

го дренирования с активной аспирацией желчи, позволяющей не только снизить до минимума давление желчи в протоках, но и достигнуть отрицательного градиента давления. Специфическим моментом проведения эндоскопических вмешательств в данных ситуациях являются незначительные размеры большого дуоденального сосочка и узкий общий желчный проток. Это объясняет необходимость в высокой квалификации эндоскописта, выполняющего папиллосфинктеротомию, и особую конструкцию фиксирующего компонента назобилиарного дренажа (общепринятый способ фиксации за счет антирефлексивных зазубрин и «свиного хвоста» неприемлем из-за незначительного свободного пространства просвета желчных протоков, не позволяющего адекватно раскрыться данному фиксирующему элементу). Предложенный автором назобилиарный дренаж фиксируется за счет дугообразного искривления его дистального конца. Назобилиарный дренаж и активную аспирацию по нему устанавливаем в первые сутки после

возникновения наружного желчеистечения. При необходимости ретроградным введением контраста можно получить визуализацию желчных протоков и дефекта печени, являющегося причиной желчеистечения. Прекращение наружного желчеистечения достигается на первые-вторые сутки после установления дренирования. Дренаж удаляется на пятые-седьмые сутки после установки, после чего для пролонгации дренирующего эффекта проводим установку эндопротезов гепатикохоледох. Автором проведено 15 эндоскопических дренирований желчных протоков по вышеуказанным показаниям. Осложнений не отмечалось. В одном наблюдении имело место неоднократное формирование перегиба дренажа с прекращением его функционирования, после чего проводилась повторная его установка.

Таким образом, назобилиарное дренирование с активной аспирацией желчи является эффективным лечением наружного желчеистечения после ушиваний травм печени.

В.В. Юрченко

ДИАГНОСТИКА ТРАНЗИТОРНОЙ ГЕМОБИЛИИ

Городская больница скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича (Красноярск)

Гемобилия является достаточно редко встречающимся в клинической практике синдромом, одной из причин возникновения которого является травма печени. Гемобилия может протекать как в постоянной форме, так и транзиторно. Постоянную форму не представляет труда диагностировать с помощью обычной дуоденоскопии. Несколько сложнее диагностировать транзиторную форму гемобилии, особенно, если у пациента имеют место другие потенциальные источники кровотечения — эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Попадающая на поверхность эрозий или язв кровь может оставлять на ней следы гематина, «симулирующего» кровотечение с поверхности эрозивно-язвенного поражения. Обнаружить транзиторную гемобилию периодическими эндоскопическими осмотрами представляется достаточно проблематичным. При данных ситуациях определенную помощь может дать эндоскопическое назобилиарное дренирование. Основная проблема этого способа диагностики — необходимость в проведении эндоскопической папиллотомии. Это вызвано возможностью блокады устья главного панкреатического протока стенкой назобилиарного дренажа. Рассечение сфинктера большого дуоденального сосочка для проведения назобилиарного дренажа в подобных ситуациях не требуется, поэтому папиллотомия должна проводиться максимально осторожно до визуализации

устья главного панкреатического протока. После возникшего в результате папиллотомии разобщения устьев панкреатического и общего желчного протоков проводится назобилиарное дренирование. Назобилиарный дренаж при этом целесообразно проводить до уровня ворот печени и даже на 2–3 см выше с учетом незначительной дислокации его в двенадцатиперстную кишку после удаления эндоскопа. Фиксация дренажа в желчных протоках может осуществляться как зазубринами, так и изменением кривизны его дистального участка, причем второй способ фиксации предпочтительней, так как не повреждает слизистую оболочку дистального отдела общего желчного протока при удалении дренажа. Для ускорения диагностического результата оправдано создание активной аспирации через наружное отверстие назобилиарного дренажа. Наблюдение обычно осуществляется в течение 2–3 суток. При ретроградном контрастировании желчных протоков, проведенном через назобилиарный дренаж, возможна визуализация дефекта печени, вызывающего гемобилию.

По данному показанию автором проведено в течение 10 лет 8 назобилиарных дренирований. В 5 наблюдениях (62,5 %) была диагностирована гемобилия.

Таким образом, проведение назобилиарного дренирования может служить эффективным методом диагностики гемобилии.