

**АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10640561>

**Саидов Шухрат Абдунасимович**

*Самаркандский государственный медицинский университет*

**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..

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

Патология органов гепатопанкреатобилиарной зоны занимает одно из ведущих мест среди причин механической желтухи доброкачественного генеза (МЖДГ) [1,4]. МЖДГ прогрессирует интенсивно и приводит, главным образом, к прогрессированию печеночной и полиорганной недостаточности [3,6]. Её социальная значимость повсеместно возрастает во всех странах мира, включая и Республику Узбекистан, и в первую очередь связана с увеличением заболеваемости желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, заболеваниями большого дуоденального сосочка, эхинококкозом печени, а также стриктурами желчных протоков и сформированных билиодигестивных анастомозов [7].

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. Необходимо при этом отметить, что хирургическая тактика при МЖДГ в зависимости от этиологических факторов развития заболевания, уровня билиарного блока недостаточно точно определена. Открытыми остаются вопросы выбора доступа к желчевыводящим протокам, продолжительности периода предварительной декомпрессии, наружного или внутреннего отведения желчи, а также сроков и методов выполнения радикального вмешательства в зависимости от этиологии МЖДГ [5].

**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, долевого 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 (таблица 1).

**Таблица 1**

**Характер методов лечения МЖДГ у пациентов основной группы (n=148)**

Методы лечения	Количес тво	%
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

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 лапаротомные 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 одноэтапная 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 2

**Характер миниинвазивных декомпрессивных вмешательств при МЖДГ у больных основной группы (n=109)**

Вид вмешательства	Число наблюдений	
	Абс	%
<b>Одноэтапные миниинвазивные вмешательства (n=51)</b>		
ЭПСТ	19	17,4
ЭПСТ с литоэкстракцией	22	20,2
ЭПСТ + НБД	7	6,4
ЛХЭ + дренирование холедоха	3	2,7
<b>Двухэтапные вмешательства (n=58)</b>		
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

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).

**Таблица 3**

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

Характер операции	Количес тво	%
Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха	18	4 6,1
Экстирпация кисты холедоха с формированием ГЕА по Ру	3	7 ,7
Холецистэктомия. Холедохолитотомия с ХДА	2	5 ,1
Холецистэктомия. Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	4	1 0,2
Гепатикоеюноанастомоз 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	1 00,0

Для лечения пациентов контрольной группы применялись различные общеизвестные оперативные вмешательства из лапаротомного доступа (таблица 4).

**Таблица 4**

**Характер оперативных вмешательств при МЖДГ у больных контрольной группы (n=64)**

Характер операций	Количес тво	%
ХЭ. Холедохолитотомия. Дренирование холедоха по Керу	38	5 9,4
ХЭ. ХДА	4	6 ,2
Трансдуоденальная папиллосфинктеропластика	5	7 ,8
Гепатикоеюноанастомоз по Ру с ТПКД	4	3

		,1
Холедохотомия с удалением элементов хитиновой оболочки. Дренаж холедоха. ХЭ. Открытая эхинококкэктомия	9	1 4,1
Холедохоцистостомия на изолированной петле по Ру	3	4 ,7
Релапаротомия. Снятие лигатуры с ОЖП	1	1 ,6
Всего	64	1 00,0

При анализе послеоперационных осложнений у 148 пациентов основной группы, различные по характеру послеоперационные осложнения наблюдались в 11 (7,4%) случаях после выполнения мини-инвазивного, в 9 (6,1%) случае применения одноэтапного вмешательства, в 2 (1,3%) случаях после двухэтапного вмешательства. Летальность после мини-инвазивных 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 вмешательствах 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 желтухой / 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 молодёжного 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.