



Токсанбаев Д.С.

УДК 612.357.65:616.361-089-006:617-089.844

Д.С. ТОКСАНБАЕВ<sup>1,2</sup>, А.Н. БАЙМАХАНОВ<sup>1</sup>, Н.К. САДЫКОВ<sup>1,2</sup>,  
Н.Е. САРМАНОВ<sup>1</sup>, М.К. ДУЙСЕБЕКОВ<sup>1,2</sup>, А.С. БАЙЖАНОВ<sup>2</sup>, С.Б. ЯКЯРОВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
Республика Казахстан,

<sup>2</sup>Центр современной медицины «MEDITERRA», г. Алматы, Республика Казахстан

## МИНИИНВАЗИВНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**С**воевременное определение этиологии желтухи способствует правильному выбору тактики лечения, оперативного вмешательства, а также проведению патогенетической и симптоматической терапии. Несмотря на постоянное изучение данной проблемы, на сегодняшний день до сих пор продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины такие вопросы, как дифференциальная диагностика желтух, выбор рациональной предоперационной подготовки и объема оперативного вмешательства при данной патологии.

Основным вопросом и важнейшим компонентом лечебных мероприятий у этих пациентов является своевременная выяснение этиологии обструкции желчных путей и его декомпрессия. Выбор такой лечебной тактики позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений, снижения уровня общей летальности и улучшение результатов лечения.

Цель работы – путем выбора миниинвазивных способов декомпрессии желчевыводящих путей улучшить результаты хирургических вмешательств у больных с механической желтухой (МЖ) различной этиологии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании проанализированы результаты лечения 35 больных с МЖ (стойкой или ремиттирующей) различной этиологии, пролеченных в период с июня 2016 по август 2017 гг., в Департаменте гепатопанкреатобилиарной хирургии и гастроэнтерологии Центра современной медицины «MEDITERRA», на базе кафедры хирургии №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Среди них мужчин было 22 (62,9%), женщин – 13 (37,1%), в возрасте от 21 до 79 лет (средний возраст 50 лет); более 60% больных были пожилого и старческого возраста (старше 60 лет).

Пациенты с желтухой в зависимости от этиологии были распределены следующим образом; опухоль головки поджелудочной железы – 9 (25,7%); опухоль терминального отдела холедоха – 2 (5,7%); опухоль желчного пузыря – 2 (5,7%); опухоль внепеченочных желчных протоков – 1 (2,8%); опухоль большого дуоденального сосочка – 3 (8,6%); метастатические опухоли печени со сдавлением желчных

протоков – 5 (14,3%); рубцовая стриктура гепатикохоледоха – 3 (8,6%); стриктура терминального отдела холедоха, холедохолитиаз 10 (28,6%).

После установки предварительного диагноза и причины обструкции определяли тактику лечения путем выбора мало-инвазивных вмешательств. В зависимости от уровня обструкции желчных путей и характера их поражения в каждом случае индивидуально подбирали способ декомпрессии.

При высоких блоках предпочтение отдавалось чрескожно-чреспеченочному наружному или наружно-внутрипеченочному дренированию, при обструкции в дистальном отделе в основном выполнялись эндобилиарные вмешательства, но это также зависело от условий и характера распространения опухолевого процесса.

Всем пациентам всего было выполнено 43 миниинвазивных и хирургических вмешательства. Чрескожно-чреспеченочная холангиостомия была выполнена в 16 случаях, из них в четырех случаях выполнено наружно-внутрипеченочное дренирование, в одном случае антеградное стентирование холедоха саморасширяющимся нитиноловым билиарным стентом. Эндоскопическое ретроградное стентирование желчных протоков было выполнено в 19 случаях, из них в семи случаях первым этапом установлены временные пластиковые стенты, которые в последующем были заменены на постоянные саморасширяющиеся нитиноловые стенты с покрытием (в одном случае использована методика «Rendezvous»). В 8 случаях пациентам с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, первым этапом выполнена ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственный технический и клинический успех при выполнении миниинвазивных вмешательств был достигнут во всех (100%) случаях. Выполненная миниинвазивная процедура для 20 (57,2%) пациентов явилась окончательным вариантом операции, ввиду распространенности опухолевого процесса и их обращения в поздней стадии заболевания. После стабилизации состояния и разрешения признаков МЖ и явлений ПН 15 (42,8%) пациентам

**Контакты:** Токсанбаев Данияр Сапарович, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии №1, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, РК. Тел.: +7 701 717 1830, e-mail: dr\_tox@mail.ru

**Contacts:** Daniyar S. Toxanbaev, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Surgery Department № 1, Asfendiyarov KazNMU, Almaty c., RK. Ph.: +7 701 717 1830, e-mail: dr\_tox@mail.ru

вторым этапом в зависимости от этиологии были выполнены радикальные операции: гастропанкреатодуоденальная резекция – 1; гепатикоэностомия на сформированной по Roux петле тощей кишки – 4; холедохолитотомия с ТДПСП – 5 и ЛХЭ – 5 пациентам.

Осложнение в виде дислокации дренажа (стента) при выполнении чрескожных чреспеченочных вмешательств наблюдалось в 2 (5,7%) случаях и в одном (2,8%) случае при выполнении эндобилиарного стентирования, которое было устранено повторной установкой дренажа или стента. В ближайшем послеоперационном периоде отмечен один (2,8%) летальный исход.

#### **ВЫВОДЫ**

Механическая желтуха любой этиологии должна быть разрешена как можно быстрее в связи с реальной угрозой развития холангита, сепсиса и прогрессирования печеночной недостаточности. Вне зависимости от этиологии МЖ выполнение миниинвазивных вмешательств одновременно имеет и диагностическую, и лечебную ценность, позволяя безотлагательно оказать помощь пациенту, что способствует улучшению общего результата лечения. Способ декомпрессии желчных путей зависит от клинической ситуации и характера распространения патологического процесса, а также опыта специалистов и технической оснащенности стационара.