

Таблица 1
Виды повреждений и заболеваний при выполнении артроскопии

Вид повреждения	Всего
Повреждение менисков	343
Внутриуставные переломы	7
Остеоартрозы	66
Артогенные контрактуры	3
Болезнь Гоффа	16
Повреждение ПКС	6
Диагностические артроскопии	9
Всего	450

В структуре повреждения преобладали разрывы менисков (343). Четко определялся вид разрыва, протяженность; выполнялись операции по сохранению менисков для обеспечения в последующем биомеханики в области сустава и предохранения хрящевых поверхностей от преждевременного износа, а значит, и профилактики остеоартроза. Пластика

передней крестообразной связки костно-сухожильно-костным аутооттрансплантантом из собственной связки надколенника выполнялась у 6 (1,3 %) больных. Учитывая клинику и стадию развития артроза (66), у 7 больных выполнялись артротомии, направленные на удаление синовия и свободно лежащих хондроматозных тел. По нашим данным, предоперационный клинико-рентгенологический диагноз подтвердился только в 73,1 % случаях. В 28,7 % случаев были обнаружены дополнительные повреждения.

К безусловным преимуществам артроскопических операций следует отнести малую травматичность, потенцированную местную анестезию, отсутствие значимой кровопотери, высокий экономический и лечебный эффект. При артроскопии значительно сокращены средние сроки госпитализации и дни нетрудоспособности (в сравнении с традиционной схемой лечения): 2–4 дня и 17,6 дней соответственно; 14 дней и 1,5–2 мес. соответственно. Своевременно проведенные операции с правильным ведением послеоперационного периода способствуют раннему восстановлению функции коленного сустава.

УДК 616.361-005.1-07:616-072.1

В.В. Юрченко, Е.А. Ильичева

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНОЙ ГЕМОБИЛИИ ЗА СЧЕТ АКТИВНОЙ АСПИРАЦИИ ЧЕРЕЗ НАЗОБИЛИАРНЫЙ ДРЕНАЖ

*Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Предложен метод диагностики транзиторной гемобилии с помощью назобилиарного дренирования с активной аспирацией желчи. В результате проведенных исследований установлено, что данный метод диагностики является эффективным при данной патологии.

Ключевые слова: гемобилия, назобилиарное дренирование, эндоскопическая папиллосфинктеротомия

POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS OF TRANSITORY HEMOBILIA DUE TO ACTIVE ASPIRATION THROUGH NASOBILIAR DRAINAGE

V.V. Yurchenko, E.A. Ilyichiova

*City Clinical Hospital N 6 named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk*

The authors suggested the method of diagnostics of transitory hemobilia with the help of nasobiliar draining with active bile aspiration. In the result of conducted investigations it was established that this method of diagnostics is effective at this pathology.

Key words: hemobilia, nasobiliar draining, endoscopic papillosphincterotomy

Гемобилия является достаточно редко встречающимся в клинической практике синдромом (по данным разных авторов 0,7–1,1 % [1]). Как правило, она возникает на фоне травмы печени, оперативных вмешательств на ней, злокачественного ее поражения [1, 2]. Гемобилия может протекать как в постоянной форме, так и транзиторно. Постоянную форму не представляет труда диагностировать с помощью обычной дуоденоскопии (рис. 1). Немного 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 язвы кровь может оставлять на ней следы гематина, имитирующего кровотечение с поверхности эрозивно-язвенного поражения. Обнаружить транзиторную гемобилию периодическими эндоскопическими осмотрами представляется достаточно проблематично. При

данных ситуациях диагностическую ясность может внести эндоскопическое назобилиарное дренирование с активной аспирацией желчи.

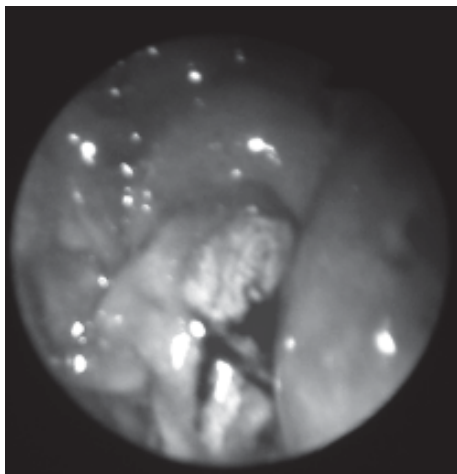


Рис. 1. Постоянная форма гемобилии (дуоденоскопическая диагностика).

МЕТОДИКА

С целью диагностики транзиторной гемобилии проводилась эндоскопическая папиллотомия без рассечения сфинктера Одди, после чего устанавливался назобилиарный дренаж, через который проводилась активная аспирация желчи. По появлению крови в дренаже диагностировалась гемобилия, для дополнительной диагностики источника гемобилии проводилось ретроградное контрастирование через назобилиарный дренаж желчных протоков с выявлением их дефектов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основная проблема диагностики с помощью назобилиарного дренирования — необходимость в проведении эндоскопической папиллотомии. Это вызвано возможностью блокады устья главного панкреатического протока стенкой назобилиарного дренажа, провоцирующего развитие острого панкреатита, при установке дренажа через интактный фатеров сосочек. При создании боковых перфораций

на уровне контакта назобилиарного дренажа с устьем главного панкреатического протока возможно поступление желчи через них в двенадцатиперстную кишку и соответствующая гиподиагностика рассматриваемого синдрома. 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 поводится 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. Фиксация дренажа в желчных протоках может осуществляться как зазубринами, так и изменением кривизны его дистального участка. Для ускорения диагностического результата оправдано создание активной аспирации через наружное отверстие назобилиарного дренажа. Наблюдение обычно осуществляется в течение 2—3-х суток.

По данному показанию автором осуществлено в течение 10 лет 8 процедур назобилиарного дренирования при подозрении на транзиторную гемобилию как причину поступления крови в ДПК (в данных наблюдениях фиброгастроскопия не позволяла обнаружить источник кровотечения). В 5 наблюдениях (62,5 %) была диагностирована транзиторная гемобилия при динамическом наблюдении за содержимым назобилиарного дренажа в течение пяти суток.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитов Г.Н. К вопросу о гемобилии / Г.Н. Акжигитов // Хирургия. — 1969. — №3. — С. 104.
2. Kar P. Diagnosis of haemobilia by endoscopy / P. Kar, M.P. Sharma, N. Singh // Brit. J. Surg. — 1983. — N 3. — P. 186.

УДК 616.367:616-072.1-06

В.В. Юрченко, Е.А. Ильичева

МЕХАНИЗМЫ РЕТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Авторами исследованы механизмы ретродуоденальной перфорации, возникающие при проведении эндоскопической папиллосфинктеротомии, обнаружены анатомические предпосылки для возникновения данного осложнения и технические погрешности оператора, лежащие в его основе.

Ключевые слова: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, постпапиллотомические осложнения, ретродуоденальная перфорация, общий желчный проток