

## ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ПРИРОДЫ, В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭРХПГ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

Бурдюков М. С., Нечипай А. М., Юричев И. Н.

Российский онкологический научный центр имени Н. Н. Блохина РАМН

Бурдюков Михаил Сергеевич  
117478, Москва, Каширское шоссе, д. 24  
Тел.: 8 (903) 686 4054  
E-mail: burdyukov@rambler.ru

### РЕЗЮМЕ

Механическая желтуха (МЖ) является жизненным показанием для проведения билиарной декомпрессии. Следствием МЖ являются нарушения показателей гомеостаза, при которых выполнение ЭРХПГ и билиарной декомпрессии может сопровождаться осложнениями, предупреждение которых должно основываться на объективном прогнозе риска их возникновения.

*Цель работы.* Оценка тяжести состояния больных с целью прогнозирования риска развития осложнений и летальных исходов в условиях механической желтухи после проведения эндоскопических ретроградных вмешательств.

*Задачи.* Анализ характера и частоты возникающих осложнений в зависимости от тяжести общего состояния больного перед выполнением эндоскопических ретроградных вмешательств.

*Методы.* Перед выполнением эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств оценивались тяжесть механической желтухи по балльной системе (по В.Д. Федорову и соавт., 2000), выявлялось наличие холангита путем оценки клинического анализа крови, характерной симптоматики, по эндоскопической визуальной картине желчи; выявлялось наличие нарушений свертывающей системы крови, основанное на анализе коагулограммы. После выполнения вмешательств проводился мониторинг, направленный на оценку эффективности, выявление осложнений, изучалась взаимосвязь развившихся осложнений с перенесенными вмешательствами, их зависимость от исходной тяжести общего состояния больных.

*Материалы.* Проведено проспективное нерандомизированное исследование, основанное на результатах обследования и лечения в 2006–2008 гг. 133 больных, которым по поводу опухолевых и неопухолевых заболеваний органов БПДЗ были выполнены 214 ЭРХПГ и ретроградных дренирующих вмешательств на ее основе.

*Результаты.* Осложнения после проведения ретроградных эндобилиарных вмешательств возникли у 13 (9,8%) из 133 больных, летальные исходы, ассоциирующиеся с выполненными вмешательствами, зарегистрированы в 6 (4,5%) случаях. Механическая желтуха расценивалась как тяжелая у 11 (85%) из 13 пациентов с развившимися в последующем осложнениями, в том числе у всех 6 (100%) в группе с летальным исходом. Предсуществующие инфекционные проявления механической желтухи присутствовали у 7 (53%) из 13 больных, в том числе у 4 (67%) из 6 — в группе наблюдений, завершившихся летальным исходом. Нарушение свертывающей системы крови были выявлены у 6 (46%) из 13 больных, в том числе у 3 (50%) — в группе наблюдений с летальным исходом.

*Заключение.* Предоперационная оценка тяжести состояния больных с механической желтухой — важный элемент клинического обследования больных, он позволяет оптимизировать выбор способа и особенности выполнения билиарной декомпрессии. Выполнение эндоскопических ретроградных вмешательств у больных с механической желтухой сопряжено с риском развития ряда тяжелых осложнений, о чем следует информировать лечащих врачей, пациентов либо их представителей.

В этой связи «Информированное согласие пациента на выполнение эндоскопического ретроградного эндобилиарного вмешательства» должно быть подписано обеими сторонами и рассматриваться в качестве неотъемлемой части общеклинической истории болезни.

**Ключевые слова:** онкология; механическая желтуха; ЭРХПГ; билиарная декомпрессия; осложнения.

## SUMMARY

Mechanical jaundice is a vital indication for performing biliary decompression. Mechanical jaundice is one of the important reasons of serious and frequent complications after ERCP. It is required to assess patient's conditions, to determinate the potential risk of biliary decomprection with the aim of prognosis possible complications.

*Aim of the investigation.* Assessment of severity patient's conditions to prognosticate risk of complications and mortality development after ERCP in the group of patients who suffered from mechanical jaundice.

*Tasks.* Preoperative analysis of complications severity and frequency after ERCP in dependence of patients' conditions.

*Methods.* Before performing ERCP severity of mechanical jaundice was assessed concerning V. D. Fedorov's scale (2000); cholangitis was detected by blood analysis, symptoms and bile investigations; coagulative disorders were revealed by blood checking. Effectiveness and complication's possibilities were controlled after each ERCP. Relations between ERCP and complications, severity of complications and patient's conditions were analyzed.

*Materials.* Prospective nonrandomized study was held, based on the investigation and treatment of 133 patients who have been performed 214 diagnostic and therapeutic ERCP.

*Results.* There were 13 (9.8%) complications of 133, of which fatal — 6 (4.5%) and there were 7 cases (6.5%) in a jaundice group. In 11 cases (85%) mechanical jaundice was severe, including 6 fatal cases (100%). Cholangitis was diagnosed in 7 (53%) of 13, including 4 (67%) of 6 in the fatal group. Coagulopathy was diagnosed in 6 (46%) of 13, including 3 (50%) in the fatal group.

*Conclusion.* Preoperative assessment of severity patient's condition is a very important element of clinical patient's study. It optimizes the choice of method and its particularities. It is necessary to inform the doctors, the patients or their representatives about possible complications. That is why the informed consent must be obligatory signed.

**Keywords:** oncology; mechanical jaundice; ERCP; bilious decompression; complications.

## ВВЕДЕНИЕ

Механическая желтуха часто осложняет течение заболевания у больных с опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны [1]. Тяжелым и нередко фатальным осложнением МЖ является печеночная недостаточность, переходящая при неустранении билиарной обструкции в печеночно-почечную и затем в полиорганную. Печеночная недостаточность, независимо от причины МЖ, протекает однотипно, ее вызывает развивающийся «цитолитический» синдром, а усугубляют опухольная интоксикация, холангит, кровотечение. Тяжесть осложнений МЖ зависит от уровня и длительности гипербилирубинемии: уровень свыше 200 мкмоль/л считается угрожающим, а 400 мкмоль/л — критическим для развития печеночной недостаточности, неблагоприятным прогностическим фактором. Поэтому констатация механической желтухи должна быть показанием для экстренной или срочной билиарной декомпрессии, способ которой зависит от технических возможностей медицинского учреждения, тяжести состояния больного и риска развития осложнений дренирующего вмешательства.

Билиарная декомпрессия должна осуществляться либо в экстренном, либо в срочном порядке с целью предупреждения прогрессирования нарушения гомеостаза, оптимизации условий проведения противоопухолевого лечения.

Основными используемыми методами декомпрессии желчных путей являются антеградный

(путем чрескожно-чреспеченочной холангио/холецистостомии [2]) или ретроградный, транспапиллярный [3; 4] как наименее травматичные, малоинвазивные. При безуспешности попыток малоинвазивной билиарной декомпрессии либо в клиниках, не обладающих технологиями малоинвазивного разрешения механической желтухи, выполняются хирургические дренирующие вмешательства [5–7]. Однако выполнение хирургических вмешательств на высоте желтухи сопряжено с высоким риском развития осложнений и высокой послеоперационной летальностью [8]. В то же время, несмотря на низкую травматичность малоинвазивных способов билиарной декомпрессии, на благоприятный исход влияет исходная тяжесть общего состояния пациента.

МЖ может сопровождаться холангитом. При приводящем к холангиовенозному и холангиолимфатическому рефлюксам повышению внутрипротокового давления до 300–450 мм вод. ст. бактерии и эндотоксины попадают в системный кровоток и вызывают эндотоксикоз. Токсемия приводит к нарушениям функции сердечно-сосудистой системы, печени, почек, центральной нервной системы, что в итоге может реализоваться в синдром полиорганной недостаточности. Наличие предсуществующего холангита определяет особенности подготовки больного к предстоящему дренирующему вмешательству, способа его выполнения,



клинического ведения больного в послеоперационном периоде.

На выбор способа билиарной декомпрессии и ее технического выполнения влияют и показатели свертывающей системы крови. Длительная желтуха приводит к нарушению всех функций печени. Одним из значимых проявлений этих нарушений является коагулопатия [9]. Относительно рано проявляется дефицит факторов свертывания крови, ассоциированный с дефицитом витамина К, недостаточное всасывание которого при ахолии является причиной кровотечений, в том числе и в отсроченном периоде после ЭПСТ. Также при длительной МЖ могут возникать гиперкоагуляционные нарушения, связанные с увеличением концентрации фибриногена, V, VIII факторов и со снижением фибринолитической активности. Своевременная коррекция этих состояний позволяет предупредить развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания в послеоперационном периоде [9; 10].

Причины и частота развития осложнений эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств многочисленны, зависят от персонального опыта эндоскописта, общего состояния больного, адекватности выбранного способа билиарной декомпрессии и др. Наиболее частыми осложнениями эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств являются панкреатит, холангит; кровотечение и ретродуоденальная перфорация двенадцатиперстной кишки [11].

При отсутствии предсуществующего холангита последний как осложнение эндоскопического вмешательства развивается в результате бактериальной контаминации желчи при контрастировании супрастенотических отделов желчных протоков в случаях, когда не удается незамедлительно устранить билиарную обструкцию и обеспечить адекватный желчеотток. Встречаемость такого осложнения — около 1% [12].

Частота возникновения острого панкреатита после ЭРХПГ варьирует, но, по данным большинства авторов, составляет в среднем 5% [13]. Причины развития панкреатита после ЭРХПГ разнообразны, из них основными принято считать тугое контрастирование панкреатических протоков с получением ацинограмм [14], грубые технические действия при выполнении диагностических исследований, приводящие к отеку тканей зоны Одди, папиллостеноз, непереносимость больным йодсодержащих контрастных веществ, молодой возраст пациентов, нарушение правил асептики при выполнении ретроградных вмешательств, неполное высвобождение протоков от контрастного вещества после завершения панкреатикографии [15]. Лечение развившегося после ЭРХПГ панкреатита может проводиться различными способами — консервативным, эндоскопическим, хирургическим, а также их сочетанием.

Кровотечение осложняет выполнение папиллосфинктеротомии в 1,5–5% случаев [16]. Кровотечение, возникающее во время папиллосфинктеротомии,

не следует относить к осложнениям, так как оно может закономерно сопровождать ЭПСТ, которая всегда должна завершаться надежным гемостазом. Истинное же кровотечение возникает в отсроченном периоде после выполнения ЭПСТ [14]. Исход отсроченных кровотечений зависит от своевременности их обнаружения, их интенсивности, оперативности и адекватности осуществляемых гемостатических мероприятий (консервативных, малоинвазивных, хирургических).

К более редким осложнениям относится ретродуоденальная перфорация (РДП), встречающаяся с частотой до 1%, на возникновение которой влияют индивидуальная регионарная анатомия папиллярной области 12-перстной кишки и техника выполнения папиллотомии. Опасность возникновения РДП заключается в том, что, во-первых, частота летальных исходов при ее возникновении может достигать 50% [17], во-вторых, из-за редкой встречаемости не выработана рациональная тактика ее устранения (известны два способа устранения осложнений РДП: оперативный и консервативный, ни один из которых не показал существенного преимущества перед другим). По данным G. Margantinis [17], оптимальной при РДП является агрессивная консервативная тактика ведения больных.

Знание причин развития, характера и тяжести возможных осложнений эндоскопических ретроградных вмешательств у больных с МЖ является важным условием их предупреждения и успешного лечения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено проспективное нерандомизированное исследование, основанное на результатах обследования и лечения 133 больных, которым были выполнены 214 вмешательств по поводу опухолевых и неопухолевых заболеваний органов БПДЗ в период 2006–2008 гг. Преобладали наблюдения опухолевых поражений (99 больных — 74%).

У 93 (70%) из 133 больных ЭРХПГ или различные дренирующие вмешательства на ее основе были выполнены на высоте желтухи (табл. 1).

Оценка обусловленной МЖ тяжести общего состояния больных осуществлялась в соответствии с методикой, предложенной В. Д. Федоровым и соавт. [18]. По трехбалльной шкале (табл. 2) оценивались: а) уровень билирубинемии; б) длительность желтухи; в) альбумин/глобулиновый индекс; г) наличие и выраженность неврологической симптоматики.

Путем суммирования баллов, полученных при оценке оговоренных параметров, уточнялась тяжесть МЖ (табл. 3).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Балльная оценка основных параметров, характеризующих МЖ у 93 больных, а также установленная у этих больных тяжесть желтухи к моменту

выполнения у них эндоскопического ретроградного вмешательства представлены в *табл. 4 и 5*.

МЖ в половине клинических наблюдений (46 больных — 49,5%) была тяжелой (9–12 баллов) с прогнозируемой летальностью 42,9%. 35 больных (37,6%) составили случаи среднетяжелой МЖ (6–8 баллов) с вероятностью летального исхода 10,5%. Риск летального исхода заболевания отсутствовал в 12 (12,9%) наблюдениях желтухи легкой степени тяжести (4–5 баллов).

Для выявления предсуществующего холангита учитывались характерные жалобы, данные анамнеза заболевания и клинико-лабораторного обследования больных. В случаях, когда холангит не манифестировался, в ходе выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства визуально оценивался характер внутрипротоковой желчи: наличие примеси гноя или фибрина давало основание расценивать наблюдение как случай гнойного или фибринозно-гнойного холангита; аспирированная внутрипротоковая желчь направлялась для бактериологического исследования.

Клинико-лабораторные свидетельства предсуществующего холангита обнаружены у 37 (27,8%) больных из 133 (*табл. 6*).

При этом:

а) Клинические симптомы и лабораторные показатели холангита наблюдались у 12 (9%) из 133 больных, в том числе у 11 (11,8%) из 93 больных с желтухой.

б) Лабораторные признаки холангита отмечены у 25 (18,8%) из 133 больных, в том числе у 24 (25,8%) из 93 больных с желтухой.

в) Изменения характера желчи, установленные в ходе ЭРХПГ, — у 46 (34,6%) из 133 больных, в том числе у 45 (48,4%) из 93 больных с желтухой. 10 (22,2%) из 45 таких наблюдений составили случаи, где отсутствовали клинические или клинико-лабораторные свидетельства предсуществующего холангита.

Принятию решения о способе и особенностях техники выполнения диагностических и лечебных эндобилиарных вмешательств предшествовало исследование состояния свертывающей системы крови у каждого больного (*табл. 7*).

Коагулопатия различного характера и выраженности была выявлена у 60 (45,1%) из 133 больных. Частота обнаружения коагулопатии оказалась достоверно выше ( $p < 0,05$ ) у больных с картиной МЖ (у 53 из 93 больных — 57% против 7 из 40 больных — 17,5% без явлений гипербилирубинемии). Отсутствие коагулопатии отмечалось чаще ( $p < 0,05$ ) у больных без явлений МЖ (82,5% против 43% случаев). Тактика эндоскопического ретроградного вмешательства у пациентов с гипокоагуляционными нарушениями исключала выполнение папиллотомии, либо в случаях невозможности канюляции протока без предварительной папиллотомии последняя выполнялась предельно тщательно и минимально травматично.

Осложнения, ассоциирующиеся с выполненными эндоскопическими ретроградными вмешательствами, отмечены в 13 (9,8%) случаях. Характер, тактика устранения и исход развившихся осложнений представлены в *табл. 8*.

Летальные исходы от всех причин имели место в 8 (6%) из 133 клинических наблюдений, произошли в разные сроки госпитального периода после выполнения эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств. В 2 случаях (летальные исходы в результате кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и в результате спонтанного разрыва печени с массивным внутрибрюшинным кровотечением) взаимосвязь между перенесенным эндоскопическим вмешательством и непосредственной причиной смерти не установлена. Таким образом, показатель летальности, связанной с осложнениями эндоскопических вмешательств, в группе анализа (6 из 133 больных) составил 4,5%.

Механическая желтуха расценивалась как тяжелая у 11 (85%) из 13 больных с развившимися после ретроградных эндоскопических вмешательств осложнениями, в том числе во всех 6 (100%) наблюдениях, завершившихся летальными исходами, ассоциирующимися с выполненными вмешательствами. Инфицированность желчевыводящих путей к моменту выполнения вмешательства была выявлена у 7 (53%) из 13 больных, в том числе в 4 (67%) из 6 случаев, завершившихся летальным исходом, гипокоагуляционные нарушения — у 6 (46%), из них у 3 (50%) с летальным исходом в группе наблюдений.

## ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Результаты анализа демонстрируют зависимость развития осложнений эндоскопических ретроградных вмешательств от тяжести состояния больных с механической желтухой: подавляющее большинство осложнений и все летальные исходы зарегистрированы в наблюдениях исходно тяжелого общего состояния и выраженных нарушений гомеостаза. Выполнение же эндоскопических дренирующих вмешательств во всех случаях предпринималось по витальным показаниям и по этой причине было неизбежным и безальтернативным.

Осложнения эндоскопических ретроградных вмешательств достаточно хорошо изучены, поэтому их возникновение можно предвидеть, предпринять меры перед и в ходе выполнения вмешательства, в раннем госпитальном периоде. Активный мониторинг больных в послеоперационном периоде поможет вовремя распознать осложнения и принять меры с целью их коррекции.

Таблица 1

ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДЕНИЙ, В КОТОРЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕТРОГРАДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА БЫЛИ ВЫПОЛНЕНЫ НА ВЫСОТЕ ЖЕЛТУХИ									
Характер и локализация патологических изменений		Количество наблюдений							
		n	%	n	%	n	%		
Злокачественные опухоли				81	87	93			
1	Злокачественные опухоли ПЖ	38	46,9						40,9
2	Mts в л/узлы ворот печени	19	23,5						20,4
3	Рак БДС	12	14,8						12,9
4	Холангиокарцинома	9	11						9,7
5	Рак желчного пузыря	2	2,5						2,1
6	Первичный рак печени	1	1,3						1,1
Всего		81	100						
Доброкачественные опухоли, неопухолевые заболевания				12	13				
1	ЖКБ, холедохолитиаз	8	66,8						8,6
2	Стриктура желчных протоков	1	8,3						1,1
3	Первичный склерозирующий холангит	1	8,3						1,1
4	Аденома БДС	1	8,3						1,1
5	Без патологии (по данным ЭРХПГ)	1	8,3						1,1
Всего		12	100						
Итого		93	–	93	100	93	100		

Таблица 2

ПРИНЦИП БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ТЯЖЕСТЬ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ (по В. Д. Федорову и соавт., 2000)				
№	Параметры	Оценка (в баллах)		
		1	2	3
1	Уровень билирубинемии (мкмоль/литр)	< 100	100 – 200	> 200
2	Длительность желтухи (нед.)	< 1	1 – 2	> 2
3	Альбумин/глобулиновый индекс	> 1,2	1,2 – 0,9	< 0,9
4	Неврологическая симптоматика (наличие и выраженность)	Нет	Вялость днем, бессонница ночью, др.	Оговорки, спутанность сознания, др.

Таблица 3

ПРИНЦИП БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ И ПРОГНОЗА ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ (по В. Д. Федорову и соавт., 2000)		
Степень тяжести МЖ (балльная оценка, прогноз исхода)	Количество баллов	Летальность (прогноз, %)
Легкая	4 – 5	0
Средняя	6 – 8	10,5
Тяжелая	9 – 12	42,9

Таблица 4

РЕЗУЛЬТАТ БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТЯЖЕСТЬ МЖ									
№	Параметры	Оценка (баллов)						Всего	
		1		2		3			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	Уровень билирубинемии	14	15,1	23	24,7	56	60,2	93	100
2	Длительность желтухи	10	10,8	52	55,9	31	33,3	93	100
3	А /Г-индекс	17	18,3	56	60,2	20	21,5	93	100
4	Неврологическая симптоматика	50	53,8	41	44,1	2	2,1	93	100

Таблица 5

РЕЗУЛЬТАТ БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МЖ И ПРОГНОЗ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ (по В. Д. Федорову и соавт., 2000)				
№	Тяжесть механической желтухи	Количество наблюдений		Прогнозируемая общая летальность (%)
		<i>n</i>	%	
1	Легкая (4 – 5 баллов)	12	12,9	0
2	Средняя (6 – 8 баллов)	35	37,6	10,5
3	Тяжелая (9 – 12 баллов)	46	49,5	42,9
Всего		93	100	53,4

Таблица 6

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НАБЛЮДЕНИЙ ПО ПРИЗНАКУ НАЛИЧИЯ ПРЕДСУЩЕСТВУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА												
Наличие МЖ	Признаки холангита											
	клинико-лабораторные				лабораторные				эндоскопические			
	да		нет		да		нет		да		нет	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
МЖ <sup>+</sup> ( <i>n</i> = 93)	11	11,8	82	88,2	24	25,8	69	74,2	45	48,4	48	51,6
МЖ <sup>-</sup> ( <i>n</i> = 40)	1	2,5	39	97,5	1	2,5	39	97,5	1	2,5	39	97,5
Всего ( <i>n</i> = 133)	12	9,0	121	91,0	25	18,8	108	81,2	46	34,6	87	65,4

Таблица 7

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ ОРГАНОВ БПДЗ							
№	Наличие механической желтухи (МЖ)	Наличие нарушений свертывающей системы крови				Всего	
		да		нет			
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	МЖ <sup>+</sup>	53	57,0	40	43,0	93	100
2	МЖ <sup>-</sup>	7	17,5	33	82,5	40	100
Всего		60	45,1	73	54,9	133	100

Таблица 8

ХАРАКТЕР, ЧАСТОТА И ИСХОДЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ						
№	Осложнение	Количество		Тактика	Исход	
		n	%		летальн.	выздор.
1	Кровотечение после ЭПСТ	1	9,8	Холангиостомия Хирургический гемостаз	1	—
2	Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода	1		—	1	—
3	Гемобилия	1		Холангиостомия Консервативное лечение	—	1
6	Прогрессирование предсуществующего холангита	4		Холангиостомия Консервативное лечение	3	1
6	Острый холангит	1		Холангиостомия Консервативное лечение	—	1
7	Деструктивный холецистит	1		Хирургическое лечение	1	—
8	Панкреатит	2		Консервативное лечение	—	2
9	Разрыв печени, в /брюшное кровотечение	1		Холангиостомия Хирургическое лечение	1	—
10	Острая печеночная недостаточность	1		Консервативное лечение	1	—
Всего		13		—	8	5

О возможных осложнениях ретроградных вмешательств и обусловленных ими рисках следует в обязательном порядке информировать лечащих врачей, пациентов либо их представителей. В этой связи информированное согласие пациента на выполнение эндоскопического ретроградного эндобилиарного вмешательства должно быть подписано обеими сторонами и рассматриваться в качестве неотъемлемой части их взаимоотношений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использованный нами в прогнозе летальности подход предназначен для оценки рисков хирургического лечения больных с механической желтухой,

проводимого без предварительной билиарной декомпрессии. Летальность в результате дренирования желчевыводящих путей эндоскопическим ретроградным способом, по нашим данным, на порядок ниже прогнозируемого подобным образом уровня. Это определяет оправданность применения малоинвазивных способов билиарной декомпрессии как в целях подготовки операбельных больных к предстоящему хирургическому лечению (снижение уровня послеоперационной летальности), так и в целях симптоматического лечения больных при нерезектабельных опухолях. В этой связи малоинвазивные способы устранения механической желтухи, в первую очередь эндоскопические ретроградные, можно рассматривать в качестве безальтернативных.

## ЛИТЕРАТУРА

- Clarke J. S., Barrett P., Fonkalsrud E. W. et al. Diagnosis of obstructive jaundice // *Western J. Med.* — 1970. — Vol. 112. — P. 44–58.
- Clark R. A., Mitchell S. E., Colley D. P. et al. Percutaneous catheter biliary decompression // *Am. J. Roentgenol.* — 1981. — Vol. 137. — P. 503–509.
- Classen M., Demling L. Endoscopische sphinkterotomie der papilla vateri und steinextraktion aus dem ductus choledochus // *Dtsch. Med. Wschr.* — 1974. — Vol. 99. — P. 496–497.
- Cotton P. B., Schmitt C. Quality of life in palliative management of malignant obstructive jaundice // *Scand. J. Gastroenterol.* — 1993. — Vol. 28, Suppl. 199. — P. 44–46.
- Andersen J. R., Sorensen S. M., Kruse A. et al. Randomized trial of endoscopic endoprosthesis versus operative bypass in malignant obstructive jaundice // *Gut.* — 1989. — Vol. 30. — P. 1132–1135.
- Cameron J. L., Broe P., Zuidema G. D. Proximal bile duct tumors: surgical management with silastic transhepatic biliary stents // *Ann. Surg.* — 1982. — Vol. 196. — P. 412–419.
- Dowsett J. F., Russell R. C. G., Hatfield A. R. W. et al. Malignant obstructive jaundice: a prospective randomized trial of surgery vs. endoscopic stenting // *Gastroenterology.* — 1989. — Vol. 96. — A128.
- Патютко Ю. И., Котельников А. Г., Долгушин Б. И. и др. Желчеотведение при механической желтухе опухолевого происхождения: Матер. IV Рос. онкологич. конф. — М., 21–23 ноября 2000.
- Ахаладзе Г. Г. Гнойный холангит (вопросы патофизиологии и лечения). «50 лекций по хирургии». — М.: Медиа Медика, 2003. — С. 215–221.
- Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г., Кузовлев Н. Ф. и др. Вопросы патогенеза, тяжести течения, клинических синдромов и дифференцированного лечения гнойного холангита // *Хирургия.* — 1997. — Т. 1. — С. 77–78.
- Cotton P. B., Lehman G., Vennes J. et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus // *Gastrointest. Endosc.* — 1991. — Vol. 37, № 3. — P. 383–393.

12. Cotton P. B., Garrow D. A., Gallagher J. et al. Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years // *Gastrointest. Endosc.* — 2009. — Vol. 70, № 1. — P. 80–88.
13. Williams E. J., Taylor S., Fairclough P. et al. Risk factors for complication following ERCP; results of a large-scale, prospective multicenter study // *Endoscopy.* — 2007. — Vol. 39. — P. 793–801.
14. Noble M. D., Romac J., Vigna S. R. et al. A pH-sensitive, neurogenic pathway mediates disease severity in a model of post-ERCP pancreatitis // *Gut.* — 2008. — Vol. 57, № 11. — P. 1566–1571.
15. Neoptolemos J. P., Carr-Lock D. L., London N. J. et al. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative management for acute pancreatitis due to gallstones // *Lancet.* — 1988. — Vol. 2. — P. 979–983.
16. Safrany L. Endoscopic treatment of biliary-tract disease // *Lancet.* — 1978. — Vol. 2. — P. 983–986.
17. Margantinis G., Sakorafas G. H., Kostopoulos P. et al. Post-ERCP/endoscopic sphincterotomy duodenal perforation is not always a surgical emergency // *Dig. Liver Dis.* — 2006. — Vol. 38, № 6. — P. 434–436.
18. Федоров В. Д., Вишневский В. А., Кубышкин В. А. и др. Хирургическое лечение рака общего печеночного протока // *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* — 2000. — № 2.

