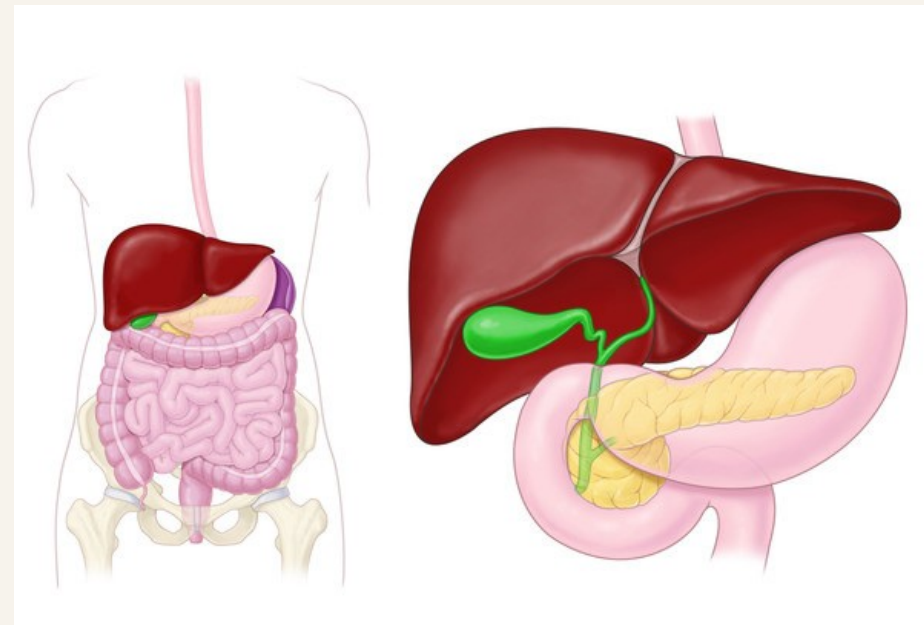
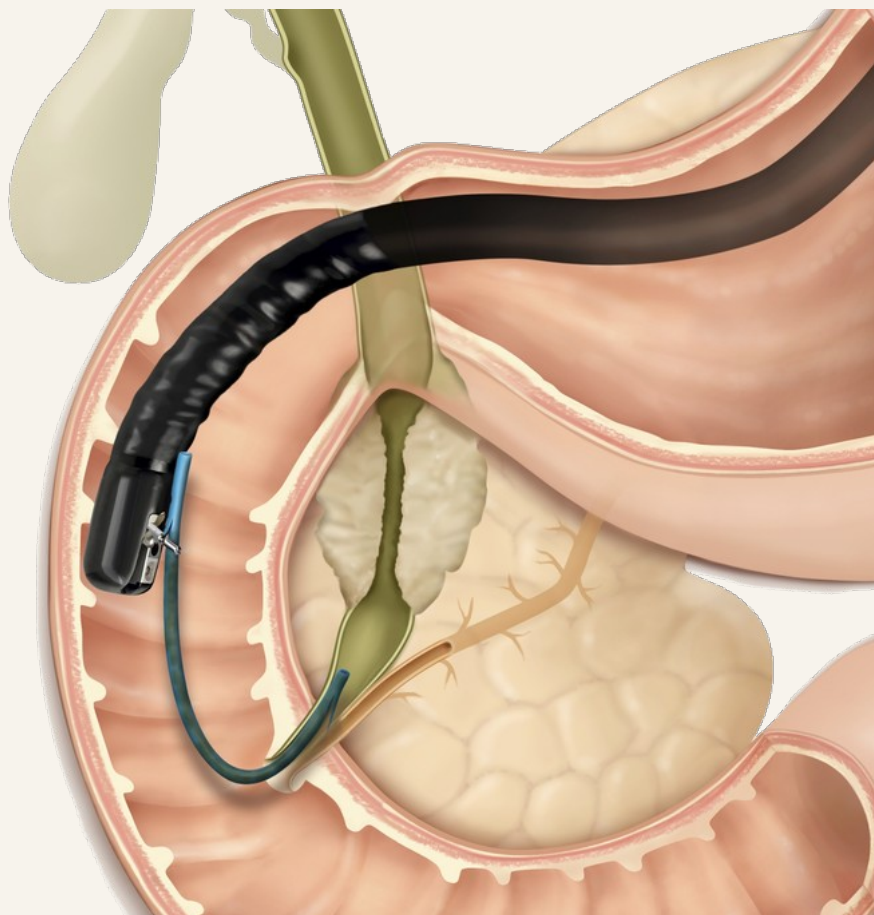


Билиарная декомпрессия при обструкции желчевыводящих путей



Хакимов Мемет Дмитриевич
Врач-эндоскопист

Актуальность проблемы



Нарушение оттока желчи

Механическая желтуха сопровождается холестазом и нарушением функции печени.

Присоединение холангита требует первоочередной билиарной декомпрессии.

Восстановление оттока желчи создаёт условия для дальнейшего лечения.

Причины обструкции желчных путей

Доброкачественные

Холедохолитиаз

Рубцовые стриктуры желчных протоков

Стенозирующий папиллит

Хронический панкреатит

Злокачественные

Опухоли большого дуоденального сосочка

Опухоли желчевыводящих путей

Опухоли головки поджелудочной железы

Выбор доступа

Эндоскопический способ

- 1 Менее число осложнений
- 2 Дорогостоящее оборудование и расходные материалы
- 3 Ограничение возможностей в некоторых ситуациях
- 4 Риск анаэробного холангита при неудаче

Антеградный способ

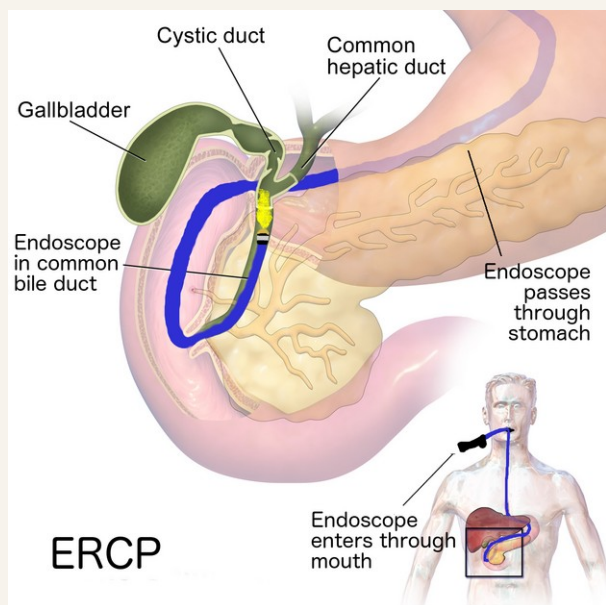
- 1 Возможность выполнения почти в 100% случаев
- 2 Меньшая себестоимость
- 3 Больше число осложнений, связанных с дислокацией дренажа
- 4 Снижение качества жизни

Хирургический способ

- 1 Билиодигестивный анастомоз (гепатикоеюностомия)
- 2 Обход зоны обструкции и восстановление оттока желчи
- 3 Если стентирование не подходит или операция уже начата
- 4 Операционная травма, риск осложнений и длительное восстановление

Ретроградный и антеградный доступ

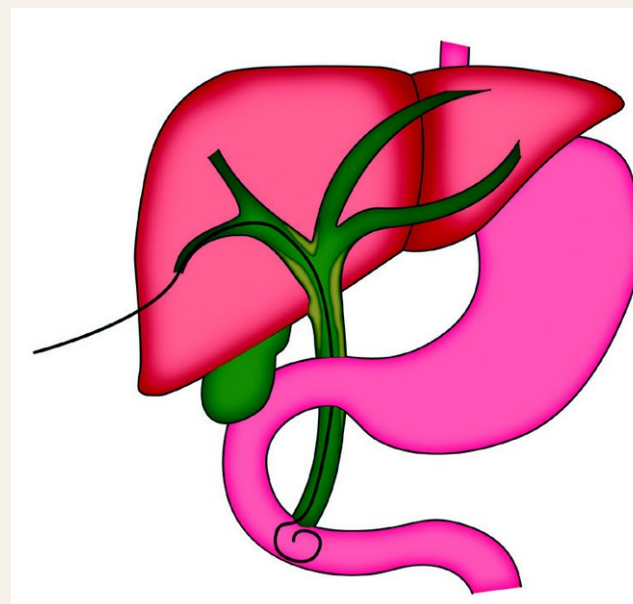
Ретроградный



Из двенадцатиперстной кишки через БДС в желчные протоки.

Инструмент продвигают против тока желчи

Антеградный



Через кожу и печень во внутрипечёночные протоки.

Инструмент продвигают по направлению тока желчи

Способы декомпрессии

Высокий опухолевый блок

- 01** Декомпрессия может быть выполнена эндоскопически или чрескожно.
- 02** ЧЧХС более успешна и быстрее приводит к терапевтическому эффекту.
- 03** Более чем у половины пациентов после РХПГ требуется дополнительная ЧЧХС.

Способы декомпрессии

Низкий опухолевый блок

- 01** Предпочтительным для декомпрессии является эндоскопический доступ.
- 02** При опухолевом генезе желтухи целесообразно выполнять стентирование короткими нитиноловыми стентами.
- 03** В случаях неясности диагноза следует устанавливать пластиковые стенты.
- 04** При сложностях эндоскопического доступа может быть использован антеградный доступ.

Клинический случай

Пациент, 45 лет

Желтушность кожи и склер, потемнение мочи, боль в правом подреберье. Температура 38,5 °С с ознобом.

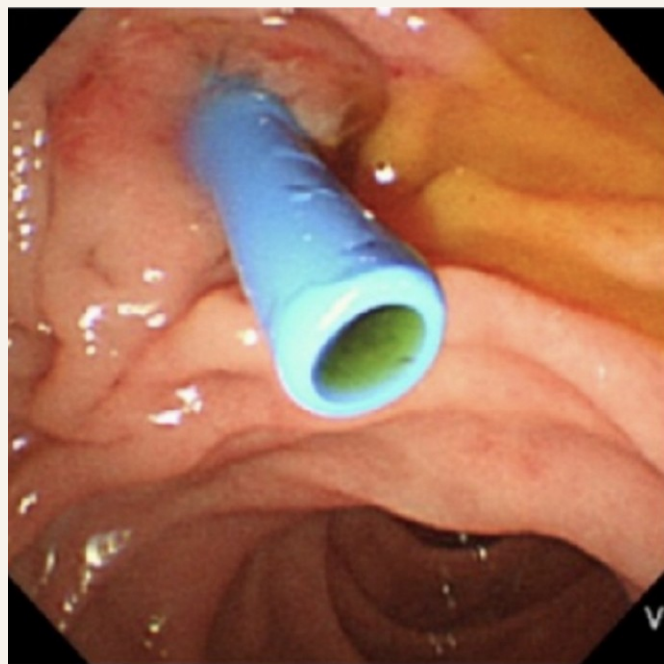
КТ: опухоль головки ПЖ с дистальной обструкцией общего желчного протока.

Механическая желтуха, осложнённая острым холангитом

Показатель	Значение
Билирубин общий	186 мкмоль/л
Билирубин прямой	152 мкмоль/л
ЩФ	540 Ед/л
ГГТ	620 Ед/л
АЛТ	145 Ед/л
АСТ	112 Ед/л

Установка пластикового стента

Пластиковый билиарный стент установлен через зону опухолевого сужения общего желчного протока.



Стент проходит через зону опухолевого сужения.

Отток желчи в двенадцатиперстную кишку.

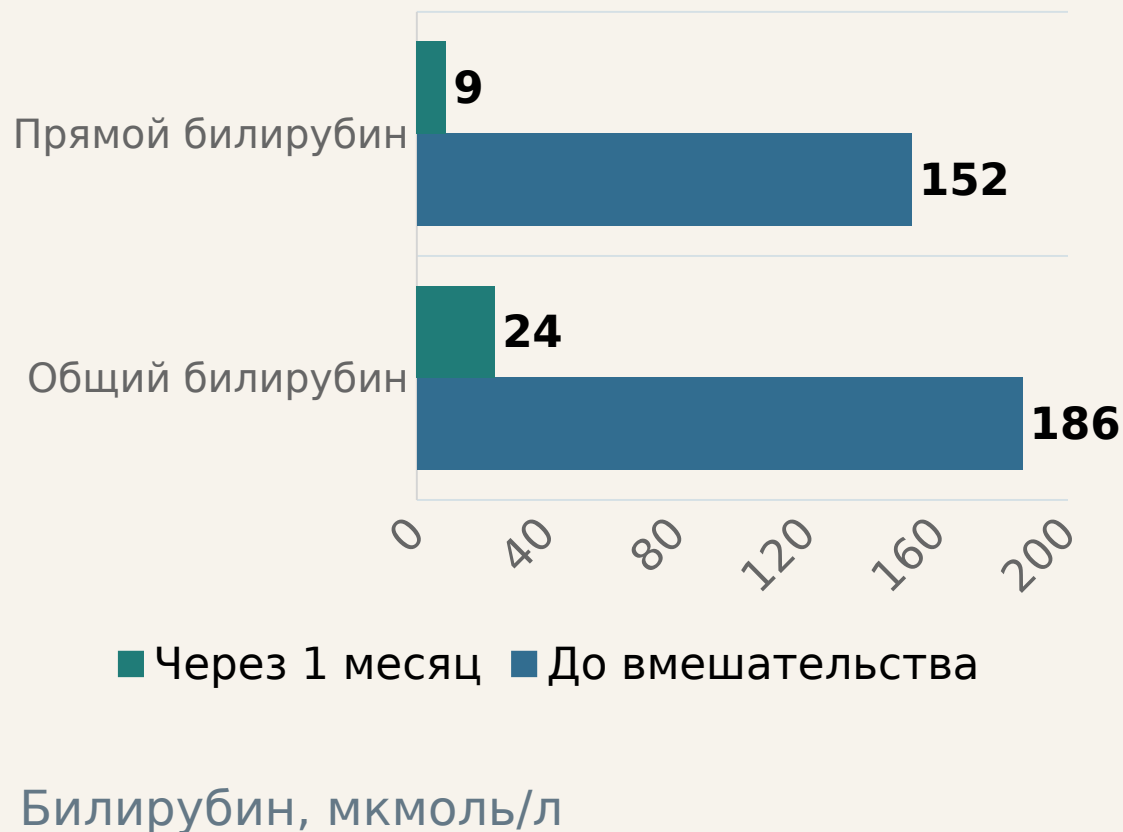
Контроль стента через 1 месяц

Клиническое улучшение

Желтуха отсутствует. Эпизодов лихорадки и озноба не отмечено.

УЗИ: уменьшение расширения желчных протоков.

Признаков дисфункции стента и рецидива холангита нет.



Вывод

Этиология обструкции, состояние пациента и цель лечения определяют выбор доступа

Чрескожное чреспеченочное дренирование

Опухолевая обструкция: подготовка к радикальной операции

Трансабдоминальный доступ

Доброкачественная механическая желтуха у компенсированных пациентов

Эндоскопическая декомпрессия

Доброкачественная желтуха средней и тяжёлой степени: альтернатива хирургическому дренированию

Эндоскопическое дренирование опухолевого блока

Паллиативное восстановление оттока желчи

Спасибо за внимание!

