

Баллаева О. Д., Агабаева О. А.

СТЕНТИРОВАНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Синило С. Б.

2-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Распространенность синдрома холестаза достаточно высока, а лечение его остается одной из сложных проблем гепатопанкреатобилиарной хирургии.

Цель: определить показания к стентированию внепеченочных желчных протоков и оценить результаты лечения.

Материал и методы. Проведен анализ 28 историй болезни и 51 протокола стентирования пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП с 2010 по 2015 годы. Преобладали в 2,5 раза женщины со средним возрастом 67,7 лет.

Результаты и их обсуждение. Согласно данным отделения эндоскопии, за 5 лет стентирование желчных протоков было выполнено 51 пациенту (в 11 случаях по поводу стриктуры интрапанкреатической части холедоха, в 4 – по поводу сдавления холедоха из вне, в 15 - по поводу опухолевого процесса в головке поджелудочной железы и БДС, в 21 - по поводу опухолей протоков).

Всем пациентам был выполнен национальный протокол обследования в дооперационном периоде, включающий УЗИ, ЭУС, КТ, МРТ-холангиограмму, клинические и биохимические лабораторные исследования.

Все 28 пациентов поступили в стационар с явлениями хронического синдрома холестаза. Из них 2 пациента были с синдромом холестаза без механической желтухи. Остальные 26 имели механическую желтуху. При этом уровень общего билирубина колебался в пределах от 122 до 693 мкмоль/л, а прямого от 54 до 313 мкмоль/л. Уровень щелочной фосфатазы был от 310 до 1473Е/л. Синдром холестаза сопровождался и синдромом цитолиза с уровнями АСТ от 78 до 855 и АЛТ от 60 до 770 Е/л. У всех пациентов в анализах крови были значительно (максимально до 22×10^9 /л) повышены лейкоциты с нейтрофильным сдвигом; СОЭ повышено (от 30 до 70 мм/час), у ряда больных снижен гемоглобин, коагулограмма с гипокоагуляцией.

Как первичный этап операции для уменьшения явлений синдрома холестаза ПСТ со стентированием протяженной стриктуры была выполнена 7,8% пациентам. В последующем данным пациентам были выполнены реконструктивные операции на желчных протоках. Двум (3,9%) пациентам стентирование выполнено после баллонной дилатации билиодигистивных анастомозов. При болезни Клацкина (5,9%) и склерозирующем холангите (1,9%) стентирование стриктур являлось единственным методом помощи. В остальных случаях стентирование выполнено с паллиативной целью при опухолевых процессах. При наличии распространения процесса с явлениями асцита, данный метод помощи является единственным для пациента, облегчающим его страдания. При этом в 4 случаях потребовалось проведение рестентирования с максимальным сроком в 3 месяца.

Были использованы пластиковые временные стенты Fr 7–10 в 11 случаях, в остальных случаях - саморасправляющиеся непокрытые и покрытые нитиноловые стенты В 8-10, D - 60–100 mm.

Наблюдалось одно осложнение – миграция стента, что потребовало рестентирования. Среднее количество койко-дней пребывания в стационаре составило 24,8, что объясняется длительностью обследования с целью верификации диагноза.

Выводы. Стентирование внепеченочных желчных протоков является одним из методов как первичного этапа лечения синдрома холестаза, так и паллиативным для опухолевой его причины.