New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2024, Accepted: 02.05.2024, Published: 10.05.2024

УДК 615.165-005.3-083.1-042.12

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Тешаев О.Р. Email: TeshaevO@mail.ru
Исмаилов М.У. https://orcid.org/0009-0002-8363-4473

Ташкентская Медицинская Академия (TMA) Узбекистан, 100109, Ташкент,
Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ ***Резюме***

Изучен опыт лечения 203 пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой в возрасте от 23 до 84 лет. Лечение начиналось с проведения интенсивной и поддерживающей терапии в течение первых трех суток. Данная терапия позволила разрешить механическую желтуху у 32,5% больных, у которых в дальнейшем выполнялись одноэтапные методы хирургического лечения. За время проведения консервативных мероприятий, направленных на разрешение механической желтухи клинически значимое ухудшение печеночной недостаточности отмечено только у 2 больных. При отсутствии эффекта от консервативной терапии использовались малоинвазивные методы декомпрессии, наиболее безопасным и эффективным из которых оказался метод чрескожной чреспеченочной холангиостомии.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, печеночная недостаточность.

EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH OBSTRUCTIONAL JAUNDICE SYNDROME

Teshaev O.R. Email: TeshaevO@mail.ru
Ismailov M.U. https://orcid.org/0009-0002-8363-4473

Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent,
Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ ***Resume***

The experience of treating 203 patients with choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice aged from 23 to 84 years was studied. Treatment began with intensive and supportive therapy during the first three days. This therapy resolved obstructive jaundice in 32.5% of patients who subsequently underwent one-stage surgical treatment. During conservative measures aimed at resolving obstructive jaundice, a clinically significant worsening of liver failure was noted in only 2 patients. In the absence of effect from conservative therapy, minimally invasive decompression methods were used, the safest and most effective of which was the method of percutaneous transhepatic cholangiostomy.

Key words: choledocholithiasis, obstructive jaundice, liver failure.

Актуальность

Проблема обследования и лечения больных с механической желтухой (МЖ) до настоящего времени остается актуальной и все еще далекой от своего окончательного решения [2,10,11]. Вместе с тем вопросы рациональной хирургической тактики при данной патологии остаются одними из сложных в оперативной гастроэнтерологии [4], а результаты лечения заболеваний, осложнившихся обтурационной желтухой, зависят от степени и длительности гипербилирубинемии, своевременного и точного определения характера желтухи, уровня и причины обтурации желчных протоков [1,9]. Хирургические вмешательства у больных МЖ, выполняемые по экстренным показаниям на высоте желтухи, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15- 30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ

удается ликвидировать до операции [7,13]. Кроме того, больные с синдромом МЖ, это в основном пациенты пожилого и старческого возраста с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. В настоящее время большинство зарубежных и отечественных авторов считают оптимальным проведение лечения больных МЖ в два этапа [5,6,11,12,14]. На первом этапе выполняют временную наружную или внутреннюю декомпрессию билиарных путей с помощью различных методов желчеотведения, а на втором, после ликвидации МЖ, при плановой операции стараются устранить причину, вызвавшую МЖ. Такая тактика лечения позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности. В то же время до настоящего времени нет единого мнения и четких показании к использованию различных способов времен□ной декомпрессии желчевыводящих путей [3,8]

Цель исследования – определение наиболее оптимальных индивидуализированных методов лечения при холедохолитиазе осложненном механической желтухой.

Материал и методы

Изучен опыт лечения 203 пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, поступивших хирургические отделения Городская клиническая больница № 1с 2020 по 2023 г. в возрасте от 23 до 84 лет. Среди них мужчин 71 и женщин 132. У 112 (55,2%) обследованных больных с синдромом механической желтухи выявлены сопутствующие заболевания.

Диагностика синдрома механической обструкции основывалась на данных жалоб, анамнеза, физикального обследования, лабораторных методов, УЗИ, что позволило установить синдром МЖ всем больным. Выбор объема и сроков лечения синдрома механической желтухи (одноэтапный или двухэтапный) зависел от степени гепатодепрессии (табл. 1) и эффективности консервативной терапии, а также сочетания данной патологии с острым деструктивным холециститом (у 7 больных).

Таблица 1

Распределение больных по степени тяжести печеночной недостаточности степень тяжести печеночной недостаточности

Степень тяжести печеночной недостаточности	Количество больных
I	**71 (25,6%)**
II	**143 (51,6%)**
III	**63 (22,7 %)**

Лечение больных начинали с проведения интенсивной и поддерживающей терапии, которая включала:

1.Инфузионную терапию.

2.Детоксикационную терапию: введение реамберина и аналогичных ему препаратов, при необходимости – форсированный диурез.

3. Спазмолитическую терапию.

4.С целью улучшения обмена веществ в гепатоцитах вводили комплекс витаминов группы В, аскорбиновую кислоту, мексидол и др.

5.Антибактериальную терапию.

6.Обезболивание при болевой форме механической желтухи.

7. Антисекреторную терапию.

Результат и обсуждение

Данную терапию проводили в течение 2-3 дней, после чего повторно определяли тяжесть механической желтухи. При тенденции к разрешению выше описанную терапию продолжали до нормализации показателей функции печени. При отсутствии эффекта выполняли или эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) или чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧСТ), или холецистостомию (ХС) из минидоступа или под контролем лапароскопа. Выбор метода зависел, в том числе, от возможности клиники использовать тот

или иной метод на определенных этапах работы. Одноэтапные методы лечения проводили в условиях полной нормализации функционального состояния печени на фоне консервативных мероприятий, или при механической желтухе, осложненной перитонитом (4 больных) и только у 8 пациентов одноэтапные радикальные оперативные вмешательства были выполнены на фоне гепатодепрессии I степени. Всего одноэтапные вмешательства были выполнены у 66 (32,5%) больных, в том числе у 49 больных минилапаротомия, холецистэктомия (МХЭ), холедохолитотомия, холангиоскопия, холедохостомия, у 12 выполнены лапароскопические холецистэктомии, холедохолитотомии, холедохостомии и у 5 пациентов из-за не владения бригадой хирургов методами операции малых доступов выполнена верхнесрединная лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохостомия. Следует отметить, что у всех 66 больных наряду с холедохолитиазом были конкременты и в желчном пузыре. После одноэтапных вмешательств, лапаротомии, холецистэктомии, холедохолитотомии, холедохостомии, от инфаркта миокарда умер 1 (1,5%) больной. У остальных 137 (67,5%) больных проводимая консервативная терапия оказалась неэффективной и им на первом этапе были выполнены дренирующие оперативные вмешательства (табл. 2). Следует отметить, что за время проведения консервативных мероприятий, направленных на разрешение механической желтухи клинически значимое ухудшение печеночной недостаточности отмечено только у 2 больных.

Из 137 пациентов у 51 больного, в том числе у 7 пациентов с сочетанным деструктивным холециститом, предпринята попытка разрешения билиарной гипертензии путем наложения через минидоступ или лапароскопической холецистостомы. Достичь эффекта удалось только у 35 (68,6%) больных. Остальным пациентам в последующем были вынуждены наложить или ЧЧХС (у 11 больных) или выполнить ЭПСТ (5 больных). У 12 пациентов причиной неудачи было наличие препятствия выше или на уровне пузырного протока, у 4 – наличие вколоченных конкрементов в шейке пузыря или пузырном протоке. Необходимо отметить, что выполнение ЧЧХС после холецистостомии сопровождалось техническими трудностями. Неэффективность холецистостомии в этих случаях затягивало выполнение других видов декомпрессии. У 3 больных это стало причиной развития гнойного холангита. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 5 (9,8%) больных. В послеоперационном периоде от инфаркта миокарда умер 1 (1,9%) больной.

Таблица 2

Виды декомпрессионных вмешательств при двухэтапном лечении МЖ

Способ декомпрессии на первом этапе	Количество больных, которым удалось разрешить желтуху
ХС n=51	**35 (68,6%)**
ЭПСТ n=39	**32 (82,1%)**
ЧЧХС n=47	**42 (89,4%)**
Всего n=137	**112 (81,7%)**

Из 47 больных, которым были выполнены ЧЧХС, эффективным они оказалось у 42 (89,4%) пациентов. У 3 (8,9%) больных отмечена дислокация дренажа. У 1 (3,6%) больного выполнить не удалось из-за отсутствия расширения внутрипеченочных желчных протоков на УЗИ. В дальнейшем для разрешения желтухи 2 больным наложены холецистостомы через минидоступ и 2 пациентам выполнена ЭПСТ. ЭПСТ была выполнена 39 больным, разрешить механическую желтуху после этого метода удалось у 32 (82,1%) пациентов. У 4 (10,2%) больных с конкрементом более 1 см и у 3 больных с вколоченными камнями ЭПСТ оказалась неэффективной. В связи с чем, 3 больным были наложены холецистостомы через минидоступ, у 4 пациентов произведена ЧЧХС. У 10 больных ЭПСТ была окончательным этапом, в том числе у 7 пациентов без конкрементов в желчном пузыре, и отказа 3 других больных с калькулезом желчного пузыря от холецистэктомии. После ЭПСТ острый панкреатит развился у 5 (12,8%) больных, кровотечение из рассеченной папиллы у 3 (7,6%). У 4 (10,2%) больных в течение 1-3 лет были выявлены признаки стриктуры большого дуоденального сосочка. Всего после миниинвазивных способов декомпрессии, в частности МХС, от инфаркта миокарда умер 1 (0,7%) больной. Второй этап хирургического лечения был выполнен у 126 больных после нормализации функции печени. Лапароскопические холецистэктомии, холедохолитотомии,

дренирования холедоха были выполнены у 19 больных. Лапароскопические холецистэктомии у 12 пациентов с ранее санированным холедохом. Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедо□стомия через минидоступ у 85 пациентов и холецистэктомия, холе□доходуоденоанастамоз так же через минидоступ у 10 больных. На втором этапе летальных исходов не было, воспалительные осложнения в виде нагноения минилапаротомной раны выявлены у 4 больных. У 2 больных после наложения ХДА отмечено желчеистечение, которое самостоятельно прекратилось в течение 3-4 дней. Всего же из 203 больных с механической желтухой находившихся на лечении в клинике умерло 2 (0,98%) больных.

Выводы

При лечении механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, наиболее оптимальным условием является разрешение желтухи. Проведение в течение 3 дней консервативной декомпрессионной и поддерживающей терапии не ухудшает состояние больного, в то же время, позволяет разрешить желтуху у 32,5% больных. При отсутствии эффекта от консервативной терапии целесообразно использовать малоинвазивные методы декомпрессии, наиболее безопасным и эффективным из которых является ЧЧХС. При выполнении радикального этапа одинаково эффективными и безопасными являются холецистэктомии, холедохолитотомии с холедохостомией выполненные через минидоступ или лапароскопические холецистэктомии с ранее выполненной ЭПСТ с литоэкстракцией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гальперин Э.И., Ветшев П. С. Руководство по хирургии желчных путей. М., 2006. 559 с.
2. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А. и др. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. 2004;4:13-17.
3. Иванов Ю.В. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение // Хирургия. 2008.
4. Ившин В.Г. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей у больных механической желтухой /В. Г. Ившин, О. Д. Лукичев. Тула: Гриф и К, 2007. 182 с.
5. Истомин Н.П., Султанов С.А., Архипов А.А. Двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом //Хирургия. 2005;1:48-50.
6. Каримов Ш. И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой. Ташкент: Издательство им. Ибн Сины, 1994. 239 с.
7. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А. Одноэтапное лечение каль□кулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом из минилапаратомного доступа //Канналы хирургической гепатологии. 2006;11(2):77-83.
8. Прокубовский В.И., Капранов С.А. Чреспеченочное эндо□протезирование желчных протоков //Хирургия. 1990;1:18-23.
9. Шевченко Ю.Л. и соавт. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме механической желтухи //Анналы хирургической гепатологии. 2008;13(4):96-105.
10. Carrasco C.H. Malignant biliary obstruction: complications of percutaneous biliary drainage // Radiology. 1984;152:343-346.
11. De Palma G.D., Galloro G., Siciliano S. Results of the use of endoprostheses in the treatment of retained common bile duct stones // Minerva Chir. 2000;55(12):823-827.
12. Murai R., Hashig Ch., Kusujama A. Percutaneus stenting for malignant biliary stenosis // Surgical endoscopy. 1991;5:140.
13. Rabenstein T. et al. Complications of endoscopic sphincte rotomy: can heparin prevent acute pancreatitis after ERCP? // Gastrointest. Endoscop. 2002;55(4):476-483.
14. Williams G. L., Vellacott K. D. Selective operative cholangiography and perioperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy //Surg. Endosc. 2002;16:465-467.

Поступила 20.04.2024