

## **МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

***Федорук А.М., Козак О.Н., Савченко А.В., Бычковский П.А.,  
Кирковский Л.В., Федорук Д.А., Щерба А.Е., Руммо О.О.***

*Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, Республика Беларусь*

**Введение.** Развитие билиарной гипертензии у пациентов как правило сопровождается явлениями холестаза и желтухи, к которым присоединяется холангит, а в тяжелых случаях и проявления печеночной недостаточности различной степени выраженности. Оперативные пособия в таком состоянии являются рискованными и сопровождаются высокими цифрами летальности. Это диктует необходимость разбивать хирургические пособия на этапы, выполняя первым этапом декомпрессию билиарного тракта.

**Цель.** Показать опыт и эффективность минимально инвазивных декомпрессионных технологий в лечении билиарной гипертензии и обструктивного холестаза.

**Материалы и методы.** В период с 01.01.2008 по 31.12.2022г.г. на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии выполнено 4201 минимально инвазивных декомпрессионных операций при обструктивном холестазе.

Объем и характер декомпрессионных операций при обструктивном холестазе определялся наличием холангита и/или гепатодепрессии, а также уровнем и характером механического блока протоковой системы. Опухолевая природа механического блока доказана у 1563(37,2%) пациентов.

При ретроградном доступе выполняли следующий спектр эндоскопических пособий: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) у 27,06%пациента, ЭПСТ+литэкстракция 23,12% пациентов, ЭПСТ+БП+стентирование у 28,9%пациентов, эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с балонной пластикой и литэкстракцией (ЭПСТ + БП + литэкстракция) у 9,2% пациентов ЭПСТ+БП+литэкстракция+стентирование у 11,72% пациентов.

Чрескожные чреспеченочные холангиостомии (ЧЧХС) под контролем УЗИ выполнены у 25,9% пациента (м:ж = 2,4:1) в возрасте 59±12 с механической желтухой. Большая часть операций - 89,1% выполнены под местной анестезией с помощью устройства дренирования полостных образований (УДПО Ившина В.Г) методом свободной руки с ультразвуковым контролем режиме реального времени (BK-ProFocus2202, Toshiba Aplio 500-Premium Platinum) после короткой предоперационной подготовки. У 10,9% пациентов в связи сепсисом и бактериальным шоком операции выполняли сразу после стабилизации гемодинамики под эндотрахеальным наркозом.

У всех больных выполнялась дозированная декомпрессия билиарного тракта. Фистулохолангиография выполнялась во всех случаях, но после

купирования явлений холангита. Среднее время операции составило  $20 \pm 3$  минуты. У 3,7% пациентов выполнено чрескожное чреспеченочное наружно - внутреннее дренирование (ЧЧНВД), а у 0,7% пациентов антеградное стентирование или протезирование.

**Результаты.** ЭПСТ выполнили у 182 пациентов с опухолевым блоком и 580 с доброкачественным (холедохолитиаз и/или стриктуры). В ряде случаев холедохолитиаз сочетался с протоковой неоплазией, что потребовало дополнительной баллонной пластики и /или стентирования. Показанием к ЭПСТ + БП + стентированию у 171 пациентов были опухоли, а у 389 различного рода стриктуры, из которых 314 различного рода послеоперационные.

При выполнении ЧЧХС наиболее безопасной было дренирование левого протока, выполненное у 780 пациентов, у 158- ЧЧХС правого долевого протока, у 139 больных одновременно ЧЧХС левого и правого, у 28 пациентов выполнялось одновременное дренирование от 3 до 4 сегментарных желчных протоков. Наружное дренирование выполняли как 1-ый этап лечения, диагностики и подготовки к радикальной операции. Наружно - внутреннее дренирование с баллонной дилатацией и стентированием выполнено у 147 пациентов (при высоких доброкачественных стриктурах гепатикоэнтероанастомоза).

Антеградное стентирование нитиноловыми стентами выполнено у 62 пациентов с иноперабельной механической желтухой.

При использовании эндоскопических пособий в лечении обструктивного холестаза отмечены следующие осложнения: острый интерстициальный панкреатит у 171 пациента, острый некротизирующий панкреатит у 29, перфорация 12-перстной кишки – у 11 и кровотечения у 31 пациентов.

При использовании чрескожных чреспеченочных технологий отмечены следующие осложнения: корригируемые транслокации дренажей 42 случаев, гемобилия - 11 и ограниченный желчный затек -16.

Все осложнения своевременно устранены и закончились выздоровлением пациентов.

**Выводы.** Использование минимально инвазивных декомпрессионных технологий в лечении билиарной гипертензии обструктивного холестаза различного генеза является высокоэффективным.

Дифференцированный подход к лечению различных типов механических блоков билиарного тракта позволяет подготовить больных для окончательного лечения, а также увеличить продолжительность и улучшить качество жизни у некурабельных больных.