

## ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Т.Б. Комкова, А.Ю. Петров<sup>✉</sup>, В.Ф. Цхай, И.А. Лызко,  
В.А. Бойков, А.К. Ульянов

Сибирский государственный медицинский университет,  
Томск, Российская Федерация

### Аннотация

**Введение.** Лечение механической желтухи (МЖ) до настоящего времени остается одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии. В силу осложненного течения патологического процесса органов гепатопанкреатобилиарной зоны на фоне развития МЖ первым этапом лечения необходимо выполнение временной декомпрессии желчных протоков перед радикальной операцией с целью снятия желчной гипертензии, оценки функционального резерва печени и прогнозирования сроков выполнения основного этапа оперативного лечения, а также течения послеоперационного периода.

Цель исследования: провести анализ этапного лечения пациентов с механической желтухой различной этиологии и определить оптимальную маршрутизацию для быстрого оказания медицинской помощи. Такая тактика позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и летальности. Главная задача в этом случае – профилактика печеночной недостаточности с развитием гипокоагуляции, что является основным условием радикальности оперативного вмешательства.

**Материал и методы.** В Томском гепатологическом центре у больных с МЖ различной этиологии были выполнены 152 высокотехнологичные миниинвазивные манипуляции, что значительно улучшило результаты лечения и сократило срок пребывания пациентов в стационаре.

**Результаты.** На основе современных способов диагностики МЖ показан алгоритм обследования и лечения пациентов в зависимости от технических возможностей стационара. Представлены этапы выполнения диагностических и лечебных процедур, которые могут отличаться из-за уровня окклюзии желчных протоков, а также ее этиологии. Кроме того, дано определение стационара первого, второго и третьего уровней и определена маршрутизация пациента.

**Заключение.** Лечение МЖ любого генеза должно осуществляться в два этапа. Первый этап включает диагностические и лечебные мероприятия, направленные на снижение угрозы развития органной недостаточности. Второй этап заключается в проведении радикального лечения. Уровень оказания помощи определяется диагностическим и кадровым потенциалом конкретного лечебного учреждения.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, желчная гипертензия, холестаз, чрескожная декомпрессия, транспапиллярные вмешательства.

**Конфликт интересов:** авторы подтверждают отсутствие явного и потенциального конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

**Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

**Для цитирования:** Комкова Т.Б., Петров А.Ю., Цхай В.Ф., Лызко И.А., Бойков В.А., Ульянов А.К. Особенности тактики лечения пациентов с механической желтухой // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2025. Т. 28, № 3. С. 77–84.  
doi: 10.52581/1814-1471/94/09

## FEATURES OF THE TREATMENT TACTICS FOR PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

T.B. Komkova, L.Yu. Petrov<sup>✉</sup>, V.F. Tskhai, I.A. Lyzko,  
V.A. Boykov, A.K. Ulianov

Siberian State Medical University,  
Tomsk, Russian Federation

**Abstract**

**Objective.** Treatment of obstructive jaundice still remains one of the most pressing problems in emergency surgery. Due to the complicated course of the pathological process of the organs of the hepatopancreatobiliary zone against the background of the development of obstructive jaundice, the first stage of treatment is necessary to perform temporary decompression of the bile ducts, before radical surgery, in order to relieve biliary hypertension, assess the functional reserve of the liver and predict the timing of the main stage of surgical treatment, as well as the expected course of the postoperative period.

The article contains data on the staged treatment of patients with obstructive jaundice syndrome, when the main surgical intervention is performed after relieving biliary hypertension. This treatment method can reduce the number of postoperative complications and mortality. The main task in this case is the prevention of liver failure with the development of hypocoagulation, which is the main condition for radical surgical intervention.

**Material and methods.** At the Tomsk Hepatology Center, 152 high-tech minimally invasive procedures were performed on patients with obstructive jaundice of various etiologies, which significantly improved treatment results and shortened the patient's length of stay in the hospital.

**Results.** Based on modern methods for diagnosing obstructive jaundice, an algorithm for examining and treating patients is shown, depending on the technical capabilities of the hospital. The stages of diagnostic and therapeutic procedures are shown, which may differ due to the level of bile duct occlusion, as well as its etiology. In addition, a definition of a hospital of the first, second and third levels is given and patient routing is determined.

**Conclusion.** Treatment of obstructive jaundice of any origin should be carried out in two stages. The first stage includes diagnostic and therapeutic measures aimed at reducing the threat of developing organ failure. The second stage is to carry out radical treatment. The level of care is determined by the diagnostic and personnel potential of a particular medical institution.

**Keywords:** *obstructive jaundice, biliary hypertension, cholestasis, percutaneous decompression, transpapillary interventions.*

**Conflict of interest:** the authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

**Financial disclosure:** no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

**For citation:** Komkova T.B., Petrov L.Yu., Tskhai V.F., Lyzko I.A., Boykov V.A., Ulianov A.K. Features of the treatment tactics for patients with obstructive jaundice. *Issues of Reconstructive and Plastic Surgery*. 2025;28(3):77-84. doi: 10.52581/1814-1471/94/09

**ВВЕДЕНИЕ**

Одной из наиболее актуальных проблем urgentной хирургии является в настоящее время вопрос лечения механической желтухи (МЖ) различной этиологии. Несмотря на все более широкое внедрение в клиническую практику информативных методов диагностики и миниинвазивных технологий хирургической коррекции этого состояния результаты лечения МЖ оставляют желать лучшего. Нередко неблагоприятные исходы лечения обусловлены не только сложностью верификации диагноза, но и временем госпитализации в профильные хирургические отделения, где больным могут оказать своевременную высокотехнологичную помощь, которая будет включать не только первоначальную декомпрессию желчных протоков, но и по показаниям радикальное хирургическое лечение.

Механическая желтуха относится к той категории заболеваний, при которых первичные лечебные мероприятия определяют исход лечения больного. Именно этот факт лежит в основе организации оказания медицинской помощи больным с желчной гипертензией на первом этапе –

восстановления пассажа желчи, что позволяет предупредить развитие печеночной недостаточности, уменьшить явления интоксикации и, соответственно, улучшить результаты хирургического лечения данной патологии. Необходимо как можно раньше установить механический характер желтухи, поскольку от этого зависят правильная маршрутизация пациента и своевременность оказания специализированной медицинской помощи. На основе результатов Российского консенсуса по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи (2019) ведущие эксперты определили оптимальные сроки диагностики синдрома МЖ – от 2 до 24 ч с момента обращения больного за медицинской помощью [1]. Как указано в материалах консенсуса, абсолютно патогномичных симптомов МЖ не существует. Анамнестические данные и результаты лабораторных исследований позволяют заподозрить механический характер желтухи у 80% больных, а невозможность применения на амбулаторном этапе современных диагностических технологий приводит к сохранению частоты диагностических ошибок при этой патологии на уровне 15–20% [2]. Маршрутизация

пациента может быть определена после срочного проведения транскорпорального ультразвукового исследования (УЗИ), которое является достаточно информативным и наиболее доступным скрининговым методом диагностики характера синдрома желтухи.

В современных условиях весь процесс лечения МЖ условно делится на два этапа [3, 4]. Большинство авторов отмечают, что неудовлетворительные результаты хирургического лечения механической желтухи наблюдаются при выборе одноэтапного лечения без предварительной декомпрессии желчных путей. Повышенное содержание билирубина в сыворотке крови обуславливает не только эффект повышенной кровоточивости, но и провоцирует угрозу развития печеночной недостаточности. Многие исследователи обращают внимание также на выбор адекватного метода декомпрессии в зависимости от уровня развития блока (высокий или низкий). При неправильной оценке результатов дополнительных методов исследования, в том числе эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), возможно осуществление метода декомпрессии, не позволяющее восстановить пассаж желчи. И.А. Ломакин с соавт. (2012) отмечают, что механическая желтуха должна быть ликвидирована как можно раньше во избежание развития печеночной недостаточности и холангита [5]. При этом уровень билирубина перед радикальными операциями не должен превышать 80 ммоль/л.

В некоторых случаях миниинвазивные вмешательства могут стать окончательным методом лечения пациентов, в том числе при ликвидации во время манипуляции основной причины, вызвавшей желчную гипертензию, тяжелой сопутствующей патологии, неоперабельности основного процесса. В последнем случае эндоскопические или чрескожные вмешательства становятся единственно возможными для улучшения состояния больного.

К сожалению, ЭРХПГ, которая в современной гепатопанкреатодуоденальной хирургии является золотым стандартом диагностики, не всегда выполнима. По данным литературы, в 5–10% случаев регистрируются неудачи при канюляции общего желчного протока [6, 7], что требует повторных вмешательств или выбора другого метода декомпрессии желчных протоков, в том числе чрескожных. Основными причинами неудачных ЭРХПГ являются анатомические особенности строения большого дуоденального сосочка, стенки двенадцатиперстной кишки и внепеченочных желчных протоков. Методом выбора в таких ситуациях авторы считают проведение дренирования желчных протоков под контролем УЗИ. Отмечается также высокая эф-

фективность дренирования желчного пузыря под контролем УЗИ, «рандеву» и дренирование желчных протоков не только при неудачных ЭРХПГ, но и при острых ситуациях и неоперабельных процессах. Все мероприятия, направленные на восстановление пассажа желчи осуществляются на фоне интенсивной терапии, которая включает наряду с антибактериальными препаратами, дезинтоксикационную терапию, коррекцию свертывающей системы крови, профилактику острой почечной недостаточности [1].

Чрескожное УЗИ является скрининговым методом у всех пациентов с МЖ, позволяющим с высокой степенью вероятности выявить расширение желчных протоков, что свидетельствует о механическом характере желтухи. Алгоритм лучевой диагностики следует определять с учетом технического оснащения медицинского учреждения, при этом памятуя о том, что метод должен быть доступным, информативным, безопасным и не приводить к осложнениям. Всем этим требованиям отвечает чрескожное УЗИ. На основании обнаружения расширенных желчных протоков УЗИ дает возможность быстро установить обтурационный характер желтухи, что чрезвычайно важно для проведения дальнейших лечебных (декомпрессионных) мероприятий. Чувствительность УЗИ в выявлении причин МЖ составляет 87–90%, при желчнокаменной болезни – 98,3–99,0%, опухолях – 63,9–70,%; общая специфичность – 85,4–90,0% [1].

Большинство авторов отмечают, что для получения достаточной информации о причинах МЖ метод диагностики в каждом конкретном случае необходимо выбирать индивидуально в зависимости от данных объективного исследования пациента, его состояния, технических возможностей стационара и медицинского персонала. Идеальный алгоритм диагностических мероприятий на сегодняшний день не определен, но включает магнитно-резонансную и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, а также интраоперационную холангиографию [8, 9]. При проведении первичных диагностических мероприятий формируется первичный диагноз – подозрение на ту или иную патологию, которая привела к развитию механической желтухи. При подозрении на холедохолитиаз наиболее информативно проведение магнитно-резонансной холангиографии и эндоскопической ультрасонографии. Мультиспиральную компьютерную томографию с болюсным контрастированием и эндо-УЗИ рекомендуется применять при подозрении на объемный процесс. Проксимальный блок желчных протоков целесообразно диагностировать с помощью магнитно-резонансной томографии и магнитно-резонансной холангиографии. Однако большин-



ство методов диагностики и миниинвазивного лечения синдрома МЖ могут быть осуществлены только после госпитализации больного в стационарах второго и третьего уровней.

Основным методом лечения пациентов с МЖ является декомпрессия желчных протоков различными способами (рентгенрадиологические, эндоскопические, хирургические). Экстракорпоральные методы лечения применяют только при некоторых осложнениях, связанных с МЖ. К осложнениям МЖ, требующим проведения лечения экстракорпоральными методами, относят острую почечную недостаточность без сепсиса или на его фоне и острую печеночную недостаточность. Непрерывная заместительная почечная терапия и прерывистый гемодиализ эффективны у пациентов с тяжелым сепсисом и острой почечной недостаточностью. Плазмасорбция и плазмофильтрация приводят к снижению уровня билирубина и других токсических метаболитов, образующихся на фоне МЖ и холестаза, но пролонгированный эффект отмечается только при адекватной билиарной декомпрессии [1, 10].

В.Г. Ившин (2022) представил свой опыт лечения больных с МЖ опухолевого генеза, при котором чрескожную холангиостомию выполняют в условиях краткосрочного пребывания (2–3 ч) в медицинском центре, а затем пациента направляют в хирургический стационар по месту жительства. В стационаре осуществляют наблюдение и инфузионную терапию. Последующие рентгенохирургические вмешательства проводят уже после выписки пациента из стационара исключительно амбулаторно. Такая форма организации медицинской помощи стала возможной после приобретения большого опыта выполнения чрескожных вмешательств и внедрения специально разработанных инструментов, обеспечивающих простое и надежное дренирование, реканализацию, эндопротезирование желчных протоков, внутрипротоковую биопсию и фотодинамическую терапию. К настоящему времени данная схема оказания медицинской помощи была применена более чем у 700 больных с МЖ, проживающих в различных регионах страны. Такая система оказания медицинской помощи возможна только больным с механической желтухой опухолевого генеза и при наличии большого клинического опыта медицинского персонала [11].

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В настоящее время чаще реализуется многоуровневая схема маршрутизации больных с желчной гипертензией. При этом на первом уровне выполняются возможные в каждом кон-

кретном учреждении диагностические мероприятия и проводится инфузионная терапия. Основной задачей хирургического стационара первого уровня является проведение обязательного минимума диагностических исследований для исключения или подтверждения механического характера желтухи. Здесь же возможно осуществление минимального объема хирургических вмешательств (холецистостомия), направленных на улучшение состояния больного и снижение уровня билирубина в сыворотке крови. Детализация диагноза путем проведения высокотехнологичных эндоскопических и лучевых методов осуществляется в медицинских учреждениях второго и третьего уровней.

Радикальное лечение пациентов проводится также в стационарах второго или третьего уровней в зависимости от установленного диагноза. В некоторых случаях, например, при неоперабельных опухолевых процессах, эндоскопические методы декомпрессии желчных протоков становятся окончательными уже на втором уровне.

В 2022–2023 гг. в Томском гепатологическом центре у пациентов с механическими желтухами различной этиологии было проведено 152 ЭРХПГ, в том числе 28 пациентам выполнено стентирование желчных протоков при стриктурах различных локализаций. У 71% больных на 5-е сут после операции наблюдалось снижение билирубинемии на 60%, на 10-е сут – у 82% пациентов, что позволило считать процедуру декомпрессии адекватной. Из 28 пациентов у 18 человек были диагностированы злокачественные новообразования (ЗНО) желчных протоков и головки поджелудочной железы, у 10 – стриктуры доброкачественной этиологии. Шести из 18 пациентов в последующем выполнены радикальные оперативные вмешательства в объеме панкреатодуоденальной резекции, а у 12 стентирование осталось окончательным методом лечения в связи с распространенностью онкологического процесса. Пациентам с доброкачественными стриктурами выполняли операции в объеме эндоскопической папиллосфинктеротомии в сочетании с литоэкстракцией либо литотрипсией. В последующем им была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Из 152 пациентов 41 человек был прооперирован после выполнения желчной декомпрессии. Следует отметить, что 36 из них были переведены из других стационаров второго и третьего уровней, что, вероятно, связано с отсутствием необходимых аппаратуры и квалификации специалистов.

В лечебных учреждениях первого уровня объем миниинвазивных вмешательств исчисляется единичными случаями. Разрешение механической желтухи осуществляется либо путем более

объемных операций (холецистэктомия с дренированием протоков на фоне гипербилирубинемии), что значительно осложняет лечебный процесс, увеличивает сроки пребывания больных в стационаре, либо переводом пациентов в лечебные учреждения второго и третьего уровней.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов лечения больных с МЖ показывает, что в лечебных учреждениях первого уровня, располагающихся в отдаленных районах, миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым или рентгенологическим контролем осуществляются крайне редко. Оперативное лечение также выполняется в крайне редких случаях и ограничивается только наложением холецистостомы открытым способом.

Стационары второго и третьего уровней обладают более широким спектром возможностей и диагностической аппаратурой. У всех больных уточняются степень билирубинемии и уровень блока желчных протоков, от которых в дальнейшем будет определена лечебная тактика. При высоком блоке желчных протоков предпочтение отдается наружному чрескожному желчеотведению, при низком – транспапиллярным вмешательствам. Однако при наличии технических возможностей, при высокой проксимальной билиарной непроходимости в некоторых случаях выполнялись эндоскопические транспапиллярные методы декомпрессии, направленные на сохранение пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, что способствовало сохранению пищеварительной функции, отсутствию наружного желчного свища и не снижало качество жизни пациентов. В зависимости от данных обследования больные делятся на группы с онкопатологией и без нее. Лечение в любом случае состоит, как минимум, из двух этапов и начинается с проведения временной желчной декомпрессии. С целью снятия желчной гипертензии выполняется ряд оперативных миниинвазивных вмешательств, которые включают в себя транспапиллярные либо чрескожные воздействия в зависимости от уровня обструкции желчных протоков. Далее у части больных с осложненным течением опухолевого процесса на фоне явлений механической желтухи, после декомпрессии желчных протоков, перед радикальной операцией необходимо оценить функциональный резерв печени с целью прогнозирования сроков выполнения оперативного лечения и объема резекции печени, а также предположительного течения послеоперационного периода. Обязательным условием радикальности выполнения операций на печени и поджелудочной железе является отсутствие патологической ткани по линии резекции, особенно

при внутриорганным расположении патологического очага. Для достижения этих целей требуется применение инструментов интраоперационной ультразвуковой навигации. При выполнении анатомических резекций печени необходимо четко определять истинные границы сегментов печени. Известно, что такие патологические процессы, как альвеококкоз и ЗНО печени, могут существенно изменить анатомию органа за счет прорастания и сдавления его сосудисто-протоковых структур. Печеночные вены считаются важными ориентирами для определения сегментов печени и могут быть картированы с помощью интраоперационной ультрасонографии.

Часть пациентов с неоперабельным онкологическим процессом после купирования желтухи направляются на паллиативное лечение, и миниинвазивные мероприятия по снятию желтухи остаются окончательным методом лечения. Предпочтение в этом случае отдают стентированию желчного протока при наличии технических возможностей, что в последующем избавляет больного от перорального приема желчи, которая часто загрязнена примесями крови и гноя.

Лечение доброкачественных желтух также проводилось в два этапа, первый из которых заключался в выполнении эндоскопической папиллотомии и литоэкстракции, либо литотрипсии в случае холедохолитиаза. Папиллотомия также выполнялась в случае стриктуры терминального отдела холедоха. При наличии протяженных стриктур этого отдела выполнялось стентирование суженного участка холедоха. Вторым этапом лечения осуществлялось выполнение лапароскопической холецистэктомии, что являлось патогенетически обоснованным при желчнокаменной болезни и хроническом описторхозе, даже без холелитиаза, для профилактики развития холангита с последующим стриктурированием желчных протоков.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение миниинвазивных методик позволяет быстро выполнить декомпрессию желчных протоков и снизить количество послеоперационных осложнений в виде кровотечений, печеночной недостаточности и билиарного сепсиса. Эффективность лечения оценивалась по снижению уровня билирубинемии в течение 5 сут на 30% от исходных значений, что позволяло считать выполненное дренирование протоков адекватным. Кроме того, двухэтапное лечение с миниинвазивными вмешательствами дает возможность уменьшить продолжительность пребывания больного в стационаре, и вследствие этого снизить стоимость лечения, а в некоторых случаях

не влияет на дальнейшее качество жизни пациентов, даже при неоперабельной онкопатологии и позволяет уменьшить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, лечение механической желтухи любого генеза должно осуществляться в два этапа. Первый этап включает диагностические и по показаниям лечебные мероприятия, направ-

ленные на снижение уровня гипербилирубинемии, компенсацию функционального состояния печени, снижение угрозы развития органной недостаточности. Второй этап заключается в проведении радикального лечения. Уровень оказания помощи определяется диагностическим и кадровым потенциалом конкретного лечебного учреждения.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES


1. Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Диагностические и терапевтические аспекты лечения больных с синдромом механической желтухи: по следам Российского консенсуса // Терапевтический архив. 2021. Т. 93, № 2. С. 138–144. doi: 10.26442/00403660-2021-02-200619  
Khatkov I.E., Avanesyan R.G., Akhaladze G.G., et al. Diagnostic and conservative treatment nuances in patients with obstructive jaundice: in the wake of Russian consensus. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2021;93(2):138-144. (In Russ.). doi: 10.26442/00403660.2021.02.200619
2. Fargo M.V., Grogan S.P., Saguil A. Evaluation of Jaundice in Adults // Affiliations expand. *Am Fam Physician*. 2017;1.95(3):164-168. PMID: 28145671
3. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Коробков В.Н., Филиппов В.А., Хисамиев И.Г. Факторы, влияющие на результаты лечения больных с механической желтухой // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016. № 10. С. 48–51. doi: 10.17116/hirurgia20161048-51  
Malkov I.S., Shaimardanov R.Sh., Korobkov V.N., Filippov V.A., Khisamiev I.G. The factors affecting the results of mechanical jaundice management. *N.I. Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2016;(10):48-51. (In Russ.). doi: 10.17116/hirurgia20161048-51
4. Хацуев Х.А., Таймазова А.С. К вопросу о выборе хирургической тактики у больных с холедохолитиазом, осложненной механической желтухой // Международный научный журнал «Вестник науки». 2022, февраль. № 2(47), т. 1. С. 266–269.  
Khatsuev Kh.A., Taimazova A.S. The choice of surgical tactics in patients with choledocholithiasis complicated by mechanical jaundice. *International scientific journal "Bulletin of Science"*. 2022; 2(1): 266-269. (In Russ).
5. Ломакин И.А., Иванов Ю.В., Сазонов Д.В., Лебедев Д.П. Диагностика и лечебная тактика у больных с механической желтухой // Клиническая практика. 2012. № 3 (11). С. 42–50. doi: 10-17816/clinpract3342-50  
Lomakin I.A., Ivanov Yu.V., Sazonov D.V., Lebedev D.P. Method of diagnostics and treatment of patients with mechanical jaundice. *Clinical practice*. 2012;(3(11)):42-50. (In Russ.). doi: 10-17816/clinpract3342-50
6. Földner F., Meyer F., Will U. EUS-guided biliary interventions for benign diseases and unsuccessful ERCP – a prospective unicenter feasibility study on a large consecutive patient cohort. *Z Gastroenterol*. 2021;9:933-943. doi: 10.1055/a-1540-7975 Epub 2021 Sep 10.
7. Cominardi A., Aragona G., Cattaneo G., Arzu G., Capelli P., Banchini F. Current trends of minimally invasive therapy for cholecystocholedocholithiasis. *Front Med (Lausanne)*. 2023 Dec 13;10:1277410. doi: 10.3389/fmed.2023.1277410 eCollection 2023. Affiliations expand PMID: 38155666 PMID: PMC10753828
8. Badger W.R., Borgert A.J., Kallies K.J., Kothari S.N. Utility of MRCP in clinical decision making of suspected choledocholithiasis: An institutional analysis and literature review. *Am J Surg*. 2017;2:251-255. doi: 10-1016/j.amjsurg.2016.10.025 Epub 2016 Dec 1. PMID: 27986260
9. Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Шаталов С.А., Логвин Л.А. Механическая желтуха: маршрутизация, диагностика, тактика лечения // Анналы хирургической гепатологии. 2023. Т. 28, № 4. С. 24–31. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-4-24-31>  
Bagненко S.F., Korolkov A.Yu., Popov D.N., Shatalov S.A., Logvin L.A. Obstructive jaundice: routing, diagnostics, treatment tactics. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of HPB Surgery*. 2023;28(4):24-31. (In Russ.). <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-4-24-31>
10. Хатьков И.Е., Аванесян Р.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Российский консенсус по актуальным вопросам диагностики и лечения синдрома механической желтухи // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020. № 6. С. 5–17. doi: 10-17116/hirurgia20200615  
Khatkov I.E., Avanesyan R.G., Akhaladze G.G., et al. Russian consensus on current issues in the diagnosis and treatment of obstructive jaundice syndrome. *N.I. Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2020;(6):5-17. (In Russ.). doi: 10-17116/hirurgia20200615
11. Ившин В.Г. Первый опыт лечения больных с опухолевой механической желтухой без госпитализации в стационар // Вестник новых медицинских технологий. 2022. Т. 29, № 3. С.51–55. doi: 10.24412/1609-2163-2022-3-51-55



Ivshin V.G. The first experience in the treatment of patients with tumoral mechanical jaundice without hospitalization in the hospital. *Journal of New Medical Technologies*. 2022;29(3):51-55. (In Russ). doi: 10.24412/1609-2163-2022-3-51-55

#### Сведения об авторах

**Комкова Татьяна Борисовна** – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2).  
<https://orcid.org/0000-0003-1622-2356>  
 e-mail: tatyana.bkomkova@gmail.com

**Петров Лев Юрьевич**  – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2).  
<https://orcid.org/0000-0001-9598-3748>  
 e-mail: petrov.ly@ssmu.ru

**Цхай Валентина Фёдоровна** – д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2).  
<https://orcid.org/0000-0002-9892-2825>  
 e-mail: valentinadistant@inbox.ru


**Лызко Илья Анатольевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2).  
<https://orcid.org/0009-0000-0151-8029>  
 e-mail: ilya50@yandex.com

**Бойков Вадим Андреевич** – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2).  
<https://orcid.org/0000-0001-7532-7102>  
 e-mail: boykov.va@ssmu.ru

**Ульянов Антон Константинович** – очный аспирант кафедры хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, д. 2).  
<https://orcid.org/0009-0006-1016-1440>  
 e-mail: Aulianov57@gmail.com

#### Information about authors

**Tatyana B. Komkova**, Dr. Med. sci., Professor, head of the Department of Surgical Diseases with a Course in Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (2, Moskovsky tract st., Tomsk, 634050, Russia).  
<http://orcid.org/0000-0003-1622-2356>  
 e-mail: tatyana.bkomkova@gmail.com

**Lev Yu. Petrov** , Cand. Med. sci., Associate Professor, the Department of Surgical Diseases with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (2, Moskovsky tract st., Tomsk, 634050, Russia).  
<https://orcid.org/0000-0001-9598-3748>  
 e-mail: petrov.ly@ssmu.ru

**Valentina F. Tskhay**, Dr. Med. sci., Professor, the Department of Surgical Diseases with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (2, Moskovsky tract st., Tomsk, 634050, Russia).  
<https://orcid.org/0000-0002-9892-2825>  
 e-mail: valentinadistant@inbox.ru

**Iliya A. Lysko**, Cand. Med. sci., Associate Professor, the Department of Surgical Diseases with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (2, Moskovsky tract st., Tomsk, 634050, Russia).

<https://orcid.org/0009-0000-0151-8029>

e-mail: [ilya50@yandex.com](mailto:ilya50@yandex.com)

**Vadim A. Boykov**, Dr. Med. sci., Associate Professor, head of the Department of Health Organization and Public Health, Siberian State Medical University (2, Moskovsky tract st., Tomsk, 634050, Russia).

<https://orcid.org/0000-0001-7532-7102>

e-mail: [boykov.va@ssmu.ru](mailto:boykov.va@ssmu.ru)

**Anton K. Ulianov**, graduate student, the Department of Surgical Diseases with the Course of Traumatology and Orthopedics, Siberian State Medical University (2, Moskovsky tract st., Tomsk, 634050, Russia).

<https://orcid.org/0009-0006-1016-1440>

e-mail: [Aulianov57@gmail.com](mailto:Aulianov57@gmail.com)

*Поступила в редакцию 17.06.2025; одобрена после рецензирования 14.09.2025; принята к публикации 15.09.2025*

*The article was submitted 17.06.2025; approved after reviewing 14.09.2025; accepted for publication 15.09.2025*