

2 б-х, осложнение чрескожного дренирования - 1 б-й, субъективное решение лечащего врача - 2 б-х, отказ больного от продолжения функционного лечения – 2 б-х.

Заключение. Чрескожные функциональные вмешательства позволяют улучшить результаты лечения больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом. Чрескожная функциональная тактика лечения больных характеризуется лучшими результатами по сравнению с тактикой комбинированного лечения.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ И РЕНТГЕНОСКОПИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ У БОЛЬНЫХ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Андреев А.В., Левешко А.И., Шепелев А.А., Васильев А.И., Никольская Н.А., Гузенко Т.Г.

МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»

г. Краснодар

В 80% случаев травма желчных протоков возникает при холецистэктомии. Частота травм при открытой холецистэктомии составляет 0,1-0,8%, при лапароскопической - от 0,3% до 3%. В настоящее время отмечается стабилизация частоты травмы желчевыводящих протоков. Причиной рубцовых стриктур в 82,9-97% наблюдений является ятогенная травма (Балалыкин А.С. И соавт., 2000 Малярчук В.И., Климов А.Е., 2001; Вишневский В.А. и соавт., 2005). Неудовлетворительные результаты после восстановительных операций при полном пересечении и иссечении желчных протоков наблюдаются у большинства пациентов (Емельянов С.И. и соавт., 2005; Bismuth H., Majno P.E., 2001).

Цель работы: улучшить результаты лечения пациентов с ятогенными повреждениями и стриктурами желчных путей, используя чрескожные эндobiliарные вмешательства под контролем лучевых методов.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2011 годы в МУЗ Городской больнице № 2 г. Краснодара находились на лечении 31 пациентов с ятогенными повреждениями и стриктурами желчных путей после холецистэктомии. Возраст пациентов составил от 20 до 85 лет. У 14 (45%) пациентов повреждение желчных путей были выявлены интраоперационно, им выполнены восстановительные и реконструктивные операции. У 17 пациентов повреждения диагностированы в послеоперационном периоде в

различные сроки. У 8 пациентов имело место пересечение протоков, у 13 – иссечение, у 4 - краевое ранение и у 1 – термическое повреждение. У 5 пациентов характер повреждения выяснить не удалось. Выявленные ятогенные повреждения и рубцовые структуры желчных путей протекали с явлениями механической желтухи, холангита, наружных желчных свищей, абсцессов, желчеистечения и желчного перитонита. Формирование рубцовых структур наблюдали у 12 больных в разные сроки, от 1 месяца до 16 лет.

Результаты. При ультразвуковом исследовании пациентов со «свежими» ятогенными повреждениями желчных путей (17) последние визуализировались с незначительной дилатацией у 8 пациентов, у остальных 9 пациентов желчные протоки были обычного диаметра либо не визуализировались. Гидроперитонеум выявлен у 5 пациентов, ограниченные жидкостные скопления – у 6. Таким образом, были возможны четыре варианта эхографической картины и соответственно малоинвазивной хирургической тактики: 1) дилатация желчных протоков, отсутствие гидроперитонеума и ограниченных жидкостных скоплений; 2) отсутствие дилатации желчных протоков, наличие локального и распространенного гидроперитонеума; 3) умеренная дилатация желчных протоков, наличие ограниченных жидкостных скоплений; 4) отсутствие дилатации желчных протоков, наличие ограниченных жидкостных скоплений.

Всего было выполнено 66 чрескожных вмешательства, из них 60 составили эндобилиарные. Наружное желчеотведение выполнено 22 пациентам, при этом биллиарная гипертензия при эхографии у 13 пациентов не определялась, что представляло технические трудности доступа в желчные пути под визуальным контролем этого метода. Дренирование брюшной полости и ограниченных жидкостных скоплений выполнено соответственно 3 и 6 больным. 7 пациентам была выполнена баллонная дилатация структуры, из них 3 эту процедуру пришлось выполнить неоднократно. Чрескожное «временное» протезирование проведено 7 больным, чрескожная литоэкстракция - 3.

Выводы. Чрескожные эндобилиарные вмешательства, выполняемые с целью подготовки к плановой реконструктивной операции у больных с ятогенными повреждениями желчных путей позволяют избежать осложнений в раннем послеоперационном периоде. Эндобилиарные вмешательства могут рассматриваться как окончательный вариант лечения рубцовых структур.