

Комментарий к статье

Статья посвящена актуальной проблеме — изучению возможности применения радиологических вмешательств в этапном лечении интраоперационного повреждения желчных протоков и профилактике сужения билиодигестивных анастомозов.

Авторы указывают, что в течение всего срока наблюдения (от 6 мес до 13 лет) они не наблюдали стриктуры БДА ни у одного из 18 больных, подвергнутых этапному лечению с применением установленных до операции билиарных дренажей и послеоперационных баллонных ревизий зоны БДА. Если ни у одного больного не сформировалась стриктура БДА и ни разу не пришлось применить баллонную дилатацию, какой тогда смысл оставлять чрескожные холангиостомы? Кроме того, что холангиостома создает большие неудобства для больного, значительно снижает его качество жизни, она еще, как известно, является воротами дополнительного инфицирования желчи. Если сравнить результаты реконструктивных операций с предварительным

наружным дренированием внутрипеченочных желчных протоков и без такового, они окажутся лучше после операций без предварительного дренирования. Об этом свидетельствует современная литература.

Приведенные отдаленные результаты, к сожалению, не увеличили доказательности работы.

В сложных клинических наблюдениях при высоких стриктурах, когда по данным дооперационного обследования заранее понятно, что установленная холангиостома может помочь хирургу найти культю протока на операции, идея, безусловно, заслуживает внимания. С другой стороны, у ряда больных действительно возникает необходимость в баллонной дилатации БДА. Существуют предпосылки, по которым можно предположить возможность развития стриктуры анастомоза в будущем. Это тема отдельного исследования. Но подобная ситуация развивается далеко не на всех операциях и не может являться поводом для оставления холангиостомы на полгода у всех оперированных больных.

**С уважением к авторам,
профессор Г.Г. Ахаладзе**