ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА.

Ташкентский государственный медицинский университет

Ирисов О.Т., Худойбердиева З., Полвонниёзов Х.Г.

Аннотация. Механическая желтуха остается одной из актуальных проблем билиарной хирургии, сопровождаясь высоким риском осложнений и летальностью. Эндоскопические малоинвазивные вмешательства являются в настоящее время «золотым стандартом» обследования и лечения данной категории больных.

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность эндоскопических транспапиллярных вмешательств у пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 120 больных с механической желтухой, в отделении хирургии трансплантации печени 1 ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» за период с Май по Май ***2026*** года.

Результаты. Основной причиной механической желтухи являлся холедохолитиаз – 64 (53,3%) случая. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена у 106 (88,3%) пациентов. Эффективная декомпрессия желчных путей достигнута у большинства больных, что сопровождалось достоверным снижением уровня билирубина и улучшением клинической симптоматики. Частота осложнений была низкой и соответствовала данным литературы.

Выводы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективным и безопасным методом лечения механической желтухи доброкачественного генеза и могут рассматриваться как метод выбора.

Ключевые слова: ЭРХПГ, ЭПСТ, механическая желтуха, холедохолитиаз.

Efficacy of endoscopic transpapillary interventions in patients with benign obstructive jaundice.

Tashkent State Medical University

Irisov O.T., Khudoyberdieva Z.X., Polvonniyozov Kh.G.

Abstract. Obstructive jaundice remains a pressing issue in biliary surgery, associated with a high risk of complications and mortality. Minimally invasive endoscopic interventions are currently the gold standard for the examination and treatment of this patient population.

AIM: To evaluate the efficacy and safety of endoscopic transpapillary interventions in patients with benign obstructive jaundice.

Materials and Methods: A retrospective analysis of treatment outcomes was conducted in 120 patients with obstructive jaundice in the Liver Transplant Surgery Department of the 1st State Institution "V. Vakhidov Republican Scientific and Practical Medical Center of Surgery" from January to June 2025.

Results. The main cause of obstructive jaundice was choledocholithiasis, accounting for 64 cases (53.3%). Endoscopic papillosphincterotomy was performed in 106 patients (88.3%). Effective biliary decompression was achieved in most patients, accompanied by a significant reduction in bilirubin levels and improvement in clinical symptoms. The complication rate was low and consistent with literature data.

Conclusions. Endoscopic transpapillary interventions are an effective and safe treatment for benign obstructive jaundice and can be considered the treatment of choice.

Keywords: ERCP, EPST, obstructive jaundice, choledocholithiasis.

Введение. Механическая желтуха на сегодняшний день является одной из актуальных проблем в билиарной хирургии. В последние годы отмечается рост числа пациентов с доброкачественными и злокачественными заболеваниями гепатобилиарной зоны [5, 16]. По данным литературы, ведущими причинами механической желтухи являются опухолевые поражения и желчекаменная болезнь [4, 14].

Выполнение хирургических вмешательств на фоне выраженной желтухи, сопровождается высоким риском послеоперационных осложнений и высокой летальностью [5, 6]. Первичными этапом в лечении данной категории больных является восстановление желче-оттока и нормализация биохимических показателей крови. С развитием минимально инвазивных эндоскопических вмешательств данные методы заняли ведущее место в диагностике и лечении механической желтухи [2, 7]. Согласно данным ряда авторов, применение эндоскопических транспапиллярных методов позволяет провести диагностику и восстановление пассажа желчи в 76-92% наблюдений, а частота ранних осложнений не превышает 3-5% [17, 18, 19].

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 120 пациентов с синдромом механической желтухи, госпитализированных в РСЦХ им. акад. В. Вахидова отделение гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №1 за период с января по июнь 2025 года. Все больные поступили в стационар в экстренном и плановом порядке.

Среди обследованных больных мужчин было 68 (56,7%), женщин – 52 (43,3%). Возраст пациентов варьировал от 28 до 82 лет, средний возраст

составил 58,4 ± 3,6 года. Причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз – у 64 (53,3%) больных (рис 1.), доброкачественные стриктуры желчных протоков – у 12 (10,0%) пациентов, синдром Мириззи – у 4 (3,3%) больных (рис. 2), воспалительные изменения (хронический панкреатит, инфильтративные процессы гепатодуоденальной зоны) – у 22 (18,3%) пациентов, другие причины (паразитарные поражения, кисты, послеоперационные изменения) – у 18 (15,0%) больных.

Диагноз устанавливали на основании клинических данных, лабораторных показателей (общий и прямой билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза), а также инструментальных методов исследования, включающих ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ) и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). Всем пациентам выполнялись эндоскопические транспапиллярные вмешательства, включающие ЭПСТ, литоэкстракцию, стентирование холедоха.

ЭРХПГ была выполнена всем 120 пациентам. В 106 случаях (88,3%) произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Все вмешательства выполнялись с использованием видео-дуоденоскопов «OLYMPUS CV-170», Япония; под рентгенологическим контролем с применением рентгено-телевизионных установок.

Перед вмешательством всем пациентам выполнялось стандартная премедикация. После визуализации и оценки большого дуоденального сосочка, производилась канюляция, затем под рентгенологическим контролем вводилась контрастный раствор с последующей визуализацией

билиарного дерева. ЭПСТ выполнялась путём рассечения большого дуоденального сосочка с протяжением 5-18 мм.

В зависимости от выявленной патологии дополнительно выполнялись эндоскопические лечебные манипуляции: литоэкстракция конкрементов с использованием корзин, механическая литотрипсия при крупных конкрементах, установка само расширяющихся стентов при наличии стриктур или невозможности полной санации желчных протоков.

Эффективность проводимого вмешательства оценивали по клиническим данным в динамике (регресс желтухи, уменьшение болевого синдрома), лабораторным показателям (снижение уровня билирубина и печёночных ферментов), а также данным инструментальных методов исследования.

Результаты: Наиболее частой причиной механической желтухи являлся холедохолититаз – у 64 (53,3%) пациентов. У 22 (18,3%) больных причиной явились воспалительные изменения, у 12 (10,0%) – доброкачественные стриктуры желчных протоков, у 4 (3,3%) – синдром Мириззи, у 18 (15,0%) – другие причины. Применение эндоскопических методов позволило добиться эффективной декомпрессии желчных путей у большинства больных, сопровождаясь улучшением клинико-лабораторных показателей и характеризовалось низкой частотой осложнений.

Выводы: Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективным и безопасным методом лечения у лиц с механической желтухой, позволяя в большинстве случаев обеспечить адекватную декомпрессию желчевыводящих путей и снизить риск после операционных осложнений.

Список литературы

1. Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У., Алтыев Б.К., Хашимов М.А. Новый способ назобилиарного дренирования при неудалимых конкрементах холедоха. Анналы хирургии гепатологии. 2005; 2: 157-58.
2. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М.: Медицина, 1996. 152 с.
3. Борисова Н.А., Борисов А.Е., Кареев А.Е. Эндобилиарные методы коррекции механической желтухи // Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / под ред. Борисова А.Е. СПб.: Скифия, 2003; 2: 254-281.
4. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1999; 6: 12-16.
5. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. М.: Видар-М, 2009. 568 с.
6. Исмаилов У.С., Арипова Н.У. и др. Вопросы диагностики и лечения доброкачественных поражений терминального отдела холедоха. Медицинский журнал Узбекистана. 2012; 6: 80-84.
7. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. и др. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском. Эндоскопическая хирургия. 2003; 6: 35-38.
8. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К. и др. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2006; 4: 46-48.
9. Прудков М.И., Нишневич Е.В., Амелин М.П. Ургентные осложнения холедохолитиаза: механическая желтуха, обтурационный холангит и

острый панкреатит. Возможности комплексной малоинвазивной хирургии. Эндоскопическая хирургия. 2002; 3: 47.

10. Струсский Л.П. и др. Супрапапиллярные вмешательства у больных с обтурационной желтухой при выполнении ЭРХПГ // 10-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М., 2006: 219-220.
11. Струсский Л.П., Девятов В.Я., Угаров Б.А. Усовершенствованные технологии стентирования при ятрогенных повреждениях желчных протоков. Анналы хирургии гепатологии. 2007; 3: 112-113.
12. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У. и др. Эндоскопические вмешательства в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза. Хирургия. 2006; 12: 27-29.
13. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хашимов М.А. Диагностика и лечение интраоперационных повреждений желчных протоков при лапароскопической и традиционной холецистэктомии. Хирургия Узбекистана. 2011; 1: 51-55.
14. Харнас С.С., Синицын В.Е., Шехтер А.И. Диагностический подход к механической желтухе, осложненной гнойным холангитом. Хирургия. 2003; 6: 36-41.
15. Ярема И.В., Шевченко В.П., Сергейко А.А. Некоторые аспекты эндоскопической диагностики и лечения больных с механической желтухой неопухолевого генеза. Эндоскопическая хирургия. 1999; 2: 79-80.
16. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименко А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. М.: Медицина, 1982. 270 с.

17. Costamagna G., Pandolfi M., Mutignani M. et al. Endoscopic management of biliary obstruction. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America.

18. Gallinger Yu.I., Khrustaleva M.V., Shatveryan D.G., Amelina M.A., Yusupov Kh.I. Emergency transpapillary biliary drainage in patients with obstructive jaundice of various etiology // Current issues of emergency endoscopy. St. Petersburg, 2010: 81-82.

19. Complications of ERCP. The Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy. 2012; 75(3): 467-473. doi:10.1016/j.gie.2011.07.010.