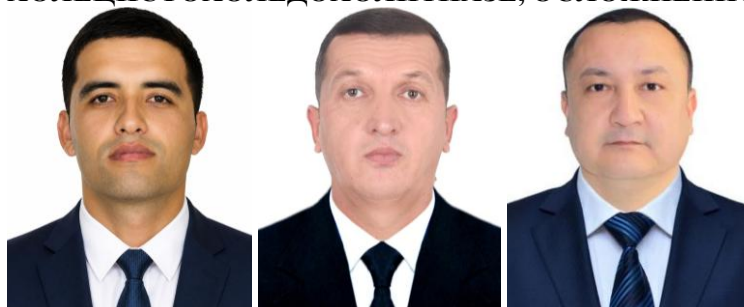


ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОСЛОЖНЁННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ



Шокиров Зафар Зокир угли, Дусияров Мухаммад Мукумбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

МЕХАНИК САРИҚЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

Шокиров Зафар Зокир ўғли, Дусияров Мухаммад Мукумбаевич, Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

DIFFERENTIATED SURGICAL STRATEGY FOR CHOLECYSTOCHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Shokirov Zafar Zokir ugli, Dusiyarov Muhammad Mukumbaevich, Khujabaev Safarboy Tukhtabaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқотнинг мақсади механик сариқлик билан асоратланган холецистохоледохолитида бир ва икки босқичли жарроҳлик тактикасини дифференциал танлашни илмий асослашдан иборат бўлди. 137 нафар беморнинг даволаш натижалари таҳлил қилинди: 79 нафар бемор минимал инвазив технологиялар қўлланган асосий гуруҳни, 58 нафар бемор эса анъанавий очик операциялар бажарилган назорат гуруҳини ташкил этди. Механик сариқликнинг енгил даражасида rendezvous туридаги бир вақтли лапароскопик амалиёт мақсадга мувофиқлиги, ўрта ва оғир даражаларда эса биринчи босқичда билиар декомпрессия билан икки босқичли тактика афзаллиги кўрсатилди. Таклиф этилган ёндашув эрта операциядан кейинги асоратларни 34,4% дан 18,9% гача, леталликни эса 6,9% дан 2,5% гача камайтириши имконини берди.

Калит сўзлар: холецистохоледохолитиаз, механик сариқлик, лапароскопик холецистэктомия, холедохолитотомия, ЭПСТ, rendezvous, билиар декомпрессия.

Abstract. The aim of the study was to substantiate a differentiated choice of one-stage and two-stage surgical tactics in patients with cholecystocholedocholithiasis complicated by obstructive jaundice. Treatment outcomes were analyzed in 137 patients: 79 patients formed the main group treated with minimally invasive technologies, while 58 patients comprised the control group treated with conventional open surgery. The findings indicate that in mild obstructive jaundice, a one-stage laparoendoscopic rendezvous procedure is reasonable, whereas in moderate and severe jaundice a two-stage strategy with primary biliary decompression is preferable. The proposed approach reduced early postoperative complications from 34.4% to 18.9% and mortality from 6.9% to 2.5%.

Keywords: cholecystocholedocholithiasis, obstructive jaundice, laparoscopic cholecystectomy, choledocholithotomy, EPST, rendezvous, biliary decompression.

Введение. Холецистохоледохолитиаз, осложнённый механической желтухой, остаётся одной из наиболее сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Клиническая значимость данной патологии определяется сочетанием билиарной обструкции, инфекционно-воспалительных изменений желчевыводящих путей, нарушением функционального состояния печени и высокой вероятностью развития полиорганной дисфункции при несвоевременной декомпрессии билиарного тракта. В современной хирургии всё более важное значение приобретает не

только факт удаления конкрементов, но и выбор оптимальной последовательности лечебных этапов, позволяющей уменьшить операционную травму, снизить риск постманипуляционных осложнений и обеспечить радикальное устранение причины желтухи.

По данным отечественных и зарубежных авторов, при холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой, существуют два принципиальных подхода: одномоментная коррекция патологии желчного пузыря и общего желчного протока либо этапное лечение с предварительной де-

компрессией желчных путей [1–4]. Ряд исследований подчёркивает преимущества эндоскопических транспапиллярных вмешательств как метода быстрой ликвидации билиарной гипертензии, однако манипуляции на большом дуоденальном сосочке могут сопровождаться кровотечением, острым постэндоскопическим панкреатитом и рубцовыми изменениями сфинктерного аппарата [5, 8, 11].

Международные рекомендации рассматривают эндоскопическое лечение камней общего желчного протока, лапароскопическую холецистотомию, чрескожные дренирующие вмешательства и комбинированные лапароэндоскопические технологии как взаимодополняющие методы, выбор которых должен определяться тяжестью состояния пациента, уровнем гипербилирубинемии, наличием холангита, размером и локализацией конкрементов, а также технической оснащённостью клиники [9, 10, 12]. В последние годы особое внимание уделяется методике laparoendoscopic rendezvous, позволяющей выполнить холецистэктомию и санацию общего желчного протока в рамках одного анестезиологического пособия, минимизируя риск повторных госпитализаций и интервала между этапами лечения [13–15].

Вместе с тем универсальная тактика для всех пациентов с холецистохоледохолитиазом и механической желтухой не может считаться оправданной. При лёгкой степени желтухи организм пациента сохраняет достаточный функциональный резерв, что делает возможным одномоментное вмешательство. При средней и тяжёлой степени механической желтухи одномоментная радикальная операция может сопровождаться высоким риском осложнений из-за холестатической интоксикации, нарушения коагуляции, холангита и снижения компенсаторных возможностей печени. Следовательно, ключевым условием повышения эффективности лечения является дифференцированный алгоритм, основанный на степени тяжести механической желтухи и индивидуальных клиничко-анатомических особенностях пациента.

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения холецистохоледохолитиаза, осложнённого механической желтухой, путём обоснования дифференцированной одно- и двухэтапной тактики с превентивным применением миниинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Исследование основано на анализе результатов лечения 137 пациентов с холецистохоледохолитиазом, осложнённым механической желтухой, находившихся на лечении в отделении общей хирургии клиники Самаркандского государственного медицинского университета в 2018–2025 гг. В зависимости от применённой хирургической тактики больные были разделены на две группы. Основную группу составили 79 (57,7%) пациентов, у которых применялись миниинвазивные одно- или двухэтапные вмешательства. Контрольную группу составили 58 (42,3%) пациентов, которым выполнялись традиционные открытые операции до широкого внедрения современных миниинвазивных технологий.

В обеих группах преобладали женщины: в основной группе - 48 (60,7%), в контрольной - 38 (65,5%). Мужчин было соответственно 31 (39,2%) и 20 (34,5%). Наиболее многочисленную возрастную категорию составили пациенты 41–50 лет. Продолжительность механической желтухи до 5 суток отмечалась у 38 (48,1%) больных основной группы и 25 (43,1%) больных контрольной группы; от 5 до 10 суток - у 25 (31,6%) и 19 (32,7%); более 10 суток - у 16 (20,3%) и 14 (24,1%) пациентов соответственно.

Степень тяжести механической желтухи оценивали по классификации Э.И. Гальперина с выделением класса А (лёгкая степень), класса В (средняя степень) и класса С (тяжёлая степень). У 48 (35,1%) пациентов диагностирована лёгкая степень желтухи, у 61 (44,5%) - средняя и у 28 (20,4%) - тяжёлая. В основной группе класс А установлен у 30 (37,9%) пациентов, класс В - у 34 (43,1%), класс С - у 15 (18,9%). В контрольной группе соответствующие показатели составили 18 (31,1%), 27 (46,5%) и 13 (22,4%). Группы были сопоставимы по степени тяжести механической желтухи.

Таблица 1. Клиничко-демографическая характеристика обследованных больных

Показатель	Основная группа (n=79)	Контрольная группа (n=58)	Всего / примечание
Женщины	48 (60,7%)	38 (65,5%)	86 пациентов
Мужчины	31 (39,2%)	20 (34,5%)	51 пациент
Желтуха до 5 суток	38 (48,1%)	25 (43,1%)	63 пациента
Желтуха 5–10 суток	25 (31,6%)	19 (32,7%)	44 пациента
Желтуха более 10 суток	16 (20,3%)	14 (24,1%)	30 пациентов
Класс А, лёгкая МЖ	30 (37,9%)	18 (31,1%)	48 пациентов
Класс В, средняя МЖ	34 (43,1%)	27 (46,5%)	61 пациент
Класс С, тяжёлая МЖ	15 (18,9%)	13 (22,4%)	28 пациентов

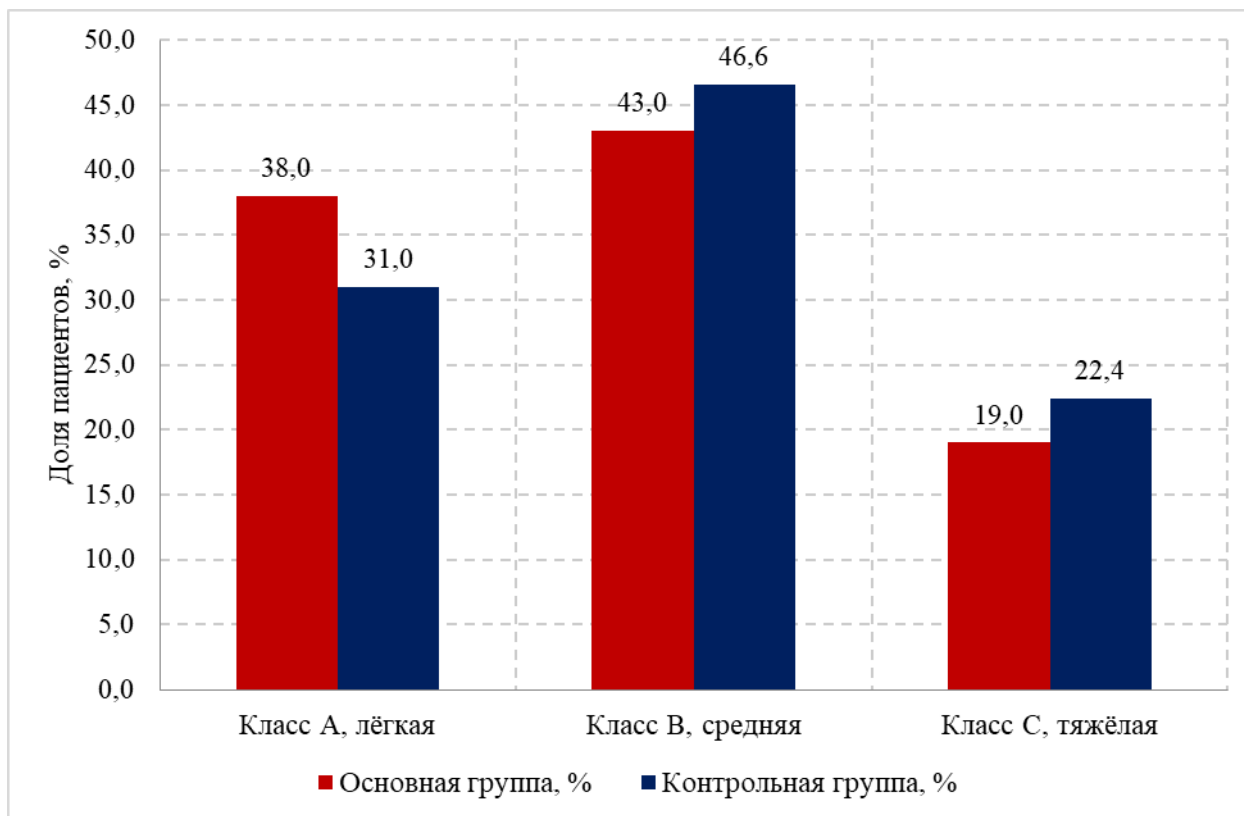


Рис. 1. Распределение больных по степени тяжести механической желтухи в основной и контрольной группах

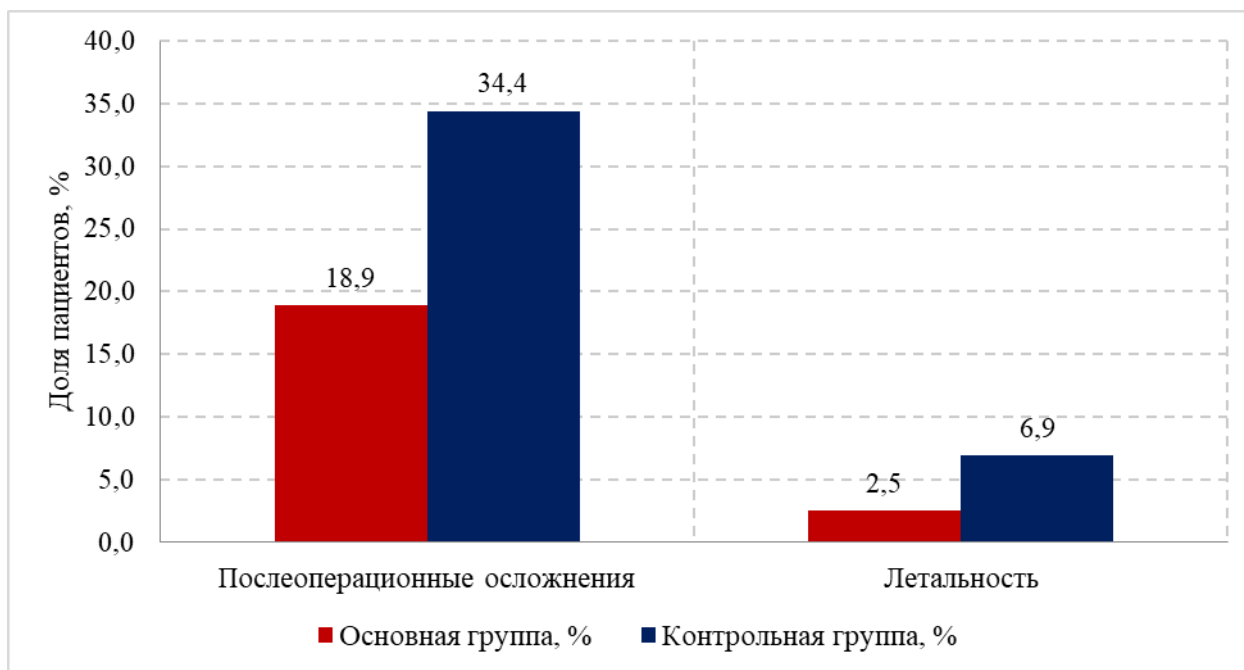


Рис. 2. Сравнительная характеристика ранних послеоперационных осложнений и летальности

Диагностический комплекс включал клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, оценку диаметра общего желчного протока, определение уровня билирубина, трансаминаз, маркеров холестаза, а по показаниям - магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, интраоперационную холангиографию и холедохоско-

пию. Выбор метода операции определяли с учётом тяжести желтухи, длительности заболевания, размеров и локализации камней общего желчного протока, наличия холангита, билиарного панкреатита, стриктуры терминального отдела холедоха и сопутствующей соматической патологии.

Результаты исследования. У пациентов основной группы хирургическая тактика была строго дифференцированной. При лёгкой степени

механической желтухи (класс А) в 28 (35,4%) случаях выполнены одномоментные комбинированные лапароскопические и эндоскопические транспапиллярные вмешательства по типу rendezvous. Данная тактика применялась у больных, которым не требовалась предварительная декомпрессия желчных путей и у которых отсутствовали признаки выраженного воспалительного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки. В 2 (2,5%) наблюдениях при сочетании холестихоледохолитиаза со стриктурой терминального отдела холедоха выполнена открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, интраоперационная холангиография с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру.

У больных со средней и тяжёлой степенью механической желтухи применялась двухэтапная тактика. На первом этапе выполняли миниинвазивные декомпрессионные вмешательства: эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией и назобилиарным дренированием либо чрескожно-чреспечёчную холангиостомию. После улучшения общего состояния, регресса холестаза и стабилизации функциональных показателей печени выполнялся второй этап - лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая холедохолитотомия, холедохоскопия или интраоперационная холангиография с дренированием холедоха по Керу. При стриктуре дистального отдела холедоха выполнялось реконструктивное вмешательство с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру.

В целом двухэтапные операции у больных основной группы с классами В и С были выполнены в 49 (62,1%) наблюдениях. У 34 пациентов со среднетяжёлой механической желтухой на первом этапе проведена билиарная декомпрессия, после чего на втором этапе у 22 (27,8%) больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия, у 11 - лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией, холедохоскопией или интраоперационной холангиографией и дренированием холедоха по Керу. У одного пациента при сочетании холедохолитиаза со стриктурой дистального отдела холедоха выполнена открытая операция с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру.

При тяжёлой степени механической желтухи у 15 пациентов на первом этапе выполнены декомпрессионные вмешательства: ЭПСТ с литоэкстракцией и назобилиарным дренированием у 5 больных, чрескожно-чреспечёчная холангиостомия - у 9. После нормализации показателей функционального состояния печени через 14–20 дней выполнялся второй этап хирургического лечения. Такой подход позволял избежать одномоментной высокой операционной нагрузки на фоне

холестатической интоксикации и воспалительно-инфекционных осложнений.

Особое значение имела техника одномоментного лапароэндоскопического вмешательства типа rendezvous. После выполнения лапароскопического доступа и этапов холецистэктомии проводилась эндоскопическая оценка большого дуоденального сосочка. При наличии фиксированного или «рождающегося» конкремента выполнялась частичная папиллосфинктеротомия, затем под видеолапароскопическим контролем выполнялась супрадуоденальная холедохолитотомия с последующим продвижением конкремента в просвет двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях проводилось промывание общего желчного протока раствором антисептика, а также интраоперационная холангиография или холедохоскопия для исключения резидуальных камней.

Непосредственные результаты лечения подтвердили преимущество дифференцированного подхода. В основной группе ранние послеоперационные осложнения отмечены у 15 (18,9%) пациентов, летальные исходы - у 2 (2,5%). В контрольной группе после традиционных открытых операций осложнения развились у 20 (34,4%) пациентов, летальность составила 4 (6,9%). Таким образом, применение миниинвазивных технологий и этапного подхода позволило снизить частоту ранних осложнений на 15,5 процентного пункта, а летальность - на 4,4 процентного пункта.

Среди осложнений основной группы преобладали нагноение троакарной раны, дислокация холедохеального дренажа с наружным желчеистечением, острый постэндоскопический панкреатит и кровотечение из папиллотомного разреза. Большинство указанных осложнений было купировано консервативными или малоинвазивными методами. В контрольной группе чаще отмечались нагноение лапаротомной раны, ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, подкожная эвентрация, подпечёчный абсцесс, печёчно-почечная недостаточность и застойная пневмония, что отражает более высокую травматичность открытых вмешательств и замедленную послеоперационную активизацию пациентов.

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют, что хирургическая тактика при холестихоледохолитиазе, осложнённом механической желтухой, должна определяться не только фактом наличия камней общего желчного протока, но и тяжестью холестаза. Класс А механической желтухи характеризуется меньшей выраженностью функциональных нарушений печени и более сохранёнными компенсаторными возможностями организма. Поэтому у данной категории больных допустимо выполнение одномоментной коррекции: санации общего желчного протока и

удаления желчного пузыря в рамках одного вмешательства.

Преимущество одномоментного laparoendoscopic rendezvous заключается в том, что устраняется источник камнеобразования и одновременно ликвидируется холедохолитиаз. Это позволяет уменьшить число повторных анестезий, сократить длительность госпитализации и избежать интервала между эндоскопическим и лапароскопическим этапами, в течение которого возможно повторное смещение конкрементов или прогрессирование воспалительных осложнений. Кроме того, при правильно выбранных показаниях данный метод снижает необходимость в широкой лапаротомии и ускоряет функциональное восстановление пациента.

Однако при средней и тяжёлой степени механической желтухи одномоментная радикальная операция не всегда оправдана. У этих больных часто имеются выраженная гипербилирубинемия, холангит, билиарный панкреатит, нарушения гемостаза, гипопроteinемия, интоксикация и сопутствующие заболевания. В таких условиях любое длительное оперативное вмешательство способно усугубить печёночную недостаточность и повысить риск летального исхода. Поэтому первичная декомпрессия желчных путей является патогенетически обоснованным этапом, позволяющим снизить билиарную гипертензию, уменьшить бактериальную контаминацию желчи и подготовить пациента к радикальному вмешательству.

Важным практическим результатом исследования является формирование алгоритма, основанного на принципе минимально достаточной хирургической агрессии. Его суть состоит в том, что чем тяжелее состояние пациента и чем выраженнее механическая желтуха, тем более щадящим должен быть первый этап лечения. При классе В и С предпочтение следует отдавать ЭПСТ с назобилиарным дренированием или чрескожно-чреспечёночной холангиостомии, а радикальное вмешательство выполнять после стабилизации состояния.

Снижение осложнений в основной группе объясняется несколькими факторами. Во-первых, миниинвазивные вмешательства сопровождаются меньшей травматизацией передней брюшной стенки, что уменьшает риск раневых осложнений, эвентрации и послеоперационной пневмонии. Во-вторых, предварительная билиарная декомпрессия при классах В и С позволяет проводить радикальную операцию в более благоприятных условиях. В-третьих, интраоперационная холангиография и холедохоскопия снижают риск оставленных камней и помогают объективно оценить проходимость терминального отдела общего желчного протока.

Следует подчеркнуть, что миниинвазивные технологии не исключают необходимости открытых реконструктивных операций. При сочетании холедохолитиаза со стриктурой терминального отдела холедоха, особенно при выраженных рубцово-воспалительных изменениях и необходимости внутреннего отведения желчи, традиционная открытая операция с формированием гепатико-юноанастомоза по Ру остаётся обоснованной и безопасной альтернативой. Поэтому разработанная тактика не противопоставляет миниинвазивные и открытые методы, а определяет их рациональное место в едином лечебном алгоритме.

Клиническая ценность предложенного подхода заключается в возможности персонализировать лечение больных с холецистохоледохолитиазом и механической желтухой. Дифференцированная тактика позволяет избежать как неоправданно травматичных вмешательств у тяжёлых пациентов, так и чрезмерной этапности у больных с лёгкой степенью желтухи, которым может быть выполнена одномоментная радикальная коррекция. Такой подход соответствует современным принципам хирургии: безопасность, минимальная инвазивность, радикальность и функциональная направленность лечения.

Выводы:

1. Хирургическая тактика при холецистохоледохолитиазе, осложнённом механической желтухой, должна быть строго дифференцированной и учитывать степень тяжести желтухи, длительность заболевания, наличие холангита, билиарного панкреатита, стриктуры терминального отдела холедоха и сопутствующей соматической патологии.

2. У больных с лёгкой степенью механической желтухи (класс А) целесообразно выполнение одномоментного комбинированного лапароскопического и эндоскопического вмешательства типа rendezvous с лапароскопической холецистэктомией без предварительной декомпрессии желчных путей. При сочетании со стриктурой терминального отдела холедоха показано реконструктивное вмешательство с формированием гепатико-юноанастомоза по Ру.

3. У больных со средней и тяжёлой степенью механической желтухи (классы В и С) предпочтительна двухэтапная тактика: на первом этапе - миниинвазивная билиарная декомпрессия, на втором - радикальное устранение холецистохоледохолитиаза после стабилизации состояния пациента.

4. Применение разработанной дифференцированной тактики позволило снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 34,4% до 18,9%, а летальность - с 6,9% до 2,5%, что подтверждает клиническую эффективность поэтапного миниинвазивного подхода.

Литература:

1. Ахмедов Р.М., Ташпулатов Д.К. Миниинвазивные технологии в лечении больных с механической желтухой билиарного генеза // Вестник хирургии. - 2023. - Т. 182, № 3. - С. 78–84.
2. Ибрагимов Ш.Х., Рахимов А.А. Дифференцированный подход к хирургическому лечению холецистохоледохолитиаза, осложнённого механической желтухой // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2022. - № 6. - С. 45–52.
3. Кадыров У.Т., Нурмухамедов Б.С. Эндоскопические и этапные вмешательства при холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой // Анналы хирургической гепатологии. - 2021. - Т. 26, № 4. - С. 112–118.
4. Равшанов М.И., Аскарлов П.А. Миниинвазивные методы хирургического лечения механической желтухи доброкачественного генеза // Journal of Biomedicine and Practice. - 2025. - Т. 10, № 2. - С. 373–378.
5. Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. Клинико-функциональная характеристика пациентов с глоссалгией // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - 2022. - Т. 1, № 1. - С. 213–215. DOI: 10.71337/inlibrary.uz.problems-dentistry.15391.
6. Ризаев Ж.А., Азимов М., Азимов А.М. Клинико-анатомическая классификация одонтогенных воспалительных заболеваний ТГСИ, адаптированная к МКБ-10 // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2020. - Т. 19, № 1.
7. Ризаев Ж.А., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д. Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.
8. Ризаев Ж.А., Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Олмасов Ф.Г. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.
9. Ризаев Э.А. Актуальные вопросы хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины. - 2023. - № 1(142). - С. 307–313.
10. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамараджабов С.Э. Клинические проявления осложнённых форм желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины. - 2023. - № 2(143). - С. 120–123.
11. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамараджабов С.Э., Нурмуразаев З.Н., Олимжонова Ф.Ж. Мини-

инвазивные вмешательства в хирургии осложнённых форм холелитиаза // Журнал биомедицины и практики. - 2023. - Т. 8, № 2. - С. 383–389.

12. Шакиров З.З., Дусияров М.М., Хужабоев С.Т. Хирургическая тактика при холецистохоледохолитиазе в зависимости от степени тяжести механической желтухи // Материалы клинического исследования. - Самарканд, 2025.

13. Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Features of surgical correction of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile age // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 17–24.

14. Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Surgery of cholelithiasis in patients older than 60 years // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 25–29.

15. Rizaev J.A., Maeda H., Khramova N.V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. - 2019. - Vol. 27, № 1. - P. 22–23.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОСЛОЖНЁННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Шакиров З.З., Дусияров М.М., Хужабоев С.Т.

Резюме. Целью исследования явилось научное обоснование дифференцированного выбора одно- и двухэтапной хирургической тактики у больных холецистохоледохолитиазом, осложнённым механической желтухой. Проанализированы результаты лечения 137 пациентов, из которых 79 составили основную группу с применением миниинвазивных технологий, а 58 - контрольную группу традиционных открытых вмешательств. Показано, что при лёгкой степени механической желтухи рациональным является одномоментное лапароскопическое вмешательство типа rendezvous, тогда как при средней и тяжёлой степени предпочтительна двухэтапная тактика с первичной билиарной декомпрессией. Применение разработанного подхода позволило снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 34,4% до 18,9%, а летальность - с 6,9% до 2,5%.

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, механическая желтуха, лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитомия, ЭПСТ, rendezvous, билиарная декомпрессия