

лительных изменений слизистой. Критериями не включения являлись отказ от оперативного вмешательства и невозможность проведения анестезиологического пособия с ИВЛ.

Результаты. По традиционной методике оперировано 33 пациента (I группа). По тоннельной методике оперировано 30 пациентов (II группа). Средний возраст пациентов составил 66 (от 34 до 86) лет. Время оперативного вмешательства составило в среднем 50 минут, без существенной разницы между группами. Рецидив клинических проявлений заболевания развился у 4 пациентов I группы, что потребовало выполнения повторной операции. Среди 4 оперированных больных повторный рецидив был выявлен в 2 наблюдениях. Несмотря на наличие широкого соустья полости дивертикула и просвета пищевода, при эндоскопическом исследовании отмечался повышенный тонус устья пищевода с нарушением его открытия при глотании. Оба пациента были оперированы по тоннельной методике с хорошим клиническим результатом.

Выводы. Тоннельная методика эндоскопической крикофарингоэзофагомии позволяет объективно определить и выполнить объем необходимой и достаточной миотомии. Операция по тоннельной методике является патогенетически обоснованным методом лечения дивертикула Ценкера как нервно-мышечного заболевания. Сравнительные результаты эндоскопических методик показывают преимущество тоннельной методики над традиционной по признаку частоты клинических рецидивов заболевания.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ

ЩЕГЛОВ Э.А.^{1,2}, АЛОНЦЕВА Н.Н.², ФИЛИППОВА Е.В.²

¹ Петрозаводский государственный университет

² Больница скорой медицинской помощи, Петрозаводск
ernestshglov@gmail.com

В настоящее время количество осложнений при пиллосфинктеротомии составляет около 5%, а ретроуденальная перфорация — 0,2–0,5% от количества манипуляций (Борисов А.Е., 2006). В подготовленном проекте клинических рекомендаций по механической желтухе частота ретроуденальной перфорации оценена в 0,3–1%. Повреждение же самих внепечёчных желчевыводящих протоков при проведении инструмента относится к крайне редким осложнениям, практически не описанным в лите-

ратуре. Так в работах, представленных на национальном хирургическом конгрессе 2017 г., мы нашли лишь одно описание случая ущемления эндоскопической корзинки Дормиа, но без указания на повреждение протоков. Приводим наше наблюдение.

Больная Б, 71 года, госпитализирована с клиникой механической желтухи. При обследовании подтверждён холедохолитиаз с признаками билиарной гипертензии. Холедох расширен до 12 мм, долевые протоки до 6 мм. Выставлены показания к РПХГ. При выполнении процедуры выявлен конкремент 15 20 мм и несколько более мелких холедохолитов. Мелкие конкременты удалены эндоскопической корзинкой Дормиа. При попытке дальнейшего продвижения корзинки последняя вышла в свободную брюшную полость. Попытка удалить её во время процедуры оказалась безуспешной. Выполнена лапаротомия.

Корзинка с зажатой в ней прядью сальника обнаружена в свободной брюшной полости. Туда она выходила через латеральный край печени, пройдя через пузырный проток и желчный пузырь. После высвобождения пряди сальника корзинка закрыта и обратной тракцией выведена в гепатикохолодох. Выполнена холецистэктомия. Под рентгенконтролем корзинкой Дормиа из холедоха удалено несколько конкрементов размером от 5 до 15 мм. Осложнений нет. По проводнику в гепатикохолодох установлен назобилиарный дренаж. Правильность стояния дренажа проконтролирована ЭОПом и визуально со стороны брюшной полости. Протоки промыты раствором фурацилина. Подпечёчное пространство дренировано через отдельный прокол.

В дальнейшем проводилась консервативная, инфузионная, антибактериальная терапия. Подтекание желчи по наружному дренажу — умеренное, ликвидировалось на 3-е сутки, дренаж удалён на 5-е сутки. Назобилиарный дренаж удалён на 7-е сутки. При контрольном ультразвуковом исследовании и СКТ брюшной полости затёков желчи в подпечёчном пространстве не выявлено. Больная выписана на амбулаторное лечение через 11 дней с момента операции.

Выводы. Повреждение внепечёчных желчных протоков при выполнении манипуляций вовремя РПХГ является очень редким осложнением; причиной его может являться грубое манипулирование инструментами, приводящее к перфорации стенки протока или желчного пузыря. Необходимо учитывать данную возможность при выполнении диагностической РПХГ и ретроградных эндобилиарных лечебных вмешательств.