



## КОМПЛЕКСНОЕ ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИНДРОМА ХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Абидов У.О., Хайдаров А.А.

Бухарский государственный медицинский институт,  
Бухарский филиал РНЦЭМП

### ✓ Резюме

Проведен ретроспективный анализ клинических данных 2251 больных механической желтухой доброкачественной этиологии. Удельный вес причин механической желтухи доброкачественного генеза составило 75,8% (n=2251) больных, при 24,2% (n=719) злокачественной этиологии. В качестве первого этапа выполнено эндоскопические декомпрессивные вмешательства в виде ЭРПХГ (97%), ЭПСТ (98%), литоэкстракция (93,2%) больных. При невозможности удаления камней из ОЖП по причине больших размеров конкрементов, производили механическую литотрипсию 91 больных (4,6%). Неудачи механической литотрипсии было у 44 (2,2%).

Вторым этапом лечения в более удовлетворительном состоянии больных, выполнено ЛХЭК 1150(58%) и 717 ТХЭК (36,3%).

Ключевые слова: комплексное двухэтапное лечение, больные синдромом механической желтухи доброкачественного генеза.

Abidov U. O., Khaydarov A. A.

Bukhara State medical Institute, Bukhara branch of RNCMP

### ✓ Resume

A retrospective analysis of clinical data of 2251 patients with obstructive jaundice of benign etiology was carried out. The proportion of causes of obstructive jaundice of benign genesis was 75.8% (n=2251) of patients with benign diseases, with 24.2% (n=719) of malignant etiology. As the first stage, endoscopic decompressive interventions were performed in the form of ERCP (97%), EPST (98%), lithoextraction (93.2%) of patients. If it was impossible to remove stones from the CBD due to the large size of the stones, mechanical lithotripsy was performed in 91 patients (4.6%). Mechanical lithotripsy failed in 44 (2.2%).

The second stage of treatment in a more satisfactory condition of patients, performed LCEC 1150 (58%) and 717 TCEC (36.3%).

Key words: complex two-stage treatment, patients with benign obstructive jaundice syndrome.

## ЯХШИ СИФАТЛИ ОБСТРУКТИВ САРИҚЛИК СИНДРОМИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ИККИ БОСҚИЧЛИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Абидов У.О., Хайдаров А.А.

Бухоро Давлат тиббиет институти, РШТЕИМ Бухоро филиали

### ✓ Резюме

Яхши сифатли обструктив сариклик билан касалланган 2251 беморнинг клиник маълумотларининг ретроспектив тахлили утказилди. Яхши сифатли обструктив сариклик билан касалланган беморларнинг улуши 75,8% (n=2251) булса, ёмон сифатлилар улуши 24,2% (n=719) ни ташкил килди. Биринчи босқич сифатида ЭРПХГ (97%), ЭПСТ (98%), литотрипсия (93,2%) шаклида эндоскопик декомпрессив аралашувлар амалга оширилди. Агар тошларнинг катталиги туфайли Умумий ут йулидан (УУЙ) олишининг иложи булмаса, 91 беморда (4,6%) механик литотрипсия утказилди. Ушбу беморларнинг 44 тасида (2,2%) механик механик литотрипсия муваффақиятсиз тугади.

Иккинчи этап сифатида ЛХЭК 1150 (58%) ва ТХЭК 717 ТСЕС (36,3%) бажарилди.

Калит сўзлар: яхши сифатли обструктив сариклик синдроми бўлган беморлар, икки босқичли комплекс даволаш.

## Актуальность

**В** последние годы отмечена тенденция увеличения количества больных с механической желтухой, оставаясь важной медико-социальной проблемой во всем мире [4,6,7,8,11,19].

Несмотря на достижение современной клинической хирургии, хирургические вмешательства, выполненные при механической желтухе, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает, по данным ряда авторов, 30 - 35% [9,13,16,17,18].

В связи с этим в последние десятилетие широкое распространение получили малоинвазивные вмешательства с применением эндоскопических манипуляций, а также навигационные вмешательства с использованием методов лучевой визуализации [2,3,5,10,14,15].

Независимо от причины развития МЖ при неоказании своевременной хирургической помощи гибель пациентов возникает не от основного заболевания, а от осложнений, развивающихся на фоне билиарной обструкции. Тяжесть развивающейся желтухи определяется степенью угнетения функционального состояния печени и её прогрессирующей недостаточностью [11,12,13,], которая является основной причиной летальности [31]. Гнойный холангит, ССВО, сепсис, холангиогенные абсцессы печени, тромбо - геморрагический синдром, печеночная и почечная недостаточность, а также полиорганная дисфункция существенно увеличивают риск как интраоперационных, так и ранних послеоперационных осложнений [13,20] риск которых значительно увеличивается при длительности желтухи более 1 месяца [1,11].

Одним из методов улучшения результатов лечения МЖ является предварительная билиарная декомпрессия, позволяющая с минимальной травмой, избегая общей анестезии, подготовить больного к радикальной операции, что особенно касается пациентов пожилого и старческого возраста [1,5,20]. В настоящее время применяется двухэтапная тактика в лечении МЖ калькулезной этиологии, это эндоскопическая папилосфинктеротомия, литоэкстракция как первый этап, с последующей холецистэктомией.

**Цель исследования:** Ретроспективный анализ клинических данных больных механической желтухой доброкачественной этиологии.

## Материал и методы

Проведен анализ лечения 2251 больных с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза, находившихся на лечении в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2010 по 2021 гг. Удельный вес причин механической желтухи доброкачественного генеза составило 75,8% (n=2251) больных были доброкачественные заболевания, при 24,2% (n=719) злокачественной этиологии. В целом наблюдается рост числа госпитализированных, причем более выраженный в группе по годам наблюдается прирост количества больных с данной патологией, увеличилось количество больных среди молодых моложе 20 лет и беременных женщин. Мужчин было 1039 (46,2%), женщин - 1212 (53,8%).

Возраст больных варьировал от 18 до 90 лет, причем более 40% составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска.

## Результат и обсуждения

Всем больным поступивший в наш филиал проводили комплекс лечебно-диагностических мероприятий, включающие спазмолитическую, антибактериальную и инфузионную дезинтоксикационную терапию, направленную на нормализацию водно-электролитного баланса и реологических свойств крови. Вследствие длительного времени отсутствия в кишке желчи не активируется липаза, нарушается переваривание белков, нарушается всасывание жирорастворимых витаминов А, Е, К. Без витамин К (синтетический аналог витамина К, викасол) не синтезируется протромбин, снижается свертывания крови что приводит к холемическим кровотечениям.

За период 2010 по 2021 года в Бухарском Филиале РНЦЭМ по причине МЖ доброкачественного генеза произведена 2230 ЭРПХГ и 2211 ЭПСТ. В диагностике и лечении использовали видеодуоденоскоп фирмы FUJINON. По результатам ЭРПХГ причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз - у 1977 (в том числе и резидуальный холедохолитиаз), стриктуры терминального отдела холедоха - 76 больных; прорвавший эхинококковая киста печени в общий желчный проток - 126 больных, гепатикофасциола у - 3

больных, синдром Мирizzi (СМ) - у 15; киста холедоха – 3; причина не МЖ (ХАГ, ЦП и т.д) - 66 больных (немеханической природы).

По данным биохимического исследования венозной крови, у этих пациентов отмечалась гипербилирубинемия в пределах от 35 до 580,3 мкмоль/л.

Литоэкстракцию камней из ОЖП удалось выполнить у 1842 (93,2%) больных. При невозможности удаление камней из ОЖП по причине больших размеров конкрементов, производили механическую литотрипсию. Данная методика производилась с помощью механического литотриптора фирмы MTVWESEL (Germany). Удачно данная операция выполнена у 91 больных (4,6%). Неудачи механической литотрипсии было у 44 (2,2%) больных связанные прежде всего с парапапиллярными дивертикулами и плотными камнями.

По различным причинам ЭРПХГ (невозможностью доступа к БДС, ранее произведенные резекции желудка по Бильрот II, парапапиллярные дивертикулы, и т.д.) у 42 больным произвести не удалось (табл.1).

**Табл.1.**

**Причины и количество неудач эндоскопического вмешательства**

<b>причина</b>	<b>Попытка вмешательства</b>	<b>количество</b>	<b>%</b>
ЖКБ. Холедохолитиаз. Синдром Мирizzi	Эндоскопическая механическая	13	0,4
ЖКБ. Холедохолитиаз. Изменение топики БДС в результате пара или интрадивертикулярного	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или	18	0,6
ЖКБ. Холедохолитиаз (крупный вклиненный конкремент)	Эндоскопическая механическая	6	0,2
ЖКБ. Холедохолитиаз (состояние после резекции желудка по Бильрот2)	Эндоскопическая механическая литоэкстракция (или литотрипсия)	5	0,2
<b>Итого</b>		<b>42</b>	<b>1,4</b>

Для выявления вида и причины МЖ применяли неинвазивные методы - УЗИ, ФГДС, МСКТ, далее по необходимости инвазивные ЭРХПГ, при сложных случаях МРПХГ.

УЗИ было использовано как скрининговый метод у всех больных. Основными задачами исследования были определение признаков воспаления, билиарной гипертензии и причин вызвавших механическую желтуху. При недостаточной информативности УЗИ и ФГДС проводили магнито - резонансную холангиографию в режиме панкреатико-холангиографии и ЭРПХГ. Использованный диагностический комплекс позволил оценить состояние гепатобилиарной зоны, внепеченочных желчных протоков и выявить причину МЖ.

При МЖ причиной которого является холедохолитиаз использовали малоинвазивные вмешательства, первым этапом производили ЭРПХГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующей литоэкстракцией. Из 1977 больных холедохолитиазом удалось выполнить литоэкстракцию у 1842 (93,2%) больных.

Из числа больных 120 с явлениями гнойного холангита 87(39,5%) произведено назобилиарное дренирование и санация желчного дерева растворами декосана и 20 мл (5мл.литр) раствором азонированного натрия хлорида. Выполняют декомпрессию желчного протока с выделением гнойной желчи. Затем выполняют санацию желчных путей медленно шприцом с озонированным изотоническим раствором хлорида натрия в концентрации озона 5 мг/л и количестве 20 мл 2 раза в день до купирования и нормализации состояния больного в среднем на 5-7 дней.

После нормализации показателей функционального состояния печени проводили второй этап ЛХЭК или ТХЭК. Выбор метода операции зависело от деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, перитонита и наличия холангита.

Табл.2.

**II - этап после декомпрессивных вмешательств у больных с холедохолитиазом у больных механической желтухой**

№	Виды операций	количество
1.	Лапараскопическая холецистэктомия (после ЭРПХГ и литоэкстракции).	1150 (58%)
2.	Традиционная холецистэктомия (после ЭРПХГ и литоэкстракции).	717 (36,3%)
3.	Традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому.	25 (1,3%)
4.	Традиционная холецистэктомия, холедохотомия, дренирование холедоха по Керу.	60 (3%)
5.	Традиционная холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневному.	25(1,3%)
	<b>Всего</b>	<b>1977</b>

У большинства больных 1150 (58%) после ликвидации холедохолитиаза выполнено ЛХЭК как второй этап операции. У больных с выраженными деструктивными изменениями стенки желчного пузыря, местного и распространенного перитонита, выполнена 717 (36,3%) ТХЭК как второй этап операции. При синдроме Мирризи, гнойном холангите, при невозможности удаления конкрементов из ОЖП эндоскопическим путем выполнены операции ТХЭК, холедохотомия и различные дренирующие операции на ОЖП. ТХЭК с дренированием холедоха по Пиковскому 25(1,3%), по Керу 60(3%), по Вишневному 25(1,3%) (табл.2.).

При подозрении на стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) – 76 (2,6%) больных эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, с последующей папилосфинктеротомией. Лечебная ЭПСТ проводится во всех случаях при доброкачественных заболеваниях БСДК для восстановления проходимости протоков. Применяли пластиковые стенты диаметром 8,5; 10,0 и 12Fg и длиной до 12см.

Применению УЗИ и компьютерной томографии в диагностике синдрома Мирризи отводится роль предварительного исследования. Значительно выше оценивается роль магнитно-резонансной холангиопанкреатографии и ЭРПХГ. Предпочтение отдавали методу ЭРХПГ, что в первую очередь связано с высокими диагностическими и лечебными возможностями этого метода [24]. Как причина МЖ синдром Мирризи выявлено у 15 (0,8%) больных из числа больных холедохолитиазом. После проведения литоэкстракции у 3 больных успешно удалены конкременты из пузыря через пузырно-холедохеальный свищ. Впоследствии у больных, которым были удалены все камни из протока и пузыря с широкой папилосфинктеротомией, произошло сморщивание желчного пузыря, что не потребовало в дальнейшем выполнения холецистэктомии. Остальным 13 больным произведена ТХЭК с сшиванием дефекта стенки холедоха и дренированием ОЖП Т-образным дренажем.

Прорыв эхинококковых кист в желчные ходы также вызвали механическую желтуху у 126 больных. Всем больным выполняли сеансовые эндоскопические санации желчных протоков. После ликвидации синдрома МЖ, вторым этапом выполняли открытые эхинококкэктомии, с ликвидацией остаточных полостей и рекомендовали противопаразитарную терапию альбендазолом 15мг/кг в течении 2 месяцев.

**Выводы**

1. Малоинвазивные эндоскопические декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы. Эти методики позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать МЖ и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях.
2. На 1-м этапе лечения у пациентов с механической желтухой целесообразно осуществлять временную декомпрессию желчных путей, как подготовку к основному (2) этапу лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Abdurakhmanov M.M., Ruziev U.U., Surgical tactics for acute cholecystitis in patients with cardiovascular diseases //New Day in Medicine 3(31)2020 209-213 <https://cutt.ly/5xIWHRz>
2. Абдурахманов М.М., Абидов У.О., Рузиев У.У., Мурадов Т.Р. Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. // “Журнал теоретической и клинической медицины”, 2020 г. №1, с. 59-62
3. Абидов У.О. Миниинвазивные вмешательства в лечении больных механической желтухой. // Биология ва тиббиёт муаммолари. Халқаро илмий-амалий конференция «Горизонты современной хирургии» 2021, №6.1 (133) Стр. 277-283.
4. Абидов У.О., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А. Результаты этапного лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений. // Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи узбекистана. Ташкент-2018. Стр.33.
5. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - Т. 16, № 3. - С. 50-57.
6. Тешаев О. Р. Мадаминов Р.М., Исомитдинов Б.Ш. Лечение больных острым холециститом: особенности лапароскопической холецистэктомии // Ўзбекистон хирургияси 2018 й 2(78). С.68-69
7. Уроков Ш.Т., Абидов У.О. «Синдром механической желтухи» Монография. Ташкент - 2020. С.150
8. Ўроқов Ш.Т., Мусаев Т.Я., Саъдиев Э.С., Кенжаев Л.Р. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области. // Матер XXII Всерос научной студенческой конференции.» Акт вопр хирургии, анестез и реанимат детского возраста» 21 -24 апреля 2015 г. Краснодар. Сочи.
9. Urokov Sh.T., Abidov U.U., Khaidarov A.A., Khadzhaev K.Sh. Experience of application of endoscopic ligation of varicose-extended vases of the esophagus in the treatment of complications of portal hypertension //New Day in Medicine 3(27)2019 25-29 <https://cutt.ly/6bxEjAC>
10. Ўроқов Ш.Т. Хамроев Х.Н. Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени. //Достижения науки и образования. Российский импакт фактор. №12. (34). 2018г. С.56-61.
11. Eshonov O.Sh., Boltayev E.B. Method for emergency determination of the severity of endotoxycosis in emergency conditions//New Day in Medicine 2(30)2020 627-629 <https://cutt.ly/nvPztlW>
12. Захарова А.В. Усовершенствование диагностической и хирургической тактики у больных с механической желтухой // Практическая медицина. - 2013.- С. 156 - 159.
13. Маслов И.С. Пути улучшения лечения больных механической желтухой //Маслов И.С., Шаймарданов Р.Ш., Кробков В.Н, Хисамиев И.Г. Практическая медицина. - 2014. 78 - 81стр.
14. Натальский А.А. Современные принципы диагностики и лечения синдрома механической желтухи: /автореф. дис. д-ра. наук. А.А. Натальсий. - Р., 2015. - 36.
15. Пьянкова О.Б., Бусырев Ю.Б., Карпунина Т.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза // Медицинский альманах. - 2009. - № 2. - С. 173-176.
16. Соколов С.В., Баязитова Г.Р., Салимгареев И.З., Логинов М.О., Мушарапов Д.Р. Эндобилиарная хирургия в комплексном лечении механчечкой желтухи //Медицинский вестник Башкортостана. Том. - 1. - № 3 (75). - 2018. Стр. 23-27.
17. Хаджибаев А.М. Комплексная видеоэндоскопическая, лучевая диагностика и малоинвазивное лечение синдрома механической желтухи /Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О. //Эндоскопическая хирургия. 2015; 21(1):7-12.
18. Хаджибаев Ф.А. Роль и место эндобилиарных вмешательств в хирургическом лечении механической желтухи доброкачественного генеза. Ф.А Хаджибаева: /Автореферат автореф. дис. д-ра. наук. 2015. - 88стр.

Поступила 09.02.2022