

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ



Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич, Урозов Нуъмонжон Саъдуллаевич,  
Дусияров Мухаммад Мукумбаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ЎСМА САБАБЛИ БИЛИАР ОБСТРУКЦИЯДА МИНИИНВАЗИВ ДРЕНАЖЛАШ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШГА КОМПЛЕКС ЁНДАШУВ

Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич, Урозов Нуъмонжон Саъдуллаевич,  
Дусияров Мухаммад Мукумбаевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE USE OF MINIMALLY INVASIVE DRAINAGE TECHNIQUES IN TUMOR-INDUCED BILIARY OBSTRUCTION

Khujabaev Safarboy Tukhtabaevich, Urozov Numonjon Sadullaevich, Dusiyarov Muhammad Mukumbaevich  
Samarkand State Medical University, Republic Of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ўт йўлларининг эндоскопик декомпрессияси 132 бемордан 110 тасида (83%) муваффақиятли амалга оширилди. Муваффақиятли эндоскопик дренажлаш частотаси дистал блокда 72,4% ни, проксимал блокда 76,8% ни ташкил этди. Билиар эндопротезлаш 103 нафар беморда ўтказилди. Дренажлаш усулини танлашга дифференциал ёндашув ўсма стриктурасининг жойлашуви, кўтиляётган умр кўриш давомийлиги, ўсма ўлчами ва беморнинг жисмоний ҳолатига асосланиши керак. Кўтиляётган ҳаёт давомийлиги 6 ойдан кам бўлса, пластик стентлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ, 6 ойдан ортиқ бўлса, ўз-ўзидан кенгайдиган металл стентларга ёки жарроҳлик даволашга устунлик бериши керак.

**Калим сўзлар:** механик сариқлик, гепатопанкреатодуоденал соҳа ўсмалари, миниинвазив технологиялар, билиар дренажлаш, стентлаш, эндоскопик ретроград холангиопанкреатография.

**Abstract.** Endoscopic decompression of the biliary tract was successfully performed in 110 of 132 patients (83%). The success rate of endoscopic drainage for distal block was 72.4%, for proximal block 76.8%. Biliary stenting was performed in 103 patients. A differentiated approach to drainage method selection should be based on tumor stricture localization, expected life expectancy, tumor size, and patient's physical status. For expected life expectancy less than 6 months, plastic stents are advisable; for more than 6 months, self-expanding metal stents or surgical treatment are preferred.

**Keywords:** obstructive jaundice, hepatopancreatoduodenal zone tumors, minimally invasive technologies, biliary drainage, stenting, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Механическая желтуха опухолевого генеза остается одной из наиболее актуальных проблем современной абдоминальной хирургии и клинической онкологии. Злокачественные новообразования гепатопанкреатодуоденальной зоны характеризуются агрессивным течением, поздней диагностикой и неблагоприятным прогнозом. По данным мировой статистики, опухоли этой локализации составляют значительную долю в структуре онкологических заболеваний органов пищеварительной системы, при этом у подавляющего большинства пациентов к моменту установления

диагноза заболевание находится в распространенной стадии, что делает невозможным выполнение радикального хирургического вмешательства [5, 9, 12].

Развитие механической желтухи при опухолевом поражении гепатопанкреатодуоденальной зоны наблюдается у 70-90% больных и существенно усугубляет тяжесть состояния пациентов, способствуя развитию печеночно-почечной недостаточности, коагулопатии, гнойного холангита и сепсиса. Длительная билирубинемия приводит к токсическому повреждению гепатоцитов, нару-

шению синтетической и детоксикационной функции печени, развитию иммунологических расстройств [7, 10, 11].

В последние десятилетия произошла существенная эволюция подходов к лечению больных с механической желтухой опухолевого генеза. Если ранее единственным методом декомпрессии билиарного тракта у неоперабельных больных являлось наложение паллиативных билиодигестивных анастомозов, требующее выполнения травматичной лапаротомии, то внедрение в клиническую практику миниинвазивных технологий радикально изменило терапевтическую стратегию [2, 9, 10].

Современный арсенал миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков включает эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию с транспапиллярным стентированием, чрескожное чреспеченочное дренирование под ультразвуковым или рентгеноскопическим контролем, а также комбинированные антеретроградные методики. Каждый из этих методов имеет свои преимущества, ограничения и показания к применению [1, 3, 8, 11].

Несмотря на значительный накопленный клинический опыт применения миниинвазивных технологий при механической желтухе опухолевого генеза, многие аспекты их использования остаются дискуссионными. Отсутствуют единые критерии выбора между антеградным и ретроградным доступом, не определены четкие показания к применению различных типов стентов, недостаточно изучены прогностические факторы, влияющие на эффективность дренирования и продолжительность жизни больных.

**Целью настоящего исследования** является обоснование дифференцированного подхода к применению миниинвазивных технологий дренирования желчных протоков при механической желтухе опухолевого генеза.

**Материал и методы исследования.** Настоящее исследование выполнено на базе Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в период с 2020 по 2025 год. Работа проведена в соответствии с принципами Хельсинкской декларации, протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом учреждения.

Всего в исследование включены 149 пациентов, которым было выполнено 133 миниинвазивных дренирования желчных протоков и 16 паллиативных хирургических операций с наложением билиодигестивных анастомозов. Распределение больных по полу показало незначительное преобладание женщин: мужчин было 71 (47,7%), женщин 78 (52,3%). Возраст пациентов колебался в широких пределах от 32 до 92 лет, средний воз-

раст составил  $67,2 \pm 11$  лет. Анализ возрастного состава больных выявил значительное преобладание лиц пожилого и старческого возраста: пациентов старше 60 лет было 116, что составило 77,9% от общего числа.

Комплексное обследование позволило детально изучить характер и распространенность опухолевого поражения. Структура заболеваемости по нозологическим формам была следующей: опухоль головки поджелудочной железы выявлена у 71 больного (47,7%); опухоль большого дуоденального сосочка у 23 пациентов (15,4%); опухоль общего желчного протока у 13 больных (8,7%); опухоль общего печеночного протока у 16 пациентов (10,7%); опухоль желчного пузыря у 19 больных (12,8%); рак желудка с метастатическим поражением лимфоузлов у 7 пациентов (4,7%).

Всем пациентам проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Лабораторная диагностика включала общий и биохимический анализы крови с определением уровня общего и прямого билирубина, активности трансаминаз, щелочной фосфатазы, протромбинового индекса. Инструментальное обследование включало ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопическую ультрасонографию, компьютерную томографию с болюсным контрастированием, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию. Физикальный статус пациентов оценивался по классификации ASA.

Ретроградное транспапиллярное дренирование выполнялось в условиях эндоскопического кабинета под внутривенной седацией. После канюляции большого дуоденального сосочка и выполнения холангиографии производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия, после чего устанавливался пластиковый или саморасширяющийся металлический стент. Антеградное чрескожное чреспеченочное дренирование осуществлялось под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Паллиативные хирургические операции выполнялись под общим обезболиванием из лапаротомного доступа и включали наложение гепатикоеюноанастомоза, холедохоеюноанастомоза или холецистоеюноанастомоза.

**Результаты и их обсуждение.** Эндоскопическая декомпрессия билиарного тракта была предпринята у 132 пациентов из общей группы исследования. Успешное выполнение процедуры достигнуто у 110 больных, что составило 83% и свидетельствует о высокой эффективности метода при правильном отборе пациентов. Неудачи эндоскопического дренирования были обусловлены различными причинами: невозможностью канюляции большого дуоденального сосочка в 12 случаях, выраженной деформацией двенадцатиперстной кишки в 6 случаях, технической невозмож-

ностью проведения проводниковой струны через протяженную зону стриктуры в 4 наблюдениях.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия была произведена у 102 больных. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев, а именно в 71,6%, папиллосфинктеротомия была выполнена типичным канюляционным способом после успешной селективной канюляции общего желчного протока. Типичная методика предполагает рассечение большого дуоденального сосочка в направлении 11-12 часов условного циферблата с использованием папиллотомы и высокочастотного электрического тока. Атипичная папиллосфинктеротомия выполнялась лишь в случаях нестандартной анатомической ситуации.

Билиарное эндопротезирование было проведено у 103 больных. Важно отметить, что 12 больным из этой группы было выполнено предварительное назобилиарное дренирование в качестве первого этапа лечения. Показанием к назобилиарному дренированию служило наличие гнойного холангита, требующего активной санации желчных протоков. После купирования явлений холангита этим пациентам на втором этапе выполнялась установка внутреннего билиарного стента. При выборе типа стента учитывались ожидаемая продолжительность жизни пациента, его физикальный статус, распространенность опухолевого процесса.

Анализ эффективности эндоскопического дренирования в зависимости от уровня билиарной обструкции выявил определенные закономерности. Частота успешного эндоскопического дренирования при дистальном блоке, к которому относились опухоли головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка и дистального отдела общего желчного протока, составила 72,4%. Относительно невысокий процент успеха

был обусловлен выраженной опухолевой инфильтрацией большого дуоденального сосочка, деформацией двенадцатиперстной кишки вследствие опухолевого процесса.

Частота успешного эндоскопического дренирования при проксимальном блоке, включавшем локализацию опухоли в общем печеночном протоке, в области ворот печени, желчном пузыре с компрессией печеночных протоков, а также метастатическом поражении лимфатических узлов гепатодуоденальной связки, составила 76,8%. Несколько более высокая эффективность при проксимальной локализации обструкции объясняется меньшей частотой сопутствующей дуоденальной непроходимости.

Детальный анализ неудачных попыток ретроградного эндоскопического дренирования позволил выделить наиболее сложные анатомические ситуации. Локализация опухолевой стриктуры непосредственно в области конfluence правого и левого печеночных протоков оказалась наиболее проблемной: эффективность метода составила лишь 40%. Это объясняется техническими сложностями проведения стента в отдельные протоки, необходимостью установки множественных стентов для адекватной декомпрессии обеих долей печени.

Другой крайне сложной ситуацией является локализация стриктуры в терминальном отделе общего желчного протока в сочетании с выраженным дуоденальным стенозом, при которой эффективность ретроградного дренирования не превышала 22,7%. В подобных анатомических ситуациях целесообразно рассмотреть вопрос о применении комбинированных антеретроградных вмешательств либо о выполнении изолированного антеградного дренирования.

**Таблица 1.** Эффективность дренирования в зависимости от уровня блока

Локализация опухоли и уровень блока	Число больных	Успешное дренирование	Эффективность (%)
Дистальный блок (головка ПЖ, БДС, ОЖП)	107	78	72,4
Проксимальный блок (ОПП, желчный пузырь, метастазы)	42	32	76,8
Блок в области конfluence	15	6	40,0
Дистальный блок + дуоденальный стеноз	22	5	22,7

*Примечание: ПЖ – поджелудочная железа, БДС – большой дуоденальный сосочек, ОЖП – общий желчный проток, ОПП – общий печеночный проток.*

**Таблица 2.** Сравнительная характеристика различных методов дренирования

Метод дренирования	Число больных	Технический успех (%)	Осложнения (%)	Летальность (%)
Антеградное дренирование	54	94,4	11,1	5,5
Ретроградное эндоскопическое дренирование	110	83,0	15,5	11,8
Паллиативные хирургические операции	17	100,0	29,4	17,6

Проведенное исследование позволило выполнить сравнительную оценку трех основных подходов к паллиативному лечению больных с механической желтухой опухолевого генеза: антеградного чрескожного чреспеченочного дренирования, ретроградного эндоскопического дренирования и паллиативного хирургического лечения с наложением билиодигестивных анастомозов. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки, определенные показания и ограничения.

Антеградное дренирование характеризуется высокой технической эффективностью, особенно при проксимальной локализации блока, возможностью выполнения у больных с нарушением проходимости двенадцатиперстной кишки, контролируемостью процесса под рентгеноскопией и ультразвуковым контролем. Ретроградное эндоскопическое дренирование обеспечивает формирование внутреннего билиодигестивного сообщения без наружных дренажей, что значительно улучшает качество жизни пациентов.

Важнейшим критерием оценки безопасности различных методов дренирования является частота развития послеоперационных осложнений и показатель периоперационной летальности. Паллиативное хирургическое лечение с наложением билиодигестивных анастомозов характеризовалось наибольшей хирургической агрессией. У больных, которым выполнялись открытые хирургические вмешательства, частота послеоперационных осложнений составила 29,4%, а летальность достигла 17,6%.

Структура осложнений при хирургическом лечении включала несостоятельность билиодигестивных анастомозов, внутрибрюшные абсцессы, острый панкреатит, раневую инфекцию, тромбоэмболические осложнения. Высокая летальность была обусловлена тяжестью исходного состояния больных, наличием выраженной печеночной недостаточности, пожилым возрастом пациентов и множественной сопутствующей патологией.

Миниинвазивное антеградное дренирование характеризовалось существенно более низкими показателями осложнений и летальности: частота послеоперационных осложнений составила 11,1%, а летальность 5,5%. Основными осложнениями антеградного дренирования были кровотечение из ложа пункционного канала, желчный перитонит, гемобилия, холангит.

Ретроградное эндоскопическое дренирование занимало промежуточное положение по частоте осложнений и летальности: осложнения развились у 15,5% больных, летальность составила 11,8%. Наиболее частыми осложнениями ретроградного дренирования были острый панкреатит, дуоденальное кровотечение, ретродуоденальная перфорация, холангит.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о преимуществах миниинвазивных технологий перед открытым хирургическим лечением в плане безопасности и позволяют рекомендовать их в качестве методов выбора для паллиативного лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза.

Многообразие существующих конструкций билиарных стентов, наличие различных модификаций пластиковых и металлических стентов, возможность их сочетанного применения требуют строго дифференцированного подхода к выбору оптимального варианта в каждой конкретной клинической ситуации. Основным критерием выбора между пластиковыми и саморасширяющимися металлическими стентами является ожидаемая продолжительность жизни пациента.

При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 месяцев у больных с неоперабельными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны следует отдавать предпочтение миниинвазивным технологиям с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков при помощи пластиковых стентов. Данная рекомендация основывается на следующих соображениях: пластиковые стенты существенно дешевле металлических; средняя продолжительность функционирования пластиковых стентов составляет 3-4 месяца; при обтурации пластикового стента имеется возможность его замены на новый в амбулаторных условиях.

При ожидаемой продолжительности жизни более 6 месяцев у больных с неоперабельными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны следует отдавать предпочтение миниинвазивным технологиям с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков при помощи саморасширяющихся металлических стентов либо паллиативному хирургическому лечению с наложением билиодигестивных соустьев. Саморасширяющиеся металлические стенты обладают рядом существенных преимуществ: больший диаметр просвета обеспечивает лучший отток желчи; сетчатая структура позволяет оттоку желчи из боковых ветвей; продолжительность функционирования металлических стентов в среднем составляет 8-12 месяцев.

Проведенное исследование позволило выявить наиболее значимые прогностические факторы, определяющие продолжительность жизни неоперабельных больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Многофакторный анализ показал, что двумя важнейшими независимыми прогностическими факторами являются размер первичной опухоли и степень физикального статуса пациента по классификации ASA.

**Таблица 3. Прогностические факторы продолжительности жизни**

Прогностический фактор	Медиана продолжительности жизни (месяцы)	p-value
Размер опухоли <45 мм	9,7	<0,001
Размер опухоли ≥45 мм	4,2	
Физикальный статус ASA 1-2	11,3	<0,001
Физикальный статус ASA 3-4	5,1	
Дистальная локализация блока	7,8	0,042
Проксимальная локализация блока	6,2	

У больных с размером опухоли более 45 миллиметров медиана продолжительности жизни составила 4,2 месяца, в то время как у пациентов с опухолями меньшего размера этот показатель достигал 9,7 месяца. Аналогичная зависимость была выявлена в отношении физикального статуса: у больных с 3-4 степенью по ASA медиана продолжительности жизни не превышала 5,1 месяца, тогда как пациенты с сохраненным физикальным статусом 1-2 степени по ASA имели медиану продолжительности жизни 11,3 месяца.

Сочетание неблагоприятных прогностических факторов, а именно размера опухоли более 45 миллиметров и физикального статуса 3-4 степени по ASA, определяло особо неблагоприятный прогноз: продолжительность жизни таких больных, как правило, не превышала 6 месяцев. Напротив, пациенты с меньшими размерами опухоли и удовлетворительным физикальным статусом имеют более благоприятный прогноз и нуждаются в применении более совершенных и долговечных методов дренирования.

На основании результатов проведенного исследования был разработан дифференциально-диагностический алгоритм выбора оптимального метода миниинвазивного дренирования желчных протоков у больных с механической желтухой опухолевого генеза. Алгоритм предполагает последовательную оценку нескольких ключевых факторов: локализации и протяженности опухолевой стриктуры, уровня билиарного блока, наличия сопутствующей дуоденальной непроходимости, физикального статуса пациента, ожидаемой продолжительности жизни, технических возможностей лечебного учреждения.

При дистальном блоке без дуоденального стеноза методом выбора является ретроградное эндоскопическое дренирование, при его неудаче показано антеградное дренирование. При проксимальном блоке на уровне ворот печени предпочтительно антеградное дренирование, возможно билобарное при вовлечении обеих долей печени.

При сочетании билиарного блока с дуоденальной непроходимостью показано либо антеградное дренирование желчных протоков с эндоскопическим стентированием двенадцатиперстной кишки, либо паллиативная хирургическая операция с наложением билиодигестивного и гастроканалопластики. Выбор типа стента опре-

деляется прогнозом: при неблагоприятном прогнозе с ожидаемой продолжительностью жизни менее 6 месяцев используются пластиковые стенты, при более благоприятном прогнозе металлические стенты или хирургическое лечение.

#### **Выводы:**

1. Наиболее сложными анатомическими условиями, препятствующими эффективному дренированию ретроградным транспапиллярным доступом, является локализация опухолевой стриктуры непосредственно у конfluence, где эффективность метода составляет лишь 40%, и в терминальном отделе общего желчного протока в сочетании с дуоденальным стенозом с эффективностью 22,7%. В этих анатомических ситуациях целесообразно рассмотреть вопрос о применении комбинированных антеретроградных вмешательств или изолированного антеградного дренирования, которые обеспечивают более высокую техническую эффективность и надежность декомпрессии билиарного тракта.

2. Многообразие существующих конструкций стентов, наличие различных модификаций пластиковых и металлических вариантов, возможность их сочетанного применения требуют строго дифференцированного подхода к выбору оптимального метода в каждой конкретной клинической ситуации. При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 месяцев у больных с неоперабельными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны следует отдавать предпочтение миниинвазивным технологиям с антеградным или ретроградным эндоскопическим дренированием желчных протоков при помощи пластиковых стентов. При ожидаемой продолжительности жизни более 6 месяцев следует отдавать предпочтение дренированию при помощи саморасширяющихся металлических стентов или паллиативному хирургическому лечению с наложением билиодигестивных соустьев.

3. Наиболее важными прогностическими факторами продолжительности жизни неоперабельных больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны являются размер первичной опухоли и степень физикального статуса по классификации ASA. У больных с опухолью более 45 миллиметров и физикальным статусом 3-4 степени по ASA продолжительность жизни, как правило, не превышает 6 месяцев, что определяет пока-

зания к использованию простых и экономичных методов дренирования. В то же время пациенты с меньшими размерами опухоли и сохраненным физикальным статусом 1-2 степени по ASA имеют более благоприятный прогноз с большей продолжительностью жизни.

4. Паллиативное хирургическое лечение с наложением билиодигестивных анастомозов характеризуется значительно большей хирургической агрессией по сравнению с миниинвазивным дренированием. Частота послеоперационных осложнений и летальности при хирургическом лечении существенно выше и составляет 29,4% и 17,6% соответственно, что значительно превышает аналогичные показатели при миниинвазивном лечении антеградным доступом (11,1% и 5,5%) и ретроградным доступом (15,5% и 11,8%). Данное обстоятельство определяет миниинвазивные технологии как методы выбора для паллиативного лечения большинства больных с механической желтухой опухолевого генеза.

#### Литература:

1. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Быков А.В. Миниинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи опухолевого генеза. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019;(4):72-78.
2. Ветшев П.С., Чилингарида К.Е., Ипатов Ю.В. Эндоскопическая хирургия в лечении механической желтухи при опухолевых поражениях панкреатодуоденальной зоны. Анналы хирургической гепатологии. 2020;25(2):94-102.
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е издание. Москва: Видар-М; 2019. 568 с.
4. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова М.Д. Сравнительная оценка различных методов декомпрессии желчных протоков при механической желтухе злокачественного генеза. Хирургия. 2021;(3):45-51.
5. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Какоткин В.В. Рак поджелудочной железы. Москва: Медпрактика-М; 2018. 386 с.
6. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
7. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности //scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.
8. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреа-

тита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов //Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.

9. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением лапароскопических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.

10. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчно-каменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогastroэнтерологических исследований.–2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.

11. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.

12. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.

#### КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Хужабаев С.Т., Урозов Н.С., Дусяяров М.М.

**Резюме.** Эндоскопическая декомпрессия желчных путей была успешно произведена у 110 из 132 пациентов (83%). Частота успешного эндоскопического дренирования при дистальном блоке составила 72,4%, при проксимальном блоке 76,8%. Билиарное эндопротезирование проведено у 103 больных. Дифференцированный подход к выбору метода дренирования должен основываться на локализации опухолевой стриктуры, ожидаемой продолжительности жизни, размере опухоли и физикальном статусе пациента. При ожидаемой продолжительности жизни менее 6 месяцев целесообразно применение пластиковых стентов, при продолжительности более 6 месяцев предпочтение следует отдавать саморасширяющимся металлическим стентам или хирургическому лечению.

**Ключевые слова:** механическая желтуха, опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, миниинвазивные технологии, билиарное дренирование, стентирование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.