

Е.П. Данилина, В.В. Юрченко, П.В. Базарин, Ю.С. Данилина

**АКТИВНЫЙ ДРЕНАЖ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава (г. Красноярск),
МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича (г. Красноярск)

Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии, вмешательств на паренхиме печени является серьезной проблемой, отягощающей послеоперационный период. Наиболее оптимальной тактикой в данной ситуации является проведение эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ) с целью создания внутреннего дренирования. Однако дренирующего эффекта от папиллотомии порой бывает недостаточно, и в этих случаях в региональном гепатологическом центре Красноярска нашел применение метод назобилиарного дренирования с активной аспирацией желчи. Проведение назобилиарного дренирования осуществляется в первые – третьи сутки после пропитывания желчью повязок или поступления желчи по дренажам. Эффект от установки назобилиарного дренажа проявлялся уже на первые – вторые сутки – отмечалось уменьшение пропитывания повязок желчью, количества отделяемой желчи по дренажам из брюшной полости. Необходимо отметить, что эффективность данного метода лечения зависит от стабильности положения эндопротеза и его диаметра, отсутствия перегибов в нем, консистенции желчи. Для длительной фиксации назобилиарного дренажа в желчных протоках применяется изменение кривизны печеночного конца назобилиарного дренажа (патент на полезную модель № 32399 от 20.09.03) или (и) лепестковых фиксаторов, располагающихся на одном уровне друг с другом. Немаловажное значение имеет отсутствие боковых перфораций в печеночном конце назобилиарного дренажа в области лепестковых фиксаторов, так как через данные перфорации происходит попадание кишечного содержимого в просвет дренажа. Данные вмешательства проведены в 38 случаях, из которых у 5 пациентов желчеистечение было вызвано негерметичным ушиванием травмы печени, в 4 наблюдениях имело место краевое повреждение общего желчного протока, в 2 наблюдениях имело место желчеистечение из ложа желчного пузыря, в 27 – соскочившая с культи пузырного протока клипса или лигатура. Эффект был достигнут во всех наблюдениях: наружное желчеистечение полностью прекратилось в 24 наблюдениях на 3-и сутки, в 7 – на пятые и в 7 – на восьмые. Один пациент умер во время функционирования назобилиарного дренажа по причине, не связанной с эндоскопическим вмешательством. В трех наблюдениях потребовалась многократная замена назобилиарного дренажа в связи с его перегибом в кишечнике. В одном наблюдении потребовалась однократная замена дренажа ввиду выпадения его печеночного конца в ДПК. О таком свидетельствовало уменьшение количества поступающей по дренажу желчи и изменению ее цвета. Назобилиарный дренаж убирался на следующие сутки после полного прекращения наружного желчеистечения.

Следует отметить, что установленный назобилиарный дренаж может быть так же использован для проведения ретроградной холецистопанкреатографии (РХПГ) с целью диагностики источника желчеистечения. Проводить данное исследование целесообразно в первые сутки после установления назобилиарного дренажа. Это вызвано бужирующим эффектом от введения рентгеноконтрастного препарата. При наступившем эффекте, проведение РХПГ по дренажу оправдано только при веском подозрении на выпадение проксимального конца назобилиарного дренажа в ДПК.

Л.С. Денисенко, С.Е. Гаврина, Е.С. Рогаткина, О.К. Шкуратова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

ГУЗ Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)

На НЯК приходится 250 000 амбулаторных посещений ежегодно и 20000 случаев госпитализаций в год.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов эффективности различных методов хирургического лечения у больных с осложненным течением НЯК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В региональном центре колопроктологии с 1996 по 2006 гг. находились под наблюдением 14 больных (женщин – 6, мужчин – 8, возраст от 20 до 63 лет) с осложненным течением НЯК. Длительность