

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Черняев Г. С., Дагларян А. А., Акуленко Д. С.

Научный руководитель: Кокобелян Армен Робертович; к.м.н. Малов Александр Александрович  
Кафедра общей, оперативной хирургии и топографической анатомии  
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ

**Контактная информация:** Черняев Глеб Сергеевич — студент 4 курса, лечебного факультета.  
E-mail: g.chernyaev777@mail.ru

**Ключевые слова:** механическая желтуха, холедохолитиаз, рак головки поджелудочной железы, стриктура терминального отдела холедоха.

**Актуальность:** более 18% среди всего количества пациентов с заболеваниями желчевыводящих протоков и поджелудочной железы встречаются с данной патологией [1]. Поэтому в гепатобилиарной хирургии целесообразно стремиться к использованию малоинвазивных методов лечения для снижения количества осложнений.

**Цель исследования:** Оценить возможности малоинвазивных методов в лечении механической желтухи с дистальным блоком холедоха различной этиологии.

**Материалы и методы:** Исследование основано на анализе результатов лечения 107 больных с механической желтухой в хирургической клинике НОКБ им. Н.А. Семашко за 2020 год. Мужчин было 42 (39%), женщин 65 (61%). Средний возраст мужчин составил  $57 \pm 14$  лет, женщин  $66 \pm 17$  лет. Всем пациентам выполнялось УЗИ органов брюшной полости. С целью уточнения состояния поджелудочной железы и желчевыводящих протоков 26 больным выполнена МСКТ, 55 больным МРТ, в т.ч. в режиме МРХПГ. Всем пациентам выполняли ЭФГДС, 63 пациентам осуществлена ЭРХПГ. Основными причинами дистального блока холедоха явились холедохолитиаз (66 пациентов), стриктура терминального отдела холедоха (12 пациентов), рак головки поджелудочной железы (29 пациентов).

**Результаты:** Оперативное лечение выполнялось в ближайшее время после подтверждения механической желтухи и уточнения её причины. При наличии признаков гнойного холангита — в первые сутки. Из 66 больных с холедохолитиазом 3 пациентам с калькулёзным холециститом и крупными конкрементами холедоха (более 1 см) и 1 пациенту с подозрением на синдром Мириizzi выполнена лапароскопия, холецистэктомия, холедохолитотомия. Остальным 62 пациентам при выявлении холедохолитиаза выполнялись ЭРХПГ, ЭПСТ, эндоскопическая литоэкстракция. 12 пациентам со стриктурой терминального отдела холедоха выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ. У 1 из них манипуляция дополнена балонной дилатацией холедоха. Из 29 пациентов с раком головки поджелудочной железы у 14 удалось выполнить ЭРХПГ, эндоскопическое стентирование холедоха. При невозможности катетеризации большого дуоденального сосочка — у 8 больных выполнена ЧКЧП (чрескожная чреспеченочная) холецистостомия под контролем ультразвукового сканирования, у 7 пациентов с холецистэктомией в анамнезе выполнена ЧКЧП холангиостомия. После купирования проявлений желтухи и печёночной недостаточности предпринимались попытки радикальных операций, которые у 4 больных завершились выполнением гастропанкреатодуоденальной резекции. При невозможности радикальной операции — выполняли наложение обходных билиодигестивных анастомозов. Осложнений применения малоинвазивных методов лечения, потребовавших операций не было.

**Выводы:** Применение малоинвазивных методов лечения механической желтухи с дистальным блоком холедоха различной этиологии имеет преимущество в связи с низким риском осложнений. Малоинвазивные методы лечения механической желтухи являются высокоэффективными и позволяют добиться выздоровления, либо значительного улучшения состояния пациентов при минимальной инвазивности, способствуют быстрому восстановлению после операции

### Литература

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Механическая желтуха», пересмотр 2018 года. С. 13–14