. МЖДГ в 9 (4,2%) случаях развилась при билиарном панкреатите, а в 3 (1,4%) при псевдотуморозном панкреатите. В 5 (2,3%) наблюдениях врожденные заболевания желчных протоков были представлены кистами холедоха осложненными МЖДГ. Редкими причинами МЖДГ в 3 (1,4%) случаях являлись пенетрация низкой постбульбарной язвы в БС ДПК и общий желчный проток а также ранняя послеоперационная желтуха (n=5), обусловленная клипированием общего желчного протока во время выполнения лапароскопической холецистэктомии.

Результаты и их обсуждение. Основываясь на результатах комплексной диагностики МЖДГ и патогенетических механизмов ее развития заболевания, в 148 наблюдениях у пациентов основной группы были выполнены различные по объёму и характеру оперативные вмешательства (табл. 1).

В преобладающем большинстве случаев в 51 (34,4%) наблюдениях выполняли миниинвазивные вмешательства первично и радикально одноэтапно. В 28 (18,9%) наблюдениях производили двухэтапные миниинвазивные методы коррекции МЖДГ.

В результате миниинвазивное лечение МЖДГ осуществлено в 79 (53,4%) наблюдениях. В 30 (20,3%) случаях выполнялись комбинированные методы хирургического лечения МЖДГ. При этом на первом этапе выполняли миниинвазивные декомпрессивные вмешательства, на втором – традиционные открытые лапаротомные вмешательства. В целом двухэтапные подходы в лечении МЖДГ была проведено в 58 (39,2%) случаях. Традиционные первичные открытые лапа-

ротомные вмешательства были выполнены в 39 (26,3%) случаях.

В 64 (43,2%) наблюдениях у пациентов контрольной группы придерживались традиционной общепринятой тактики без использования современных технологий (ретроспективный материал). Оперативные вмешательства тоже выполнялись традиционной методикой.

С внедрением новых технологий в практическую хирургию появились различные варианты миниинвазивных хирургических вмешательств, которые у 109 (73,6%) пациентов основной группы были применены. Учитывая тот факт, что больные МЖДГ достаточно сложные и тяжелые для лечения как уже отметили применяли 2-х этапные методы лечения. Выбор способа и метода миниинвазивного декомпрессивного лечения осуществляли дифференцированно в каждом конкретном случае с обязательным проведением комплексной консервативной терапии механической желтухи и печеночной недостаточности. Двухэтапная тактика позволила уменьшить хирургическую агрессию, что имеет большое значение в лечении пациентов пожилого и старческого возраста.

Миниинвазивные одноэтапные оперативные вмешательства в были выполнены 51 (46,8%) больным. При этом в 22 (20,2%) наблюдениях выполнялось ЭПСТ с литоэкстракцией, в – 19 (17,4%) ЭПСТ и в 7 (6,4%) – ЭПСТ с НБД.

В 3 (2,7%) наблюдениях для коррекции МЖДГ выполнялось ЛХЭ с дренированием холедоха.

Двухэтапные методы хирургического лечения МЖДГ выполняли в 58 (53,2%) случаях, при холедохолитиазе (n=31), стенозе БС ДПК (n=7), механической паразитарной желтухе (n=15) и рубцовых стриктурах желчных протоков (n=5). При этом двухэтапные миниинвазивные вмешательства были выполнены 57 (52,3%). Так ЭПСТ + ЛХЭ в 23 (3,9%) наблюдениях, ЧЧХС + ЭПСТ в 2 (1,8%), ЭПСТ с НБД + ЛХЭ – 3 (2,7%). Двухэтапные комбинированные оперативные вмешательства с применением миниинвазивных методик на первом этапе, а на втором традиционные открытые вмешательства были выполнены в 30 (27,5%) наблюдениях.

Таблица 1. Характер методов лечения МЖДГ у пациентов основной группы (n=148)

Методы лечения	Количество	%
Одноэтапные миниинвазивные вмешательства	51	34,4
Двухэтапные миниинвазивные вмешательства	28	18,9
Двухэтапные комбинированные миниинвазивные и традиционные вмешательства	30	20,3
Традиционные первичные радикальные открытые вмешательства	39	26,3
Всего:	148	100,0

Таблица 2. Характер миниинвазивных декомпрессивных вмешательств при МЖДГ у больных основной группы (n=109)

Вид вмешательства	Число наблюдений	
	Абс	%
Одноэтапные миниинвазивные вмешательства (n=51)		
ЭПСТ	19	17,4
ЭПСТ с литоэкстракцией	22	20,2
ЭПСТ + НБД	7	6,4
ЛХЭ + дренирование холедоха	3	2,7
Двухэтапные вмешательства (n=58)		
ЭПСТ + ЛХЭ	23	21,1
ЭПСТ с НБД + ЛХЭ	3	2,7
ЭПСТ с литоэкстракцией + ХЭ	8	7,3
ЧЧХС + ЭПСТ с литоэкстракцией	2	1,8
ЧЧХС + ХЭ + ХДА	2	1,8
ЧЧХС с антеградным дренированием зоны сужения + ГЕА	5	4,5
ЭПСТ. Экстракция элементов эхинококковой кисты с НБД + традиционная эхинококкэктомия	9	8,2
ЭПСТ с экстракцией элементов эхинококковой кисты. НБД + атипичная резекция печени	1	0,9
ЭПСТ + удаление элементов эхинококковой кисты НБД + эхинококкэктомия	2	1,8
ЭПСТ с НБД + эхинококкэктомия	3	2,7
Всего:	109	100

Таблица 3. Характер радикальных традиционных открытых оперативных вмешательств при МЖДГ у больных основной группы (n=39)

Характер операции	Количество	%
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха	18	46,1
Экстирпация кисты холедоха с формированием ГЕА по Ру	3	7,7
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с ХДА	2	5,1
Холецистэктомия. Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	4	10,2
Гепатикоюноанастомоз по Ру	2	5,1
Гемигастрэктомия с формированием пилороэнтероанастомоза	4	5,1
Релапаротомия, снятие клипс и формирование ГЕА по Ру	3	7,7
Релапаротомия, снятие клипс с ОЖП	1	2,5
Всего:	39	100,0

Таблица 4. Характер оперативных вмешательств при МЖДГ у больных контрольной группы (n=64)

Характер операций	Количество	%
ХЭ. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха по Керу	38	59,4
ХЭ. ХДА	4	6,2
Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	5	7,8
Гепатикоюноанастомоз по Ру с ТПКД	4	3,1
Холедохотомия с удалением элементов хитиновой оболочки. Дренирование холедоха. ХЭ. Открытая эхинококкэктомия	9	14,1
Холедохостоеюноанастомоз на изолированной петле по Ру	3	4,7
Релапаротомия. Снятие лигатуры с ОЖП	1	1,6
Всего:	64	100,0

Проанализированы также 39 (24,5%) больных с МЖДГ, которым выполнялись традиционные лапаротомные открытые вмешательства. При лечении МЖДГ, обусловленной желчнокаменной болезнью и её осложнениями, кистозными заболеваниями желчных протоков, рубцовыми стриктурами желчных протоков, а также доброкачественными заболеваниями поджелудочной железы, язвенной болезнью ДПК с пенетрацией в БД ДПК

и послеоперационной желтухи, выполняли сложные разнообразные по характеру и объёму оперативные вмешательства (табл. 3). Для лечения пациентов контрольной группы применялись различные общеизвестные оперативные вмешательства из лапаротомного доступа (табл. 4). При анализе послеоперационных осложнений у 148 пациентов основной группы, различные по характеру послеоперационные осложнения наблюдались в

11 (7,4%) случаях после выполнения миниинвазивного, в 9 (6,1%) случае применения одноэтапного вмешательства, в 2 (1,3%) случаях после двухэтапного вмешательства. Летальность после миниинвазивных вмешательств составила 3 (2,0%). Среди 30 (20,3%) больных, у которых применялся второй этап традиционных оперативных вмешательств, послеоперационные осложнения отмечались в 5 (3,4%) случаях, летальных исходов не было. Больным основной группы, которым в 39 (26,6%) случаях вынужденно были выполнены первично – радикальные традиционные вмешательства, различные по характеру и тяжести осложнения наблюдались в 13 (8,8%) случаях с 3 (2,0%) летальными исходами. Таким образом, при применении дифференцированного подхода, у больных основной группы различные по характеру послеоперационные осложнения были у 29 (19,6%) больных, с 6 (4,1%) летальными исходами. У пациентов контрольной группы (n=64), у которых выполнялись общеизвестные традиционные открытые вмешательства, послеоперационные осложнения различного характера были у 17 (26,56%) больных с 4 (6,25%) летальными исходами.

Выводы:

1. Выбор способа и метода миниинвазивного декомпрессивного вмешательства в каждом конкретном случае имеет строго дифференцированный подход и возможно в виде одноэтапного миниинвазивного вмешательства (34,45%), двухэтапного миниинвазивного вмешательства (13,20%), или двухэтапного комбинированного миниинвазивного и традиционного вмешательства (20,27%). При безуспешности применения, либо при возникновении осложнений во время проведения миниинвазивных вмешательств, при наличии врожденных кистозных поражений желчных протоков, а также при развитии послеоперационной механической желтухи, протяженных стриктур желчных протоков, оптимальными методами лечения являются открытые традиционные лапаротомные оперативные вмешательства.

2. Применение дифференцированной хирургической тактики с применением патогенетически обоснованных методов миниинвазивных декомпрессивных вмешательств на желчных протоках и открытых реконструктивно-восстановительных вмешательств способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений с 26,56% до 17,68% и летальных исходов с 6,25% до 3,65% в основной группе по сравнению с пациентами контрольной группы.

Литература:

1. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической жел-

- тухой / М.Д. Дибиров [и др.] // Неотложная медицинская помощь. - 2017. - Т.6, №2. - С. 145-148.
2. Синдром "быстрой" билиарной декомпрессии при лечении механической желтухи / Ю.В. Хоронько, [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2019. - №24(4). – С.123-130.
3. Кулумбегов, Г.Р. Структура заболеваемости механической желтухой и эффективность малоинвазивных хирургических вмешательств / Г.Р. Кулумбегов, А.Ш. Ирасханов, И.И. Ахмадов // Неделя науки – 2017: материалы всероссийского молодежного форума с международным участием. - М., 2017. - С. 390-391.
4. Способ оценки тяжести механической желтухи неопухолевого генеза /А.П. Власов [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2021. – Т.10. - №2. – С. 758-759.
5. Endoscopic Sphincterotomy Using the Rendezvous Technique for Choledocholithiasis during Laparoscopic Cholecystectomy: A Case Report / T. Tanaka, [et al.] // Case Rep. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 8, № 2. – P. 245-50.
6. Factors affecting the conversion to open surgery during laparoscopic cholecystectomy in patients with cholelithiasis undergoing ERCP due to choledocholithiasis / H. Cinar [et al.] // Ann. Ital. Chir. – 2017. – Vol. 88. – P. 229-236.
7. Learning curve and outcome of laparoscopic transcystic common bile duct exploration for choledocholithiasis / J.G. Zhu, [et al.] // Br. J. Surg. – 2015. – Vol. 102, № 13. – P. 1691-7.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Бабажанов А.С., Саидов Ш.А.

Резюме. В основу исследования положены результаты комплексного обследования и лечения 212 пациентов с МЖДГ. Выбор способа и метода миниинвазивного декомпрессивного вмешательства в каждом конкретном случае имеет строго дифференцированный подход и возможно в виде одноэтапного миниинвазивного вмешательства (34,45%), двухэтапного миниинвазивного вмешательства (13,20%) или двухэтапного комбинированного миниинвазивного и традиционного вмешательства (20,27%). При безуспешности применения, либо при возникновении осложнений во время проведения миниинвазивных вмешательств, при наличии врожденных кистозных поражений желчных протоков, а также при развитии послеоперационной механической желтухи, протяженных стриктур желчных протоков, оптимальными методами лечения являются открытые традиционные лапаротомные оперативные вмешательства.

Ключевые слова: Механическая желтуха доброкачественного генеза, хирургическое лечение, дифференцированный подход.