

## ОПЫТ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СТРИКТУРАМИ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ

Мелехина О.В.<sup>1</sup>, Ефременков А.М.<sup>2,3</sup>, Зыкин А.П.<sup>2,3</sup>, Акопян М.К.<sup>4</sup>,  
Шахбанов Р.Р.<sup>3</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия;

<sup>4</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

**Актуальность.** По данным различных источников — частота развития стриктур гепатикоюноанастомозов (ГЕА) может достигать 5 % вне зависимости от нозологии. До недавнего времени единственным методом лечения являлось реанастомозирование. В последние десятилетия для лечения данной категории взрослых больных хорошо себя зарекомендовали антеградные чрескожные чреспеченочные вмешательства на желчных протоках, которые могут быть применены не только для купирования билиарной гипертензии, но и стать методом окончательного лечения при успешной их реканализации. Публикации, посвященные подобным операциям при данной патологии у детей немногочисленны и большинство из них посвящено стенозам ГЕА после трансплантации печени. Представляем свою серию клинических наблюдений.

**Материал и методы.** С 2019 г. по настоящее время на клинических базах кафедры детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого пролечено 6 детей с прогрессирующей билиарной гипертензией, развившейся из-за стеноза ГЕА. Поводом к наложению ГЕА послужили: резекция кисты гепатикохоледоха ( $n = 3$ ), панкреатодуоденальная резекция ( $n = 2$ ), травма холедоха ( $n = 1$ ). Возраст детей составил от 6 до 17 лет. Методика ЧЧХС включала в себя несколько этапов: пункция желчного протока под УЗ-контролем, контрастирование протоков и получение холангиограмм, бужирование пункционного канала. Дальнейшие манипуляции проводили под контролем рентгеноскопии. В просвет протока вводили мягкий проводник с J-кончиком по которому заводили манипуляционный катетер, гидрофильную струну. При прохождении гидрофильной струны через стриктуру, через последнюю по проводнику проводили манипуляционный катетер, меняли на более жесткую струну, по которой заводили ангиопластический баллонный дилататор и под визуальным контролем при рентгеноскопии отмечали давление, при котором «талиа» стриктуры полностью расправляется. После дилатации стриктуры в кишку проводили дренажный катетер Dawson–Mueller. Баллонную дилатацию повторяли через каждые 2,5–3 мес. до того момента, пока не будет визуализироваться «талиа» на баллоне при полном расправлении баллона. Требовалось 5–6 процедур.

**Результаты.** Интраоперационных осложнений не отмечено. Среднее время реканализации стриктуры — 90 мин; повторной баллонной дилатации — 20 мин. Контрольное МР-ХПГ через год не выявило рецидивов стриктуры анастомозов.

**Заключение.** Таким образом, чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, реканализация и курс баллонной дилатации стриктуры ГЕА можно считать окончательным мининвазивным методом лечения данной категории пациентов в педиатрии.

**Ключевые слова:** стеноз; стриктура; гепатикоюноанастомоз; холангиостомия; баллонная дилатация; чрескожные чреспеченочные вмешательства.