

недостаточно последовательно.

4. Профилактика, ранняя диагностика и эффективное лечение глаукомы на территории Кыргызской Республики требует в первую очередь организационных мероприятий, а именно учета структуры заболеваемости первичной глаукомы контроля на всех этапах оказания специализированной медицинской помощи.

Литература

1. Quigley H.A., Broman A. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 // Br. J. Ophthalmol. 2006; 90(3): 262-7.

2. Gordon N.G., Friedman, D.S. Angle-closure glaucoma: impact, etiology, diagnosis and treatment // [Current Opin Ophthalmology](#). 2003 Apr;14(2):70-3.

3. Pojanapongpun, P. Angle Closure Glaucoma: Prevalence, characteristics and managements // 6th International Glaucoma Symposium - Athens, 2007. - P. 28.

4. Ахророва, З.Д. Первичная глаукома в Таджикистане // Клиническая офтальмология. – 2002. – № 2. – С. 51-55.

5. Файзиева У.С. Анатомические особенности строения глаз у лиц узбекской национальности // Клиническая офтальмология. – 2002. – № 4 – С. 173-175.

6. Комаровских Е.Н., Ткаченко Т.П., Карамчакова Л.А. Этнические аспекты глаукомы у монголоидов // Глаукома. – 2005. – № 3. – С. 7-11.

7. Джумагулов О.Д., Джумагулова А.О. Эпидемиология первичной глаукомы в Кыргызской Республике: данные за 20 лет. Available at: <http://eyebolit.info/8061> (Accessed 12 November 2010).

8. Киселева О.А., Робустова О.В., Бессмертный А.М., Захарова Е.К., Авдеев Р.В. Распространенность первичной глаукомы у представителей разных рас и этнических групп в России и странах СНГ// Офтальмология. - 2013. - №4. – С. 11-15.

9. Либман Е.С., Чумаева Е.А., Елькина Я.Э. Эпидемиологические характеристики глаукомы // Глаукома: теории, тенденции, технологии: Сб. научн. ст. - М., 2006. - С. 207-212.

10. Duke-Elder, S. and Barrie, J. (1969) Diseases of the Lens and Vitreous, Glaucoma and Hypotony. System of Ophthalmology, Vol. X1, Henry Kimpton, London, 385.

11. Корнилова А.Ф. Ханапетова Е.С., Давыдова Н.В., Карпенко Н.А. Организация активного выявления и диспансерного обслуживания больных глаукомой в Саратове и области // Глаукома. - Саратов, 1977. - С. 4-8.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Чынгышпаев Ш.М., Ермаков Т.А., Раимкулов А.Э., Осмоналиев К.Р.

Международная Высшая Школа Медицины,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе показана эффективность метода ультразвуковой томографии в уменьшении количества осложнений чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе. Авторами выполнялась пункция внутрипеченочных желчных протоков под контролем ультразвуковой томографии в различных режимах с последующим рентгеновским контролем. Применение ультразвуковой томографии для проведения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой является эффективным и безопасным методом для выбора желчного протока-мишени и выполнения пункции.

Ключевые слова: ультразвуковая томография, эндобилиарные вмешательства, механическая желтуха.

МЕХАНИКАЛЫК САРЫК МЕНЕН ООРУЛУУЛАРДА УЛЬТРА ДОБУШТУК ТОМОГРАФИЯНЫН КОНТРОЛУ АСТЫНДА ТЕРИ АРКЫЛУУ БООР АРКЫЛУУ ЭНДОБИЛИАРДЫК КИЙЛИГИШҮҮЛӨР

Чынгышпаев Ш.М., Ермаков Т.А., Раимкулов А.Э., Осмоналиев К.Р.

Медицинанын Эл Аралык Жогорку мектеби,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иште механикалык сарыкта тери аркылуу боор аркылуу эндобилиардык кийлигишүүлөрдүн оорлошууларынын санын азайтууда ультра добуштук томография методунун натыйжалуулугу көрсөтүлгөн. Авторлор тарабынан андан аркы

рентгелестивизиондук контролдоо менен, ар кандай режимде ультра добуштук томографиянын контролу алдында боор ичиндеги өт түтүктөрүнүн пункциясы аткарылган. Механикалык сарык менен оорулууларда тери аркылуу боор аркылуу эндобилиардык кийгилишүүлөрдү өткөрүү үчүн ультра добуштук томографияны колдонуу өт түтүгү-бутаны тандоо жана пункцияны аткаруу үчүн натыйжалуу жана коопсуз метод болуп саналат.

Негизги сөздөр: ультра добуштук томография, эндобилиардык кийгилишүүлөр, механикалык сарык.

PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC ENDOBILIARY INTERVENTION UNDER ULTRASOUND IMAGING CONTROL IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Chyngyshpaev Sh.M., Ermekov T.A., Raimkulov A.E.,

Osmonaliyev K.R.

International School of Medicine,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The paper shows the efficiency of the method of ultrasound imaging to reduce the number of complications of percutaneous transhepatic endobiliary interventions in obstructive jaundice. The authors performed a puncture of intrahepatic bile ducts under the control of ultrasound imaging in a different modes with subsequent X-ray control. The use of ultrasound imaging for percutaneous transhepatic endobiliary interventions in patients with obstructive jaundice is an effective and safe method for the selection of the bile duct of the target and perform the puncture.

Keywords: ultrasound imaging, endobiliary intervention, obstructive jaundice.

Введение. Чрескожные транспеченочные эндобилиарные вмешательства (ЧТЭВ) в настоящее время широко применяются в диагностике и лечении билиарной гипертензии. Больные с механической желтухой представляют собой достаточно тяжелую группу больных с выраженными нарушениями функций печени и холемической интоксикацией [1]. Наиболее опасными осложнениями при выполнении ЧТЭВ являются кровотечения и желчеистечение в брюшную полость [2]. Применение сверхтонких игл типа Шибба позволило снизить количество подобных осложнений до минимума, однако они продолжают оставаться серьезной проблемой при выполнении транспеченочных манипуляций [3].

В связи с вышеизложенным остается актуальной проблема снижения количества осложнений ЧТЭВ. Одним из направлений решения данной проблемы является выбор желчного протока-мишени для пункции, отсутствие сосудистых структур в пункционном канале [4]. В настоящее время используются различные сочетания при проведении ЧТЭВ: УЗИ с рентгеноскопией, УЗИ с магнитно-резонансной томографией и др. [5].

Целью нашей работы явилась оценка метода ультразвуковой томографии в уменьшении количества осложнений чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе.

Материал и методы. В нашей работе 35 больным с механической желтухой

различной этиологией произведена пункция внутрипеченочных желчных протоков под контролем ультразвуковой томографии с одновременным контролем манипуляций под рентгелестивизионной установкой.

Показаниями для выполнения ЧЧХГ и ЧЧХС являлись механическая желтуха с холемической интоксикацией, холангитом, уровень билирубина колебался от 150 мкмоль/л до 650 мкмоль/л. Противопоказаниями к выполнению ЧЧХГ и ЧЧХС считались снижение протромбинового индекса ниже 50%, выраженный асцит, множественное метастатическое поражение печени.

На первом этапе производилась пункция выбранного внутрипеченочного желчного протока, на втором этапе различные варианты дренирования. Все манипуляции проводились в условиях рентгелестивизионной с соблюдением правил асептики и антисептики. В ходе исследования использовался специальный стерильный гель.

Для надежной визуализации желчного протока-мишени использовалась ультразвуковая томография в режимах «серой шкалы», цветного доплеровского картирования и «энергетического доплера» (ЭД). Применялись линейные и конвексные электронные датчики 3,5 и 5,0 МГц.

После обработки операционного поля производилась местная анестезия всех слоев передней брюшной стенки в зоне предстоящей пункции, а также капсулы печени. После чего под контролем УЗИ производится введение пункционной иглы

строго в плоскости нахождения желчного протока. Нами использовались пункционные иглы диаметром 1,1-1,3мм со специальными насечками на конце для лучшей визуализации на ультразвуке. При проведении пункции ясно наблюдается свечение кончика иглы. На рис. 1 отмечено положение иглы и структур в зоне пункции: После подведения иглы к желчному протоку



Рис. 1. Визуализация инструмента и элементов в месте пункции:
1 – кончик иглы, 2 – желчный проток, 3 – вена, 4 – артерия.

и пункции отмечается прохождение кончика иглы через стенку протока в просвет. На рис.2 показан момент пункции желчного протока.

Далее через просвет иглы в желчный проток вводится металлический проводник с мягким J-образным концом, который продвигается до зоны обтурации (рис.3).

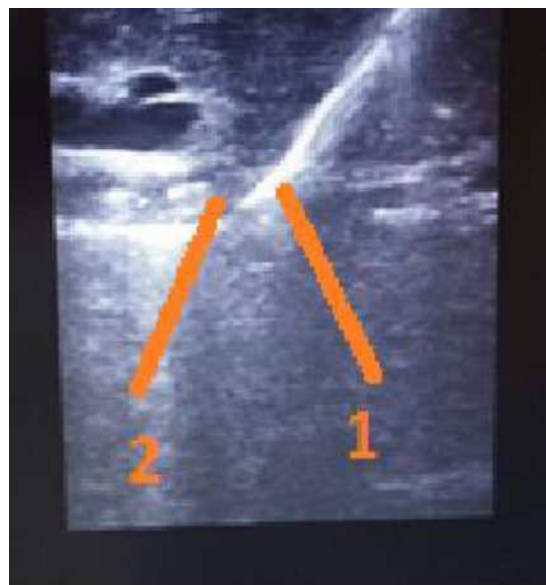


Рис. 2. Визуализация иглы в просвете желчного протока:

1 – кончик иглы в просвете желчного протока, 2 – желчный проток



Рис.3. Момент введения проводника в желчный проток:

1 – игла в просвете желчного протока, 2 – проводник в просвете желчного протока.

На следующем этапе игла удаляется. Через гибкий металлический проводник заводятся рентген контрастные пластиковые бужи диаметром 5-6 Fr. Дальнейшие

манипуляции производятся под контролем рентгентелевизионной установки. Через введенный буж вводится водорастворимый контраст в количестве от 40 мл и более до

полного заполнения билиарного дерева. После оценки уровня и степени билиарного блока через буж устанавливаются проводники до дистального уровня блока. Для первоначального дренирования нами применялись холангиостомические катетеры диаметром 6-9 Fr, на которых при необходимости проделывались дополнительные отверстия. Далее после установки катетеры фиксируются к коже и осуществляется промывание растворами антисептиков 3-4 раза в сутки для профилактики холангита и обтурации дренажа желчным сладжем. Для профилактики дислокации катетера необходимо обеспечить постельный режим в течение 2-х суток, с проведением на 3-и сутки контрольной фистулохолангиографии.

Результаты и их обсуждение. Из 35 больных с механической желтухой различной этиологии у 32 больных эндобилиарные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии были успешными с первой попытки, у 3-х больных были успешными со второй попытки. Затруднения возникали при малом диаметре выбранных желчных протоков (до 3мм), повторные пункции производились через несколько дней при расширении протоков до 4-5мм.

Ультразвуковая томография перед проведением чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств позволяет сделать заключение о причине и степени обтурации желчных протоков, а также о возможности выполнения пункции в данный момент.

В ходе выполнения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств ультразвуковая томография позволяет выбрать оптимальную траекторию пункционного канала и избежать повреждения сосудистых образований, подлежащих органов, плевральных синусов. Кроме того, значительно уменьшается рентгеновское облучение персонала, т.к. отсутствует этап «слепой» поисковой пункции желчных протоков под контролем рентген телевидения.

После выполнения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных

вмешательств ультразвуковая томография позволяет оценить степень сужения внутри-и внепеченочных желчных протоков, выявить желчеистечение, кровотечение в брюшную полость.

Выводы. Применение ультразвуковой томографии для проведения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой является эффективным и безопасным методом для выбора желчного протока-мишени и выполнения пункции. Выполнение пункции при диаметре пунктируемого желчного протока более 4мм и отсутствии противопоказаний позволяет уменьшить лучевую нагрузку на пациента и персонал; а также избежать возможных осложнений.

Список литературы:

1. Сергеев С. Г., Чернов Н. А., Шкуро А. Г., Огородников А. И. Первый опыт использования чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой// Альманах клинической медицины.- 2007. - №16. – С.177-180.
2. Кукушкин А. В., Давыдов М. И., Долгушин Б. И. и др. Осложнения чрескожных чреспеченочных рентгеноэндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой опухолевой этиологии// Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2004. – Т.15, №1-2. – С.108-114.
3. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных механической желтухой// Анналы хирургической гепатологии. - 1996. - Т.1, № 1. - С.121-131.
4. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные чреспеченочные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. - Тула, 2000. 312с.
5. Мальчиков А.А., Коровкин В.А., Фатыхова Г.И. и др. Методы декомпрессии билиарной системы в лечении больных с синдромом механической желтухи // Практическая медицина. – 2011. – №49. – С. 84-87.