

СИНДРОМ «ШВИДКОГО РОЗВАНТАЖЕННЯ» ПРИ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ВТРУЧАННЯХ

Дронов О.І., Насташенко І.Л.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

За запропонованим методом двоетапної біліарної декомпресії проліковано 83 хворих з бластоматозною біліарною обструкцією. Синдром розвантаження спостерігали тільки в 1 (1,2%) випадку, що закінчився летально. В 2 (2,4%) випадках розвинувся гострий холецистит. Застосування етапної декомпресії ЖП із застосуванням малоінвазивних технологій дозволяє покращити результати лікування хворих з суб- та декомпенсованими стадіями печінкової недостатності та має бути методом вибору при плануванні проведення їм довічного стентування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: бластоматозна біліарна обструкція, печінкова недостатність, ендобіліарне стентування.

Появлення або прогресування наявних явищ печінкової недостатності у пацієнтів з довготривалою механічною жовтяницею після біліарної декомпресії відоме як «синдром розвантаження» (СР). Прояви синдрому характерні для хворих з високим рівнем білірубінемії внаслідок бластоматозної біліарної обструкції незалежно від способу дренування жовчних шляхів.

МЕТА РОБОТИ – покращити результати лікування хворих з бластоматозною біліарною обструкцією, ускладненою явищами печінкової недостатності шляхом оптимізації методики внутрішнього транспапілярного дренування жовчних проток.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Дослідження базується на результатах лікування 83 пацієнтів з пухлинною обструкцією жовчних проток (ЖП), яким в якості самостійного та остаточного метода лікування виконувалось ендобіліарне стентування (ЕС) із застосуванням стентів металевих, що розправляються самостійно (СМС). Відповідно до розроблених в клініці критеріїв (тривалість жовтяниці, рівень білірубінемії, печінкових ферментів, наявність ахолічної жовчі) 32(38,6%) хворих з групи дослідження були віднесені до групи ризику розвитку СР. У 19(22,9%) з них в якості першого етапу лікування були застосовані пункційні методи біліарної декомпресії під ультразвуковим контролем: холангіостомія у 16(19,3%), холецистостомія — у 3(3,6%); в 13(15,75) випадках попередня декомпресія ЖП досягалася ЕС з використанням пластикових стентів (ПС). Протягом наступних 2-х — 5-ти тижнів після первинного втручання при нормалізації стану пацієнтів їм проводилося довічне стентування СМС. При цьому віддавалась перевага не заміні ПС на СМС, а, за

можливості, другий стент — СМС встановлювали паралельно першому — ПС. Такий спосіб дренування застосований в 10 (12,%) випадках, що забезпечувало відтік жовчі не тільки по просвіту стентів але й між ними та ЖП.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При впровадженні запропонованої тактики ендоскопічного лікування в досліджуваній групі хворих розвиток СР спостерігали тільки в 1(1,2%) випадку, що закінчився летально. В 2(2,4%) випадках розвинувся гострий холецистит внаслідок блокування стентом устя міхурової протоки та в 1(1,2%) задовгий стент було встановлено в праву дільову протоку печінки, він блокував ліву протоку, що призвело до рецидиву гіпербілірубінемії та розвитку гнійного холангіту, що потребувало додаткових пункційних втручань.

ВИСНОВОК

Застосування етапної декомпресії ЖП із застосуванням малоінвазивних технологій дозволяє покращити результати лікування хворих з бластоматозною біліарною обструкцією та має бути методом вибору при плануванні проведення довічного стентування у пацієнтів з суб- та декомпенсованими стадіями печінкової недостатності.