

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.344-007.64-002-036.11-089

© М.В. Тимербулатов, А.В. Куляпин, Д.В. Лопатин, 2017

М.В. Тимербулатов¹, А.В. Куляпин², Д.В. Лопатин^{1,2}
**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
 С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
 ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

Представлен анализ опыта диагностики и лечения больных с дивертикулярной болезнью толстого кишечника в ГКБ № 21 (г. Уфа) за период с 2000 по 2016 гг. по критериям возрастного и гендерного распространений, формам осложнений и рецидивов заболевания и летальности. Обсуждаются вопросы диагностики и лечения пациентов с воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни (острый дивертикулит, паракишечный инфильтрат, перфоративный дивертикулит).

Ретроспективный анализ лечения пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, находящихся в городской клинической больнице № 21, и сравнение его результатов с ведением больных с данной патологией в других медицинских учреждениях показал общие тенденции: рост заболеваемости пациентов трудоспособного возраста; гендерные различия с преобладанием больных женского пола; преобладание острого дивертикулита среди осложнений острого воспалительного характера; снижение послеоперационной летальности; рост эффективности консервативного лечения.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, воспалительные осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки, толстая кишка.

M.V. Timerbulatov, A.V. Kulyapin, D.V. Lopatin
**A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE TREATMENT OF PATIENTS
 WITH INFLAMMATORY COMPLICATIONS
 OF DIVERTICULAR DISEASE OF THE COLON**

The paper presents the analysis of the experience of diagnosis and treatment of patients with diverticular disease of the colon in City Clinical Hospital № 21 (Ufa) over the period of 2000 to 2016, according to the criteria of age and gender distribution of forms, complications and relapses of disease and mortality. The study discusses the issues of diagnosis and treatment of patients with inflammatory complications of diverticular disease (acute diverticulitis, extracolonic infiltration, perforated diverticulitis).

Retrospective analysis of patients with diverticular disease of the colon, being treated in the City Clinical Hospital № 21 and comparison of the results with management of patients in other healthcare institutions showed some common patterns: increase in morbidity rate among people of working age, gender differences with prevalence of female patients, prevalence of acute diverticulitis among acute inflammatory complications, postoperational mortality decrease, increasing efficacy of conservative treatment.

Key words: diverticular disease of the colon, inflammatory complications of diverticular disease of the colon, the colon.

В мировой и отечественной практике накоплен большой опыт диагностики и лечения дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК). По разным источникам распространенность дивертикулеза достигает 10% среди людей относительно молодого возраста (до 40 лет) и более 60% среди лиц старше 70 лет [2-5]. Дивертикулез превалирует среди женского населения [7,8]. Несмотря на то, что дивертикулёз обычно протекает бессимптомно, его выявляемость составляет 5-30% [13,14]. Около 10-25% людей с данной патологией имеют признаки симптоматического дивертикулита в большинстве случаев неосложненной формы [7,8,16]. Такие пациенты, как правило, хорошо реагируют на консервативное лечение с назначением курса пероральных антибиотиков [3,7,8]. Вместе с тем примерно 15% больных имеют симптомы осложнений воспалительного характера (абсцесс, перфорация, свищи, кишечная непроходимость), а также толстокишечные кровотечения [3,5,8]. Развитие такого

осложнения, как образование внутрибрюшного абсцесса или перитонита, составляет 3,5-4 случая на 100 тысяч человек в год [8]. Перфорация дивертикула является четвертой причиной экстренного хирургического вмешательства после острого аппендицита, перфоративной гастродуоденальной язвы и кишечной непроходимости и третьей среди причин наложения колостом. Толстокишечные кровотечения развиваются у 3-15% пациентов [16].

При дивертикулярной болезни (ДБ) смертность в первые 30 дней составляет 4,8%. От осложнений в течение года умирают 9,8% больных [13]. Если относительная выживаемость пациентов с неосложненной формой дивертикулита на протяжении первых 100 дней составляет 97% (доверительный интервал от 95 до 99), то с образованием абсцесса – 79% (доверительный интервал от 62 до 89), гнойного перитонита – 84% (доверительный интервал от 69 до 92), калового перитонита – 44% (доверительный интервал от 10 до 74),

кишечной непроходимости – 80% (доверительный интервал от 38 до 96) [15].

Как следует из практики многолетнего наблюдения диагностика и лечение ДБ не теряют своей актуальности, а изучение накопленного опыта в оказании медицинской помощи населению с данной патологией позволяет выявить проблемные аспекты и сконцентрировать на них внимание специалистов.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ лечения пациентов с ДБТК в ГKB № 21 (г. Уфа) и сравнить полученные результаты с опытом ведения больных с данной патологией в других медицинских учреждениях.

Материал и методы

Поиск информации о пациентах, поступивших в период с 2000 по 2016 гг. в отделение колопроктологии ГKB № 21 (г. Уфа), был проведен на основании архивных материалов с клиническим кодом «дивертикулит» в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10, 1992 г.). При анализе учитывались следующие основные характеристики: возраст и пол пациента, количество предыдущих госпитализаций, связанных с ДБ и осложнениями дивертикулеза результаты клинико-диагностического и инструментального обследований, данные консервативного лечения и оперативных вмешательств.

Из историй болезней 1300 пациентов для анализа была отобрана медицинская документация только 1048 пациентов по причине недостающей информации или в связи с расхождением в постановке первичного и заключительного диагнозов. Пациенты дневного стационара или лица, получавшие лечение амбулаторно, не рассматривались.

Все больные были госпитализированы в экстренном порядке по направлениям врачей скорой медицинской помощи, амбулаторного звена или переведены из других медицинских организаций, в которых отсутствуют специализированные отделения данного профиля. Диагностика и лечебная тактика при ослож-

ненной ДБ основывались на разработанных в клинике протоколах оказания неотложной хирургической помощи.

При первичном приеме 1048 пациентов имели симптомы обострения: ДБ, боль в левой подвздошной области и внизу живота, лихорадка, лейкоцитоз. Для подтверждения диагноза использовались методы компьютерной томографии (300 пациентов), колоноскопии (912), ирригографии (748), лапароскопии или лапаротомии (202).

Число рецидивных случаев фиксировалось исходя из анамнеза пациентов с подтверждением архивными данными. В 377 случаях рецидивы были диагностированы на основе клинических признаков заболевания с использованием методов компьютерной томографии (75), колоноскопии (314), ирригографии (202), лапароскопии или лапаротомии (70).

Смертность учитывалась за 30-дневный период наблюдения. Причины летального исхода были подтверждены информацией из регистра данных и записей аутопсии.

Средний возраст пациентов составил 60 ± 12 лет (диапазон 27-91 год). По гендерному признаку преобладали женщины – 62%.

Сравнительный анализ проводился в четырех возрастных группах (до 40 лет, от 41 года до 60 лет, от 61 года до 70 лет и старше 71 года) с учетом гендерного подхода за 5-летние периоды наблюдения (2000-2005, 2006-2010, 2011-2016 гг.).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью критерия Фишера. Значения P менее 0,05 рассматривались как статистически значимые различия.

Результаты и обсуждение

Из 1048 исследованных госпитализаций 859 (82%) были экстренного и 189 (18%) планового поступления. Гендерное распределение пациентов составило 62% ($n = 650$) женщин и 38% ($n = 398$) мужчин. В табл. 1 представлены данные о распределении больных с ДБТК по возрастному критерию за пятилетние сроки наблюдения.

Таблица 1

Возраст пациентов	Распределение больных с ДБТК по возрастному критерию						Итого	
	Число пациентов по срокам наблюдения							
	2000-2005 гг.		2006-2011 гг.		2012-2016 гг.		n	%
n	%	n	%	n	%			
До 40 лет	20	5,8	23	6,5	24	6,9	67	6,5
41-60 лет	141	41,4	146	42,0	148	42,1	435	41,5
61-70 лет	111	32,7	108	30,9	111	31,3	330	31,4
Старше 70 лет	69	20,1	72	20,6	75	19,7	216	20,6
Итого...	341	100	349	100	358	100	1048	100

Из табл. 1 видно, что практически каждый второй пациент с ДБ находится в активном трудовом возрасте (до 60 лет). Отмечает-

ся тенденция роста заболеваемости до 40 лет с 5,8 (2000-2005 гг.) до 6,9% (2012-2016 гг.) ($p > 0,1$). По другим возрастным категориям забо-

леваемость ДБТК оставалась практически на одном уровне. Полученные данные согласуются с результатами аналогичного исследования, проведенного сотрудниками кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (г. Уфа) за период 1993-2012 гг.: до 40 лет – 6,8%, 41-60 лет – 42, 6%, от 61-70 лет – 30,3%, старше 70 лет – 20,1% [8, с. 192], а также с наблюдениями специалистов американской медицинской ассоциации [10,17]. Так, Hossein Masoomi за период наблюдения 2002-2007 гг. отмечает рост числа госпитализированных пациентов с ДБТК до 29,6% в возрасте младше 50 лет [17]. В сообщении D.A. Etsioni и соавт. приводятся данные о росте заболеваемости ДБ у пациентов относительно молодого возраста – от 18

до 44 лет [10]. Помимо общепринятых причин дивертикулита (погрешности в питании, малоактивный образ жизни, отягощенность вредными привычками) специалисты акцентируют внимание на генетическую предрасположенность [18], влияние нестероидных противовоспалительных препаратов и аспирина [14], комбинацию факторов возраста, диеты, особенностей анатомии и моторики ободочной кишки [14,18]. Констатируется значение таких факторов, как старение населения, распространение колоноскопического скрининга, а также улучшение методов диагностики [10,12].

Распределение пациентов по формам проявления ДБ за пятилетний период наблюдения проводилось согласно классификации Ю.А. Шельгина с соавт. [9] (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по формам проявления ДБ за пятилетние периоды наблюдения

Воспалительные осложнения ДБ	Периоды наблюдения						Всего	
	2000-2005		2006-2010		2011-2016		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Острый дивертикулит	209	68	232	65	241	63	682	65
Острый паракишечный инфильтрат	40	13	49	14	57	15	146	14
Перфоративный дивертикулит	57	19	77	21	86	22	220	21
Итого...	306	100	358	100	384	100	1048	100

Из табл. 2 видно, что среди осложненных форм ДБ преобладает острый дивертикулит (65%). Причем наблюдается незначительное снижение частоты проявления данной формы за период 2000-2016 гг. – с 68 до 63%. Выявляемость перфоративного дивертикулита и острого паракишечного инфильтрата составила соответственно 21% и 14%. Результаты проведенного анализа согласуются с общей

картиной распределения рассмотренных форм ДБ в отечественных и зарубежных публикациях. Так, по данным некоторых авторов [1,5,8], острый дивертикулит – это наиболее часто встречающееся воспалительное осложнение ДБ. В структуре клинических проявлений на его долю приходится 25-30% [8]. Результаты диагностики ДБ с учетом возраста и пола пациентов представлены в табл. 3.

Таблица 3

Распределение пациентов с диагнозом ДБ по гендерному и возрастному признакам

Форма ДБ	Средний возраст, лет	Диапазон возраста, лет	Пол				Итого	
			мужской		женский		n	%
			n	%	n	%		
Воспалительные осложнения: острый дивертикулит	58±14	33-91	195	49	374	56	569	54
острый паракишечный инфильтрат	61±12	40-88	72	18	124	20	196	19
Перфоративный дивертикулит	64±11	45-84	131	33	152	24	283	27
Итого...	60±12	33-88	398	100	650	100	1048	100

Средний возраст пациентов составил 60±12 лет (диапазон 33-88 лет). Как видно из табл. 3, такие формы проявления воспалительных осложнений ДБ, как острый дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат, преобладают среди женщин. Перфоративный дивертикулит диагностирован у каждого третьего мужчины и каждой пятой женщины.

Все пациенты, поступившие с обострением ДБ, получали комплекс консервативной терапии: щадящий физический и пищевой режим, неограниченность жидкости per os, назначение антибиотиков широкого спектра

действия, спазмолитическая и симптоматическая терапия. Положительный ответ на комплекс консервативной терапии получен в 73% случаев. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 18±5 дней.

Для исключения перфорации при наблюдении 146 больных с перидивертикулярным инфильтратом было выполнено 63 (43,15%) диагностических лапароскопий. Из них в 20 случаях производилось наложение разгрузочных колостом. В 11 (7,5%) случаях потребовалось расширенное хирургическое лечение: резекция сигмовидной кишки была

проведена у 7 больных, левосторонняя гемиколэктомия – у 4 пациентов. При диагностике перидивертикулярного абсцесса (220 больных) были выявлены внутрибрюшная, внутрибрыжеечная и забрюшинная локализации. Хирургическая тактика при внутрибрыжеечных абсцессах (81 случай) заключалась в резекции толстой кишки с абсцессом единым блоком. При внутрибрюшной локализации абсцесса (129 случаев) и забрюшинных абсцессах (10 случаев) проводились лапаротомии, вскрытие, санация и дренирование абсцессов с наложением разгрузочной колостомы. Хирургическая тактика при перфоративном дивертикулите зависела от стадии перитонита и решения вопроса о необходимости программных санаций брюшной полости.

В целом за период наблюдения в отделении было проведено 240 хирургических вмешательств: лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости с наложением разгрузочной колостомы (121); лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости с резекцией по типу операции Гартмана (29 случаев); лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости с резекцией левого фланга ободочной кишки (17); экстериоризация перфоративного сегмента с формированием колостомы (35); лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости с наложением разгрузочной колостомы (31), прочие (7). Второй этап оперативного вмешательства после наложения колостомы проводился спустя 4-6 месяцев.

Показатель смертности при осложненном дивертикулите за период 2000-2016 гг. снизился с 7,8 до 6,5%. В большинстве случаев летальный исход был вызван абдоминальной инфекцией и сепсисом. Самый высокий уровень смертности наблюдался у пациентов с перитонитом III и IV стадий (по классификации Hinchey) несмотря на применяемое агрессивное хирургическое лечение инфекци-

онного источника. Большинство специалистов в области абдоминальной хирургии основную причину смертности усматривают в системных проявлениях сепсиса [2,8,9,11,17].

В ходе анализа установлено, что 26 % больных в течение первых двух лет были госпитализированы повторно с острой атакой ДБ, а 18% – более двух раз. Больным с двумя и более рецидивами рекомендовалось плановое хирургическое лечение через 8-12 недель после выписки.

Выводы

Результаты проведенного анализа лечения больных с ДБ в условиях ГКБ № 21 (г. Уфа) показали, что каждый второй пациент находился в трудоспособном возрасте (до 60 лет). За период 2000-2016 гг. наблюдается тенденция роста заболеваемости ДБТК у пациентов до 40 лет с 5,8 до 6,9%. В других возрастных категориях изменений в частоте диагностирования ДБТК не наблюдалось.

Преобладающей формой осложнений воспалительного характера был острый дивертикулит (65%). Перфоративный дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат диагностированы соответственно у 21% и 14% больных. По гендерному признаку острый дивертикулит и острый паракишечный инфильтрат преобладают у женщин. Перфоративный дивертикулит выявлен у каждого третьего мужчины и каждой пятой женщины.

Для постановки заключительного диагноза наряду с лабораторными методами исследования широко использовались современные методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ, видеолапароскопия). Консервативное лечение оказалось эффективным для 73% больных. В экстренной и плановой хирургической помощи нуждались соответственно 28% и 26% больных. Первичные резекции в экстренном порядке были выполнены 19% оперируемых больных. Послеоперационная летальность составила менее 6,5%.

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультативной хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, ул. Ленина, 3.

Куляпин Андрей Владиславович – к.м.н., зав. отделением колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3.

Лопатин Денис Валерьевич – врач-колопроктолог отделения колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ 21, аспирант кафедры факультативной хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, ул. Ленина, 3. E-mail: akb21_2010@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болихов К.В. Острые воспалительные осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.: ГИЦК, 2006. – 30 с.
2. Лечебная тактика при дивертикулите толстой кишки / Г.И. Воробьев [и др.] // Хирургия. – 1993. – № 10. – С. 46-52.
3. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулите / Г.И. Воробьев [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 1 – С. 80-86.
4. Способ интраоперационной ультразвуковой диагностики состояния стенки ободочной кишки при хронических воспалительных осложнениях дивертикулярной болезни. Патент РФ на изобретение № 2306103 от 20.09. 07 / Воробьев [и др.] // Бюллетень ФГУ «Федеральный институт промышленной собственности Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам». – 2007. – № 26 – С. 555.

5. Гончарик, И.И. Модель протокола ведения больных с осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки // Медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С. 67-69.
6. Москалев А.И. Клинико-морфофункциональные параллели при хронических осложнениях дивертикулярной болезни: дис. ... канд. мед. наук. – М.: ГНЦК, 2007. – 155 с.
7. Опыт лечения острого дивертикулита толстой кишки / В.М. Тимербулатов [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – № 3. – С. 54-58.
8. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: монография / В.М. Тимербулатов [и др.]. – М., Медицинская книга, 2016. – 215 с.
9. Шелыгин, Ю.А. Лапароскопический доступ при плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни / Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, А.И. Москалев // Колопроктология. – 2014. – № 4 (50). – С. 5-13.
10. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment / D.A. Etsioni [et al.] // *Enn Surg.* – 2009. – Vol. 249 (2). – P. 210-217.
11. Miangolarra C.J. Divertikulit right colon: khirurgicheskaya important issue / C.J. Miangolarra // *Ann Surg.* – 1961. – Vol. 153. – P. 861-870.
12. Comparison of etiology of right-sided diverticula in japinees elevating diverticulum on the West / S. Nakaji [et al.] // *Int J kolorektal'nogo Dis.* – 2002. – Vol. 17. – P. 365-373.
13. Recurrent left colonic episodes: more Severe than the initial diverticulitis? / O. Pittet [et al.] // *World J Surg.* – 2009. – Vol. Mar;33(3). – P. 547-552.
14. The use of aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drugs increases the risk of diverticulitis and diverticular bleeding / LL Streyt [et al.] // *Gastroenterologii.* – 2011. – Vol. 140 (5). – P. 1427-1433.
15. Survival after acute colon diverticulitis treated in hospital / Tom-Harald Edna [et al.] Accepted: 22 June 2014 / Published online: 3 July 2014.
16. Risk Factors for Colonic Diverticular Hemorrhage: Japanese Multicenter Study / K. Suzuki [et al.] // *Digestion.* – 2012. – P. 261-265.
17. Trends in Diverticulitis Management in the United States From 2002 to 2007 / Hossein Masoomi [et al.] // *Gastroenterology.* – Jun 11, 2016. – Vol. 87(9). – P. 612-20.
18. Practice for the treatment of sigmoid diverticula accompanying documents. Task force on standards. American society of colon and rectal surgery / WD Wong [et al.] // *Dis colon rectum.* – 2000. – Vol. 43. – P. 290-297.
19. Germer CT. Sigmoid diverticulitis. Surgical indications and timing / CT Germer, HJ Bur // *Chirurg.* – 2002. – Vol. 73. – P. 681-689.
20. Genetic influence on diverticulitis study / J. Granlund [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2012. – Vol. 35 (9). – P. 1103-1107.

УДК 616.381-089

© Коллектив авторов, 2017

М.А. Нартайлаков¹, С.В. Соколов², В.П. Соколов³,
 А.И. Грицаенко¹, И.Ф. Мухамедьянов⁴, Р.Ю. Рисберг³
**АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ АНТЕГРАДНЫХ РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНЫХ
 ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**
*¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*
²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа
³ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», г. Уфа
⁴ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

Рассмотрен опыт билиарной декомпрессии, проведенной у 265 больных с синдромом механической желтухи. В зависимости от причины возникновения механической желтухи пациенты были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 47 пациентов, у которых механическая желтуха была вызвана холангиокарциномой (опухолью Клатскина) или метастазами в область ворот печени; 2-ю – 41 пациент со злокачественной опухолью головки поджелудочной железы и первичной опухолью желчного пузыря; 3-ю группу составили 177 пациентов с механической желтухой, вызванной желчно-каменной болезнью или постхолецистэктомическим синдромом. Представлены результаты анализа осложнений, возникших во время проведения эндобилиарной декомпрессии и в раннем послеоперационном периоде. Чрескожные чреспеченочные рентгеноэндобилиарные вмешательства (ЧЧРЭБВ) сопровождаются сравнительно невысоким уровнем опасных для жизни осложнений и низким показателем летальности. Проведение ЧЧРЭБВ у больных с желчно-каменной болезнью и последствиями ее лечения в некоторых случаях сопровождается меньшим числом осложнений, чем у больных с механической желтухой злокачественного генеза.

Ключевые слова: эндобилиарные вмешательства, механическая желтуха, чрескожная чреспеченочная холангиостомия, дренирование желчных путей, осложнения декомпрессии желчных путей.

M.A. Nartaylakov, S.V. Sokolov, V.P. Sokolov,
 A.I. Gritsaenko, I.F. Mukhamedyanov, R.Yu. Risberg
**ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF ANTEGRADE X-RAY ENDOVASCULAR
 INTERVENTIONS IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE**

The paper views the experience of biliary decompression conducted in 265 patients with the syndrome of obstructive jaundice. According to the cause of jaundice patients were divided into 3 groups: 1st - 47 patients with obstructive jaundice syndrome which was caused by cholangiocarcinoma (a Klatskin tumor) or metastases to the liver gate; 2nd - 41 patients with malignant tumors of the pancreatic head and the primary tumor of the gallbladder; 3rd - 177 patients with obstructive jaundice caused by gallstones or postcholecystectomy syndrome. The work presents the results of analysis of complications occurred during endobiliary decompression in the early postoperative period. Percutaneous transhepatic X-ray endobiliary interventions are accompanied by a comparatively low level of life-threatening complications and low mortality rate. Percutaneous transhepatic X-ray endobiliary interventions in patients with cholelithiasis and consequences of its treatment in some cases are accompanied by less number of complications, than in patients with obstructive jaundice of malignant genesis.

Key words: endobiliary interventions, obstructive jaundice, percutaneous transhepatic cholangiostomy, drainage of the biliary tract, biliary tract decompression complications.