

отраженные в СОПах. В течении последних трех лет ЭРХПГ проведена 333 больным механической желтухой. Мужчин было 139 (41,7%), женщин - 194 (58,3%), возраст от 32 до 87 лет. При этом пожилого и старческого возраста с тяжелым преморбидным фоном - 218 больных (65,5%). Злокачественный генез механической желтухи имел место у 76 (22,8%) больных, из них наиболее часто новообразования головки поджелудочной железы (34), доброкачественные генез – у 257 (77,3%), из них холедохолитиаз - у 139. ЭРХПГ дополнена ТПЭВ: ЭПСТ – у 170 больных (51,1%), назобилиарное дренирование – у 21 (6,3%), эндоскопическое стентирование – у 92 (27,6%), литоэкстракция из гепатикохоледоха – у 93 (27,9%), эндоскопическая баллонная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и стриктур гепатикохоледоха – у 30 (9,0%).

**Результаты.** Осложнения при проведении транспапиллярных эндоскопических вмешательств и в раннем послеоперационном периоде возникли у 27 больных (8,1%). Частота осложнений во время и после эндоскопических транспапиллярных вмешательств до внедрения СОПов (2010-2012 гг.) составила 13,0% ( $\chi^2 = 3,841$ ;  $p = 0,045$ ). Острый панкреатит имел место у 13 (3,9%) пациентов: тяжелый панкреонекроз - у 1, средней тяжести - у 2, легкий – у 10. Все пролечены консервативно. Кровотечения из разреза БСДК, имевшее место у 11 больных (3,3%), возникали при проведении манипуляции (9) или клинически проявлялось через 6 – 12 часа после эндоскопического вмешательства (2), что потребовало проведения эндогемостаза (комбинация инъекционного метода и АПК) и консервативной гемостатической терапии, которые были успешными у всех пациентов. У 3 (0,9%) больных отмечена перфорация ретродуоденальной части холедоха – диагностирована во время проведения вмешательства. У всех больных коррекция проведена эндоскопически: путем установки стента в холедох у 1 больного, назобилиарное дренирование в сочетании с дополнительным зондовым дренированием просвета ДК выполнено у 2. Эндоскопическая коррекция в сочетании с комплексной консервативной терапией была эффективной у всех пациентов.

**Заключение.** Внедрение системы хирургической безопасности, включая разработку и внедрение СОП, обеспечивает статистически значимое снижение частоты осложнений транспапиллярных эндоскопических вмешательств, их своевременную диагностику и эффективную коррекцию.

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСТДЕКОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ЭНДОБИЛИАРНОМ СТЕНТИРОВАНИИ

Дронов А.И., Насташенко И.Л.,  
Бакунец Ю.П., Бакунец П.П.

Национальный медицинский университет  
имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с blastomatозной билиарной обструкцией, осложненной явлениями печеночной недостаточности путем оптимизации тактики внутреннего транспапиллярного дренирования желчных протоков.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 83 пациента с blastomatозной билиарной обструкцией, которым в ка-

честве окончательного метода лечения выполняли эндобилиарное стентирование (ЭС) с применением саморасправляющихся металлических стентов (СРС). Возраст больных варьировал в пределах от 65 до 87 лет (в среднем 74,2 года), среди них было 47 (56,6%) мужчин и 36 (43,4%) женщин. Уровень билирубинемии у них был в пределах 247,4-647,3 мкмоль/л (в среднем 324,6 мкмоль/л). 32 (38,6%) пациента, согласно приведенным выше критериям, были отнесены к группе риска развития синдрома «быстрой декомпрессии». Согласно разработанной в клинике тактики в качестве первого этапа лечения у 19 (22,9%) из них были применены пункционные методы билиарной декомпрессии: холангиостомия – у 16 (19,3%), холецистостомия – у 3 (3,6%); в 13 (15,75) случаях предварительная разгрузка желчных протоков (ЖП) проводилась ЭС с применением пластиковых стентов (ПС). В сроки от 2-х до 5-ти (в среднем 3,2) недель после первичного вмешательства при нормализации состояния пациентов им было проведено постоянное стентирование СРС.

Еще у 11 (13,3%) пациентов, не вошедших в рассматриваемую группу риска, через 2-4 (в среднем 2,7) недели после эндобилиарного стентирования ПС и у 8 (9,6%) после пункционных дренирующих вмешательств, по результатам дообследования и признания их по различным причинам неоперабельными, также устанавливались СРС. При этом отдавали предпочтение не замене ПС на СРС, а, при наличии возможности, установке второго – металлического стента параллельно первому – пластиковому. Такой способ дренирования применен в 10 (12,0%) случаях, обеспечив отток желчи как по просвету стентов, так и через просвет между ними и стенками ЖП.

**Результаты.** При наличии показаний к установке СРС больным с blastomatозной билиарной обструкцией стентирование ЖП в два этапа было выполнено у 51 (61,4%) пациента: в 32 (38,6%) случаях это было обусловлено соблюдением избранной тактики ведения больных с высоким риском развития постдекомпрессионного синдрома, и в 19 (22,9%) – определением в результате дообследования значительной местной распространенности опухолевого поражения, наличия отдаленных метастазов и, вследствие этого, отказа от других видов оперативного лечения.

В результате применения предложенной тактики эндоскопического лечения исследуемой группы больных с blastomatозной билиарной обструкцией только в 1 (1,2%) случае имело место развитие постдекомпрессионного синдрома с летальным исходом. В 2 (2,4%) случаях развился острый холецистит вследствие блокирования стентом устья пузырного протока и в 1 (1,2%) слишком длинный стент был установлен в правый долевого проток печени, блокировал левый долевого проток, что привело к рецидиву гипербилирубинемии и развитию локального гнойного холангита, потребовавших проведения дополнительных пункционных вмешательств.

**Заключение.** Применение этапной декомпрессии желчных протоков с применением малоинвазивных технологий позволяет улучшить результаты лечения больных с blastomatозной билиарной обструкцией и должно рассматриваться как метод выбора при планировании проведения пожизненного стентирования у больных с суб- и декомпенсированными формами печеночной недостаточности.