

МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ СВЯЗАННЫХ С БОЛЬШИМ СОСОЧКОМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ



Асадов Тимур Шавкатович¹, Аскаров Пулат Азадович², Даминов Фируз Асатуллаевич², Хайитов Лазиз Милионерович², Ачилов Мирзакарим Темирович², Аббороров Шахбозжон Нематзода³, Суннатов Камолитдин Бегмуродович³

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

КАТТА ДУОДЕНАЛ СЎРҒИЧ БИЛАН БОҒЛИК ПАТОЛОГИЯЛАРДА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНИ КОМБИНИРЛАНГАН КАМИНВАЗИВ ДАВОЛАШ УСУЛИ

Асадов Тимур Шавкатович¹, Аскаров Пулат Азадович², Даминов Фируз Асатуллаевич², Хайитов Лазиз Милионерович², Ачилов Мирзакарим Темирович², Аббороров Шахбозжон Нематзода³, Суннатов Камолитдин Бегмуродович³

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.

METHOD OF COMBINED MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATHOLOGIES ASSOCIATED WITH THE MAJOR PAPILLA OF THE DUODENUM

Asadov Timur Shavkatovich¹, Askarov Pulat Azadovich², Daminov Firuz Asatullaevich², Khaitov Laziz Milionerovich², Achilov Mirzakarim Temirovich², Abrorov Shakhbojon Nematzoda³, Sunnatov Kamoliddin Begmurodovich³

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. Мақолада атипик катта дуоденал сўргичнинг (ҚДС) жойлашуви бўлган беморларда ҳоледохолитиазни даволашнинг комбинацияланган кам инвазив усули тақдим этилган. 132 та ҳолат бўйича ретроспектив таҳлил асосида ултратовуш назорати остида антеград проводник ёрдамида ўтказиладиган усулнинг юқори самарадорлиги намоён этилган. Натижалар операциядан кейинги асоратларнинг частотасини 5,7% гача камайтириш ва умумий ўт йўли (УЎЙ) санацияси муваффақиятини 97,1% гача оширишни кўрсатди. Ушбу усул изланган ўзгаришлар, дивертикулар ва периампүляр ҳудуддаги ўсмалик ўзгаришларга эга беморлар учун тавсия этилган.

Калим сўзлар: холедохолитиаз, атипик ҚДС, антеград проводник, ЭРХПГ, каминвазив хирургия.

Abstract. The article presents a combined minimally invasive method for treating choledocholithiasis in patients with an atypical location of the major duodenal papilla (MDP). Based on a retrospective analysis of 132 cases, the high effectiveness of the method is demonstrated, which involves the antegrade insertion of a guidewire under ultrasound control. The results showed a reduction in the incidence of postoperative complications to 5.7% and an increase in the success rate of common bile duct (CBD) clearance to 97.1%. The method is recommended for patients with scarring deformations, diverticula, and tumor changes in the periampullary region.

Key words: Choledocholithiasis, atypical major duodenal papilla (MDP), antegrade guidewire, ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography), minimally invasive surgery.

Актуальность проблемы. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) продолжает занимать одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения, охватывая от 10 до 25% населения в развитых странах [4,7]. По данным эпидемиологических исследований, в Уз-

бекистане распространённость ЖКБ составляет 15–20%, причём у 35% пациентов развиваются осложнения, требующие оперативного вмешательства [2,11]. Наиболее значимым из них является холедохолитиаз, регистрируемый у 10–35% больных ЖКБ. Данное ос-

ложнение может приводить к развитию механической желтухи, холангита, панкреатита и другим жизнеугрожающим состояниям [9,10].

Несмотря на внедрение современных малоинвазивных методов лечения, таких как лапароскопия и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), ведение пациентов с атипичным расположением большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) остаётся сложной задачей [1,3,8]. Наличие рубцовых изменений, дивертикулов или опухолевых процессов в области БС ДПК затрудняет его визуализацию и канюляцию, что нередко делает невозможным проведение полноценного эндоскопического вмешательства. В подобных случаях требуется выполнение открытых операций, сопровождающихся повышенными рисками послеоперационных осложнений и летальности [4,5,6].

Цель исследования. Разработать и оценить клиническую эффективность комбинированного малоинвазивного подхода к санации общего желчного протока у пациентов с холедохолитиазом и атипичным расположением большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 132 пациентов с холедохолитиазом, проходивших терапию в клинике Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2014 по 2024 годы. Основную группу составили 70 пациентов, пролеченных с 2020 по 2024 год с применением разработанного комбинированного малоинвазивного метода санации общего желчного протока (ОЖП). Контрольную группу (n=62) составили пациенты, прооперированные традиционными методами в период с 2014 по 2019 год.

Критериями включения явились подтвержденный диагноз холедохолитиаза; атипичное анатомическое расположение большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК), обусловленное рубцовыми деформациями, дивертикулами или опухолевыми изменениями; отсутствие эффекта от стандартной эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ). Критерии исключения - выраженная коagulопатия (МНО >1,5); наличие аллергических реакций на рентгеноконтрастные препараты.

Среди включённых пациентов у 89 больных (67,42%) диагностированы ЖКБ и холецистохоледохолитиаз, тогда как у 43 пациентов (32,58%) холедохолитиаз развился после перенесённой холецистэктомии.

Возрастной анализ показал, что 76,44% пациентов были старше 50 лет, при этом почти половина (42,58%) — в возрастной группе старше 71 года. Средний возраст составил 61,42 года. Сопутствующая патология различной степени выраженности была выявлена у 94 пациентов (71,21%), что обусловлено возрастными особенностями контингента.

В клиническую практику внедрён малоинвазивный метод лечения холедохолитиаза при атипичном расположении БС ДПК, позволяющий выполнять санацию ОЖП даже при невозможности визуализации или канюляции сосочка. Суть метода заключается в антеградном проведении струны-проводника в просвет двенадцатиперстной кишки через желчные пути под ультразвуковым контролем. Процедура включает следующие этапы: чрескожная чреспечёночная пункция внутрипечёночных желчных протоков осуществляется под контролем ультразвукового исследования в В-режиме; антеградное проведение проводника диаметром 0,035–0,038 inch с прямым или J-образным кончиком в просвет ДПК через ОЖП и БС ДПК (рис. 1); проведение проводника - дистальный конец струны-проводника под контролем рентгенотелевизионной аппаратуры проводится через БС ДПК в просвет двенадцатиперстной кишки; ретроградное извлечение проводника - после установки дуоденоскопа в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки, через его рабочий канал вводится эндоскопическая петля (ловушка) (рис. 2), с помощью которой проводник захватывается и извлекается наружу через ротовую полость. После этого все дальнейшие манипуляции на протоковых структурах выполняются по струне, выведенной из рабочего канала дуоденоскопа: - по проводнику проводится канюляционный папиллотом, после чего выполняется канюляционная папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) (рис. 3); - папиллотом извлекается с сохранением струны в просвете ОЖП; - по проводнику вводится корзинка Дормиа для проведения литоэкстракции (рис. 4).

Используемое оборудование: Видеоэндоскопическая система EVIS Exera III (Olympus, Япония) с боковой оптикой (модели TJF-150 и TJF-160R), оснащённая инструментальным каналом диаметром 4,2 мм.

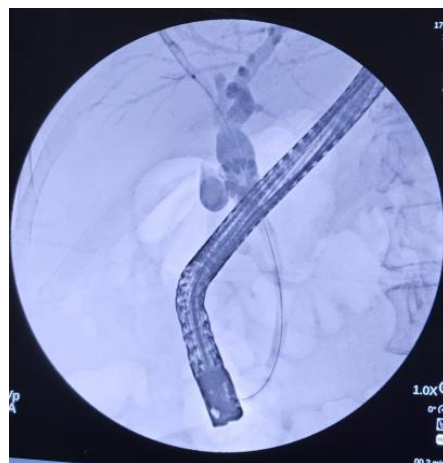
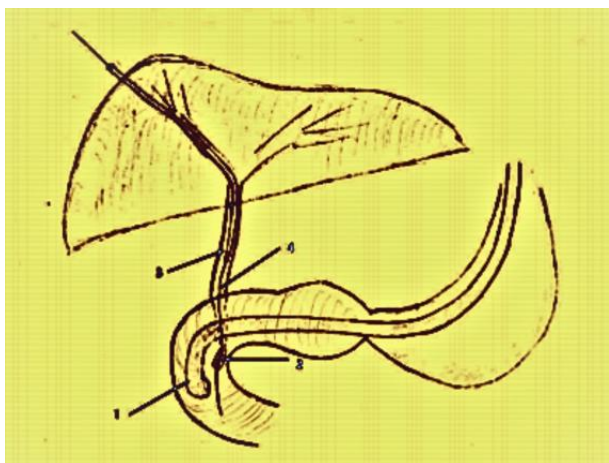


Рис. 1. Введение проводника в желчные протоки

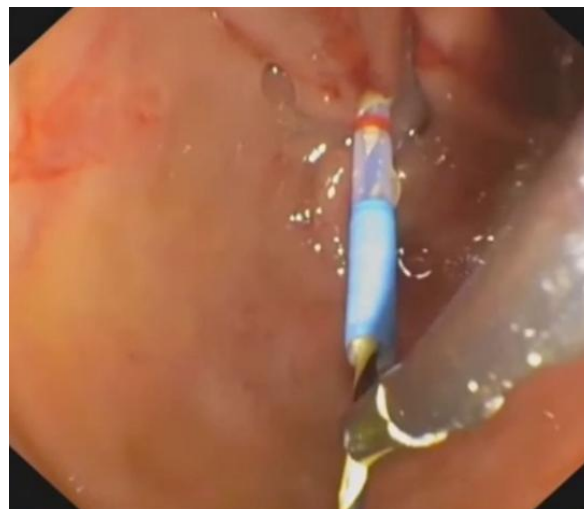
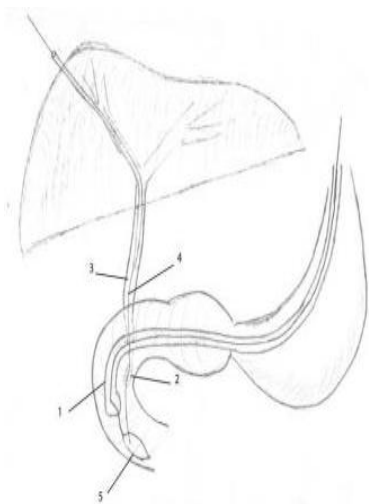


Рис. 2. Введение петли для захвата проводника

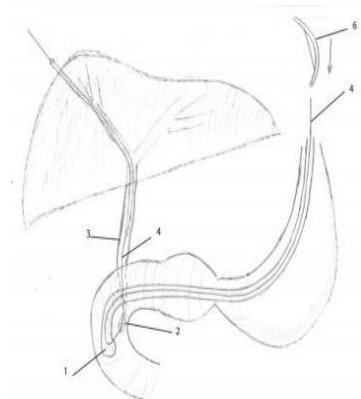


Рис. 3. Введение канюляционного папиллотома

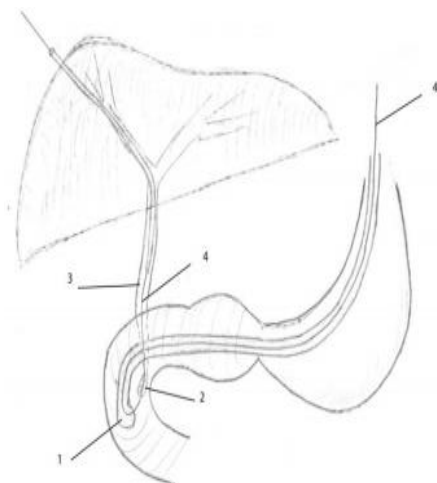


Рис. 4. Холедохолитэкстракция

Рентгенологическое сопровождение осуществлялось с использованием цифровой С-дуги Stenoscor 2 series 9000 CCD (GE Medical Systems, США), обеспечивающей высокую разрешающую способность при визуализации анатомических структур.

Статистическая обработка выполнена с использованием программного обеспечения SPSS версии 26.0. Для оценки количественных показателей применяли t-критерий Стьюдента, для качественных — χ^2 -критерий. Уровень статистической значимости принят на уровне $p < 0,05$.

Сравнительный анализ клинических исходов между основной и контрольной группами продемонстрировал статистически значимые различия в пользу предложенного комбинированного малоинвазивного метода санации общего желчного протока (ОЖП). Успешность санации ОЖП в основной группе составила 94,3% (66 из 70 пациентов), тогда как в контрольной группе данный показатель достигал лишь 77,4% (48 из 62 пациентов), $p < 0,01$. Частота послеоперационных осложнений была ниже в основной группе — 11,4% против 27,4% в контрольной ($p < 0,05$). Среди осложнений чаще всего наблюдались: реактивный панкреатит,

воспалительные изменения со стороны холангиодigestive систем и раневая инфекция. Средняя длительность госпитализации составила $6,2 \pm 1,4$ суток в основной группе и $9,1 \pm 2,3$ суток в контрольной ($p < 0,001$). Также в основной группе зафиксировано меньше случаев повторного вмешательства (4,3% против 12,9%), что указывает на более высокую эффективность и надёжность разработанного метода.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности комбинированного малоинвазивного метода санации общего желчного протока у пациентов с холедохолитиазом и атипичным расположением большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Применение антеградного проведения струны-проводника с последующим ретроградным извлечением позволило преодолеть технические сложности, обусловленные анатомическими особенностями и невозможностью стандартной канюляции БС ДПК.

Снижение частоты осложнений и сокращение сроков госпитализации подтверждают безопасность и минимальную травматичность предложенного подхода, что особенно важно у пожилых пациентов с выраженной сопутствующей патологией. Повышение процента успешной санации и уменьшение числа повторных вмешательств свидетельствуют о том, что метод может служить эффективной альтернативой открытым операциям в сложных клинических случаях.

Результаты исследования согласуются с современными тенденциями в хирургии желчевыводящих путей, направленными на расширение показаний к малоинвазивному лечению даже при сложных анатомических вариантах. Внедрение данной методики в практическое здравоохранение позволит оптимизировать лечение пациентов с осложнённым течением холедохолитиаза и снизить хирургические риски.

Ограничения метода включают зависимость от наличия специализированного оборудования и обученного персонала. Однако снижение частоты резидуального холедохолитиаза (1,4% против 8,1% в контроле) подтверждает его клиническую значимость.

Выводы. Комбинированный малоинвазивный метод демонстрирует высокую эффективность в лечении холедохолитиаза при атипичном расположении БС ДПК. Его внедрение позволяет сократить время вмешательства, снизить частоту осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

Литература:

1. Ардасенов Т.Б. и соавт. (2011). Холедохолитиаз: современные подходы к диагностике и лечению.
2. Данные ВОЗ (2023). Эпидемиология ЖКБ в странах Центральной Азии.
3. Ризаев Э. А., Бабакулов Ш. Х., Сайфуддинов А. А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений (обзор литературы) // *Tadqiqotlar*. – 2025. – Т. 61. – №. 2. – С. 325-332.
4. Ризаев Э. А., Агабабян И. Р., Арзикулова М. Ш. К. Аутоиммунное воспаление как причинно-следственная связь пародонтита и атеросклероза // *Вопросы науки и образования*. – 2022. – №. 6 (162). – С. 50-64.
5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром

панкреатите алиментарного генеза // *Журнал гуманитарных и естественных наук*. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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'oyalar, takliflar va yechimlar*. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.

10. 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'oyalar, takliflar va yechimlar*. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.

11. Yasuda, I., Fujita, N., Maguchi, H., et al. (2007). Long-term outcomes after endoscopic sphincterotomy versus endoscopic papillary balloon dilation for bile duct stones. *Gastrointestinal Endoscopy*, 66(4), 720-726.

МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ СВЯЗАННЫХ С БОЛЬШИМ СОСОЧКОМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Асадов Т.Ш., Аскарлов П.А., Даминов Ф.А.,
Хайитов Л.М., Ачилов М.Т., Аброров Ш.Н.,
Суннатов К.Б.

Резюме. В статье представлен комбинированный малоинвазивный метод лечения холедохолитиаза у пациентов с атипичным расположением большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК). На основе ретроспективного анализа 132 случаев продемонстрирована высокая эффективность метода, включающего антеградное проведение струны-проводника под ультразвуковым контролем. Результаты показали снижение частоты послеоперационных осложнений до 5,7% и увеличение успешности санации общего желчного протока (ОЖП) до 97,1%. Метод рекомендован для пациентов с рубцовыми деформациями, дивертикулами и опухолевыми изменениями периампулярной зоны.

Ключевые слова: холедохолитиаз, атипичный БС ДПК, антеградный проводник, ЭРХПГ, малоинвазивная хирургия.