



**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ  
БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ  
ЖЕЛТУХОЙ**

*Хайдаров А.А., Абидов У.О.*

Бухарский Государственный медицинский институт,  
Бухарский филиал РНЦЭМП

✓ **Резюме**

*Целью исследования является показать эффективность эндоскопического стентирования внепеченочных желчных протоков при неоперабельных опухолях билиопанкреатических опухолях осложненных механической желтухой. Обследовано 43 больных с неоперабельными опухолями БПДЗ осложненные механической желтухой. Из них опухоли поджелудочной железы 25(60%), опухоли большого дуоденального сосочка 6(13%), опухоли ворот печени (опухоли клацкина) 12(27%). Стенты диаметром 10Fr и 12см установлены 29 больным, 10,0 Fr 15 см стент удалось установить 10 больным с опухолями ворот печени. Стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами диаметром 10,0 и 12Fr является эффективным способом ликвидации механической желтухи у неоперабельных пациентов со злокачественными опухолями билиопанкреатической зоны. При проксимальных опухолях можно установить стенты длиной 15 см и добиться удовлетворительных результатов желчеотделения на продолжительный сроки.*

*Ключевые слова: эндоскопическое стентирование, опухоль билиопанкреатической зоны, механическая желтуха.*

**ENDOSCOPIC STENTING FOR INOPERABLE TUMORS OF THE BILIOPANCREATIC  
ZONE COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE**

*Abidov U. O., Khaydarov A. A.*

Bukhara State medical Institute,  
Bukhara Branch of RRCEM

✓ **Resume**

*The aim of the study is to show the effectiveness of endoscopic stenting of extrahepatic bile ducts in inoperable biliopancreatic tumors complicated by mechanical jaundice. 43 patients with inoperable PDD tumors complicated by mechanical jaundice were examined. Of these, 25(60%) pancreatic tumors, 6(13%) large duodenal papilla tumors, and 12(27%) liver gate tumors(klatskin tumors). Stents with a diameter of 10 Fr and 12 cm were installed in 29 patients, 10.0 Fr 15 cm stent was installed in 10 patients with tumors of the liver gate. Stenting of the common bile duct with plastic stents with a diameter of 10.0 and 12 Fr is an effective way to eliminate mechanical jaundice in inoperable patients with malignant tumors of the pancreobiliary zone. For proximal tumors, it is possible to install 15 cm long stents and achieve satisfactory results of bile secretion for a long time.*

*Key words: endoscopic stenting, tumor of the biliopancreatic zone, obstructive jaundice.*

**БИЛИОПАНКРЕАТИК СОҲАНИНГ НООПЕРАБИЛ ЎСМАЛАРИ МЕХАНИК  
САРИҚЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ҲОЛАТЛАРДА ЭНДОСКОПИК СТЕНТЛАШ**

*Хайдаров А.А., Абидов У.О.*

Бухоро Давлат тиббиет институти,  
РШТЕИМ Бухоро филиали

## ✓ Резюме

*Тадқиқотнинг мақсади билиопанкреатик соҳа ўсмаларидаги механик сариқлик синдроми асорати бўлганда жигардан ташиқари ўт йўллари эндоскопик стентлаш эффективлигини номойиш этишдир. Механик сариқлик билан асоратланган БПДЗ ўсмалари бўлган 43 та бемор текширилди. Ушбу касалларнинг 25(60%) таси ошқозон ости беши бош қисми ўсмалари, ўн икки бармоқли ичак катта сўргич ўсмалари 6(13%) та, жигар дарвозаси ўсмалари (Клацкин ўсмалари) 12 (27%) та. Шундан 29 беморга диаметри 10 Fr, 12 см бўлган стентлар, жигар дарвозаси ўсмалари бўлган 10 та беморга 10 Fr ва 15 см бўлган стентлар ўрнатилди. Диаметри 10 ва 12 Fr бўлган пластмасса стентлар билан умумий ўт йўлини стентлаш - бу БПДЗ хавfli ўсмалари бўлган касаллардаги механик сариқликни бартараф этишининг самарали усули. Проксимал ўсмаларда 15 см узунликдаги стентларни ўрнатиш ва узоқ вақт давомида ўт секрециясининг қониқарли натижаларига эришиш мумкин.*

*Калит сўзлар: эндоскопик стентлаш, билиопанкреатик соҳа, механик сариқлик.*

## Актуальность

Проблема лечения больных механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза на современном уровне развития медицины сохраняет свою актуальность вследствие того, что число этих пациентов продолжает увеличиваться. Результаты хирургического лечения МЖ злокачественного генеза нельзя назвать удовлетворительными из-за большой частоты развития осложнений и сохраняющейся высокой послеоперационной летальности (до 60%) [1,2].

К сожалению, на момент диагностики радикальную операцию можно выполнить не более чем у 20% пациентов с раком поджелудочной железы и у 50% больных с раком желчевыводящих путей [4], поэтому купирование механической желтухи у неоперабельных пациентов является одной из важнейших задач паллиативного лечения.

**Цель настоящей работы** - оценить эффективность применения пластиковых стентов диаметром 8,5; 10,0 и 12Fr и длиной 12 и 15см у пациентов с дистально и проксимально расположенными неоперабельными злокачественными опухолями поджелудочной железы, желчевыводящих путей и ворот печени.

## Материал и методы

За период выполнения работы (2018-2021гг) в хирургических отделениях и в эндоскопическом кабинете Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи обследовано 43 больных с неоперабельными опухолями БПДЗ осложненные механической желтухой. Из них опухоли поджелудочной железы 25(60%), опухоли большого дуоденального сосочка 6(13%), опухоли ворот печени (опухолы Клацкина) 12(27%). Средний возраст пациентов 55 – 76 лет. Средние показатели билирубина 320 мкмоль/л. Продолжительность желтухи от 2 недель до 1,5 месяца.

Всем больным проводилась попытка ретроградной холангиопанкреатографии под седатацией с использованием видеодуоденоскопа Olympus (с каналом диаметром 4,2 мм) и инструментов фирмы Willson-Cook (катетер, проводники, бужи, система установки стентов и стенты). Всем пациентам, у которых удавалось завести проводник выше уровня препятствия, были установлены пластиковые стенты диаметром 2 стента размером 8,5; 10 и 10,0Fr, длиной 12 и 15см. Оценивались успешность постановки стента, наличие осложнений и время функционирования стентов.

## Результат и обсуждения

Из 43 больных, с неоперабельными опухолями БПДЗ стент установлен выше препятствия в 37 случаев (86%). Не удалось выполнить стентирование 6 пациентам с опухолями ворот печени из-за невозможности проведения проводника. Всем больным установлены стенты диаметром 27 Fr и 12 см установлены в 16 больным, 10,0 Fr и 15 см в 10 больным с опухолями ворот печени. У 3 больных установка стента безуспешная в связи невозможностью проведения проводника выше препятствия, которым выполнено ЧЧХС в 6 случаях.

В 3 случаях выявляли осложнения в виде кровотечения из папиллотомного разреза и миграция стента. Летальный исход, связанный с вмешательством не наблюдалось. Среднее время нахождения больного в стационаре после ретроградной холангиопанкреатографии равнялось 6 суткам.

После выписки из стационара больные проходили наблюдения каждые 2 месяца. У 39 человек (90%) стент продолжал нормально функционировать, но в 4 (10%) случаях в связи с распространением опухоли выше стента потребовалось рестентирование. В 6 случаях обтурировались стенты диаметром 8,5Fr через 60 дней после установки. В остальных случаях стенты функционировали.

Лечение неоперабельных больных со злокачественными опухолями поджелудочной железы и желчевыводящих путей и механической желтухой до последнего времени представляет собой достаточно сложную проблему. Операционная летальность при выполнении паллиативных операций с целью билиарной декомпрессии у таких пациентов достигала 14%, а уровень осложнений - 29% [3]. Эндоскопическая установка пластиковых стентов предоставляет на практике возможность ликвидировать механическую желтуху, не прибегая к сложному хирургическому вмешательству. По полученным нами данным уровень летальности при эндоскопическом стентировании составил 2,6%, а осложнения встретились в 7,8% случаев. Необходимо отметить, что летальный исход и два осложнения пришлось на первые 5 попыток стентирования, т.е. на период освоения методики. Такие цифры согласуются с данными литературы об уровне летальности (2,7 - 3%) и осложнений (11%) [3,4].

Сравнивая стенты диаметром 8,5; 10 и 12 Fr, мы пришли к выводу о существенно более коротких сроках функционирования первых, что заставило отказаться от их применения у больных с данной патологией. В то же время не было отмечено достоверной разницы между частотой обтурации стентов диаметром 10,0 и 12 Fr. Однако данные литературы о средних сроках сохранения проходимости стентов и 12 Fr в 3 и 4 месяца соответственно [3], в сочетании с гораздо худшими результатами повторного стентирования по сравнению с первичным вмешательством, не позволяет рекомендовать их для применения у больных с более длительным ожидаемым сроком жизни.

#### Выводы

Таким образом, стентирование общего желчного протока пластиковыми стентами диаметром 10,0 и 12 Fr является эффективным способом ликвидации механической желтухи у неоперабельных пациентов со злокачественными опухолями панкреобилиарной зоны. При проксимальных опухолях можно установить стенты длиной 15 см и добиться удовлетворительных результатов желчеотделения на продолжительный срок. Данное вмешательство показано с целью паллиативного лечения лиц с ожидаемым сроком жизни, не превышающим 3 месяцев. При постановке стента у пациентов с большей ожидаемой продолжительностью жизни рациональным подходом может быть плановая замена стента через 3 месяца в зависимости от появления клиники его непроходимости.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдурахманов М.М., Абидов У.О., Рузиев У.У., Мурадов Т.Р. Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. // "Журнал теоретической и клинической медицины", 2020 г. №1, с. 59-62
2. Абидов У.О. Миниинвазивные вмешательства в лечении больных механической желтухой. // Биология ва тиббиёт муаммолари. Халқаро илмий - амалий конференция «Горизонты современной хирургии» 2021, №6.1 (133) Стр. 277-283.
3. Абидов У.О., Хаджаев К.Ш., Хайдаров А.А. Результаты этапного лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений. //Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи узбекистана. Ташкент-2018. Стр.33.
4. Бурдюков М.С., Нечипай А.М., Юричев И.Н. и др. Новые малоинвазивные способы восстановления внутреннего желчеоттока в онкологической практике //Клин. эндоскоп. - 2010. - №1. - С. 2-11.
5. Быков А.Д., Дороган Д.А. Сравнительная эффективность методов дренирования внепечёночных желчных протоков при механической желтухе // Вестн. Бурятского государственного университета. - 2009. - № 12. - С. 152-154.
6. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - Т. 16, № 3. - С. 50-57.
7. Жариков Ю.О., Шевченко Т.В., Чжао А.В. Билиарная декомпрессия при опухолях проксимальных желчных протоков //ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России.- Клиническая медицина. - № 9. - 2015. Стр11-15.

8. Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Рыбкин А.К. Билиарная декомпрессия при механической желтухе опухолевого генеза // Практическая онкология. - 2004. - Т. 5. - № 2. - С. 85-93.
9. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Боровский С.П., Эгамов Н.Э. и др. Сочетанные эндобилиарное и эндоваскулярные вмешательства в лечении механической желтухи, обусловленной периапулярными опухолями //Эндоскопическая хирургия.- 2008. - № 2. - С. 10-12.
10. Касаткин В.Ф., Кит О.И., Трифонов Д.С. Опыт чрескожных желчеотводящих вмешательств у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии // Сибирский онкологический журнал. - 2008. - № 4 (28). - С. 51-54.
11. Мальярчук В.И., Базилевич Ф.В., Абашидзе З.Ш. и др. Предоперационное дренирование в лечении больных с опухолевой обтурацией жёлчных путей //Анн. хир. гепатол. - 2008. - Т. 8, №2. - С. 170.
12. Маслов И.С. Пути улучшения лечения больных механической желтухой //Маслов И.С., Шаймарданов Р.Ш., Кробков В.Н, Хисамиев И.Г. Практическая медицина. - 2014. 78 - 81стр.
13. Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Долгушин Б.И. Методы желчеотведения при механической желтухе опухолевой природы // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2002. - Т. 13. - № 1.- С. 34-39.
14. Уроков Ш.Т., Абидов У.О. «Синдром механической желтухи» Монография. Ташкент - 2020. С.150
15. Urokov Sh.T., Abidov U.U., Khaidarov A.A., Khadzhaev K.Sh. Experience of application of endoscopic ligation of varicose-extended veses of the esophagus in the treatment of complications of portal hypertension//New Day in Medicine 3(27)2019 25-29 <https://cutt.ly/6bxEjAC>
16. Хаджибаев Ф. А. Малоинвазивные рентгеноэндобилиарные вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза /Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., //Вестник экстренной медицины, 2014, № 3 стр.-36-38.

**Поступила 09.02.2022**