

УДК 616.36-002.12-072

Возможности эндоскопического билиодуоденального протезирования в лечении опухолевых и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков

С.Г. Шаповальянц¹, А.Г. Паньков², А.Г. Мыльников¹,
С.А. Будзинский², С.Ю. Орлов²

¹ ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Росздрава,

² Городская клиническая больница № 31, Москва)

Potentials of endoscopic bilioduodenal stenting in treatment of neoplastic and fibrotic strictures of extrahepatic bile ducts

S.G. Shapoval'yants, A.G. Pan'kov, A.G. Mylnikov, S.A. Budzinsky, S.Yu. Orlov

Цель исследования. Оценить эффективность эндоскопического билиодуоденального стентирования в лечении больных с опухолевой и послеоперационной рубцовой стриктурой внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы. В исследование включены 372 пациента. В 98,6% наблюдений ведущим клиническим симптомом заболевания явилась механическая желтуха. У всех больных после верификации диагноза предпринята попытка эндоскопического билиодуоденального протезирования.

Результаты. Из 42 пациентов с послеоперационной стриктурой желчных протоков у 31 (73,8%) эндоскопически удалось устранить нарушение желчеоттока. Осложнения отмечены в 7,1% случаев, летальный исход – в 2,4%. Хорошие отдаленные результаты получены в 95,6% наблюдений. Из 330 больных с опухолевой окклюзией билиарного тракта у 234 (70,9%) удалось выполнить стентирование желчного протока. Осложнения отмечены у 38 (11,5%) пациентов, летальность составила 14,1%.

Выводы. Эффективность билиодуоденального протезирования в лечении механической желтухи достигает 73,1%. При рубцовых послеоперационных стриктурах данный метод может служить альтернативой хирургической операции, а при опухолевых как средство подготовки к ней или как окончательный вариант терапии.

Ключевые слова: механическая желтуха, послеоперационная стриктура, рак органов билиопанкреатодуоденальной зоны, транспапиллярные методы лечения, билиодуоденальное протезирование.

Aim of investigation. To estimate efficacy of endoscopic bilioduodenal stenting in treatment of patients with neoplastic and postoperative scar stricture of extrahepatic bile ducts.

Materials and methods. Overall 372 patients have been included in the study. In 98,6% of the cases obstructive jaundice was the leading clinical sign of the disease. After verification of the diagnosis in all cases endoscopic bilioduodenal stenting was attempted.

Results. Of 42 patients with postoperative bile ducts stricture in 31 (73,8%) cases obstruction of bile outflow was possible to remove endoscopically. Complications have developed in 7,1% of cases, mortality was 2,4%. Good long-term results were obtained in 95,6% of cases. From 330 patients with neoplastic biliary occlusion in 234 (70,9%) stenting of bile duct was possible to execute. Complications have occurred in 38 (11,5%) of patients, mortality – was 14,1%.

Conclusions. Efficacy of bilioduodenal stenting in treatment of obstructive jaundice is up to 73,1%. At fibrotic postoperative strictures this method can be an alternative to surgery, at neoplastic strictures it can be applied for preparation for surgery or as final treatment.

Key words: obstructive jaundice, postoperative stricture, cancer of biliopancreatoduodenal organs, transpapillary methods of treatment, bilioduodenal prosthetics.

Лечение больных с *механической желтухой* (МЖ) остается актуальной проблемой хирургической гепатологии [2, 3, 11, 15]. Это связано с неуклонным ростом числа операций по поводу желчнокаменной болезни в различных ее проявлениях, а вследствие этого с увеличением послеоперационных осложнений, в том числе развитием послеоперационных стриктур желчных протоков. Кроме того, несмотря на бурное развитие онкологии, отсутствует тенденция к уменьшению количества больных со злокачественными новообразованиями периампулярной зоны, причем желтуха часто является первым признаком болезни, заставляющим обратиться за медицинской помощью, в 80–90% она свидетельствует о нерезектабельности опухоли [4, 7, 8, 13]. Радикальные операции при опухолях этой локализации в лучших специализированных клиниках выполняются лишь в 5–15% наблюдений [2, 4].

Наличие механической желтухи, чаще носящей при стриктурах и опухолях длительный характер и сопровождающейся холангитом и печеночной недостаточностью, значительно ухудшает результаты лечения данной категории больных [4, 7, 11].

Большинством хирургов в настоящее время признан этапный метод лечения этой патологии. Задачей первого этапа являются декомпрессия билиарного тракта и разрешение МЖ одним из минимально инвазивных методов: дренирование желчного пузыря под контролем ультрасонографии, чрескожно-чреспеченочная холангиостомия либо эндоскопическое ретроградное назобилиарное или дуоденобилиарное дренирование [1, 5, 7, 8, 10]. Вторым этапом, в «холодном» периоде, выполняются радикальные или паллиативные операции при злокачественных опухолях или реконструктивно-восстановительные вмешательства при стриктурах желчных протоков [2, 3, 8, 12]. Имеются отдельные публикации [15] о значительно большем количестве гнойно-септических осложнений при подобной тактике лечения, однако выводы этих авторов малоубедительны.

Накопление опыта, совершенствование материально-технической базы позволили ряду хирургических клиник использовать малоинвазивные методики декомпрессии не только в качестве подготовительного этапа, но и как окончательный вариант лечения [4, 5, 6, 9]. Поводом к этому послужили следующие обстоятельства: *во-первых*, данные методы дают возможность обеспечить адекватный внутренний желчеотток у инкурабельных онкологических больных с небольшой прогнозируемой продолжительностью жизни, делая ее максимально комфортной; *во-вторых*, при использовании хирургических способов лечения с применением прецизионной техники формирования анастомозов, различных способов каркасного дренирования в лечении

послеоперационных стриктур желчных протоков не получено ожидаемых результатов. Летальность при реконструктивно-восстановительных операциях достигает 8–40% [2, 4, 8, 12, 15], а частота рецидивов стриктур – 10–14,2% [2, 3, 15].

Впервые эндоскопическое стентирование с целью разрешения МЖ осуществлено в 1979 г. N. Soehendra из Германии у пациента с опухолью головки поджелудочной железы. Пионером аналогичного вмешательства при доброкачественной стриктуре явился немецкий исследователь D. Muller – 1982 г. Дальнейшими работами отечественных и зарубежных специалистов [1, 4–6, 9, 10] уточнены показания к выполнению таких операций, усовершенствованы методики их проведения, предложены разнообразные по форме конструкции дренажи-катетеры из специальных малоадсорбирующих материалов.

Наша клиника имеет более чем десятилетний опыт билиодуоденального протезирования при рубцовых стриктурах и опухолях желчных протоков, которым мы хотели бы поделиться в настоящей публикации.

Материал и методы исследования

В клинике госпитальной хирургии № 2 с ПНИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РГМУ на базе городской клинической больницы № 31 г. Москвы с 01.1997 г. по 01.2007 г. на лечении по поводу опухолевых и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков находились 372 пациента (195 женщин и 177 мужчин) в возрасте от 34 до 93 лет (средний – 62,9±28,9 года). Злокачественные опухоли панкреатобилиарной зоны (сюда же включены метастатические поражения гепатодуоденальной связки и ворот печени при других первичных источниках) выявлены у 330 (88,7%) больных, рубцовые послеоперационные стриктуры – у 42 (11,3%).

При опухолевых поражениях длительность заболевания до поступления пациентов составила от 5 до 45 дней. Часть больных была переведена с верифицированным диагнозом из других лечебных учреждений из-за невозможности выполнения декомпрессии билиарного тракта в условиях данного стационара. Механическая желтуха имела место во всех случаях, уровень общего билирубина находился в пределах 49–720 ммоль/л, в 47 (14,3%) наблюдениях имелась клиника гнойного холангита.

Стриктуры развились после традиционной холецистэктомии у 12 (28,6%) пациентов, после холецистэктомии с холедохолитотомией и наружного дренирования холедоха – у 18 (42,8%), после лапароскопической холецистэктомии – у 6 (14,3%), после холецистэктомии из минилапаротомного доступа и гемигепатэктомии – по 1 (по 2,4%) наблюдению и после повреждения стен-

ки дистального отдела общего желчного протока при эндоскопической экстракции крупных конкрементов — в 4 (9,5%) случаях. Ранее у 4 (9,5%) пациентов уже выполнялись хирургические вмешательства по поводу рубцовых стриктур желчных протоков: у 3 проведена холедоходуоденостомия и у одного после иссечения рубцовых тканей наложен холедохо-холедохеальный анастомоз. В первых 3 наблюдениях отмечено рубцевание области анастомоза, в последнем — рецидив стриктуры.

Клинические симптомы от момента операции появлялись в сроки от 3 нед до 15 лет: в течение первого года — у 22 (54,4%) больных, в период до 5 лет — у 12 (28,6%), до 10 лет — у 4 (9,5%), более 10 лет — у 4 (9,5%).

Наиболее частым проявлением стриктуры желчных протоков была механическая желтуха — у 37 (88,1%) пациентов, сопровождавшаяся клиникой холангита у 16 (38,1%). Кроме того, у 2 (4,8%) больных в процессе обследования выявлены холангиогенные абсцессы печени, у 3 (7,1%) течение патологического процесса осложнилось формированием наружного желчного свища, у 5 (11,9%) наблюдались постоянные умеренные боли в правом подреберье.

Диагностическая программа включала: традиционное лабораторное исследование (при подозрении на опухолевый процесс исследовались онкомаркеры СА-19-9 и раково-эмбриональный антиген), ультразвуковое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, эндоскопическую ультрасонографию, эндоскопическую *ретроградную холангиопанкреатографию* (РХПГ), чрескожно-чреспеченочную холангиографию (табл. 1).

Диагностические методы позволили выявить причину обструкции желчного дерева, уровень и степень окклюзии, при опухолевом поражении — стадию онкологического процесса (отдаленное и регионарное метастазирование, инвазию в сосудистые структуры). Причины и уровень окклюзии желчных протоков представлены в табл. 2.

Таблица 1
Методы обследования (n = 372)

Метод обследования	Частота применения, абс. число (%)
Исследование онкомаркеров	106 (28,5)
Традиционная ультрасонография	372 (100,0)
Компьютерная или магнитно-резонансная томография	130 (34,2)
Эндоскопическая ультрасонография	182 (48,9)
Эндоскопическая РХПГ	305 (82,0)
Чрескожно-чреспеченочная холангиография (при неудаче РХПГ)	61 (16,4)

При опухолевой обструкции желчевыводящих путей (330 больных) генерализация онкологического процесса диагностирована в 119 (36,1%) случаях, из них в 54 (16,4%) выявлен асцит. Кроме того, у 51 (15,5%) пациента имела обструкция двенадцатиперстной кишки с нарушением желудочной эвакуации.

Послеоперационные стриктуры (42 больных) протяженностью до 5 мм обнаружены в 10 (23,8%) случаях, от 5 до 10 мм — в 15 (35,7%), от 10 до 20 мм — в 14 (33,3%) и от 20 до 30 мм — в 3 (7,1%).

Одним из наиболее значимых показателей, определяющим прогноз лечения больных с рубцовыми стриктурами желчного дерева, являлась степень сужения его просвета в области рубцового поражения. Нитевидный ход стриктуры при ее диаметре менее 1 мм был отмечен в 25 (59,5%) наблюдениях. В 16 (38,1%) случаях зафиксировано сужение желчных путей на $\frac{2}{3}$ просвета, а в 1 (2,4%) — лишь на $\frac{1}{3}$.

Техника эндоскопического билиодуоденального протезирования практически не отличалась от таковой при доброкачественных и бластоматозных стриктурах билиарного тракта и заключалась в следующем. Осуществляли глубокую катетеризацию супрастенотических отделов желчного протока при помощи диагностического катетера со струной (как правило, результативность данного этапа является ключевым моментом). После этого по установленному проводнику-направителю стент проводили за стриктуру: проксимальная часть дренажа находилась выше стриктуры не менее чем на 1 см, а дистальная часть эндопротеза с крылом-фиксатором выступала в кишку на 1–1,5 см.

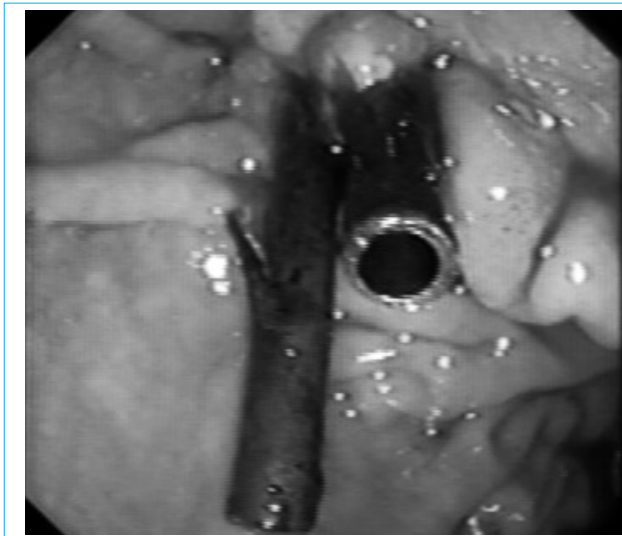
Среди основных недостатков билиодуоденального протезирования в отдаленном периоде следует выделить рецидивы МЖ и иногда холангита, вызванные окклюзией стента. Это характерно для любых марок билиарных стентов и не зависит от способа их установки. Средний срок функционирования протезов диаметром 10–12 French (3–4 мм), по данным разных авторов, колеблется от 4 до 6 мес. Даже максимальный диаметр билиодуоденального дренажа, который имеет место при установке металлического саморасширяющегося протеза, не гарантирует от возможной обструкции последнего. Средний срок функционирования металлического стента составляет примерно 1 год.

При этапном лечении рубцовых послеоперационных сужений желчного дерева через 3 мес после первичного стентирования проводили замену дренажа-каркаса на более широкий или на несколько (2–4) стентов (см. рисунок). Последние оставались в просвете холедоха на срок не менее 12–18 мес с их периодической санацией (1 раз в 3 мес) либо репротезированием дренажами сход-

Таблица 2

Причины и уровень окклюзии желчных протоков (n = 372)

Уровень окклюзии	Опухолевые поражения, n=330	Абс. число	Послеоперационные стриктуры, n=42	Абс. число	Всего
Проксимальный блок	Общий печеночный проток	56	Гепатикохоледох:		126 (33,9%)
	Желчный пузырь с инвазией в проток	31	тип 0	2	
	MTS-поражение ворот печени	9	тип I	14	
Дистальный блок	Головка поджелудочной железы	148	Отдел холедоха:		246 (66,1%)
	Фатеров сосок	54	супрадуоденальный	9	
	Дистальный отдел холедоха	32	ретродуоденальный	2	
			интрапанкреатический	1	



Двойное билиодуоденальное протезирование

ного диаметра с такой же периодичностью. За больными осуществлялось динамическое наблюдение и при отсутствии клинических проявлений желтухи и холангита в течение указанного выше времени протез удаляли и оценивали эффективность комплекса лечения по клиническим и рентгенологическим данным.

При опухолях панкреатобилиарной зоны тактика ведения больных после ликвидации желтухи определялась стадией онкологического процесса и степенью операционно-анестезиологического риска. Пациентам выполняли радикальные хирургические вмешательства и паллиативные операции — внутреннее желчеотведение, при компрессии двенадцатиперстной кишки формировали гастроэнтероанастомоз. В случае невозможности выполнения таких вмешательств билиодуоденальное стентирование оставалось окончательным методом лечения. При развитии обструкции дренажей, что оценивалось по кли-

нико-лабораторным данным, проводили их санацию или рестентирование.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех 42 пациентов с **послеоперационными рубцовыми стриктурами** лечебные манипуляции начинали с выполнения *эндоскопической папиллосфинктеротомии* (ЭПСТ). У 29 (69%) больных билиодуоденальные протезы выше стриктуры проведены после предварительного бужирования области окклюзии, которое в 13 (30,9%) случаях сочеталось с баллонной дилатацией.

У 9 (21,4%) пациентов эндоскопические вмешательства были ограничены бужированием стриктуры без последующего протезирования. Среди них у 2 человек при незначительном сужении, выраженной деформации протока и супрастенотическом холедохолитиазе достаточным объемом

вмешательства для нормализации желчеоттока явилось бужирование области рубцового поражения с последующим удалением конкрементов (стентирование не проводилось преднамеренно в связи с очевидным восстановлением адекватного желчеоттока). При наблюдении в отдаленном периоде (от 2 до 6 лет) желчеотделение у этих больных было не нарушено. У 7 других после ЭПСТ и бужирования стриктуры провести стент выше области окклюзии не удалось, но осуществленные манипуляции позволили устранить желтуху и холангит, что дало возможность выполнить хирургическое вмешательство (билиодигестивный анастомоз) при благоприятных условиях.

У 4 пациентов ЭПСТ явилась единственно возможной эндоскопической манипуляцией (провести инструменты для выполнения бужирования, баллонной дилатации не удалось из-за выраженности стриктуры). Троице из них пришлось накладывать билиодигестивный анастомоз на фоне МЖ и холангита, а у одной пациентки развилось тяжелое кровотечение из области папиллотомии, рецидивировавшее после эндоскопического гемостаза и приведшее на фоне желтухи и печеночно-клеточной недостаточности к смерти. Осложнения, кроме вышепредставленного, имели место еще у 2 больных: у одного — кровотечение из области папиллотомии, которое было остановлено консервативными мерами, включавшими эндоскопический гемостаз, у другого — острый отечный панкреатит. Общее число осложнений — 3 (7,1%), летальный исход — один (2,4%).

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 11 лет (в среднем 5,3 года) прослежены у 23 (74,2%) пациентов. Хорошими они определены у 22 (95,6%). У одного (4,3%) пациента результат расценен как удовлетворительный. На второй год после завершения лечения у него развилась механическая желтуха. При обследовании выявлен рецидивный холедохолитиаз над зоной деформации холедоха. Проведена эндоскопическая литэкстракция, желтуха разрешилась.

Эндоскопическое лечение продолжается у 5 (16,2%) больных в сроки от 1 до 17 мес. Выбыли из наблюдения из-за недоступности 2 (6,4%) человека.

Из 330 пациентов с **опухолевой окклюзией желчных протоков** у 234 (70,9%) удалось выполнить протезирование билиарного тракта. У 66 (28,2%) больных в связи с наличием клинико-эндоскопической картины гнойного холангита в качестве первого этапа декомпрессии и для санации желчных путей осуществлено назобилиарное дренирование. В последующем назобилиарные дренажи заменены на билиодуоденальные стенты. Для проведения стентирования в 213 случаях вначале была выполнена ЭПСТ.

ЭПСТ стремились проводить типичным способом после предварительной селективной канюля-

ции общего желчного протока, поскольку при этом наблюдалось меньшее количество осложнений. В то же время при опухолях *большого дуоденального сосочка* (БДС), наличии парапапиллярных дивертикулов, протяженных стенозов терминального отдела холедоха, после оперативных вмешательств на верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (резекция желудка по Бильрот II), а также при дуоденальной обструкции вследствие опухолевого процесса ЭПСТ выполняли атипичным способом — с помощью папиллотомов типа «pre-cut» и игольчатых папиллотомов. В ряде случаев формировали супрапапиллярную холедоходуоденостому (табл. 3).

Таблица 3
Способы выполнения ЭПСТ (n = 213)

Способ	Количество больных, абс. число (%)
Стандартная (канюляционная) ЭПСТ	167 (78,4)
Атипичная ЭПСТ	38 (17,8)
Супрапапиллярная холедоходуоденостомия	8 (3,8)
В с е г о ...	213 (100,0)

Следует отметить, что в 14 (5,9%) наблюдениях стент был установлен без предварительно выполненной ЭПСТ: в 11 — при опухоли фатерова соска непосредственно через опухолевую ткань и в 3 — при опухоли головки поджелудочной железы после баллонной дилатации БДС. Стандартное билиодуоденальное протезирование выполнено у 220 больных, у 4 из них протезы проведены через супрапапиллярную холедоходуоденостому, формируемую эндоскопическим путем. Еще у 4 больных с опухолью общего печеночного протока с переходом на бифуркацию осуществлено дренирование правого и левого долевых печеночных протоков двумя протезами (билатеральное стентирование), в 10 случаях для достижения адекватного дренирования желчных путей потребовалась одновременная установка двух протезов в гепатикохоледох (двойное протезирование).

У 96 (29,16%) пациентов попытка эндоскопического дренирования желчных путей была безуспешной. Причинами неудачи преимущественно являлись протяженная и извитая опухолевая деформация желчного протока, локализация новообразования на уровне конfluenceса, сужение вертикальной ветви двенадцатиперстной кишки за счет опухолевой инвазии, а также интрадивертикулярное расположение фатерова соска.

Осложнения после эндоскопических вмешательств при опухолевой окклюзии желчных протоков отмечены у 38 (11,5%) человек из 330 (табл. 4). Кровотечение из области папиллотомии

Таблица 4
Осложнения эндоскопических вмешательств
при опухолевых стриктурах

Вид осложнения	Количество больных
Кровотечение из области ЭПСТ	10
Острый отечный панкреатит	12
Панкреонекроз	2
Ретродуоденальная перфорация	2
Миграция стента в холедох	4
Острый холецистит	8
В с е г о ...	38

у всех 10 больных было остановлено при повторных эндоскопиях путем прицельной моноактивной электрокоагуляции или инъекционно-инфильтративным методом. Тем не менее у 3 человек оно привело к декомпенсации функции печени и летальному исходу. У 12 больных с острым отечным панкреатитом проведена успешная консервативная терапия. Оба пациента с развившимся панкреонекрозом умерли. Ретродуоденальные перфорации были диагностированы непосредственно во время вмешательства: этим больным (2) проведены лапаротомия, ушивание перфорационного отверстия, дренирование холедоха по Керру, отключение желудка с гастроэнтероанастомозом (один из них умер). Восемьмым больным с острым калькулезным холециститом выполнено дренирование желчного пузыря под контролем сонографии, трое из них умерли. У 4 пациентов произошла миграция стентов в желчный проток. Клинически в 2 случаях это проявилось рецидивом желтухи, в 2 – усугублением ее и присоединением холангита (в 2 последних наблюдениях наступил летальный исход).

Таким образом, развившиеся в 38 (11,5%) случаях осложнения явились причиной смерти у 11 (3,3%) больных.

После билиодуоденального протезирования у всех 234 пациентов желтуха имела явную тенденцию к разрешению. У 185 (79%) из этого числа эндоскопическое пособие явилось окончательным методом лечения вследствие запущенности опухолевого процесса и/или крайней степени выраженности сопутствующих заболеваний, 22 (11,9%) из них умерли от раковой интоксикации. У выживших прослежены отдаленные результаты – средний срок функционирования протезов без клинических проявлений их обтурации составил 3,5 мес (от 1 до 18 мес). При рецидиве желтухи осуществляли эндоскопическую санацию стента либо его замену в стационарных условиях. Средняя продолжительность жизни составила 7,9 мес (от 3 нед до 22 мес).

У остальных 49 больных после разрешения механической желтухи выполнены отсроченные

хирургические вмешательства: у 23 – радикальные в объеме панкреатодуоденальной резекции (19) и резекции гепатикохоледоха (4) и у 26 – паллиативные, заключающиеся в формировании билиодигестивного анастомоза, в 10 случаях дополненного гастроэнтероанастомозом с целью профилактики или лечения сопутствующего опухолевого дуоденального стеноза. Послеоперационные осложнения наблюдались у 14 (28,6%) пациентов, умерли трое (6,1%).

Среди 96 больных, у которых ликвидировать желтуху эндоскопическим путем не удалось, 63 (65,6%) были оперированы в неотложном порядке. У 2 из них выполнены радикальные вмешательства (панкреатодуоденальная резекция и резекция гепатикохоледоха) и у 61 – паллиативные (38 операций в виде билиодигестивных анастомозов, в 16 наблюдениях дополненных гастроэнтеростомией, и 23 операции, направленные на наружное желчеотведение: УЗИ-дренирование желчного пузыря – 5 и чрескожно-чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование – 18). Послеоперационные осложнения и летальные исходы в этой группе наблюдались значительно чаще, чем в предыдущей, – у 27 (42,9%) и 19 (30,2%) пациентов соответственно.

Наконец, 33 (34,4%) больным с неразрешенной эндоскопическим способом желтухой проводили лишь симптоматическую терапию в связи с предельной степенью операционно-анестезиологического риска либо вследствие отказа пациента от операции, умерли 11 (33,3%) больных. Остальные 22 пациента были выписаны на амбулаторное лечение.

Выводы

1. Эндоскопическое билиодуоденальное протезирование – надежный метод разрешения механической желтухи у больных с окклюзионными поражениями внепеченочных желчных протоков при отсутствии органических препятствий для выполнения ретроградных вмешательств. По нашим наблюдениям, эффективность этого метода лечения при данной патологии составляет 73,1%.

2. Указанные вмешательства при соблюдении техники их выполнения сопровождаются невысоким уровнем послеоперационных осложнений (10,8%) и летальных исходов (3,2%).

3. После ликвидации желтухи появляется возможность для углубленного обследования пациента и индивидуального решения вопроса о способе завершения лечения (эндопротезирование, плановое хирургическое радикальное или паллиативное вмешательство).

4. У больных с распространенными опухолевыми поражениями панкреатобилиарной зоны, сопровождающимися механической желтухой, эндоскопическое билиодуоденальное протезиро-

вание вправе являться окончательным методом лечения при невозможности выполнения хирургического вмешательства.

5. Эндоскопическое этапное билиодуоденальное протезирование при рубцовых послеоперационных структурах желчных протоков может

служить альтернативой оперативным вмешательствам. По нашим данным, у 69% больных этот вид лечения явился окончательным и позволил ликвидировать окклюзию внепеченочных желчных протоков.

Список литературы

1. *Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В., Биктагиров Ю.И.* Эндоскопическое транспапиллярное введение эндопротезов в желчные и панкреатические протоки // *Анналы НЦХ РАМН.* — 1993. — Вып. 2. — С. 55–59.
2. *Данюлов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е.* и др. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии // *Анналы хир. гепатол.* — 1997. — Т. 2. — С. 110–116.
3. *Ланкин К.В., Малярчук В.И., Иванов В.А.* и др. Основные направления в снижении риска при хирургическом лечении билиопанкреатического рака // *Тез. докл. Первого Московского международного конгресса хирургов.* — М., 1995. — С. 264–266.
4. *Маады А.С.* Обоснование применения эндоскопических способов дренирования желчных путей при злокачественных новообразованиях органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002.
5. *Хрусталева М.В.* Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи // *Анналы НЦХ РАМН.* — 1997. — Вып. 6. — С. 39–42.
6. *O'Brien S., Hatfield A.R.W., Craig P.I., Williams S.P.* A three year follow-up of self-expanding metal stents in the endoscopic palliation of longterm survivors with malignant biliary obstruction // *Gut.* — 1995. — Vol. 36. — P. 618–621.
7. *Brugge W.R., Lee M.J., Kelsey P.B.* et al. The use of EUS to diagnose malignant portal venous system invasion by pancreatic cancer // *Gastrointest. Endosc.* — 1996. — Vol. 43. — P. 561–567.
8. *Cotton P.B.* Management of malignant bile duct obstruction // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 1990. — Vol. 5 (suppl. 1). — P. 63–77.
9. *Luman W., Cull A., Palmer K.R.* Quality of life in patients stented for malignant biliary obstructions // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 1997. — Vol. 9. — P. 481–484.
10. *Matsuda Y., Shimakura Akamatsu T.* Factors affecting the patency of stents in malignant biliary obstructions disease: univariate and multivariate analysis // *Am. J. Gastroenterol.* — 1991. — Vol. 86. — P. 843–849.
11. *Sherman S., Lehman G., Earle D.* et al. Endoscopic palliation of malignant bile duct obstructions: improvement in quality of life // *Gastrointest. Endosc.* — 1997. — Vol. 45. — P. 417.
12. *Tio T.L., Sie L.N., Kallimanis G.* et al. Staging of ampullary and pancreatic carcinoma: comparison between endosonography and surgery // *Gastrointest. Endosc.* — 1996. — Vol. 44, N 6. — P. 706–713.
13. *Watanapa P., Wiliamson R.C.N.* Surgical palliation for pancreatic cancer: developments during the past two decades // *Br. J. Surg.* — 1992. — Vol. 79, N 1. — P. 8–20.
14. *Yamaguchi K., Enjoji M.* Ampullary carcinoma in patients under 50 years of ages with a poor prognosis // *J. Surg. Oncol.* — 1990. — Vol. 45. — P. 201–206.
15. *Yasuda K.* (eds.) *The handbook of endoscopic endosonography in digestive tract* // Tokyo: Blackwell Science Japan, 2000.