ДООПЕРАЦИОННАЯ РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТЕНЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Р.Ш. Сафин, А.Ф. Юсупова, А.З. Фаррахов, Н.М. Валиуллина

Кафедра лучевой диагностики и терапии (зав. — проф. И.И. Камалов) Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая больница (главврач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ

Известно, что 10% населения земного шара страдают желчнокаменной болезнью (ЖКБ), при этом число больных неуклонно растет, увеличиваясь за каждое десятилетие в 2 раза [1, 3]. Такие темпы роста заболеваемости привели к поиску новых методов диагностики и лечения. Появление в 1973 г. эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) и одномоментное проведение при необходимости папиллосфинктеротомии позволили лечить определенную группу больных не прибегая к травматичной операции.

С развитием медицинских технологий стало возможным выполнение внутрибрюшинной операции с использованием видеоэндоскопической техники. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в мировой практике служит методом выбора при лечении ЖКБ — ее выполнение возможно у 90—95% больных [5]. Однако частота некоторых осложнений при ЛХЭ оказывается выше, чем при обычном способе оперативного лечения и, по данным различных авторов, составляет 3—8% [4, 6]. Одной из основных причин осложнений после ЛХЭ является гипертензия в желчевыводящих путях, которую не выявляют до операции и соответственно не корректируют. Наиболее часто гипертензию в желчных протоках вызывают холедохолитиаз и папиллостеноз. Частота холедохолитиаза при ЖКБ варьирует в среднем от 25 до 56%.

Целью данного исследования был поиск неинвазивного метода диагностики, позволяющего с высокой степенью достоверности выявлять холестаза и гипертензию желчных протоков до операции. Обычно для исследования функции печени применяют биохимические методы, а желчевыводящих путей — рентгенологические. При этом последние основаны на субъективной трактовке результатов исследований и не позволяют оценивать выраженность патологических изменений. Ультразвуковые исследования функции не показаны из-за недостаточной информативности и значительного количества ошибочных заключений (по нашим данным, до 12%) в определении размеров холедоха и наличия в нем конкрементов.

Показанием к проведению ЭРПХГ, позволяющей установить причину и уровень билиарного блока, являлось подозрение на наличие гипертензии в желчных путях. Диагностическая его эффективность, по нашим данным, составляет 95%. Между тем расширение показаний к трансдуоденальным вмешательствам с диагностической целью ведет к большому, по нашим наблюдениям, количеству осложнений, по данным литературы — от 7 до 25% [2]. Острый панкреатит различной тяжести после ЭРПХГ развивался у 11% больных.

Исходя из этих данных, мы считаем, что, в отличие от перечисленных методов, только радионуклидная диагностика в виде гепатобилисцинтиграфии дает возможность исследовать функционально-анатомическое состояние гепатобилиарной системы и получить подробную информацию о функциях всех ее отделов.

Были обследованы 46 больных с показаниями к ЛХЭ с целью исключения у них гипертензии желчных протоков. Показаниями к гепатобилисцинтиграфии являлись приступы болей, сопровождавшиеся кратковременной желтухой, расширением общего желчного протока, по данным УЗИ, до 7—8 мм и более, частые приступы болей с гиперамилазурией, повышение уровня щелочной фосфатазы, α -глутамилтрансферазы и билирубина за счет прямой фракции.

Гепатобилисцинтиграфию проводили после ультразвукового исследования в первый день обследования по стандартному методу. Для этого в качестве радиофармпрепарата использовали производные аминокислоты — ХИДА, мезид, бутилд, меченые Tc-99m, которые селективно накапливаются в гепатоцитах и выводятся в желчные ходы, повторяя путь желчеотделения (лучевая нагрузка — 0,06—0,08 рад на печень и 0,05—0,07 рад — на все тело; суммарное время исследования — 90 мин). В качестве желчегонного завтрака (на 45-й минуте) больным давали молоко, так как общепринятая сметана могла бы спровоцировать приступ холецистита. По серии сцинтиграмм и кривым печени, желчного пузыря и кишечника проводились визуальная,

качественная и количественная оценки функционального состояния печени, концентрационной и моторной функций желчного пузыря, проходимости желчных путей, а также диагностика органической патологии желчевыводящей системы.

Гипертензию желчных протоков определяли по следующим скинтиграфическим признакам:

1) если после желчегонного завтрака наблюдалось заполнение общего желчного протока, но РФП в кишечник не выводился или если это происходило через 20 минут после сокращения желчного пузыря;

2) при увеличении сначала левой доли печени с сохранением формы, а затем всего органа до селезенки;

3) при визуальном увеличении ширины, изменении формы и контуров протоков и пузыря, неравномерном характере распределения протоковой активности;

4) в случае обратного заброса желчи в печеночные протоки при сокращении желчного пузыря — рефлюксе желчи из-за повышения давления в конечном отделе в области печени (этот симптом определялся при выраженном гипертонусе; в момент рефлюкса поступление желчи в кишечник временно отсутствовало);

5) по степени стеноза — на гистограммах данный признак может быть выраженным более или менее;

6) если имеет место гипермоторная дискинезия сфинктера пузырного протока — сфинктера Люткенса, по кривым желчного пузыря (в таких случаях на восходящем сегменте отмечаются временное плато, затем подъем до приема желчегонного завтрака).

При развитии желчной гипертензии вначале увеличивались ОПП и ОЖП у пузырного протока, затем долевые, ОПП на всем протяжении и ОЖП (средняя и очень редко дистальная треть).

Выявление при гепатобилисцинтиграфии признаков гипертензии желчных протоков служило показанием к ЭРПХГ с целью обнаружения причин гипертензии и своевременного ее корригирования.

По показаниям ЭРПХГ была произведена 12 больным: холедохолитиаз был подтвержден у всех, причем у 2 из них в сочетании с папиллостенозом. Всем 12 пациентам во время исследования проводилась ревизия гепатохоледоха корзинкой Dormia.

Ф., 56 лет, поступила в эндохирургическое отделение РКБ МЗ РТ на лапароскопическую холецистэктомию. В анамнезе была транзиторная механическая желтуха в течение 1,5 лет 4 раза по 2—3 дня. На УЗИ в желчном пузыре определялись конкременты, ширина холедоха была равна 7—8 мм. После УЗИ выполняли ГБСГ. В качестве радиофармпрепарата (РФП) вводили внутривенно технеций-99m-Мезида. Исследование проводили в течение 90 минут по стандартной методике.

По цифровым параметрам, гистограммам печени, желчного пузыря и холедоха и гамма-топограмме было сделано следующее заключение. Форма и размеры печени не изменены, выделительная функция полигональных клеток печени снижена. Накопительная функция желчного пузыря не нарушена, при этом опорожнения желчного пузыря не наступает. Холедох умеренно расширен, накопление РФП в нем не повышено, отмечалось замедление выведения РФП из холедоха; после желчегонного завтрака поступление РФП в кишечник не происходило. Через 5 часов желчный пузырь оставался тех же размеров с удовлетворительным накоплением РФП; в кишечнике имело место незначительное накопление РФП. Таким образом, по результатам гепатобилисцинтиграфии определялись снижение выделительной функции печени, нарушение сократительной функции желчного пузыря, стеноз или гипертония сфинктера Одди.

С целью выяснения причин стеноза была проведена РПХГ, однако из-за стеноза сфинктера Одди контрастировать холедох не удалось. Причиной стеноза большого дуоденального сосочка был индуративный панкреатит. После соответствующего консервативного лечения панкреатита через один месяц была выполнена ЛХЭ без каких-либо осложнений.

Коррекция гипертензии желчных протоков проводилась в стационаре: инфузионная терапия с целью купирования явлений панкреатита и т.д. В зависимости от выраженности гипертензии и клинической картины на сроке от 2 дней до одного месяца после лечения всем 12 больным была выполнена ЛХЭ; при оценке отдаленных результатов послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, гепатобилисцинтиграфия является высокоэффективным неинвазивным методом исследования, позволяющим с высокой степенью достоверности выявлять холестаз и гипертензию желчных протоков до операции, что ведет к значительному уменьшению частоты послеоперационных осложнений и сокращению показаний к выполнению такого небезопасного метода, как ЭРХПГ. Считаем, что гепатобилисцинтиграфию следует проводить всем больным с показаниями к ЛХЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. — М., 1990.
2. Соколов Л.К. и др.// Хирургия. — 1995. — № 5. — С. 22—25.
3. Шалимов О.Б. и др.// Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. — М., 1989.
4. Montori A. EALS. — Madrid, 1994.
5. Suc B., Dislaire J., Escat J.// Am. chir. — 1992. — Vol. 46. — P. 219—226.
6. Nies G. et al. ELAS. — Madrid, 1994.