

Однако не всегда многообразие описанных симптомов обусловлено только функциональными расстройствами области пищеводно-желудочного перехода. Проанализировав эндоскопические находки мы пришли к заключению, что ряд функциональных нарушений, выявляемых при гастроуденоскопии не нашли должного отражения в доступной нам литературе. К таким нарушениям следует отнести, например "каскадный желудок", знание просвета двенадцатиперстной кишки. Целью данного исследования было обратить внимание врачей различных специальностей, в том числе эндоскопистов, на наличие функциональных состояний таких как "каскадный желудок", знание просвета двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

Настоящее исследование основано на опыте диагностики лечения больных с клиническими проявлениями патологии верхних отделов пищеварительного тракта за период с 2005 по 2009 годы. Количество исследований составило 4712. Возраст больных варьировал от 15 до 89 лет.

Всем больным выполнялась гастроуденоскопия, во время которой макроскопически исследовалась форма желудка и двенадцатиперстной кишки, оценивалось состояние слизистой оболочки, в сомнительных случаях выполнялась биопсия с гистологическим исследованием и морфологической оценкой. Определялось расстояние от резцов до Z-линии, состояние нижнего пищеводного сфинктера, наличие хиатальной, параэзофагальной или смешанной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, наличие рефлюкса содержимого желудка в пищевод и характер рефлюксата.

Результаты

В результате проведенного нами анализа пятилетнего опыта проведения эндоскопических процедур в исследуемой группе больных патология области пищеводно-желудочного перехода распределилась следующим образом: хиатальная диафрагмальная грыжа — 20,3%, параэзофагальная диафрагмальная грыжа — 1,5%, нерефлюксный эзофагит — 1,7%, рефлюкс-эзофагит — 3,97% эрозивный рефлюкс-эзофагит — 0,3% [2]. Проанализировав симптоматику гастроэзофагальной рефлюксной болезни можно прийти к выводу, что не все симптомы могут быть объяснены с точки зрения патологии области пищеводно-желудочного перехода. К таким симптомам относятся, например чувство тяжести в эпигастрии после еды, когда облегчение приносит положение лёжа на животе.

Обсуждение

Довольно часто в практике врача-эндоскописта встречаются состояния, которые затрудняют проведение исследования. В случае перегиба абдоминального отдела пищевода, смещение привратника и продольного перегиба желудка возникает состояние, которое принято называть "каскадный желудок". Наиболее часто описывают данное состояние рентгенологи, которые определяют его следующим образом: это конфигурация рентгеновской тени желудка, характеризующаяся смещением его проксимального отдела кзади, а дистального — кверху и влево и наличием двух горизонтальных уровней бариевой взвеси; наблюдается, например, при давлении на желудок растянутой кишкой. Врач-эндоскопист сталкивается в таком случае с трудностями проведения эндоскопа в тело желудка. В классификации эндоскопических терминов дано следующее описание данного состояния — это не эндоскопический термин, но о подобной деформации можно судить по наличию большого кармана в субкардиальном отделе, отделенного от остальных отделов желудка выступающим углом, который затрудняет проведение эндоскопа в нижележащие отделы желудка [1].

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОБСТРУКТИВНЫМИ ЖЕЛТУХАМИ: РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ЧРЕЗКОЖНЫХ МЕТОДИК

Грубник В.В., Герасимов Д.В., Готка В.В., Герасимова Н.Д.

Одесский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с последипломной подготовкой, Украина

Summary

634 patients with biliary obstruction underwent endoscopic or percutaneous intervention. 363 — percutaneous procedure, in 352 (97%) — successful draining, a next stenting was succeeded in 310 (88%). 32 patients had complication. 16 (4.54%) died of hepatic insufficiency. In 16 (4.54%) — drainage dislocation to abdominal cavity. 11 (3.12%) had signs of cholangitis. Mean term of stent patency: 12 Fr — 4-5 months, 14-16 Fr — 5-9 months. Term of life of patients with a malignant jaundice which a stenting is executed by percutaneous access from 1 month to 8 years (mean — 1,3 year). A successful endoscopic biliary stenting is in 94% (from a 271 patient), positive dynamics in 92%, 7 progress of icterus, development of hepatic-kidney insufficiency, in a 13 — signs of cholangitis, in 20 (7.9%) after papillotomy had bleeding, development of pancreatitis in 9 (3.6%). Term of life of patients with a malignant jaundice after an endoscopic stenting from 2 months to 9 years (mean — 1.5 year). In benign strictures: endoscopic stenting — 88 patients, percutaneous — 22. In all expressive positive dynamics. An enough stenting is during 6-12 months. Endoscopic stenting in 14 and percutaneous in 20 patients with atrogenic strictures. Patients need 2 years or more stenting. After endoscopic stenting — in 4 (28.6%) periodically symptoms of cholangitis. After a percutaneous — supervision on a draught from 3 to 7 years did not find out the signs of restenosis.

So, external-internal stenting is most reliable, as there is possibility of the external flow of bile in the case of stent obstruction, replacement of him is not difficult; the term of life of patient does not depend of a way to the bile duct and depends only on invasiveness of tumour; a self-expandable stenting is optimum in correlation of reliability and quality of life of patients; endoscopic stenting provides more comfort quality of life, less pain feeling.

Key words: biliary obstruction, jaundice, endoscopic and percutaneous intervention.

Введение

Совершенствование аппаратуры и инструментария для малоинвазивных вмешательств доказало возможность и необходимость изменения тактики лечения больных с обструктивными желтухами. Во многих случаях у функционально неоперабельных больных, малоинвазивные методики позволяют оказать помощь пациентам, ликвидировав билиарную гипертензию, являясь окончательным вмешательством либо давая время для подготовки больного к операции, в том числе и радикальной.

Возможны два пути доступа к билиарной зоне для указанных вмешательств: эндоскопический и чрезкожный. Достоинства и технические особенности каждого из вариантов уже достаточно отработаны, накоплена достаточная информация о ближайших и отдаленных результатах, методики ведения пациентов обструктивными желтухами в ближайшем и отдаленном периоде. В связи с этим возникает необходимость обобщения опыта, выработки рекомендаций по применению той или иной методики в каждом конкретном случае.

Материалы и методы

Малоинвазивные вмешательства при обструкции желчных путей выполнены у 634 пациентов. Чаще всего имело место опухолевое поражение большого дуоденального сосочка, головки поджелудочной железы, дистальных отделов холедоха.

При поступлении больных с синдромом желчной гипертензии необходимо как можно раньше выполнить декомпрессию желчных путей, не теряя время на выполнение уточняющих ситуацию методик. Простейшие инструментальные и лабораторные исследова-

ния создают данное функциональное нарушение для молодых врачей. Опасным является попытка проведения вперед аппарата не видя просвета. В замкнутой переброшенной стенкой желудка полости кардиального отдела возможно ошибочное введение дистальной части аппарата в пищевод, рядом с введенной рабочей частью и формирование петли. В этом случае попытка извлечения аппарата приводит к опасности разрыва области пищеводно-желудочного перехода. Выходом из угрожающего состояния является проведение рядом с первым вторым более тонкого эндоскопа, или попытка его расправления проведенным рядом с эндоскопом желудочным зондом.

Рекомендациями в случае наличия "каскадной" деформации может быть отсутствие спешки при проведении исследования — проведение аппарата только под контролем зрения и попытка расправить просвет желудка нагнетаемым воздухом. Кроме того, в этом случае помогает знание эндоскопической анатомии — просвет области тела желудка располагается на 7-8 часах условного циферблата, поэтому гастроскоп изгибается в этом направлении, не прекращая нагнетать воздух. Войдя в область средней трети тела желудка, дистальный конец аппарата переводится в положение изгиба на 1 час условного циферблата, подходя к углу желудка. Если деформация не имеет органической природы, после вхождения в тело желудка, просвет обычно расправляется.

Данное состояние является функциональным, поскольку у больных, которым повторно выполнялась гастроуденоскопия в течение суток, "каскадной" деформации желудка отмечено не было.

У двух больных, поступивших в клинику с подозрением на кишечную непроходимость спаечного генеза во время проведения гастроуденоскопии, нами было отмечено особое состояние просвета осматриваемых органов. При расправлении воздухом имело место широкое раскрытие канала привратника, знание просвета луковицы и залуковичных отделов двенадцатиперстной кишки. При этом их циркулярные складки были практически полностью сглажены. В последующем у одной больной частичная кишечная непроходимость была подтверждена при проведении пассажа бария, а вторая больная была оперирована. Интраоперационно подтвержден диагноз обтурационной кишечной непроходимости.

Выводы

Важным аспектом в диагностике пограничных между нормой и патологией функциональных состояний при эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта является оценка морфо-функционального состояния просвета полых органов. В случае "каскадного желудка" действия врача-эндоскописта во время проведения гастроуденоскопии должны быть направлены на предупреждение развития осложнений. Необходимо уточнить взаимосвязь знания просвета двенадцатиперстной кишки с наличием у пациентов кишечной непроходимости.

Литература

1. Гастродископия. URL: <http://airmed.com.ua/674.html>
2. Гринов А.Г., Христуленко А.А., Совель О.В. и др. (2006) Взгляд на проблему развития гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Украинский журнал малоинвазивной та эндоскопичної хирургії. Vol. 10; 3: 24-25
3. Луцевич О.З., Галлямов Э.А., Толстых М.П., Финюгенов В.В. (2005) История и современное состояние проблемы гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Эндоскопическая хирургия. 4: 54-59
4. Мяся И.В., Самсонов А.А., Труханов А.С. и др. (2008) Эффективность использования нового протектита с двойным механизмом действия итотрипа глукрохорида у больных функциональной диспепсией Consilium medicum. Гастроэнтерология. 2: 33-38
5. Харченко Н.В. (2000) Клиническая гастроэнтерология. (Киев). "Здоровье". 189 с.

ования в большинстве случаев позволяют достаточно точно определить причину и уровень обструкции желчных путей, что определяет предпочтительный метод билиарной декомпрессии. Так, при УЗИ достоверно выявляются признаки желчной гипертензии в виде расширения внутрипеченочных протоков. При отсутствии визуализации холедоха следует предполагать проксимальное поражение гепатикохоледоха, вплоть до разобщения долевых протоков. Если просвет холедоха прослеживается на определенном протяжении, можно предположить дистальный уровень обструкции.

Во время эндоскопии легко определяется опухолевое поражение фатерова соска в виде легкого ранения, кровотоочивых ворсинчатых разрастаний, изъязвления его поверхности. При опухолях, исходящих из протоковой слизистой — фатерососок резко увеличен, но слизистая над ним может быть не изменена, и только после выполнения папиллотомии в кишку выворачивается патологически измененная слизистая протока. При выявлении неизмененного фатерова соска — очевидно более проксимальное поражение протока.

В связи с отработанностью методик, хорошими непосредственными и отдаленными результатами, доля пациентов, подвергшихся малоинвазивным вмешательствам, составила более половины поступивших с обструкцией желчных путей.

У 363 пациентов — проводилось чрезкожное дренирование печеночных протоков под рентген-контролем или под контролем ультразвукового сканера, с последующей установкой внутреннего либо наружно-внутреннего эндопротеза. При достаточной дилатации протоков, предпочтение отдавали дренированию под контролем УЗИ. Пункцию проводили под местным обезболиванием, на фоне введения седативных препаратов, иглой диаметром 18G, методом "свободной руки". Стремилась пунктировать проток в точке достаточно удаленной от зоны обструкции с тем, чтобы в проток разместился дренаж на протяжении, что гарантирует меньшую вероятность дислокации из протока. По методике Сельдингера устанавливали дренаж в желчный проток. При незначительной дилатации или при отсутствии таковой, дренирование производили под рентген-контролем. Вначале производили контрастирование желчных протоков путем пункции иглой *Chiba* (22G) по средне-подмышечной линии в 8-10 межреберье (в зависимости от комплекции пациента), в горизонтальной плоскости до края 11-12 грудного позвонка. При контрастировании протоков производили пункцию подходящего сегментарного либо правого долевого протока под острым углом к его оси, по Сельдингеру устанавливали дренаж 7-12 Fr. При технических сложностях не стремились установить дренаж на большем диаметра, поскольку при бужировании, установке дренажа — возможна дислокация проводника из протока, что ведет к некорректному положению дренажа. При холангитах с резко уплотненной стенкой протоков — устанавливали дренаж наименьшего диаметра (5-7 Fr). Через 1-2 дня формируется достаточный канал и возможна установка дренажа большего диаметра под рентген-контролем.

Через две-три недели при уменьшении желтухи, стабилизации состояния больного, под рентген-контролем проводили установку билиарного стента. Зону обструкции представляли с помощью прямого проводника, что зачастую сопряжено с трудностями при протяжении, ригидных сужениях. Для направленного продвижения проводника ис-

пользовали ангиографические катетеры с моделированным кончиком. В некоторых случаях полезным оказалось применение фиброколодохоскопа диаметром 15F, что позволяло прицельно направлять проводник в устье стенозированного участка. По проводнику последовательно вводили расширители с последующей установкой внутреннего либо наружно-внутреннего билиарного стента. При выявлении признаков гнойного холангита, билиарный эндопротез устанавливался лишь после полной санации протоков.

При наружно-внутреннем стентировании — устанавливали пластиковый или силиконовый эндопротез 12-16 Fg, наружный конец которого использовался для промывания (1 раз в день) либо замены эндопротеза, а между манипуляциями закрывался наглухо, прятался под повязку. Предпочтение отдавали силиконовым эндопротезам, поскольку они вызвали наименьшие болевые ощущения при движениях. При внутреннем стентировании — использовались саморасширяющиеся эндопротезы *Wilson-Cook, Boston Scientific, Baltan, MITech*. Предпочтение отдавали стентам с покрытием, что по нашему мнению уменьшает риск прорастания опухоли внутрь, степень кровотоочности и фиксации стентов на стенке с последующей обструкцией последнего. Кроме этого, покрытые стенты в случае окклюзии возможно извлечь эндоскопически и установить новый.

Результаты и их обсуждение

Из 363 больных, подвергшихся чрезкожному вмешательству, у 352 (97%) удалось установить наружный дренаж. Из них у 310 (88%) удалось произвести реканализацию опухолевого стеноза с последующим стентированием.

Осложнения наблюдались у 32 больных. 16 больных (4,54%) после чрезкожного дренирования желчных протоков, умерли от нарастающей печеночной недостаточности. У 16 (4,54%) произошла дислокация дренажа из протока в брюшную полость. Дислокация проявляется прекращением поступления желчи из дренажа, появлением в дренаже геморагической жидкости, при промывании дренажа отсутствует обратный отток. Контрастирование через дренаж носит окмательную ясность. Двое больных оперированы, у 5 выполнено эндоскопическое вмешательство — установка эндопротеза либо назобилиарного дренажа, у 9 выполнено повторное дренирование под УЗ или рентген-контролем. Несмотря на это, 5 больных умерли (1,42%). У 11 (3,12%) имели место проявления холангита, которые потребовали коррекции положения или диаметра стента. Одна пациентка умерла от тромбоза воротной вены.

Поскольку стент, расположенный в протоке, является инородным телом, неизбежна реакция окружающей ткани в виде избыточного образования слизи, сладжа. Кроме этого, наличие стента неизбежно сопряжено с существованием в протоке определенных видов бактерий, что влечет изменение химизма желчи, нарушает стабильность растворенных желчных кислот. Все это с течением времени приводит к образованию так называемой желчной замазки (сладжа), которая в первую очередь откладывается на внутренней и наружной поверхности стента, постепенно приводя к его обструкции. При длительном стентировании "желчная замазка" накапливаясь в протоке, образует слепки различной плотности, которые можно расщепить как мягкие конкременты. По нашим наблюдениям, увеличение общего срока эндопротезирования повышает вероятность накопления замазки в холедохе, а также ее плотность.

По нашим наблюдениям, средняя продолжительность службы наружно-внутреннего эндопротеза диаметром 12 Fg — 4-5 месяцев, 14-16 Fg — 5-9 месяцев, поэтому стремились установить стент большего диаметра. Следует отметить, что даже при полной обструкции протеза, определяемой при его замене — состоянии пациентов зачастую остается удовлетворительным, не отмечается изменений в самочувствии, что можно объяснить поступлением желчи вдоль наружных стенок протеза.

Учитывая ограниченный термин работы эндопротеза, после его установки больным давали рекомендацию явиться через 5-6 месяцев для его замены. Замена эндопротеза производилась в амбулаторном режиме, не была сопряжена с трудностями, поскольку нахождение эндопротеза в зоне обструкции влечет формирование канала, по которому легко производится установка нового эндопротеза.

Своевременная замена стента предотвращает его обструкцию и развитие холангита. Если же все-таки происходила закупорка дистального конца эндопротеза, что проявлялось характерным симптомокомплексом: лихорадка, иктеричность, потемнение мочи, подтекание желчи вокруг дренажа — достаточно было открыть наружный конец эндопротеза, что обеспечивало адекватный отток, ликвидацию симптомов холангита, что позволяло затем произвести замену эндопротеза в плановом порядке амбулаторно. При удаленном проживании пациента, а также учитывая длительный термин ношения дренажа — это имеет немаловажное значение.

Основной недостаток наружно-внутренних стентов — необходимость ежедневной смены повязки, промывания стента, что не всегда просто у пожилых, одиноких больных, с ограниченными физическими возможностями. Кроме этого, наличие инородного тела, выходящего наружу, зачастую сопровождается воспалительной реакцией со стороны кожи и клетчатки, болевыми ощущениями, моральным дискомфортом, что в совокупности снижает качество жизни пациентов.

Саморасширяющиеся стенты лишены вышеуказанных недостатков, при опухолевой обструкции в большинстве случаев не требуют замены, поскольку срок их службы превышает средний срок жизни таких пациентов, однако в ряде наблюдений отмечена обструкция стентов с развитием вышеописанного симптомокомплекса. В большинстве случаев назобилиарное дренирование с целью вымывания детрита давало хороший эффект, позволяло продлить срок службы стентов. При недостаточном эффекте — стенты, рассчитанные на эндоскопическое их извлечение, удаляли с последующим повторным стентированием саморасширяющимися стентами чрезкожным или эндоскопическим доступом. При невозможности извлечь саморасширяющийся стент, производилось чрезкожное дренирование протоков с последующим вымыванием детрита, установкой наружно-внутреннего стента.

Срок жизни больных, при успешном чрезкожном желчеотводящем вмешательстве при опухолевой обструкции протоков, составлял от 1 месяца до 8 лет (в среднем — 1,3 года). Больные погибли вследствие распространения опухолевого процесса на проксимальные отделы желчного дерева, генерализации процесса, присоединения осложнений.

Попытка эндоскопической декомпрессии желчных путей при опухолевой обструкции имела место у 271 пациента, при этом в 94% случаев она была успешной. Неудачи были связаны с предшествующими оперативными вмешательствами, выраженной деформацией кишки за счет сдавления опухолью, извилистой траекторией сдавленного участка холедоха. Эти больные были подвергнуты чрезкожному вмешательству.

Положительная динамика после эндоскопического билиарного протезирования достигнута у 232 из 252 больных (92%). У 7 больных отмечено прогрессирование желтухи, развитие печеночно-почечной недостаточности, по-видимому вследствие развития необратимых изменений в печени, у 13 — присоединение симптомов холангита, что расценено как неадекватное дренирование протоковой системы, особенно при высоком сдавлении протоков, наличии густой желчи, сладжа, что потребовало дополнительно провести чрезкожное дренирование. Отмечены осложнения связанные с выполнением папиллотомии: у 20 (7,9%) развилось кровотечение, которое привело к гибели 2 пациентов, в остальных случаях купировано консервативными мероприятиями. Развитие панкреатита отмечено у 9 (3,6%), что значительно реже, чем при желчекаменной болезни, причем клинические проявления ограничивались болями в проекции поджелудочной железы, повышением уровня амиллазы в крови и моче. Случаев развития панкреонекроза не отмечено.

37 человек после ликвидации желтухи и нормализации жизненных функций оперированы: одиннадцати выполнено радикальное вмешательство, двадцати одному наложено билиодigestивный анастомоз. У остальных пациентов эндоскопическая установка

стентов явилась окончательным хирургическим пособием.

При обращении пациента с признаками механической желтухи, холангита вследствие обструкции эндопротеза производилась ЭРХПГ. При свободном просвете холедоха, отсутствии включений производилась замена эндопротеза на новый. При выявлении желчной замазки в холедохе, производилось назобилиарное дренирование с активным вымыванием детрита, что контролировалось как по характеру отделяемого из дренажа, так и рентгенологически. Продолжительность назобилиарного дренирования колебалась от 2 до 12 дней, что зависело от количества и плотности образованной замазки. При освобождении холедоха от замазки производилась установка нового эндопротеза.

Срок жизни больных, подвергшихся эндоскопическому стентированию при опухолевой обструкции протоков, составлял от 2 месяцев до 9 лет (в среднем — 1,5 года).

Нередко сдавление холедоха происходит за счет доброкачественных процессов: индуративного панкреатита, сдавления лимфоузлами, рубцами. Указанная ситуация нередко встречается после холецистэктомии и дренирования холедоха, когда наблюдается значительный дебит желчи по дренажу. После выполнения папиллотомии и полной санации протока отток желчи из холедоха в кишку резко замедлен или отсутствует. Дилатация места сдавления, как правило, не приносит никакого эффекта ввиду эластичности стенозированного участка. В такой ситуации оправдано билиарное стентирование.

Эндоскопическая установка стентов при доброкачественных сдавлениях холедоха и желчных протоков произведена у 88 больных, у 22 больных использован чрезкожный доступ (через холангиостому, установленную под контролем УЗИ, либо через канал установленного на операции дренажа холедоха). У всех больных удалось достаточно быстро купировать явления холангита, нормализовать пассаж желчи.

Нахождение стента достаточного диаметра в зоне стеноза со временем ведет к формированию канала, достаточного для оттока желчи. При сдавлении протока за счет отека поджелудочной железы со временем, при соответствующей консервативной терапии, отмечается открытие просвета и нормализация пассажа желчи. По нашим наблюдениям, стентирование на протяжении 6-12 месяцев достаточно для нормализации пассажа желчи у большинства таких пациентов.

Сложной задачей для хирурга является лечение больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков. Обычно означенные больные поступают с клиникой холангита, желтухи неясной этиологии. При УЗ исследовании проявления билиарной гипертензии незначительны или отсутствуют ввиду частично сохраненного пассажа желчи и плотности стенок протоков. КТ томография и МРТ-холангиография также не всегда вносят ясность в ситуацию. Как и при иных причинах обструкции, больные нуждаются в срочной декомпрессии и санации желчного дерева. Реконструктивные операции на этом этапе нецелесообразны, поскольку не купированы явления холангита, не известны уровень и характер обструкции. Эндоскопическим доступом выполнить эту задачу не всегда возможно, поскольку в ряде случаев имело место полное пересечение протока, состояние после наложения гепатикоюноанастомоза на отключенной петле. Чрезкожный доступ дает возможность в первую очередь разблокировать и санировать билиарное дерево, выполнить холангиографию претестентических ее отделов. Ввиду незначительной дилатации протоков холангиостомии более надежно можно выполнить под рентген-контролем. Чрезкожный доступ имеет ряд преимуществ перед эндоскопическим. По нашим наблюдениям, в ряде случаев удавалось пройти рубцовое сужение из чрезкожного доступа после неудачной попытки преодолеть его эндоскопически. Чрезкожно возможно расширить канал и стенозированный участок до желаемого размера, в то время, как размер эндоскопически устанавливаемого эндопротеза ограничен диаметром рабочего канала эндоскопа. Установленный чрезкожно наружно-внутренний эндопротез легко заменяется в амбулаторном режиме, при появлении симптомов холангита позволяет производить декомпрессию и санацию холедоха даже в домашних условиях путем открытия наружного конца эндопротеза, с последующим осмотром в клинике.

В ряде случаев в клинику поступали пациенты, перенесшие холецистэктомию с клиникой холангита, детали предшествующей операции были неизвестны. Проводилось эндоскопическое стентирование у 14 и чрезкожное у 20 больных с послеоперационными стриктурами гепатикохоледоха. Установленные эндопротезы заменяли каждые 4-6 месяцев (в зависимости от диаметра) в амбулаторном режиме. Дилатация стриктуры на внутреннем либо наружно-внутреннем эндопротезе проводилась в течение не менее двух лет.

При чрезкожном доступе возможен эндоскопический контроль возможности прекращения стентирования. При холедохоскопии через свишевой ход всегда выявлялись умеренные проявления холангита в виде отечности слизистых, хлопьев слизи. Выявление дефектов слизистых в зоне сужения, по нашему мнению, является противопоказанием к прекращению стентирования, так как неизбежно последующее рубцевание.

После эндоскопического стентирования — у 4 (28,6%) периодически наблюдались симптомы холангита, которые потребовали повторной установки эндопротеза. После чрезкожного стентирования — наблюдение в сроки от 3 до 7 лет не выявило признаков рестеноза.

Выводы

- Эндоскопический и чрезкожный пути стентирования сопоставимы по эффективности в разрешении билиарной гипертензии, но эндоскопический более трудоемок и технически сложен.
- Наружно-внутреннее стентирование является наиболее надежным, поскольку сохраняется возможность наружного отведения желчи при обструкции стента, замена его наименее трудоемка.
- При чрезкожном доступе возможна установка стентов большего диаметра, чем при эндоскопическом, замена их производится реже и технически проще.
- Срок жизни пациента не зависит от доступа к пораженной зоне и определяется лишь агрессивностью роста опухоли.
- Стентирование расширяемыми стентами является оптимальным в соотношении надежности и качества жизни пациентов.
- Эндоскопическое стентирование обеспечивает более комфортное качество жизни, меньше сопряжено с болевыми ощущениями, чем чрезкожное.

Литература

1. Гаврилин О.В., Федоров В.Д., Вишневский В.А. и др. (1997) Чрезкожные вмешательства на желчеотводящих путях под контролем УЗИ. Тезисы международной научно-практической конференции. (Пенза), с. 25-26
2. Грубник В.В., Ковальчук О.Л., Грубник О.В., Калиничук С.В. (2005) Порівняльна оцінка ефективності ендоскопічних і лапароскопічних втручань в лікуванні хворих на жовтячку/яну хворобу, ускладнену холедохолітазом. Шпитальна хірургія. 3: 10-17
3. Грубник В.В., Ткаченко О.І., Герасимов Д.В., Калиничук С.В., Петренко О.А. (2004) Спосіб лікування холедохолітазу. Патент №2708 України МПК7 А61 В17/00 Бюл. 7: 2
4. Ничитайло М.Е., Грубник В.В. и соавт. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Киев). "Здоров'я". 424 с.
5. Хрустальова М.В. (2004) Оперативная эндоскопия заболеваний внепеченочных желчных путей. Автореф. дис. канд. мед. наук. (Москва). 24 с.
6. Ившин В.Г., Якушин А.Ю., Луквичев О.Д. (2000) Чрезкожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. (Тулза). 86 с.
7. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Далвани С.А. и др. (1998) Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи. Хирургия. 9: 31-36
8. Arguedas M.R., Heudebert G.H., Stinet A.A. et al. (2002) Biliary stents in malignant obstructive jaundice due to pancreatic carcinoma: a cost effectiveness analysis. Endoscopy. 97: 4: 898-904
9. Berthou J.C., Drouard F., Charbonneau P., Mousalier K. (1998) Evaluation of laparoscopic management of common bile duct stones in 220 patients. Surg. Endosc. 12: 1: 16-22