

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Шепелев А.А., Андреев А.В., Гучетль А.Я., Габриэль С.А., Левешко А.И.

МБУЗ Городская больница № 2 «КМЛДО»

г. Краснодар

Цель исследования: определить возможности антеградных интервенционных радиологических вмешательств при холедохолитиазе и улучшить результаты малоинвазивного лечения пациентов с конкрементами желчных протоков.

Материалы и методы: за период с 2009 по 2011 годы в МБУЗ Городская больница № 2 «КМЛДО» г. Краснодара у 11 пациентов с холедохолитиазом выполнялись чрескожные чреспеченочные вмешательства под контролем лучевых методов. Ранее предприняты безуспешные попытки эндоскопического удаления конкрементов из желчных протоков 6 больным из этой группы. Техническими сложностями, препятствующими литоэкстракции, явились: миграция конкрементов и их фиксация в левом долевом желчном протоке у 2 пациентов, крупный камень, фиксированный в общем печеночном протоке - у 3 пациента и расположение БДС в дивертикуле у 1 больного. Антеградные интервенционные вмешательства на желчных протоках при холедохолитиазе с сопутствующим холангитом и тяжелым состоянием пациентов произведены в 5 случаях.

Результаты: пациентам с конкрементами, мигрировавшими в проксимальные отделы желчевыводящих протоков ($n=5$), выполнено их низведение в дистальный отдел холедоха, для чего произведена чрескожная пункция левого долевого желчевыводящего протока под контролем УЗИ и рентгеноскопии, в качестве экстрактора использован проводник и заведенный по нему манипуляционный катетер. Успешная литотрипсия из чрескожного чреспеченочного доступа под контролем рентгеноскопии выполнена у 1 пациента с крупным малоподвижным камнем общего печеночного протока. Пациенту с затрудненной идентификацией большого сосочка двенадцатиперстной кишки выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха под УЗ- и рентгентелевизионным контролем и через холангиостому в ДПК заведен проводник в качестве ориентира для определения места положения БДС. Пациентам с сопутствующим холангитом ($n=5$) произведено наружное желчеотведение. После указанных антеградных малоинвазивных радиологических вмешательств всем 11

пациентам выполнена эндоскопическая литоэкстракция без сопутствующих технических особенностей.

Заключение: использование различных чрескожных интервенционных радиологических методик при холедохолитиазе, позволяет в некоторых случаях ликвидировать факторы, препятствующие эндоскопической литоэкстракции и избежать открытых, более травматичных вмешательств на желчевыводящих протоках и БДС у данной тяжелой группы пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДИКИ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Краснова И.А., Бобров Б.Ю., Арютин Д.Г., Аксенова В.Б., Капранов М.С.,

Симакина А.Н.

Кафедра Акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница №31
г. Москва

Цель исследования: оценить клиническое значение и эффективность эндоваскулярного гемостаза при профузных кровотечениях из половых путей у больных с онкологическими заболеваниями органов гениталий.

Материал и методы: Эндоваскулярные методы остановки кровотечения были применены у 14 пациенток в возрасте от 34 до 85 (в среднем $57,28 \pm 3,4$) лет. Причиной профузной геморрагии явились: рак шейки матки III-IV ст. – у 8 пациенток; рак эндометрия III-IV ст. – у 5; метастаз в свод влагалища рака яичника – у 1 больной. При поступлении состоянии пациенток расценено как средней тяжести в 42,9% наблюдениях, и как тяжелое у 57,1%, что было обусловлено в первую очередь массивностью кровопотери. Традиционные хирургические вмешательства у подавляющего большинства пациенток не могли быть произведены в связи с комбинацией нескольких причин: распространенностью онкологического процесса, высоким анестезиологическим риском, что и предопределило показания для эндоваскулярного гемостаза в кратчайшие сроки (через 1,5-2 часа от поступления). Выбор методики и тактики эндоваскулярного гемостаза зависел от степени патологических изменений сосудистого русла и особенностей кровоснабжения основного источника кровотечения.