

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА



Асадов Тимур Шавкатович¹, Даминов Фируз Асатуллаевич², Аскарлов Пулат Азадович², Хайитов Лазиз Милионерович², Усмонов Гофур Ахмедович³

1 - Навоинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Навои;

2 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

3 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЯХШИ СИФАТЛИ ГЕНЕЗЛИ МЕХАНИК САРИҚЛИК УЧУН МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Асадов Тимур Шавкатович¹, Даминов Фируз Асатуллаевич², Аскарлов Пулат Азадович², Хайитов Лазиз Милионерович², Усмонов Гофур Ахмедович³

1 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Навои филиали, Ўзбекистон Республикаси, Навои ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

3 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MINIMALLY INVASIVE METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF BENIGN ORIGIN

Asadov Timur Shavkatovich¹, Daminov Firuz Asatullaevich², Askarov Pulat Azadovich², Khaitov Laziz Milionerovich², Usmonov Gofur Akhmedovich³

1 - Navoi branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Navoi;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

3 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу мақолада яхши сифатли генезли механик сариқлиги бўлган 52 нафар беморни текшириши ва даволаш бўйича маълумотлар келтирилган. Маълумотлар асосида ултратовуш текшируви, ЭРХПГ ва холедохолитиазни ташхислашда комбинацияланган усулнинг сезгирлиги аниқланди. ЭРХПГ ва ЭПСТни бажаришда асосий қийинчиликлар аниқланди. Минимал инвазив аралашувлардан фойдаланиш кўп ҳолларда сафро йўлларининг декомпрессиясини самарали равишда таъминлаб, кейинги радикал операциялар учун мақбул шароитларни яратиши аниқланди. Лапароскопик минимал инвазив технологиялардан фойдаланиш истиқболлари аниқланди.

Калит сўзлар: механик сариқлик, Мирizzi синдроми, холедохолитиаз, эндоскопик ретроград панкреатохолангиография, интраоператив холедохоскопия, холедохолитоэкстракция.

Abstract. 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, choledocholithoextraction.

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 насе-

ления 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 помо-

щи при МЖ - декомпрессия билиарной системы, независимо от этиологии обструкции [7,8]. 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.

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).

Таблица 1. Распределение причин развития ДМЖ

Причина	Количество пациентов (n=52)	Доля, %
Холедохолитиаз	22	43,2
Стриктуры холедоха	11	21,7
Сочетание холедохолитиаза и стриктур	6	10,8
Синдром Мириizzi	6	10,8
Панкреатит с поражением головки ПЖ	8	13,5



Рис. 1. УЗИ общего желчного протока



Рис. 2. ЭРХПГ

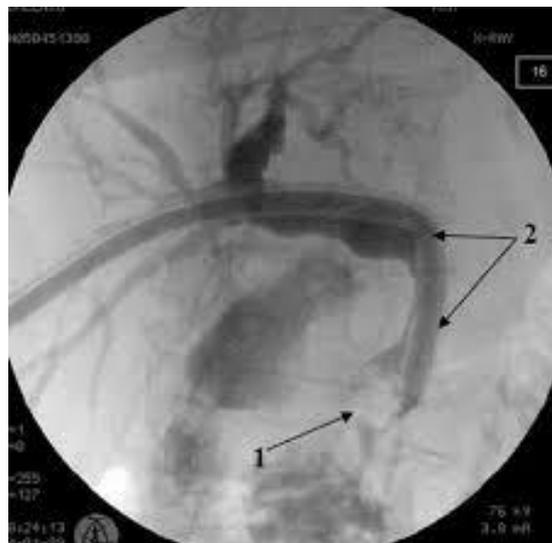


Рис. 3. Чрескожно чреспеченочная холангиостомия

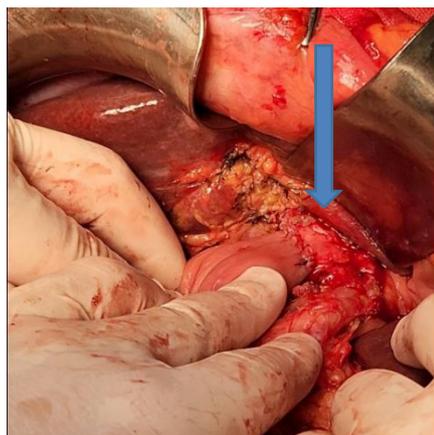


Рис. 4. Наложение гепатикојеюноанастомоза по Ру

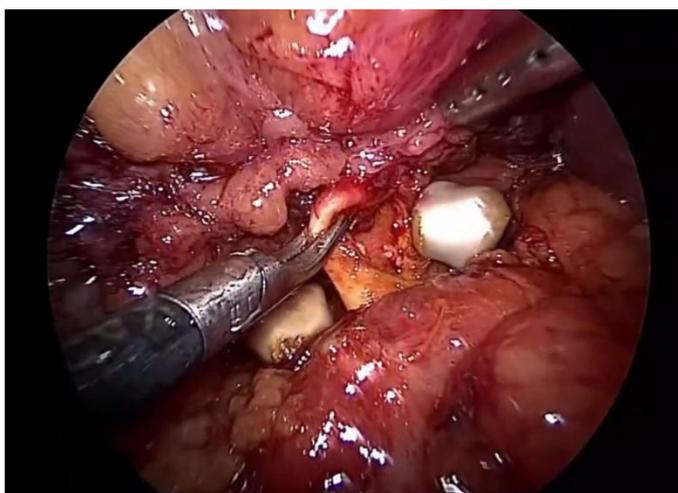
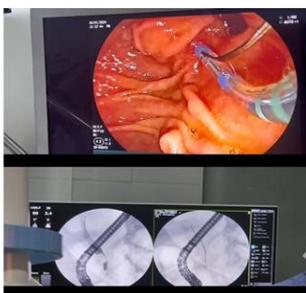


Рис. 5. Лапароскопическая холецистотомия с интраоперационной холедохоскопией



Канюляция БДС



Папилосфинктеротомия



Литоэкстракция

Рис. 6. Этапы ЭРХПГ-ЭПСТ с литоэкстракцией

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).

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).

Анализ данных об использовании эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) выявил, что основные сложности возникали при канюляции 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, 6).

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. Аскарлов П.А., Хайитов Л.М. (2023). Эффективность интраоперационной фиброхоледохоскопии при лечении больных с холедохолитиазом. экспериментал тадқиқотлар журналы, 1(7), 15–21.
2. Икрамов М.А., Рахимов Я.Н. Современные подходы к диагностике и лечению механической желтухи. // Хирургия Узбекистана. – 2021. – № 4. – С. 45-52.
3. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход в лечении мининвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

4. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

5. Ризаев Э.А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.

6. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.

7. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.

8. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.

9. Stinton L.M., Shaffer E.A. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. // Gut and Liver. – 2012. – Vol. 6(2). – P. 172-187.

10. 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.

11. 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.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Асадов Т.Ш., Даминов Ф.А., Аскарлов П.А., Хайитов Л.М., Усмонов Г.А.

Резюме. 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.