

А.Н. Баймаханов<sup>1</sup>, Г.А. Ахмеджанова<sup>1</sup>, А.М. Смагулов<sup>2</sup>, А.Д. Раимханов<sup>1</sup>,  
Е.Б. Абдрашев<sup>2</sup>, Т.К. Кожаметов<sup>2</sup>, А.К. Турар<sup>1</sup>

<sup>1</sup>С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

<sup>2</sup>Алматы қаласының №4 Қалалық клиникалық ауруханасы

## БИЛИАРЛЫ СТЕНТЕУДЕН КЕЙІНГІ АСҚЫНУДЫ ЕМДЕУДЕ ШАҒЫН ИНВАЗИВТІ ТӘСІЛДІ ҚОЛДАНУ (КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ)

Мақалада №4 қалалық клиникалық ауруханасында ұйқы безі басының ісігі, механикалық сарғаю, іріңді холангитпен асқынған науқасқа холедохқа ретроградты ішкі дренирлеуден кейінгі стенттің миграциясына байланысты екінші рет стент қою тәжірибесі баяндалған.

**Түйінді сөздер:** жалпы өт жолы, ұйқы безі басының ісігі, металдық стенттің миграциясы, жедел холангит, резекцияға көнбейтін ұйқы безінің ісігі.

### Кіріспе.

Онкологиялық аурулардың ішінде ұйқы безінің қатерлі ісігі 9 орын, ал асқазан-ішек жолдарының ісіктерінің арасында 3 орында тұр. Ұйқы безінің қатерлі ісігінің кездесу жиілігі жылына 100000 адамға шаққанда 8-10 жағдайда кездеседі [1,2].

Панкреатодуоденалды аймақ мүшелерінің арасында ісікжиді ұйқы безінде 63-86% аралығында кездеседі. Соның ішінде 60% жағдайда ісік ұйқы безінің басында орналасады. Әлемде ұйқы безінің ісігімен жылына 200000 жуық адамда анықталады. Соңғы жылдардың статистикалық мәліметі бойынша ұйқы безі ісігінің кездесу жиілігі қарқынды өсіп келеді, мысалыға индустриалды дамыған елдерде соңғы 50 жылда ұйқы безі ісігінің кездесу жиілігі 3 есеге артқан [3].

Ұйқы безінің қатерлі ісігі ұзақ уақыт бойы латентті жүреді, клиникалық көрінісі кеш сатыларында анықталып диагностикаланады. Ұйқы безінің қатерлі ісігімен науқастардың кеш сатысында қаралуына байланысты көпшілік жағдайда өт жолдарының обструкциясы, 12-елі ішек өтімсіздігі, метастаздар кездесіп жатады, бұл радикалды операция жасауға мүмкіншілік бермейді және операциядан кейінгі нәтиженің қанағаттанарлықсыз болуына себепкер болады [4,5].

Көпшілік жағдайда науқастар ауыр жағдайда келіп қаралады осы кезде билиарлы жүйені декомпрессиялаудың шағын инвазивті әдісін қолданған жөн. Тері-бауырлық билиарлы стенттеу (эндопротездеу) емдеудің оңтайлы тәсілі болып табылады. Билиарлы стенттеу науқастарда гепатопанкреатобилиарлы аймақтың оталанбайтын ісіктерінде және өт пассажын қалыптастыруда, өмір сапасын арттыруда сонымен қатар радикалды отаға дайындықта аса маңызды, қазіргі таңда оңтайлы әрі анағұрлым жарақаттығы аз, тиімді емдеу тәсілі.

Қазіргі кезде өт жолдарының дисталды бөлімінің ісікпен бітелуінде тиімді декомпрессиялау әдісін таңдау мәселесі толық шешімін таппаған. Кейбір авторлардың тұжырымы бойынша таңдау әдісі ретінде транспапиллярлы эндопротездеу тәсілін ұсынады, ал егерде эндоскопиялық жолмен дуоденалды емізікшеге жету мүмкін болмаса антеградты рентгенохирургиялық тәсілді қолданған жөн деп санайды. Қалай дегенмен бәрінің ойлары бір жерден шығады өт жолдарының дисталды бөлімінің механикалық өтімсіздігінде билиарлы жүйені шағын инвазивті дренирлеуші әдістері арқылы декомпрессиялау ұсынылады [6].

Билиопанкреатодуоденалды аймақтың (БПДА) қатерлі ісікпен зақымдалуы кезінде заманауи емдеу әдісіне сонымен қатар химиотерапия және сәулелі терапия кіреді. БПДА қатерлі ісігі кезіндегі ең негізгі радикалды емі олгастропанкреато-дуоденалды резекция (ГПДР), бірақ резектабельділік 30% аспайды. ГПДР операциясын жасау қаншалықты орынды екенін талқылау мәселесі жалғасуда әсіресе ісіктің жоғарғы шажырқай артериясына инвазиясы анықталған кезде. ГПДР операциясынан кейінгі өлім себебі 3-10% құрайды, соның ішінде негізгі өлім себептеріне операциядан кейінгі дамиды панкреатит, панкреатикодигестивті анастомоздардың сөгілуі жатады [7]. Нақты диагностикалық, клиничко-лабораторлы, инструменталды зерттеу әдістері критерилерінің болмауы, қатерлі ісіктің кеш сатысында анықталуы, дренирлеуші және хирургиялық әдістердің тиімділігінің нақты анықталмауы БПДА ісігі бар науқастарды диагностикалау және хирургиялық емдеу әлі шешімін нақты таппаған мәселе.

Қазіргі күнде билиарлы трактының декомпрессиясын жасау мақсатында пластикалық стенттерді ауқымды пайдаланады, бірақ олардың қызмет ету қабілеті 346 тәулікті құрайды. Егер де ұзақ мерзімдік яғни өмір бойы (әсіресе онкопатологиямен зардап шегетін науқастарда) ішінен дренирлеу ХХ ғасырдың 80-жылдарда ұсынған өздігінен жайылатын металдық стентті орнатумен қамтамасыз етіледі [8,9,10]. Осы стенттердің басты айырмашылығы диаметрі үлкен жалпы өт жолының диаметрімен теңгеріледі 24–30F. Қапталмаған металдық стенттер жайылған кезде түбегейлі жалпы өт жолына жанасып, беткейдің өтпен қарым-қатынас жасауын және өт тұздарының стент тесігіне инкрустациялану көрсеткішін азайтады [11,12,13]. Өздігінен жайылатын стенттердің жоғарыда айтылған ерекшеліктері ерте және кеш операциялық кезеңде дренирлеуде жақсы нәтижелер көрсетеді. Эндобилиарлы стенттеумен айналысатын мамандар отаға көрсеткіштері сай келмейтін билиарлы обструкциясы бар науқастарды өздігінен жайылатын стенттермен стенттеу оңтайлы шешім деп санайды.

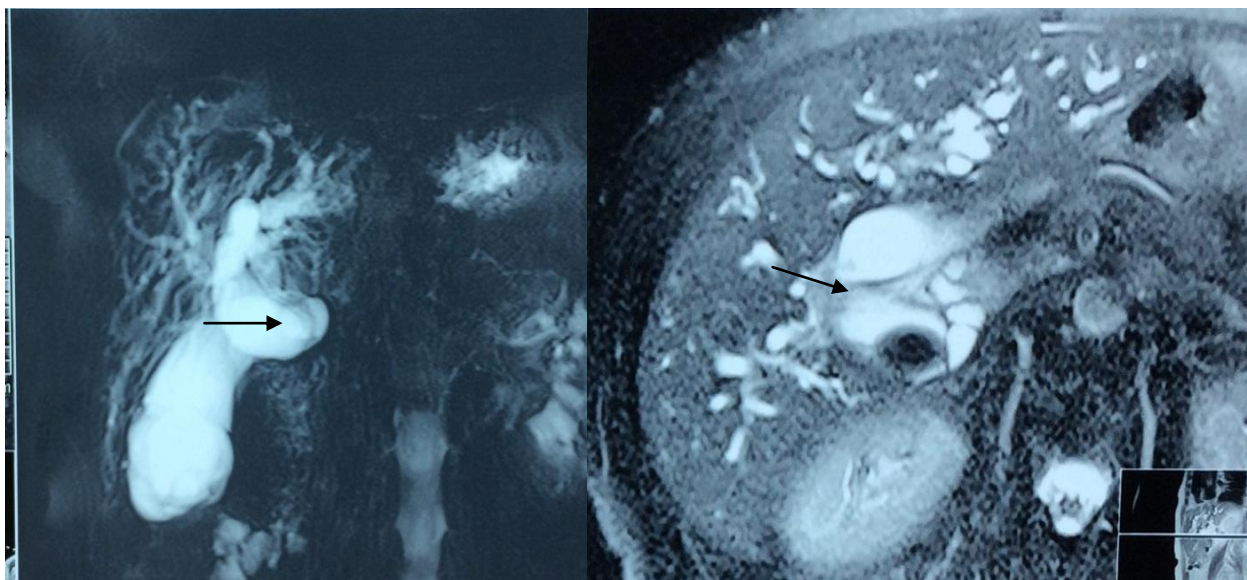
Жоғарыда баяндалған мәселелерді ескере бізде өз тәжірибемізде механикалық сарғаю және іріңді холангитпен асқынған ұйқы безі басының қатерлі ісігі бар науқасқа дисталды өт жолына қойылған стент миграциясынан кейінгі рестенттеу тәжірибесімен бөлісеміз.

Науқас Н., 75 жаста (сырхатнама №8797, №8920) клиникалық диагнозы: Ұйқы безі басының қатерлі ісігі, механикалық сарғаю, іріңді холангит. Қосалқы сырқаты: ОТА. Созылмалы калькулезді холецистит, эрозивті-геморрагиялық антралды гастрит диагнозымен стационарға шұғыл түрде жатқызылды. Емдеу және диагностикалық хаттама бойынша зерттеулерден өткеннен кейін, науқасқа ретроградты стент орнатылып жағайы

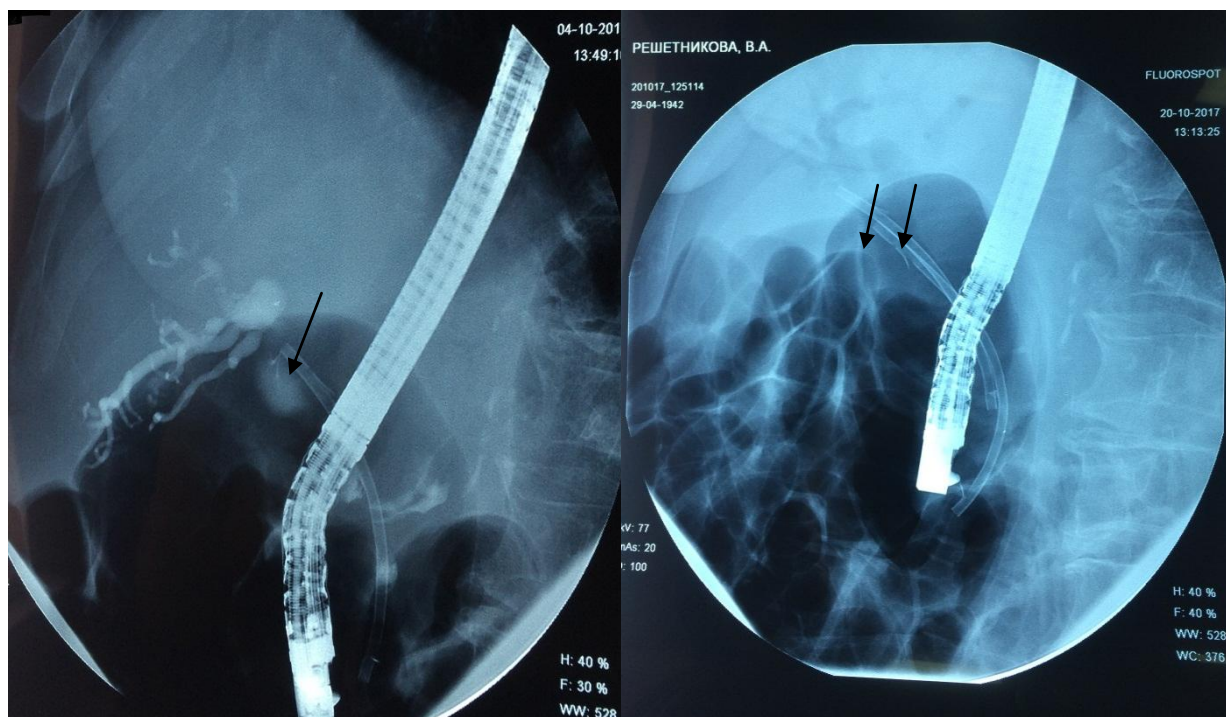
біршама жақсарғаннан соң амбулаториялық емге стационардан шығарыды. Бірақ, екі аптадан соң науқас оң жақ қабырға доғасының астындағы, эпигастрия аймағындағы ауру сезіміне, лоқсу, құсу, әлсіздікке, тері жабындысының сарғаюына шағымданып стационарға қайта келді. Қарап тексергенде жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Дене бітімі нормостеникалық, қалпы пассивті. Көзге көрінетін шырышты және тері жабындысы сарғыш түсте. Дене қызуы 39-40<sup>0</sup>С дейін жоғарылаған. Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Сүйек-буындық жүйесі өзгеріссіз. Ауыз қуысы таза, қабыну белгісі жоқ. Тілі құрғақ, жабындымен қапталған. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырыл жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, ритмі дұрыс. АҚ 120/80 мм с.б. РS 94 ТАЖ 18 рет. Бауыры қабырға доғасының жиегінде. Екі жақты ұрғылау симптомы теріс. Несеп шығаруы еркін, ауру сезімсіз. Үлкен дәреті түссіз. Жергілікті қарағанда: іші ұлғаймаған, симметриялы. Пальпацияда жұмсақ, оң жақ қабырға доғасында, эпигастрияда ауру сезімі анықталады. Кер, Мерфи, Ортнер симптомдары оң. Щеткин-Блюмберг симптомы теріс. Ішек перистальтикасы естіледі. Per rectum: перианальді аймақ өзгеріссіз. Сфинктер тонусы сақталған. Саусақтың ең биіктеген ұшында шырышты қабаты өзгеріссіз, қабырғасының түсуі жоқ. Түскен кездегі зертханалық талдамаларының нәтижесі: ЖҚА 02.10.17 НВ 129 г/л WBC 4,4 НТС 34,0 PLT 261 RBC 3,47 ЭТЖ 40 мм/сағ. Биохимиялық талдау 02.10.17: Жалпы нәруыз 66,1 г/л, мочевина - 3,52 ммоль/л, креатинин - 27,8 мкмоль/л, АЛТ 83,79 ед/л, АСТ 50,45 ед/л, жалпы билирубин 231,19 мкмоль/л, тікелей билирубин 213,35 мкмоль/л, жалпы амилаза - 47,3 ед/л, глюкоза 8,38 мкмоль/л. Коагулограмма 02.10.2017ж Фибриноген - 4,1 г/л ПТВ - 12,2 сек, ПТИ - 97,6%. Аспаптық зерттеу әдістері: УДЗ 02.10.2017 Өт тас ауруы Жедел калькулезді холецистит. Холедоктазия. Бауыр мен ұйқы безі паренхимасының диффузды өзгерісі. Ұйқы безі басының фиброзды қатаюы.

Компьютерлі томография қорытындысында ұйқы безі басының ісігіне күдік (1,2 сурет).

Жоғарыдағы лабораторлы-аспаптық зерттеу нәтижелерін ескере отырып, науқасқа ретроградты холангиопанкреатография зерттеу қайталап тағайындалды. Зерттеу нәтижесінде стенттің миграциясы анықталды (3 сурет). Алғашқы қойылған стенттің миграциясын және науқастың жалпы жағдайын ескеріп науқасқа қосымша стент орнатылды (4 сурет).



Сурет 1,2 - Компьютерлік томографияда ұйқы безі басының ісігінің көрінісі



Сурет 3, 4 - Дистальды өт жолдарын стенттеу

Динамикада науқастың жалпы жағдайы біршама жақсарып, дене қызуы қалыпты цифрларға дейін төмендеп, сарғаю белгілері азайды. ЖҚА 25.10.17 гемоглобин-101 г/л эрит-3.34:гемокрит-32: лейкоцит-5.1: тромбоцит-359: ЭТЖ 54мм/сағ. Биохимиялық талдау 25.10.17:мочевина -2,35ммоль/л,креатинин -62.1 мкмоль/л,АЛТ 57,30 ед/л,АСТ 76,20 ед/л,жалпы билирубин 86,38 мкмоль/л, тікелей билирубин 39,80 мкмоль/л,жалпы амилаза - 45,2 ед/л,глюкоза 5,76 мкмоль/л.

Науқас 7 тәулікте тұрғылықты жері бойынша амбулаторлы ем қабылдауға ауруханадан шығарылды.

Тұжырымдай келе біріншілік орнатылған стенттің миграциясынан кейін қосымша стентті орнату аса қиыншылық тудырмайтындығына және ешқандай асқынусыз болатыны байқалды.

#### ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Гранов Д.А., Павловский А.В., Таразов П.Г. Масляная артериальная химиоэмболизация: новый способ терапии рака поджелудочной железы // Вопросы онкологии. - 2003. - №5. - С. 579-584.
- 2 Кочатков А.В. Послеоперационное стадирование и факторы прогноза при раке поджелудочной железы: Дисс. ... д-р.мед.наук - М., 2005. - 164 с.
- 3 Кубышкин В.А., Кочатков А.В., Щеголев А.И., Збровская И.Б. и др. Клиническое значение плоидности ДНК опухолевых клеток при раке поджелудочной железы // Материалы V Российского научного форума «Хирургия 2004». - М.: 2004. - С. 98-104.
- 5.Таразов П.Г. Регионарная химиотерапия при раке поджелудочной железы //Вопросы онкологии. - 2003. - Т. 49, №2. - С. 139- 143.
- 4 Chahal P., Baron T.H., Topazian M.D., et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in post-Whipple patients // Endoscopy. - 2006. - Vol.38(12). - P. 1241-1245.
- 5 Buchs N.C., Chilcott M., Poletti P.-A., Buhler L.H., Morel Ph. Vascular invasion in pancreatic cancer: imaging modalities, preoperative diagnosis and surgical management // World J Gastroenterol. - 2010. - Vol.16(7). - P. 818-831.
- 6 Jemal A. et al. Cancerstatistics // A Cancer Journal for Clinicians. - 2008. - №58(2). - P. 71-96.
- 7 Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer statistics // A Cancer Journal for Clinicians. - 2013. - №63(1). - P. 11-30.
- 8 Chen J.H. et al. Self-expandable metallic stents for malignant biliaryobstruction: efficacy on proximal and distal tumors // World J. Gastroenter. - 2006. - №12(1). - P. 119-129.
- 9 Aksungur E. et al. Percutaneous placement of metallic stents inmalignant biliary obstruction: one-stage or two-stage procedure?Pre-dilate or not? // Cardiovasc. Intervent. Radiol. - 2003. - №26(1). - P. 40-45.
- 10 Isayama H. et al. Biliary self-expandable metallic stent for unresectablemalignant distal biliary obstruction: Which is better: coveredor uncovered? // Digestive Endoscopy. - 2013. - №25(2). - P. 71-74.
- 11 ГаллигнерЮ.И., ХрусталеваМ.В., ЮсуповаХ.И. Применение саморасправляющихся металлических стентов при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны // Хирургия. - 2010. - №2. - С. 12-17.

А.Н. Баймаханов<sup>1</sup>, Г.А. Ахмеджанова<sup>1</sup>, А.М. Смагулов<sup>2</sup>, А.Д. Раимханов<sup>1</sup>, Е.Б.Абдрашев<sup>2</sup>,  
Т.К. Кожакметов<sup>2</sup>, А.К.Турар<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №4 г. Алматы

**ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯ  
ПОСЛЕ БИЛИАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ  
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

**Резюме:** В статье приведен клинический случай по поводу рестентирования после миграции стента (ретроградное внутреннее дренирование холедоха) пациенту с опухолем головки поджелудочной железы, осложненной механической желтухой, гнойным холангитом в условиях №4 городской клинической больницы.

**Ключевые слова:** общий желчный проток, опухоль головки поджелудочной железы, миграция металлического стента, острый холангит, опухоль поджелудочной железы не поддающиеся резекции.

A.N. Baymakhanov<sup>1</sup>, G.A. Akhmedzhanova<sup>1</sup>, A.M. Smagulov<sup>1</sup>, A.D. Raimkhanov<sup>1</sup>,  
E.B. Abdrashev<sup>2</sup>, T.K. Kozhakhmetov<sup>2</sup>, A.K.Turar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Asfendiyarov Kazakh National medical university,

<sup>2</sup>City Clinical Hospital № 4

**THE USE OF A MINIMALLY INVASIVE METHOD FOR TREATMENT AFTER REPOSITIONING  
AFTER BILIARY STENTING  
(CLINICAL OBEEDIENCE)**

**Resume:** The article presents a clinical case for the restorations after stent migration (retrograde internal drainage of choledochus) to a patient with a pancreatic head tumor complicated with mechanical jaundice, purulent cholangitis under conditions No. 4 of the city clinical hospital.

**Keywords:** common bile duct, pancreatic head tumor, migration of a metal stent, acute cholangitis, pancreatic tumor not resectable