

*Сидорович А. Р.*  
**ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА**  
*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Синило С. Б.*  
*2-я кафедра хирургических болезней*  
*Белорусский государственный университет, г. Минск*

**Актуальность.** Лечение внепеченочного синдрома холестаза (ВСХ) представляет одну из наиболее сложных проблем хирургической гепатологии. Летальность при ВСХ с механической желтухой разного генеза остается высокой и составляет 7-12% (Д. Кордзая).

**Цель:** определить показания и дать оценку результатов лечения пациентов с ВСХ.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй болезни 938 пациента с ВСХ, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП с 2010 по 2015 г.

**Результаты и их обсуждение.** Малоинвазивные методы лечения выполнены 816 пациентам. РХПГ в сочетании с папиллосфинктеротомией (ПСТ) было выполнено 359 пациентам (в 328 случаях по поводу стриктур терминального отдела холедоха, в 31 – хронического панкреатита (ХП)). РХПГ в сочетании с ПСТ и литоэкстракцией было выполнено 390 пациентам с холедохолитиазом в сочетании со стриктурами терминального отдела холедоха. Эндоскопическое стентирование желчных протоков пластиковыми и нитиноловыми стентами было выполнено 51 пациенту (в 11 случаях по поводу стриктуры интрапанкреатической части холедоха на фоне ХП, в 4 – по поводу сдавления холедоха из вне, в 15 - по поводу опухолевого процесса в головке поджелудочной железы и БДС, в 21 - по поводу опухолей протоков). Баллонная дилатация стриктуры билиодигестивного анастомоза выполнена 5 пациентам (у 3 - холедоходуоденоанастомоза (ХДА), 2 пациентам - гепатикодуоденоанастомоза (ГДА)). Рассечение стриктуры анастомоза и удаление камней из протоков произведено 8 пациентам (у 2 пациентов с ХДА, у 6- ГДА). У 3 пациентов причиной ВСХ явились полипы БДС, которые были удалены. Наблюдали 28 осложнений: кровотечение из зоны рассечения в 9, развитие абдоминальной флегмоны в 1, острый некротизирующий панкреатит в 18. Транзиторное повышение уровня амилазы в крови в течение 3-5 дней с умеренным болевым синдромом было в 304 случаях. Умерло 6 пациентов. В 4 случаях причиной смерти явился тяжелый некротизирующий панкреатит.

Реконструктивные операции на желчных протоках выполнены 122 пациентам: у 100 пациентов был сформирован ХДА (у 87 пациентов с множественным холедохолитиазом в сочетании с протяженными стриктурами терминального отдела холедоха 2-3 степени; у 13 - с постхолецистэктомическим синдромом). Бигепатикоэнтероанастомоз (БГЭА) на петле, мобилизованной по Ру, был наложен в 18 случаях: в 6 случаях после резекции кисты гепатикохоледоха, в 2 - резекции гепатикохоледоха по поводу опухоли, в 1- холецистэктомии с резекцией гепатикохоледоха по поводу рака желчного пузыря, 6 - по поводу высоких протяженных стриктур по Bismuth 3 с холангиолитиазом, 3 - по поводу синдрома Мирizzi. В одном случае на 2-ой день после лапароскопической холецистэктомии выполнен БГЭА по поводу иссечения общего желчного и печеночного протоков. В 3 случаях наложением БГЭА закончились операции по поводу уже ранее выполненных реконструктивных операций. В одном случае была стриктура холедохэнтероанастомоза, в одном - гепатикоэнтероанастомоза, с ранее выполненным стентированием и в одном - причиной для реконструктивной операции явился рецидивирующий гнойный холангит после гепатикогастроанастомоза. Этим двум пациентам были выполнены резекции, ранее наложенных анастомозов. В послеоперационном периоде у одной пациентки развились множественные абсцессы правой доли печени, и она умерла от сепсиса.

**Выводы.** Папиллосфинктеротомия является эффективным малоинвазивным и предпочтительным методом лечения синдрома внепеченочного холестаза. Наиболее частыми показаниями для выполнения билиодигестивных анастомозов являются хронический холангит с протяженными и высокими стриктурами. В функциональном плане наиболее обоснованным считаем холедоходуоденоанастомоз.