

Желчные пути

DOI: 10.16931/1995-5464.2015462-67

Лечение больных механической желтухой*Айдемиров А.Н.^{1,3}, Шахназарян Н.Г.², Вафин А.З.¹, Шахназарян А.М.³*¹ *Кафедра госпитальной хирургии Ставропольского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения России; 355000, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, Российская Федерация*² *Ставропольский краевой онкологический диспансер; 355047, г. Ставрополь, ул. Октябрьская, д. 182а, Российская Федерация*³ *Ставропольская краевая клиническая больница; 355000, г. Ставрополь, ул. Семашко, д. 1, Российская Федерация***Цель.** Улучшение результатов лечения больных механической желтухой различного генеза на основе усовершенствования способа детоксикации и применения нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт.**Материал и методы.** Анализировали результаты лечения 150 больных. Проведен сравнительный анализ лечения двух групп больных механической желтухой. В контрольной группе больных применяли традиционные методы детоксикации и дренирования желчных путей лапаротомным доступом или миниинвазивными методами. В основной группе больных применяли комплексное лечение, включающее инфузионную терапию, объем которой рассчитывали по формуле в зависимости от массы тела, биохимических показателей крови и уровня билирубинемии. Билиарную декомпрессию осуществляли миниинвазивными методами с применением нового разработанного в клинике приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт.**Результаты.** Улучшение результатов лечения в основной группе достигнуто за счет внедрения нового комплекса лечебных мероприятий, проводившихся на всех этапах лечения. Частота послеоперационных осложнений в контрольной группе составила 11,8%, в основной – 7,6%. Средний срок пребывания в стационаре больных основной группы составил 11 дней, контрольной – 16.**Заключение.** Результаты подтверждают высокую эффективность усовершенствованного способа детоксикации и нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт, что позволяет рекомендовать их к более широкому применению в комплексном лечении больных механической желтухой.**Ключевые слова:** печень, желчные протоки, билирубин, механическая желтуха, инфузионная терапия, детоксикация, возврат желчи.**Current Approach to Mechanical Jaundice Management***Aidemirov A.N.^{1,3}, Shakhnazaryan N.G.², Vafin A.Z.¹, Shakhnazaryan A.M.³*¹ *Chair of Hospital Surgery of the Stavropol State Medical University of Russian Health Ministry; 310, Mira str., Stavropol, 355000, Russian Federation*² *Stavropol Regional Oncology Dispensary; 182a, Otyabrckaya str., Stavropol, 355047, Russian Federation*³ *Stavropol Regional Clinical Hospital; 1, Semashko str., Stavropol, 355000, Russian Federation***Aim.** To improve management of obstructive jaundice of various origin by improving the method of detoxification and application of the new device to return bile into the digestive tract.**Materials and Methods.** Treatment of 150 patients was analyzed. Two groups of patients with obstructive jaundice were compared. Control group consisted of traditional methods of detoxification and biliary drainage via laparotomy or minimally invasive techniques. Combined treatment including infusion therapy whose volume was calculated depending on body weight, blood biochemical parameters and level of bilirubinemia was applied in the second group. Biliary decompression was performed using minimally invasive methods and developed in the clinic new device to return bile into the digestive tract.**Results.** Improved outcomes in the main group were achieved due to introduction of new set of therapeutic activities carried out at all stages of treatment. Incidence of postoperative complications was 11.8% and 7.6% in control and main groups respectively. Average hospital-stay was 16 and 11 days in both groups respectively.**Conclusion.** The results confirm high efficiency of improved method of detoxification and new device to return bile into the digestive tract, that allows to recommend them for wider application in complex treatment of patients with obstructive jaundice.**Key words:** liver, bile ducts, bilirubin, obstructive jaundice, infusion therapy, detoxification, bile return.

● Введение

Лечение механической желтухи до настоящего времени остается одной из сложных задач хирургии [1]. Широкое распространение в лечении больных механической желтухой получила двухэтапная тактика [2, 3]. На первом этапе проводят консервативные мероприятия, направленные на устранение механической желтухи, с декомпрессией желчных протоков. На втором этапе выполняют паллиативное или радикальное хирургическое вмешательство. Подобная тактика способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений на 17%, снижению летальности — до 2,8% [4].

Ликвидация механической желтухи у больных с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) проводится комплексно [5]. Консервативное лечение больных механической желтухой включает инфузионную терапию, введение пластических веществ, борьбу с инфекцией, энтеральное питание и энтеросорбцию [6]. Существующие в отечественной и зарубежной литературе формулы расчета суточного объема инфузионной терапии обычно учитывают массу тела, показатели натрия, гемоглобина, мочевины, глюкозы в крови. Уровень билирубина крови является чувствительным маркером интоксикации при заболеваниях органов ГПДЗ, осложненных механической желтухой, однако он не принимается во внимание в существующих на сегодняшний день формулах.

Главными задачами первого этапа являются декомпрессия желчных протоков и устранение гипербилирубинемии [7, 8]. В последние годы отмечается возросший интерес к применению чрескожных чреспеченочных лечебно-диагностических манипуляций, которые выполняются под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) [9, 10]. Однако при использовании этого метода возникают потери желчи, приводящие к изменениям электролитного баланса, дегидратации, нарушению процессов эмульгирования и всасывания жиров, угнетению свертывающей, фибринолитической и калликреин-кининовой систем крови.

Цель работы — улучшение результатов лечения больных механической желтухой различного генеза на основе усовершенствования способа детоксикации и применения нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт.

● Материал и методы

Анализировали лечение 150 больных. В контрольную группу включены 85 больных механической желтухой различного генеза: у 51 (60%) больного диагностировали доброкачественные заболевания органов ГПДЗ, у 34 (40%) — злокачественные. Мужчин было 43 (50,6%), женщин — 42 (49,4%). Старше 60 лет были 55 (64,7%) пациентов. Основную группу составили 65 больных, из них у 37 (56,9%) были доброкачественные заболевания органов ГПДЗ, у 28 (43,1%) — злокачественные. Мужчин было 38 (58,5%), женщин — 27 (41,5%). При поступлении на первый этап лечения у больных контрольной группы среднее значение билирубина составило $324,2 \pm 3,4$ мкмоль/л. Степень тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину [11, 12] составляла в среднем 10,9 балла (тяжелая). В контрольной группе больных применяли традиционные методы детоксикации и дренирования желчных путей лапаротомным доступом или миниинвазивными методами. В основной группе больных применяли комплексное лечение, включающее инфузионную терапию, объем которой рассчитывали в зависимости от массы тела, биохимических показателей крови и билирубинемии. Билиарную декомпрессию выполняли миниинвазивными методами. Ряду больных применили новое, разработанное в клинике приспособление для возврата желчи в пищеварительный тракт.

Инфузионная терапия больных контрольной группы с механической желтухой заключалась во внутривенном введении жидкости в объеме 1,5–3 л/сут при поддержании диуреза 1,5–2,5 л/сут. Расчет проводили в зависимости от массы тела (20–40 мл/кг/сут). В этой группе больных при расчете суточного объема инфузионной терапии не учитывался уровень билирубина крови.

Айдемиров Артур Насирович — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СтГМУ. **Шахназарян Наталья Григорьевна** — врач-онколог Ставропольского краевого онкологического диспансера. **Вафин Альберт Закирович** — доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СтГМУ. **Шахназарян Арсен Михайлович** — врач-хирург Ставропольской краевой клинической больницы.

Для корреспонденции: Шахназарян Наталья Григорьевна — 355040, г. Ставрополь, ул. Тухачевского, д. 21/4, корп. 8, кв. 57. Тел.: 8-928-639-35-27. E-mail: aqua627@mail.ru

Aidemirov Arthur Nasirovich — Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Chair of Hospital Surgery, Stavropol State Medical University. **Shakhnazaryan Natalia Grigorievna** — Oncologist at the Stavropol Regional Oncology Dispensary. **Vafin Albert Zakirovich** — Doct. of Med. Sci., Professor of the Chair of Hospital Surgery, Stavropol State Medical University. **Shakhnazaryan Arsen Mikhailovich** — Surgeon at the Stavropol Regional Clinical Hospital.

For correspondence: Shakhnazaryan Natalia Grigorievna — Tukhachevskogo Str., flat 57, house 21/4, Stavropol, 355040, Russian Federation. Phone: +7-928-639-35-27. E-mail: aqua627@mail.ru

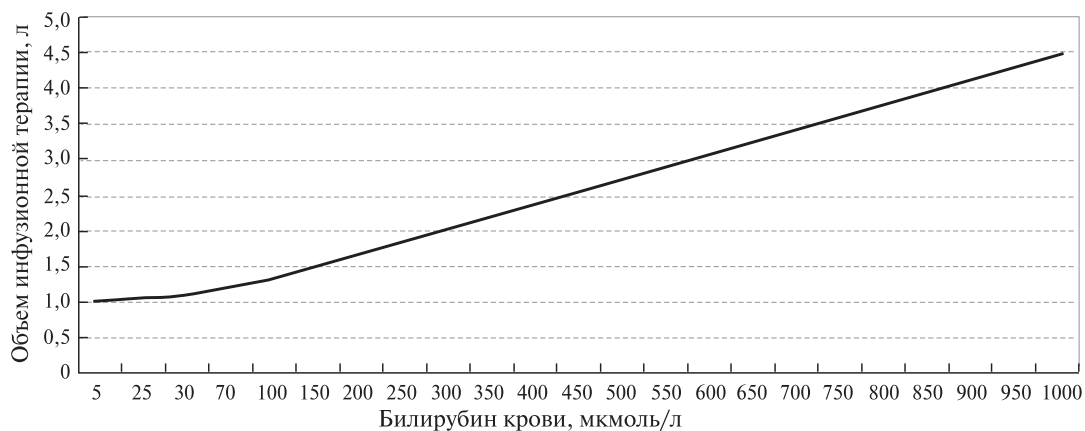


Рис. 1. Номограмма для определения суточного объема инфузионной терапии у больных механической желтухой.

Билиарная декомпрессия выполнена всем пациентам контрольной группы. В 59 (69,4%) наблюдениях выполнили чрескожную чреспеченочную декомпрессию желчевыводящих протоков под контролем УЗИ, в 26 (20,6%) – дренирование желчных путей лапаротомным доступом. После чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих путей под контролем УЗИ в 1 (1,2%) наблюдении развилось осложнение в виде распространенного желчного перитонита, что потребовало лапаротомии, санации брюшной полости и редренирования желчевыводящих путей.

Принимая во внимание высокую роль компонентов желчи в функции пищеварения, бактериальной контаминации, при выполнении билиарной декомпрессии желчь в контрольной группе возвращали в пищеварительный тракт через тонкий назоэнтеральный зонд (3,5%). Но чаще возврат желчи осуществляется перорально (96,5%), что вызывало у больных контрольной группы неприятные ощущения (86%), рвоту (23%), тошноту (41%); 59% больных отказались от приема желчи. После проведения дезинтоксикационной терапии в сочетании с декомпрессией желчевыводящих путей показатель билирубина крови уменьшился до $267,8 \pm 3,2$ мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи составила 8,8 балла (средняя).

Перед выпиской из отделения среднее значение билирубина крови было $102,4 \pm 2,8$ мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи – 7,1 балла (средняя). Продолжительность пребывания в стационаре в среднем составила 16 дней. Больные выписаны с рекомендациями продолжения приема желчи, лечения по месту жительства, возвращения на второй этап лечения при снижении уровня билирубина крови до 60–70 мкмоль/л.

В день госпитализации на первый этап лечения больных основной группы среднее значение билирубина крови составило $395,8 \pm 3,7$ мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи – 11,3 балла (тяжелая). Дренирование желчевыво-

дящих путей выполнено всем больным под контролем УЗИ. После билиарной декомпрессии среднее значение билирубина крови составило $221,2 \pm 3,1$ мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи – 7,9 балла (средняя).

В основной группе применен разработанный способ детоксикации больных механической желтухой [13], учитывающий все необходимые показатели для определения точного объема вводимых растворов на фоне восстановления пассажа желчи. Установлено, что суточный объем инфузионной терапии находится в прямой зависимости от осмолярности плазмы, билирубина крови и массы тела больного. Расчет суточного объема инфузионной терапии в контрольной группе проводился с использованием разработанной формулы:

$$V = (ОСМ + В \text{ (мкмоль/л)}) / 15000 \times m,$$

где V – суточный объем инфузионной терапии в литрах, $ОСМ$ – осмолярность плазмы крови в ммоль/л (Na , ммоль/л $\cdot 1,86$ + глюкоза, ммоль/л + мочевины, ммоль/л + 10, мосм/л); $В$ – билирубин плазмы крови в мкмоль/л; m – масса тела в кг; 15000 – число, найденное опытным путем.

Если масса тела больного составляет 70 кг, уровень натрия – 140 ммоль/л, глюкозы – 4,0 ммоль/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, то осмолярность плазмы – 279,4 мосм/л. Рассчитан суточный объем инфузионной терапии в зависимости от различных значений билирубина крови. Для осмолярности плазмы 279,4 мосм/л и массы больного 70 кг суточный объем инфузионной терапии представлен на рис. 1. Объем инфузии подлежит обязательной коррекции в процессе динамического наблюдения в зависимости от показателей крови. При снижении значений билирубина крови объем инфузионной терапии соответственно уменьшается.

С целью устранения побочных эффектов от применения желчи перорально больным основной группы применяли новое приспособление

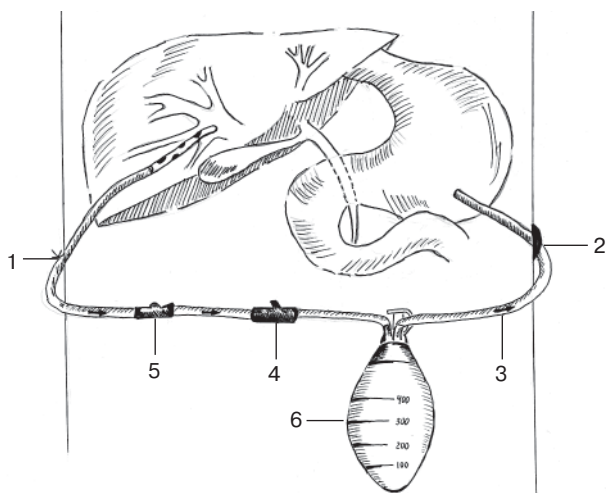


Рис. 2. Приспособление для возврата желчи в пищеварительный тракт. Объяснения в тексте.

для возврата желчи в пищеварительный тракт [14]. Приспособление (рис. 2) состоит из билиарного дренажа (1), установленного чрескожно под контролем УЗИ, и чрескожной гастростомы (2), установленной эндоскопически, они соединены между собой с помощью трубки (3), имеющей антирефлюксный клапан (4). Роликовый зажим (5) и силиконовый баллон (6) установлены последовательно между билиарным дренажом (1) и чрескожной эндоскопической гастростомой (2). Между билиарным дренажом (1) и силиконовым баллоном (6) на трубке (3) установлены роликовый зажим (5) и антирефлюксный клапан (4). Силиконовый баллон (6) установлен с возможностью входа в него трубки (3) от билиарного дренажа (1) и трубки (3) от чрескожной эндоскопической гастростомы (2). Антирефлюксный клапан (4) установлен с возможностью движения желчи по трубке (3) в одном направлении в пищеварительный тракт. Роликовый зажим (5) установлен с возможностью плавного регулирования скорости движения желчи по трубке (3) от струйного до капельного, а силиконовый баллон (6) — для накопления и дозированного возврата желчи в пищеварительный тракт во время еды.

Перед выпиской из стационара уровень билирубина крови в основной группе больных составил $88,7 \pm 2,1$ мкмоль/л, степень тяжести механической желтухи — 5,7 балла (легкая), средняя продолжительность пребывания в стационаре — 11 дней. Больным рекомендовали прибыть для проведения второго этапа лечения при снижении уровня билирубина крови до 60–70 мкмоль/л.

● Результаты и обсуждение

В контрольной группе больных механической желтухой выполняли различные виды лечения. В 39 (45,9%) наблюдениях провели консервативное лечение и дренирование желчевыводящих

путей миниинвазивным методом, в 26 (30,6%) — консервативное лечение и дренирование желчевыводящих путей лапаротомным доступом. В 20 (23,5%) наблюдениях применили двухэтапный метод лечения. На первом этапе проводили консервативное лечение и дренирование желчевыводящих путей миниинвазивным методом, на втором этапе — радикальное или паллиативное оперативное лечение.

Билиарная декомпрессия до госпитализации на второй этап лечения у больных контрольной группы продолжалась в среднем 6 нед. Панкреатодуоденальная резекция выполнена 9 (45%) больным, холецистоэнтеростомия на выключенной по Ру петле тощей кишки — 2 (10%), холедоходуоденостомия по Юрашу–Виноградову — 6 (30%), гепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки — 3 (15%). В послеоперационном периоде в 4 (4,7%) наблюдениях развились осложнения в виде диастаза краев послеоперационной раны, у 2 (2,3%) больных — нагноение раны, у 3 (3,6%) — несостоятельность холецистоэнтероанастомоза, что потребовало релапаротомии. В 1 наблюдении отмечена динамическая кишечная непроходимость, которую разрешили консервативно. Выписаны все больные в удовлетворительном состоянии со средним показателем билирубина крови $32,8 \pm 1,8$ мкмоль/л.

Все больным основной группы применяли предложенный расчет суточного объема инфузионной терапии, 15 (23,1%) пациентам применено новое приспособление для возврата желчи в пищеварительный тракт. Больные основной группы поступали на второй этап лечения в среднем через 2 нед со степенью тяжести механической желтухи 5 баллов (легкая). Панкреатодуоденальная резекция выполнена 7 (46,7%) больным, холецистоэнтеростомия на выключенной по Ру петле тощей кишки — 2 (13,3%), холедоходуоденостомия по Юрашу–Виноградову — 3 (20,0%). У 1 (1,5%) пациента в раннем послеоперационном периоде была диагностирована нижнедолевая пневмония средней степени тяжести, у 2 (3,1%) — скопления жидкости в области операционной раны, которые вели пункционно, у 1 (1,5%) — динамическая кишечная непроходимость, устраненная консервативно. Выписаны все больные в удовлетворительном состоянии со средним показателем билирубина крови $29,9 \pm 1,6$ мкмоль/л.

Улучшение результатов лечения в основной группе достигнуто за счет внедрения нового комплекса лечебных мероприятий, проводившихся на всех этапах лечения. Это позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 11,8% в контрольной группе до 7,6% — в основной.

При сравнительной оценке степени тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину установлено, что у больных основной группы она

составила 5,7 балла, что соответствует легкой степени, а у больных контрольной группы — 7,1 балла, что соответствует средней степени тяжести. По классификации тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину вероятность неблагоприятного исхода заболевания у больных контрольной группы составила 10,5%, у больных основной группы — 0.

Средний срок пребывания в стационаре больных основной группы составил 11 дней, контрольной — 16. Предоперационный койко-день в основной группе составил в среднем 1,5 дня, в контрольной — 1,9. Продолжительность пребывания в стационаре после операции больных основной группы составила 9,5 дня, контрольной — 14,1.

● Заключение

При комплексном лечении больных механической желтухой основной группы с применением усовершенствованного способа детоксикации и нового приспособления для возврата желчи в пищеварительный тракт выявлен ряд преимуществ по сравнению с больными контрольной группы. Отмечены меньшая травматичность, устранение инфицирования желчных путей, медленная и плавная декомпрессия желчных протоков, сокращение сроков госпитализации, уменьшение частоты осложнений и улучшение качества жизни пациентов. Изложенное позволяет рекомендовать методы к более широкому применению в комплексном лечении больных механической желтухой различного генеза.

● Список литературы

1. Гусев А.В., Боровков И.Н., Мартинш Ч.Т. Новые технологии при механической желтухе доброкачественного генеза. *Анналы хирургической гепатологии*. 2008; 13 (1): 72–75.
2. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 1999; 6: 18–24.
3. Руководство по хирургии желчных путей; Под ред. Гальперина Э.И., Ветшева П.С. 2-е изд. М.: Видар-М, 2009. 568 с.
4. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко А.Ю. Выбор метода путей при механической желтухе. *Анналы хирургической гепатологии*. 1997; 2: 117–122.
5. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза. *Хирургия*. 1999; 10: 24–28.
6. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Оценка состояния питания и определение потребности в нутритивной поддержке. М., 2007. 86 с.
7. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных с механической желтухой. *Анналы хирургической гепатологии*. 1996; 1: 121–131.
8. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Хирургия рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М., 2007. 448 с.

9. Rieber A., Brambs H.J. Metallic stents in malignant biliary obstruction. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 1997; 20 (1): 43–49.
10. Schreurs W.H., Juttman J.R., Stuijbergen W.N. Management of common bile duct stones. *Surg. Endosc.* 2002; 16 (1): 1068–1072.
11. Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи. *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 17 (2): 26–33.
12. Гальперин Э.И., Момунова О.Н. Классификация тяжести механической желтухи. *Хирургия*. 2014; 1: 5–9.
13. Патент №2505321 РФ, МПК 9 А 61 В 17/94. Способ детоксикации больных с механической желтухой различного генеза / Н.Г. Шахназарян, А.Н. Айдемиров, А.М. Шахназарян; заявитель и патентообладатель Н.Г. Шахназарян, А.Н. Айдемиров; заявл. 03.12.2012; опубл. 27.01.2014, бюл. №3.
14. Патент №137670 РФ, МПК 9 А 61 В 1/00, А 61 В 8/00, А 61 В 17/00, А 61 К 31/505. Приспособление для возврата желчи в пищеварительный тракт у больных с механической желтухой / Н.Г. Шахназарян, А.Н. Айдемиров, А.М. Шахназарян; заявитель и патентообладатель Н.Г. Шахназарян, А.Н. Айдемиров; заявл. 08.09.2013; опубл. 03.02.2014, бюл. №3.

● References

1. Gusev A.V., Borovkov I.N., Martinsh Ch.T. New technologies in benign obstructive jaundice. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2008; 13 (1): 72–75. (In Russian)
2. Vetshev P.S. Diagnostic approach to obstructive jaundice. *Rossiyskiy zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 1999; 6: 18–24. (In Russian)
3. *Rukovodstvo po khirurgii zhelchnykh putej* [Guidelines for biliary tract surgery] 2-e izd. Ed. Galperin E.I., Vetshev P.S. Moscow: Vidar-M., 2009. 568 p. (In Russian)
4. Shapoval'yants S.G., Tskaev A.Yu., Grushko A.Yu. The choice of ways method in obstructive jaundice. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 1997; 2: 117–122. (In Russian)
5. Galperin E.I., Akhaladze G.G. Biliary sepsis: some features of pathogenesis. *Khirurgiya*. 1999; 10: 24–28. (In Russian)
6. Pugaev A.V., Achkasov E.E. *Ocenka sostojaniya pitaniya i opredelenie potrebnosti v nutritivnoj podderzhke* [Assessment of nutritional status and determining the need for nutritional support]. Moscow, 2007. 86 p. (In Russian)
7. Ivshin V.G., Yakunin A.Yu., Makarov Yu.I. Percutaneous transhepatic diagnostic and curative interventions for obstructive jaundice. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 1996; 1: 121–131. (In Russian)
8. Patjutko Yu.I., Kotelnikov A.G. *Khirurgiya raka organov biliopankreatoduodenal'noj zony* [Surgery of biliopancreatoduodenal zone cancer] Moscow, 2007. 448 p. (In Russian)
9. Rieber A., Brambs H.J. Metallic stents in malignant biliary obstruction. *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* 1997; 20 (1): 43–49.
10. Schreurs W.H., Juttman J.R., Stuijbergen W.N. Management of common bile duct stones. *Surg. Endosc.* 2002; 16 (1): 1068–1072.
11. Galperin E.I. Classification of obstructive jaundice severity. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2012; 17 (2): 26–33. (In Russian)
12. Galperin E.I., Momunova O.N. Classification of obstructive jaundice severity. *Khirurgiya*. 2014; 1: 5–9. (In Russian)

13. Patent №2505321 RF, MPK 9 A 61 V 17/94 Method of detoxification of patients with obstructive jaundice of various origins. N.G. Shahnazarjan, A.N. Ajdemirov, A.M. Shahnazarjan; заявитель и патентообладатель N.G. Shahnazarjan, A.N. Ajdemirov; заявл. 03.12.2012; опубл. 27.01.2014, бжл. №3. (In Russian)
14. Patent №137670 RF, MPK 9 A 61V 1/00, A 61 V 8/00, A 61 V 17/00, A 61 K 31/505. A device for bile return in digestive tract in patients with obstructive jaundice. N.G. Shahnazarjan, A.N. Ajdemirov, A.M. Shahnazarjan; заявитель и патентообладатель N.G. Shahnazarjan, A.N. Ajdemirov; заявл. 08.09.2013; опубл. 03.02.2014, бжл. №3. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 15.04.2015.

Received 15 April 2015.

Комментарий к статье Айдемирова А.Н. и соавт. “Современные подходы к лечению больных механической желтухой”

Публикация отражает известные и несколько уже устаревшие подходы к лечению больных механической желтухой. Двухэтапное лечение больных механической желтухой с предварительной декомпрессией билиарного тракта и реинфузией желчи различными способами применяется на протяжении нескольких десятилетий. Авторами публикации создана очередная разновидность прибора для реинфузии желчи и предложена формула расчета суточного объема инфузии жидкости на фоне проводимой наружной декомпрессии.

С современных позиций нецелесообразно у больных с планируемыми паллиативными вмешательствами разделять лечение на два этапа. Достаточно сразу выполнять стентирование или паллиативную операцию и начинать химиотерапию. Больные, готовящиеся к радикальной операции, могут быть оперированы сразу, при достаточном оснащении и медикаментозном обеспечении при билирубинемии порядка 100 мкмоль/л. Доказано, что наружное дренирование желчных путей перед радикальной операцией увеличивает число гнойных осложнений. При необходимости декомпрессии желчных путей (билирубин >150–200 мкмоль/л) целесообразно применять современные методы стентирования.

Профессор И.М. Буриев