



РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СТРИКТУР БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Охотников О.О., Голиков А.В.

Курский государственный медицинский университет

Курск, Россия

Введение. Осложнением позднего послеоперационного периода у пациентов, перенесших реконструктивное вмешательство на желчных путях является формирование рубцовой стриктуры наложенного билиодигестивного анастомоза (БДА). Частота интраоперационного повреждения желчных путей при лапароскопической холецистэктомии составляет 0,4-0,6% , а риск формирования рубцовых стриктур БДА при хирургическом лечении ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков достигает 30%.

Цель. Улучшить результаты рентгенохирургического лечения пациентов с доброкачественными стриктурами БДА.

Материалы и методы. Ретро-проспективное исследование включало 42 пациента со стриктурами БДА (2005-2022 гг.) Были сформированы контрольная группа (18 пациентов) и группа сравнения (24 пациента).

В контрольной группе (18 пациентов) рентгенохирургическая ликвидация стриктуры БДА проводилась по классической методике – первичная одномоментная однократная баллонная дилатация стриктуры антеградным доступом с последующим пролонгированным наружно-внутренним дренированием, плановой заменой дренажа и его удалением не ранее 9 месяцев от момента лечения по результатам контрольной контрастной холангиографии. В основной группе (24 пациента) применялась оригинальная методика рентгенохирургической коррекции - предполагавшая текущий контроль ремоделирования стриктуры БДА и, при необходимости, плановые повторные антеградные баллонные дилатации по результатам этапного объективного контроля зоны БДА с удалением дренажа не ранее 9 месяцев по результатам контрольной холангиографии. Объективный контроль проводили в амбулаторных условиях под рентгеновским контролем с помощью наружно-внутреннего билиарного дренажа. Из дренажа формировалась петля, толщиной в 2 толщины дренажа (по типу двухстволки – 2 x 8Fr). Если петля проходила через анастомоз – баллонную пластику не выполняли, планово амбулаторно меняли наружно-внутренний дренаж. Если дуплет-дренаж через анастомоз не проходил - выполняли баллонную дилатацию БДА баллонным катетром диаметром 8 мм до исчезновения талии баллона.

Результаты. У всех 18 пациентов контрольной группы и 24 пациентов группы сравнения ЧЧХС была успешно выполнена в рамках первичного вмешательства. При этом были зарегистрированы 6 осложнений I-III класса по Clavien – Dindo. У всех больных контрольной группы и группы сравнения непосредственный результат рентгенохирургического восстановления проходимости БДА был отличным. При этом, у пациентов контрольной группы в течение срока наблюдения (до 5 лет) в 5 случаях из 18 возник рецидив стриктуры, который потребовал повторного рентгенохирургического вмешательства. У пациентов группы сравнения (24 наблюдения), у которых применялась методика контроля ремоделирования стриктуры БДА, в срок до 5 лет рецидива стриктуры мы не встретили. При оценке достоверности различий между контрольной группой и группой сравнения основного исследования по количеству 5-летних рецидивов стриктуры БДА при классической методике рентгенохирургической коррекции (n=18, 5 рецидивов) и оригинальной методике контроля ремоделирования стриктуры (n=24, нет рецидивов) при



анализе таблицы сопряжения 2x2 с вычислением точного критерия Фишера установлено, что различия достоверны (OR=0 (0 до NAN) F=0,010072. $\chi^2 = 7,57$. (p≤0,05).

Заключение. Использование оригинальной методики контроля ремоделирования стриктуры БДА по сравнению с классической методикой достоверно снижает число 5-летних рецидивов, не увеличивая при этом продолжительность наружно-внутреннего дренирования желчного дерева.