

рецидивами (64,5%) и крайне короткими периодами ремиссии и низкая эффективность традиционных методов лечения.

2. Пациентки с ХНЯК нуждаются в обязательном исследовании вагинальной микрофлоры на наличие и степень тяжести БВ и адекватной коррекции дисбиозов влагалища и кишечника. Лечение должно проводиться гинекологом совместно с гастроэнтерологом.

3. Применение комплексной терапии с включением энтеросгеля, нормофлорина Б и нормофлорина Л способствует более быстрому наступлению клинической ремиссии, обеспечивает нормализацию микробиоценозов кишечника и влагалища и снижает частоту рецидивов в 4,8 раза.

Сведения об авторах статьи:

Муллагалина Аида Зиннуровна – соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 БГМУ, врач акушер-гинеколог ГКБ №21. Адрес: 450075, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3, тел. 8(347)232-69-55, e-mail aidamullagalina@rambler.ru;
Хамадьянов Ульфат Рахмьянович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 БГМУ. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Батырская, 41, тел. 8(347)255-56-35;
Гайнутдинов Фазыл Мингазович, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ. Адрес: 450075, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3, тел. 8 (347) 232-33-00

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская, А.С. Бактериальный вагиноз // Акушерство и гинекология. – 2005. – №3. – С. 10-13.
2. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб., 2001. – 364 с.
3. Кондулукова, И.А. Бактериальный вагиноз: обоснование направлений профилактики и оптимизация лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2000. – 23 с.
4. Мавзютов А.Р., Габидуллин З.Г., Ахунов Э.Д. [и др.] Бактериальный вагиноз - принципиальные вопросы этиологии, диагностики и лечения: методические рекомендации. г. Уфа: Изд-во БГМУ, 2001. – 16 с.
5. Санникова, А.М. Роль дисбиотических нарушений в патогенезе бактериального вагиноза у девушек /А.М. Санникова, Н.А.Шукина, С.Ю.Лукашенко // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - № 5. - С. 54.
6. Успенская, Ю.Б. Воспалительные заболевания кишечника у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 12 с.
7. Халиф, И.Л., Лоранская, И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона) // Клиника, диагностика и лечение. – М.: Миклош, 2004. – 88с.
8. Cornish J., Tan E., Teare J. et al. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. London, UK. Gut, Jun 2007. Vol. 56. -P. 830-837.
9. Eiko E. Petersen. Infections in Obstetrics and Gynecology: Textbook and Atlas. – New York: Thieme, 2006, 260 p.
10. Ho GT, Lees C, Satsangi J. Ulcerative colitis. Medicine. -2007. Vol. 35/- №5. –P. 277-282.
11. Latella G, Fiocchi C, Caprili R. News from the "5th International Meeting on Inflammatory Bowel Diseases" CAPRI 2010 // J Crohns Colitis. - 2010. – Vol. 4. - № 6. – P. 690-702.

УДК 616.366-07-08-089.12

© Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, И.А. Кясов, Т.С. Бекназаров, Л.В. Гиголаева, 2011

Р.Б. Мумладзе, Ю.Ш. Розиков, И.А. Кясов, Т.С. Бекназаров, Л.В. Гиголаева ХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ЛИТИАЗОМ

*ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»
Минздрава России, г. Москва*

В настоящей работе мы анализируем опыт лечения 98 больных с патологией внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря. В основу диагностики и лечения этой категории больных были положены эндоскопические методы - фиброхолангиоскопия (ФХС), фистулофиброхолангиоскопия (ФФХС) и лучевые способы - ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). При использовании лучевых методов диагностики нами были определены характер и уровень патологий, что позволило в последующем использовать эндоскопические методы для ликвидации патологического процесса. Большое значение мы придаем холангиоскопии, которая позволяет точно определить наличие или отсутствие конкремента в протоке. Таким образом использование ФХС и ФФХС позволяет практически без травматизации не только уточнить диагноз, но и провести полноценное патогенетическое лечение гепатиколитиаза.

Ключевые слова: билиарная патология, рентгено-эндоскопическая диагностика, тактика лечения при гепатиколитиазе.

R.B. Mumladze, U.Sh. Rozikov, I.A. Kyasov, T.S. Beknazarov, L.V. Gigolayeva CHOLANGIOSCOPY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTRAHEPATIC LITHIASIS

The article reports a treatment experience of 98 patients with pathologies of extrahepatic biliary ducts and gallbladder. Such endoscopic methods as fibrocholangioscopy (FCS), fistulofibrocholangioscopy (FFCS) and imaging modalities – ultrasonography (US), magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCPG) – have been considered the foundational diagnosis and management techniques. By means of imaging modalities, we determined the character and degree of pathology development, which empowered the subsequent use of endoscopic methods for pathologic process elimination. We viewed the application of cholangioscopy to be of great significance in accurate assessment of ducts for concretions. Thus, due to FCS and FFCS employment, diagnosis was specified and appropriate pathogenetic treatment was performed in patients with hepaticolithiasis.

Key words: biliary pathology, roentgen-endoscopic examination, therapeutic modality in hepaticolithiasis.

Внутрипеченочный литиаз был впервые описан в 1891 г. Morgagni, а затем Courvoisier по данным аутопсий. С внедрением в клиническую практику различных методов прямого контрастирования желчных протоков (фистулография, чрескожная, чреспеченочная холангиография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография) появилась возможность дооперационной диагностики литиаза в желчных протоках [2-5,7,8].

На основании результатов дооперационной и интраоперационной диагностики установлена частота внутрипеченочного литиаза, которая, по данным разных авторов, колеблется от 1 до 18 % [1,6,9]. Самая высокая частота внутрипеченочного литиаза (26,8 %) наблюдается у больных с так называемым постхолецистэктомическим синдромом [8,9], что в основном связано с недостаточным предоперационным обследованием и неиспользованием во время операции таких современных методов диагностики, как фиброхолангиоскопия.

Целью настоящей работы является оценка диагностической ценности и лечебной эффективности холангиоскопии при внутрипеченочном литиазе.

Материал и методы

Работа основана на данных анализа результатов обследования и лечения 98 больных желчно-каменной болезнью. У 15 (15,3 %) из них во время фиброхолангиоскопии наряду с камнями во внепеченочных желчных протоках обнаружен внутрипеченочный литиаз.

В 7 из 98 наблюдений внутрипеченочный литиаз диагностирован при фиброхолангиоскопии, выполненной при резидуальных камнях холедоха, установленных во время ретроградной панкреатохолангиографии. У остальных 8 больных внутрипеченочные желчные камни диагностированы в ближайшем послеоперационном периоде при фистулохолангиоскопии.

Эндоскопическое обследование желчных протоков во время операции выполняли аппаратами CHF XR-20 или CHF T 20 фирмы Олимпас, Япония. Как показывает опыт для диагностической и лечебной холангиоскопии при холангиолитиазе лучше применять холедоскоп CHF-T 20. Преимущества указанной модели обусловлены наличием в комплекте необходимых инструментов для удаления камней из желчных протоков и отдельный аспирационный канал. Эндоскоп, дополнительные инструменты и ирригационную систему стерилизовали раствором лизоформина, методом погружения инструментов в раствор

на 45 мин. В качестве ирригации применяли подогретый до 37 °С дистиллированный раствор или раствор Рингера. В растворы добавляли антибиотики широкого спектра действия в терапевтических дозах. Применяли общепринятую методику – холангиоскопию. Эндоскопист производил осмотр и при необходимости выполнял различные лечебные манипуляции (промывание протоков, дробление и удаление камней). Практически важно достижение соответствия между сделанным для введения эндоскопа доступом в холедохе и диаметром оптической трубки эндоскопа. Последовательность эндоскопического осмотра зависит от диаметра протоков и характера выявленных патологических изменений. В типичных случаях вначале осматривали дистальную часть холедоха. У 8 человек холедоскоп удавалось провести в двенадцатиперстную кишку, у остальных проходимость большого дуоденального соска определяли эластичным катетером, который под контролем зрения проводили в двенадцатиперстную кишку. После осмотра дистальной части холедоха эндоскоп продвигали в проксимальном направлении. Последовательно осматривали главные печеночные протоки и их разветвления до третьего порядка диагностическим холедоскопом CHF XR 20 диаметром 3,5 мм.

При эндоскопическом исследовании устанавливали диаметр протоков, наличие сужений, характер изменений слизистой оболочки, определяли камни, фиброзные пленки и крошковидные массы в просвете протоков, обращали внимание на цвет и состав желчи. Полученные сведения имели основное значение при установлении диагноза, их также учитывали при решении лечебных и тактических вопросов.

При наличии камней в протоках их удаляли, выраженное воспаление слизистой оболочки являлось показанием для санации желчных протоков.

Диагностика внутрипеченочных желчных камней во время фиброхолангиоскопии или фистулофиброхолангиоскопии не представляет затруднений. Камень хорошо виден в эндоскоп в его естественном цвете. В зависимости от состава, консистенции, формы и размера конкремента он определяется в виде желтоватых кубиков, частично или полностью обтурирующих проток. Нередко камни покрыты налетом фибрина и слизью, тогда они становятся доступными осмотру только после отмывания слизи. Рыхлый камень легко крошится корзинкой Dormia. При этом инстру-

мент «проваливается» в вышележащие отделы протока, а в поле зрения появляется желчь.

Результаты и обсуждение

На основании характерных визуальных признаков и результатов инструментальной «пальпации» в протоках правой доли печени камни выявлены у 3 больных, в левой – у 7, в обеих долях печени — у 5 больных. В левом печеночном протоке и его разветвлениях чаще определялись крупные, множественные конкременты. Сравнительно большая частота локализации камней в левом протоке, очевидно, обусловлена анатомическими предпосылками. По данным И. Фэгэршану, левый печеночный проток расположен по отношению холедоха под углом, достигающим до 90°, что способствует застою желчи и является предпосылкой к внутрипеченочному литиазу. Во всех 15 наблюдениях внутрипеченочные камни сочетались с камнями в желчном пузыре у 2 больных, в холедохе и желчном пузыре у 3, в холедохе у 10 больных. Полученные данные еще раз подтверждают предположение о том, что в этиологии внутрипеченочного литиаза основную роль играет миграция конкрементов из внепеченочной желчной системы во внутрипеченочные протоки. Камни при расширении протоков мигрируют самостоятельно, а также в процессе исследования желчевыведательной системы во время операции. В последующем эти камни вновь могут переместиться в дистальные отделы холедоха и явиться причиной неудовлетворительного результата предшествующего хирургического вмешательства.

Приводим наблюдение:

Больная Е. 76 лет, поступила 24/IV 2009 г. с диагнозом острый холецистит, местный перитонит с наличием выраженной механической желтухи. При гастроскопии диагностирован эрозивный бульбит, хронический гастрит. Изменений большого дуоденального соска не обнаружено. Во время УЗИ подтверждено наличие механической желтухи, обусловленной множественными камнями в желчном пузыре и в гепатикохоледохе. После соответствующей подготовки больной выполнена операция, при которой обнаружен хронический калькулезный холецистит и множественные камни в желчном пузыре и холедохе. Печень увеличена, зеленого цвета. Произведены холецистэктомия, холедохотомия. Во время операции удалено 10 камней из холедоха и 1 камень из левого печеночного протока. Операция завершена дренированием общего печеночного протока по Керу. При фистулографии, выполненной на 8-й день по-

сле операции, выявлено 2 дефекта наполнения диаметром до 1,0 см в левом печеночном протоке и еще 1 дефект аналогичного размера в правом печеночном протоке. Камней в холедохе не обнаружено. Контрастное вещество свободно поступало в двенадцатиперстную кишку. На 14-й день после операции произведена ФФХС под наркозом. Длина свищевого хода 12 см. При эндоскопическом исследовании подтверждено наличие камней в печеночных протоках. Корзинкой Dormia из левого печеночного протока извлечено 4 камня, из правого – 2. При осмотре дистальной части холедоха в ретродуоденальной части его выявлен и удален инструментами еще 1 конкремент размером 4×5 мм. Слизистая оболочка желчных протоков на доступных для осмотра участках отека, гиперемизирована, с налетом легко снимающегося фибрина. При повторной фистулографии камней в желчных протоках не обнаружено. Свищевое отверстие самостоятельно закрылось через 5-6 дней после удаления дренажной трубки.

Больная выписана под амбулаторное наблюдение и лечение в удовлетворительном состоянии.

Методика эндоскопического осмотра желчных протоков через фистулу не отличается от методики интраоперационной холангиоскопии. Введение аппарата в холедох через фистулу нередко представляет сложную задачу. Трудности обусловлены большой протяженностью узкого и извитого свищевого хода, легкой ранимостью его стенок из-за разрастания грануляционной ткани, наличием прямого угла между свищевым ходом и холедохом, что затрудняет проведение прибора в желчные пути. Предварительное введение тонкого эластичного катетера в желчный проток облегчает выполнение холангиоскопии, так как после удаления дренажной трубки катетер используют в качестве направителя, по которому в желчный проток вводят эндоскоп. При множественных крупных камнях холедоха и внутрипеченочных протоков эндоскопическое исследование через фистулу необходимо проводить под общим обезболиванием. При небольших по размеру одиночных камнях извлечение их можно выполнить под местной анестезией, вводя в свищевой ход 2 мл 2 % раствора дикаина. С целью премедикации применяют 1 мл 2 % раствора промедола, 1 мл 1 % раствора димедрола, 2 мл 50 % раствора анальгина, 2 мл 2 % раствора новокаина, 2 мл 0,1 % раствора атропина.

Извлечение камней из желчных протоков во время ФХС и ФФХС имеет свои особенности. Удаление конкрементов во время ФФХС лучше производить корзинкой Дормиа, так как при захвате камня щипцами он обычно выскальзывает из бранш в свищевом ходе. Повторные поиски камня удлиняют время исследования, дополнительно травмируют слизистую оболочку желчных протоков и стенки свищевого хода. Небольшие по размеру подвижные камни целесообразно удалять захватывающими щипцами, так как при проведении корзинки Дормиа за камень он нередко перемещается в вышележащие отделы протока и становится недоступным для удаления. В этих ситуациях не следует подавать жидкость в протоки под большим давлением, так как это приводит к еще большему смещению камня. При множественных замаскообразных камнях, имеющих диаметр меньше 5 мм, после диагностики эндоскоп извлекают. По шинирующему катетеру в проток вводят трубку с упругими стенками, которую подключают к электроотсосу. Вместе с жидкостью и желчью обычно удается аспирировать замаскообразные камни.

Используя комбинированный способ, нам удалось во всех 15 наблюдениях извлечь

камни из внутрипеченочных протоков во время ФХС и ФФХС. После удаления камней из внутрипеченочных протоков повторно вводили эндоскоп для контроля и диагностики сопутствующих изменений слизистой оболочки протока. При этом катаральный холаигит выявлен у 7 из 15 больных, геморрагический – у 1, фибринозный – у 3, холангит – у 4. Стеноз сфинктера Одди диагностирован у 1 больного. После холангиоскопии у 1 из 15 больных отмечен острый панкреатит, у 2 – обострение холангита. Консервативное лечение дало хороший результат и привело к выздоровлению больных.

Выводы

1. Фиброхолангиоскопия является эффективным методом интраоперационной диагностики внутрипеченочного литиаза. Метод позволяет не только установить наличие конкремента, но и извлечь его быстрым и щадящим способом.

2. Эндоскопическое исследование протоков может быть произведено после операции через свищевой доступ при оставленных камнях. Исследование легко переносится больными, технически легко выполняется.

Сведения об авторах статьи:

Мумладзе Роберт Борисович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

Розиков Юлдаш Шакирович – д.м.н., профессор хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. e-mail: rozikov_46@mail.ru

Кясов Ислам Аликович – аспирант кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. e-mail: k_islam-83@mail.ru

Бекназаров Толибжон Сангакович – аспирант кафедры хирургии с курсом гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. e-mail: beknazarov.t@mail.ru

Гиголаева Лейла Вожаевна – ассистент кафедры эндоскопии ГБОУ ДПО РМАПО. Адрес: 123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. e-mail: Leila21@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: ИМАпресс, 1996.-144 с.
2. Виноградов, В.В. Фиброхолангиоскопия в хирургии желчных путей/ В.В. Виноградов, В.Л. Занделов // Хирургия. – 1981. – №1. – С. 8-11.
3. Данилов, М.Ф. Послеоперационный холангиолитиаз/ М.Ф. Данилов, К.Л.Шишка //Хирургия. –2007. №6. – С. 6-10.
4. Егиев, В.Н. К выбору тактики лечения холедохолитиаза/ В.Н. Егиев, А.И.Валетов, М.Н.Рудакова, В.М. Мешков// Эндоскопическая хирургия. –2000.–№6, -С.13-15.
5. Емельянов, С.И. Технологические аспекты эндоскопической хирургии желчных путей /С.И. Емельянов, А.В.Федоров, В.В.Феденко [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. – 1996. –Т. 1. – С 115-120.
6. Ермолов, А.С. Отдаленные результаты лечения больных острым холециститом с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии / А.С. Ермолов, И.А.Жарахович, А.А.Гукасян, А.Б.Вахидов //Хирургия. – 1991. –№1. – С. 34-38.
7. Розиков, Ю. Ш. Фистулофиброхолангиоскопия в лечении холедохолитиаза: Матер. 10-го Международного конгресса по эндохирургии. – М., 2006. – С. 45-46.
8. Apelgren K.N., Zambos J.M., Vargish T. Intraoperative flexible videocholedochoscopy. An improved technique for evaluating the common duct Am. Surg. 1999. Vol. 56. №3. P. 178-181.
9. Carroll B.J., Phillips E.H., Daykhovsky E. Et al. Laparoscopic choledochoscopy: an effective approach to the common duct//Laparoendos. Surgery. 2002. Vol. 2. 1 P. 15-21.