



**ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧЕРЕЗ КОЖНЫЕ ЧЕРЕЗ ПЕЧЕНОЧНОЕ
НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИИ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У СТАРЧЕСКИХ ВОЗРАСТАХ**

Кадилов Шавкат Номанович

Д. М. Н. Доцент

*Кафедра общей хирургии, детской хирургии, эндохирургии,
анестезиологии-реаниматологии и детской
анестезиологии-реаниматологии факультета повышения квалификации и
переподготовки врачей АндГосМИ*

Кодиров Мухаммадсохиб Шавкатович

PhD, Кафедра общей хирургия и трансплантология АндГосМИ

Актуальность: Несмотря на причины механической желтухи развитие внутрипеченочной деструктивных изменений в печени остается. Которые связывают с нарушением циркуляции желчных кислот, токсическим действием на клеточном компоненте печени. Это связаны с застоя желчи и проникновением их в общий кровоток, что вызывает торможение тканевого дыхания, разрушение липидных мембран клеток и субклеточных структур и возникновение деструкции печеночных клеток. Людей, страдающих механической желтухой, следует относить к urgentной хирургическими патологией. Однако в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным, сопровождается большим количеством осложнений, а летальность достигает 10-34,4%, это процесс усугубляется у стариков которые имеется множество с сопутствующей патологией, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удается ликвидировать до операции.

Цель исследования Улучшит результатов лечение больных при механической желтухой различного генеза и определения алгоритма лечебной тактики у данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. При обследовании у обще 227 больных из них 101 (44,5%) пациентов выявлена ЖКБ, холедохолитиаз, у 56 (24,6%) — рак головки поджелудочной железы, у 20 (8,8%) — острый панкреатит, отечная форма, у 22 (9,6%) — ПХЭС, холедохолитиаз, у 9 (3,9%) — опухоль ворот печени, у 10 (4,4%) — доброкачественные стриктуры холедоха на фоне ЖКБ, острый калькулезный холецистит;



стриктуры холедоха на фоне ПХЭС, стриктуры билиодигестивного анастомоза, стриктуры холедоха на фоне бессимптомного холецистолитиаза и острый холангит — у 5 (2,2%); стеноз papilla Vateri, метастатическое поражение печени и камень культи желчного пузыря — у 4 (1,7%) пациентов. Женщин было 162 (71,4%), мужчин — (28,6%). Более 60% больных составили лица старше 60 лет. Для диагностики МЖ, использовали современные технологии

Результаты клинического исследования. Специфические проявления для синдрома механической желтухи — желтушность склер и кожного покрова — выявлены у 99% пациентов, потемнение мочи и ахолия кала — у 79%, боли и чувство тяжести в правом подреберье и в верхней половине живота — у 92%, у 70% выявлен диспептический синдром (тошнота, сухость или горечь во рту, изжога, отрыжка, снижение аппетита, изменение характера стула). Кожный зуд с характерными расчесами на теле наблюдался у 35% больных, а повышение температуры тела — у 13%. Диагностическая программа включала традиционное лабораторное исследование, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ), чрескожно-чреспеченочную холангиографию.

Диагностические методы позволили выявить причину обструкции желчного дерева, уровень и степень окклюзии, при опухолевом поражении — стадию процесса (отдаленные метастазы, инвазию в сосудистые структуры).

Вывод. Механическая желтуха требует уточнения причин ее развития. Комплексное обследование больного с СМЖ указанными методами позволяет произвести точную диагностику патологии, определить дифференциальную тактику лечения больных и выставить аргументированные показания к эндоскопическому и оперативному лечению больных с целью устранения причины механической желтухи и восстановлению пассажа желчи. В лечении необходимо использовать двухэтапную тактику. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция, которая может стать методом выбора оперативного вмешательства. Радикальные операции или стентирование протоков выполняют после нормализации функций печени.

Выбор способа дренирования следует основывать на локализации процесса, топографо-анатомических особенностях билиарной системы. При опухолях желчного пузыря или внепеченочных желчных протоков методом выбора является чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование под контролем УЗИ или рентгентелевидения. Эндоскопические способы показаны при патологии



головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. Холецистостомия или холангиостомия применимы в тех же ситуациях при технической невозможности эндоскопического дренирования.