

Для введения контрастного вещества традиционно чаще всего используется металлический конусовидный наконечник. Непременным условием ГСГ является создание хорошей герметизации, чтобы контрастное вещество не вытекало из матки во влагалище.

Нами предложена методика введения рентген-контрастного вещества с помощью 2-ходового катетера Фолея диаметром 4,7–5 мм.

В асептических условиях шейка матки фиксируется пулевыми щипцами тангенциально. После определения положения и длины полости матки по зонду внутриматочно вводится катетер, раздувается манжетка в объеме 2–3 см³, и затем шприцем вводится водорастворимый йодсодержащий препарат (верографин, урографин).

Оценка результатов проводилась по количеству введенного раствора, субъективным ощущениям пациентки (чувство распирания, растекания контрастного вещества в брюшную полость).

Снимки выполнялись сразу, затем через 10–15 минут и, при необходимости, через 24 часа. Основными преимуществами при данной методике проведения ГСГ являются: менее болезненное проведение процедуры в связи с меньшим количеством инструментов; 100% герметизация, препятствующая оттоку рентген-контрастного препарата во влагалище; четкий контроль за количеством введенного препарата, необходимого для проведения диагностической процедуры и, в связи с этим, высокое качество рентген-снимков; из-за отсутствия необходимости удерживать инструменты во время проведения рентген-снимков не происходит R-облучения врача, медсестры.

Данная методика проведения гистеросальпингографии применена у 10 пациенток и направлена в основном (70 %) на определение проходимости маточных труб как при первичном, так и при вторичном бесплодии, в одном случае для определения состояния оставшейся маточной трубы после внематочной беременности, в одном случае — для диагностики субмукозной миомы матки.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТЕНОЗОВ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Одной из сложнейших проблем билиарной хирургии является лечение доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков. Причиной доброкачественных стенозов в подавляющем большинстве случаев является операционная травма. По данным У. Лейшнера [1] и К. Huibregste [4], в 80–95 % случаев рубцовые стриктуры являются следствием холецистэктомии и вмешательств на желчных протоках.

Несмотря на совершенствование хирургической техники и накопленный опыт, число поврежденных внепеченочных желчных путей не уменьшается. Напротив, с внедрением в широкую клиническую практику лапароскопической холецистэктомии число осложнений, приводящих к стенозированию желчных протоков, увеличилось. Так, частота рубцовых стенозов после открытой холецистэктомии составляет от 0,25 до 0,5 % [5], тогда как повреждение желчных протоков при лапароскопических операциях составляет 0,3–1,8 %, а в период овладения методикой — 3,4–3,6 %.

Причинами развития стриктур при выполнении холецистэктомии могут быть прямая травма протока, термокоагуляционное воздействие, неправильное наложение клипс, грубое зондирование желчных протоков для выявления камней, попытки проведения интраоперационной холангиографии, особенно при нормальных размерах протоков. После трансплантации печени рубцовые стриктуры развиваются в 10–30 % случаев [5]. Одной из частых причин доброкачественных стенозов является сдавление дистальных отделов гепатикохоледохы головкой поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Нередко стенозирование гепатикохоледохы является результатом длительного дренирования холедоха с помощью Т-образной трубки. Реже причинами доброкачественных стенозов являются воспалительные изменения протоков (первичный склерозирующий холангит, синдром Мириizzi), открытая и закрытая травма живота, а также оперативные вмешательства на других органах брюшной полости.

Лечение больных с доброкачественными стенозами желчных протоков представляет собой сложную проблему. Резкие изменения топографоанатомических взаимоотношений, обширный спаечный процесс, трудности и опасности препаровки анатомических структур в воротах печени, тяжелые рубцовые изменения стенок протоков, сложности наложения анастомозов сочетаются с тяжелым состоянием больных, у которых во многих случаях имеются длительная перемежающаяся желтуха и холангит, а нередко цирроз печени, портальная гипертензия и явления печеночно-почечной недостаточности.

Для восстановления желчеоттока у больных с доброкачественными стенозами применяют как хирургические, так и неоперативные методы лечения, что определяется характером стеноза, предшествующим хирургическим лечением, а также опытом и традициями клиники в лечении данной категории

больных. Повторные хирургические вмешательства при рубцовых стриктурах желчных путей могут быть реконструктивными или восстановительными. Восстановительными являются вмешательства, обеспечивающие естественный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку с сохранением сфинктера Одди; реконструктивные операции направлены на создание анастомозов желчных протоков с различными отделами желудочно-кишечного тракта. К сожалению, выполнение реконструктивных и восстановительных операций, особенно у лиц пожилого возраста, в условиях желтухи и холангита в 22 — 47 % случаев сопровождается осложнениями, а летальность достигает 30 % [2]. Кроме того, повторная операция не всегда приводит к удовлетворительным результатам, а частота рецидивов стриктур составляет 20 — 30 %.

В настоящее время в лечении больных с доброкачественными стенозами желчных протоков все большее значение приобретают неоперативные методы восстановления желчеоттока. Зарубежными клиниками и лечебными учреждениями нашей страны накоплен опыт применения различных способов дилатации и эндопротезирования стриктур гепатикохоледох с использованием чрескожного доступа. Однако эти вмешательства достаточно инвазивны, сопровождаются большим числом осложнений и не позволяют проводить повторные манипуляции в отдаленном периоде и при рецидиве стриктуры, используя тот же доступ. В последнее время за рубежом в лечении рубцовых стриктур гепатикохоледох все чаще применяют эндоскопические методы: ретроградное эндопротезирование и баллонную дилатацию. Однако анализ результатов эндоскопического лечения основан на небольшом числе наблюдений. Так, в исследованиях D.J. Geenen с соавт. [3] и D. Walden с соавт. [6] анализируется опыт лечения 25 пациентов. Кроме того, у авторов нет единого мнения об эффективности баллонной дилатации, продолжительности эндопротезирования и числе протезов, обеспечивающих адекватную дилатацию стриктуры. В отечественной литературе встречаются упоминания единичных случаев эндоскопической коррекции доброкачественных стенозов желчных протоков. Таким образом, данная патология редко лечится эндоскопическим путем, хотя перспективы имеются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер. — М., 2001. — 259 с.
2. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза / Е.Г. Мачулин. — Минск, 2003. — 160 с.
3. Geenen D.J. Endoscopic therapy for benign bile duct strictures / D.J. Geenen, J.E. Geenen, W.J. Hogan // Endoscopy. — 2005. — Vol. 13. — P. 367 — 371.
4. Huibregste K. Endoscopy treatment of postoperative biliary strictures / K. Huibregste, R.M. Katon, G.N.J. Tytgat // Endoscopy. — 2000. — Vol. 18. — P. 133 — 137.
5. Siegel J.H. Endoscopic obstructive jaundice / J.H. Siegel, S.A. Cohen, F.E. Kasmin. — N.-Y., 2001. — P. 42 — 47.
6. Walden D. Long-term follow-up of endoscopic stenting (ES) for benign postoperative bile duct strictures / D. Walden, I. Raijman, E. Fuchs // Endoscopy. — 2003. — P. 335 — 340.

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, Б.Ц. Бальжинимаев, З.Б. Бальжинимаев

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**ГОУ ВПО «Бурятский Государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)**

Клиника, диагностика и лечение совместно протекающих заболеваний представляют значительные трудности. Нельзя забывать, что соматические заболевания, в том числе язва желудка и двенадцатиперстной кишки, могут провоцировать психические болезни или сочетаться с ними, осложняясь в период обострения.

Нами целенаправленно исследовано 32 больных, находящихся на стационарном лечении в Республиканской больнице с начала 2000 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка (ЯЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), астенический синдром, вегетососудистая дистония. Являясь психосоматическим заболеванием, язвенная болезнь оказывает большое влияние на возникновение и лечение соматических расстройств. Так, у 29 человек заболевание протекало с функциональными нарушениями нервной системы, ярко выраженным астеническим синдромом в сочетании с депрессией, у 3-х больных наблюдалась клиника маниакально-депрессивного синдрома с имеющейся невротоподобной симптоматикой.

Возрастные особенности свидетельствовали о значительных колебаниях в тех или иных группах, причем преобладало женское население с язвенным анамнезом 6 — 10 лет. Возраст пациентов: до 20 лет