

ЗНАЧЕНИЕ ХРОМОДУОДЕНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

И. А. Ким, О. С. Кочнев, А. Г. Валеев

Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Фиброэндоскопические методы исследования пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и заболеваний панкреатобилиарной зоны благодаря высокой эффективности уже давно заслужили признание. Однако нерезко выраженные воспалительные изменения слизистой этих органов, а также опухолевые поражения в начальной стадии, особенно расположенные в относительно труднодоступных для осмотра областях, нередко неверно расцениваются при фиброэндоскопии даже опытным эндоскопистом [1]. Поэтому понятно стремление исследователей повысить эффективность фиброэндоскопии использованием либо увеличивающей оптики, либо контрастированием участков поражения слизистой [1, 4, 5].

В 1979 г. была предложена специальная классификация исследований с окрашиванием при гастроинтестинальной эндоскопии с введением красителя в просвет желудка: 1) контрастирование — при орошении слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки раствором индигокармина рельеф слизистой становится более четким и легко выявляются даже незначительные очаги поражения; 2) биологическое окрашивание — красящее вещество адсорбируется слизистой и проникает в цитоплазму (метиленовый синий, нейтральный красный); 3) химическое окрашивание — раствор Люголя, конго красный; 4) аппликация флюоресцирующих веществ. Однако этот метод требует применения специальных эндоскопов [6]. Сочетание диагностической эндоскопии с изучением функционального состояния слизистой пищеварительного тракта позволило авторам предложить термин «функциональная эндоскопия».

В доступной литературе имеются работы об использовании хромоэндоскопии в диагностике заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, однако нет сведений о применении этого метода при патологии внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы, хотя хромоэндоскопия играет, на наш взгляд, важную роль в комплексе диагностических мероприятий при этих заболеваниях.

С 1978 по 1982 г. нами выполнено 304 фиброгастроудоденоскопии, в том числе 78 хромоэндоскопий. Основная цель при этом исследовании заключалась в выявлении патологии внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы. Возраст больных составлял от 20 до 72 лет (мужчин—28, женщин—50). Хромоудоденоскопию проводили при остром холецистите (у 18), остром панкреатите (12), при подозрении на механическую желтуху (48). Верификацию хромоудоденоскопической диагностики осуществляли при лапароскопии, во время операции или на аутопсии.

При проведении хромоудоденоскопии нами решались следующие задачи: а) при остром холецистите необходимо было определить состояние желчевыводящих путей, то есть функцию желчного пузыря, степень обструкции пузырного протока, тонус магистральных внепеченочных желчных путей, степень дилатации и возможные изменения терминального отдела холедоха, а также степень вовлечения панкреатического протока в патологический процесс; б) при остром панкреатите требовалось выяснить участие магистральных желчных путей в патологическом процессе; в) при подозрении на механическую желтуху — установить этиологический фактор заболевания; г) выявить сопутствующую патологию двенадцатиперстной кишки при этих заболеваниях.

Методика проведения хромоудоденоскопии заключается в следующем: 1) подготовка: натощак и при необходимости (экстренная хромоудоденоскопия) промывание желудка; 2) премедикация — за 30 мин до исследования введение атропина сульфата, димедрола и при необходимости аэрон под язык; 3) внутривенное введение индигокармина за 10—15 мин до исследования; 4) введение эндоскопа под местной анестезией 2% раствором дикаина; 5) осмотр пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска.

Диагноз острого холецистита ставится в основном по данным объективного осмотра и лабораторных тестов. В определенных случаях для выявления некоторых осложнений, решения вопроса о тактике, выбора срока и объема оперативного вмешательства применяют эндоскопическое исследование, в частности лапароскопию.

Нередко острый холецистит сочетается с ущемлением камня в большом дуоде-

нальном соске или с воспалением поджелудочной железы и нередко возникает на фоне стриктуры фатерова канала или терминального отдела холедоха, дооперационная диагностика которых представляет большие трудности.

В последние годы для дооперационной диагностики холедохолитиаза, стриктуры терминального отдела холедоха, а также для выявления полной обструкции терминального отдела холедоха при остром холецистите применяют экстренную лапароскопию в сочетании с лапароскопической холецистохолангиографией [2, 3а, б]. Метод очень информативен в диагностике патологии желчевыводящих путей, но, к сожалению, требует вмешательства, хотя и незначительного, в брюшную полость.

Визуальная фиброгастродуоденоскопия при заболеваниях внепеченочных желчных путей получила в последние годы широкое распространение. Метод достаточно информативен и дает возможность, особенно в сочетании с ретроградной холедохопанкреатикографией, выявить патологические изменения в желчных путях. К сожалению, ретроградная холедохопанкреатикография не во всех случаях удается и к тому же технически трудна. Кроме того, данное исследование чревато возникновением ряда осложнений и в первую очередь острого панкреатита, вплоть до развития панкреонекроза. Поэтому его проведение вряд ли показано при явлениях острого холецистита, а тем более холецистопанкреатита. Визуальный же осмотр двенадцатиперстной кишки дает определенную информацию о состоянии слизистой двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска. По косвенным признакам можно определить ущемление камня в области большого дуоденального соска, однако нельзя получить представление о состоянии внепеченочных желчных путей.

Учитывая изложенное, мы стали применять хромодуоденоскопию при остром холецистите, панкреатите и механической желтухе. Этот диагностический метод основывается на визуальной оценке выброса красителя из желчных путей. По интенсивности окраски выделенной желчи и красителя можно с достоверностью судить о функции желчного пузыря, степени обструкции пузырного протока, наличии дилатации холедоха и нарушениях моторики желчных путей, а по длительности интервала между периодами сокращения сфинктера Одди — о его функциональных и органических изменениях. Нами установлено, что при нарушении моторики желчных путей и наличии дилатации холедоха функционального характера интервал между выбросами окрашенной желчи удлинняется по сравнению с нормой в 2—3 раза.

Результаты хромодуоденоскопии при подозрении на механическую желтуху

Предполагаемое заболевание	Число больных	Выявленная патология					
		опухоль поджелудочной железы	стриктура холедоха	холедохолитиаз	ущемленный камень в большом дуоденальном соске	холецистический гепатит	опухоль ворот печени
Механическая желтуха на почве опухоли поджелудочной железы	10	2	4	2	2	—	—
Калькулезный холецистит, ущемленный камень в большом дуоденальном соске	24	2	16	2	2	2	—
Опухоль ворот печени	8	2	2	2	—	2	—
Желтуха неясного генеза	6	1	—	2	—	1	2
Всего	48	7	22	8	4	5	2

Во время хромодуоденоскопии было отмечено неравномерное окрашивание слизистой двенадцатиперстной кишки, интенсивность которой зависела от длительности экспозиции красителя после выброса из желчных путей и от выраженности воспалительного процесса в слизистой. На одних участках окрашивание было резким, на других — еле заметным. Из 78 хромодуоденоскопий окрашивание выявлено у 28 больных, из них при остром холецистите у 8 из 18, при остром панкреатите — у 10 из 12,

при механической желтухе — у 8. Наиболее интенсивное окрашивание при остром панкреатите отмечено по заднемедиальному контуру двенадцатиперстной кишки, при остром холецистите — в зоне большого дуоденального соска (у 4) и равномерные участки по всему контуру слизистой двенадцатиперстной кишки (у 4). При механической желтухе интенсивное окрашивание выявлено в зоне большого дуоденального соска (у 2) и по всему контуру слизистой двенадцатиперстной кишки (2). Данный феномен зависит от длительности экспозиции красителя и обусловлен способностью энтероцитов десорбировать краску [7]. Обзорная дуоденоскопия дает возможность, во-первых, достоверно оценить состояние двенадцатиперстной кишки; во-вторых, поступление желчи в двенадцатиперстную кишку свидетельствует об отсутствии механического препятствия. Однако лишь один осмотр не позволяет судить об этиологическом факторе желтухи. Для решения этого вопроса определенную помощь оказывает хромодуоденоскопия. Результаты хромодуоденоскопии при подозрении на механическую желтуху представлены в таблице.

Во время хромодуоденоскопии при механической желтухе были выявлены следующие визуальные признаки: 1) различное пятнистое окрашивание слизистой двенадцатиперстной кишки; 2) окрашивание большого дуоденального соска; 3) нарушение ритмичности выделения окрашенной желчи; 4) уменьшение выброса желчи; 5) полное отсутствие окрашенной желчи.

Таким образом, ретроспективный анализ 78 хромодуоденоскопий показал, что данный метод может быть использован для распознавания состояния желчевыводящих путей и панкреатического протока, а также в дифференциальной диагностике желтух.

Конечно, мы не можем утверждать, что метод всегда дает положительный результат, но в комплексе с клиническими лабораторными данными, безусловно, является значительным подспорьем в диагностике заболеваний внепеченочных желчных путей.

Наибольшие трудности в интерпретации данных хромодуоденоскопии возникали при высокой обтурации желчных путей, то есть в воротах печени и при холестатическом гепатите. В дифференциальной диагностике высокой обтурации и холестатического гепатита необходимо комплексное инструментально-эндоскопическое исследование.

Приводим выписку из истории болезни.

С., 32 лет, находилась на стационарном лечении в инфекционной больнице в течение 3,5 мес по поводу гепатита. Ввиду неэффективности консервативной терапии 8/XI 1981 г. переведена в клинику неотложной хирургии с диагнозом: механическая желтуха, опухоль головки поджелудочной железы?

Жалобы на слабость, похудание, отсутствие аппетита и кожный зуд. За 3,5 мес похудела на 12 кг. Общее состояние среднетяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны. На коже — следы расчесов. Легкие и сердце — без грубой патологии. Пульс — 84 уд. в 1 мин. АД — 13,3/8,0 кПа. Печеночные пробы отклонений от нормы не выявили. Нб — 1,24 ммоль/л, эр. — $2,56 \cdot 10^{12}$ в 1 л, СОЭ — 32 мм/ч. Анализ мочи: относительная плотность — 1,021, белок отсутствует. Остаточный азот крови — 31,4 ммоль/л. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Отмечается увеличение печени до 5 см с закругленными краями. При пальпации печень безболезненная. Селезенка не увеличена. Диагноз: механическая желтуха неясной этиологии.

10/XI 1981 г. произведена хромодуоденоскопия, на основании которой было сказано предположение о недостаточности функции печени и поставлен диагноз холестатического гепатита. Для верификации диагноза, а также для исключения высокой обтурации желчных путей 13/XI выполнена лапароскопия. Выявлен спавшийся желчный пузырь без признаков воспаления, инфильтрации в зоне ворот печени и гепатодуоденальной связки. Для уточнения и объективизации диагноза сделана лапароскопическая холецистохолангиография: при пункции желчного пузыря желчи не получено. На холецистохолангиограмме видно хорошее заполнение внепеченочных и внутрипеченочных желчных путей и пассаж контраста в двенадцатиперстную кишку. После установления диагноза произведено дренирование грудного лимфатического протока и проведено консервативное лечение. 16/XII 1981 г. в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями билирубина крови больная выписана домой.

В заключение необходимо отметить, что в диагностике заболеваний внепеченочных желчных путей хромодуоденоскопия является достаточно информативной и простой и может найти применение в комплексе диагностических мероприятий при патологии внепеченочных желчных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков Б. П., Ширалиев О. К., Степанов О. В. Вестн. хир., 1981, 8.—2. Ким И. А. Комбинированная лапароскопия в неотложной хирургии. Автореф.

канд. дисс.; Казань, 1980.—3. Кочнев О. С., Ким И. А. а) Казанский мед. ж., 1978, 4; б) Хирургия, 1980, 8.—4. Панцырев Ю. М., Галингер Ю. И. Хирургия, 1976, 7.—5. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. Там же, 1973, 10.—6. Kawai K., Takemoto O., Suzuki S., Ida K. Endoscopy, 1979, 1, 23.—7. Maffioli C., Louvet H., Salas H. Ztschr. Gastroenterol., 1978, 11, 16.

Поступила 22 сентября 1983 г.

УДК 616.346.2—002.1—06:616.149—002

ПИЛЕФЛЕБИТ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Н. Г. Гатауллин, П. Г. Корнилаев, Р. З. Амиров

Кафедра хирургии № 1 (зав.—проф. Н. Г. Гатауллин) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ

Пилефлебит — редкое, но крайне тяжелое осложнение острого аппендицита, обусловленное тромбозом системы воротной вены и миграцией гнойных эмболов с последующим развитием множественных абсцессов печени.

По данным централизованного патологоанатомического отделения г. Уфы, с 1973 по 1982 г. летальность при остром аппендиците составила 0,33%. Около половины умерших были старше 60 лет, при этом соотношение числа лиц мужского и женского пола приближалось к единице. Деструктивная форма аппендицита была у 94,5% умерших. Пилефлебит являлся причиной смерти четырех оперированных по поводу деструктивного аппендицита — юноши 17 лет и трех женщин 43, 51 и 70 лет. Обращало на себя внимание позднее поступление всех четверых (на 2—4-е сутки). Два человека переведены из инфекционной больницы, где находились в течение суток в связи с подозрением на пищевую токсикоинфекцию. Аппендэктомия во всех случаях производилась под местной анестезией и заканчивалась дренированием брюшной полости.

При анализе историй болезни умерших были прослежены следующие характерные проявления пилефлебита. С первых дней заболевания отмечалась лихорадка (до 39,0—39,5°) неправильного типа, с ознобом и амплитудой до 2—3° (у 2 — с 1-го дня заболевания, у 2 — с 3-го). К 5—6-му послеоперационному дню у всех больных констатирована прогрессивно нарастающая желтуха.

Несмотря на лечение, быстро развивался перитонит. В последующем формировались абсцессы различной локализации, по поводу которых предпринимались неоднократные операции. При первых вмешательствах был обнаружен серозный выпот, который затем очень быстро превращался в гнойно-фибринозный. Из гноя ран и брюшной полости высевалась кишечная палочка. У двух больных из крови была высеяна идентичная микрофлора. У всех 4 больных возникли осложнения со стороны органов дыхания в виде пневмонии и правостороннего плеврита. В ранние сроки наблюдались высокий лейкоцитоз (11,0—20,0·10⁹ в 1 л), сдвиг лейкоформулы влево до юных форм, токсическая зернистость нейтрофилов, повышенная СОЭ (40—60 мм/ч); в поздних стадиях — лейкопения (3,4—4,2·10⁹ в 1 л), гипохромная анемия (эр.—2,9—3,2·10¹² в 1 л, Нb—1,4—1,7 ммоль/л, цв. показатель — 0,7—0,8). Характерными были билирубинемия (максимально до 216 мкмоль/л), в основном за счет непрямого билирубина, гипопропротеинемия (46 г/л); азотемия. У больной 70 лет при жизни был диагностирован пилефлебит, который быстро прогрессировал и на 6-е сутки привел к летальному исходу. Трое больных умерли на 31-й день после операции. При патологоанатомическом исследовании у всех были обнаружены абсцессы печени и разлитой перитонит.

Мы согласны с мнением авторов [1,2], что пилефлебит встречается чаще, чем диагностируется, однако длительная интенсивная терапия, назначаемая даже при подозрении на это грозное осложнение, может привести к выздоровлению.

При анализе историй болезни 7137 больных острым аппендицитом, прооперированных за указанный выше период, выявлен один случай выздоровления от пилефлебита.

И., 55 лет, поступил в клинику 12/VII 1981 г. через 10 ч от начала заболевания по поводу острого аппендицита. Аппендэктомия произведена под местной анестезией. Обнаружен флегмонозно измененный червеобразный отросток. Рана ушита наглухо. На 3-и сутки состояние ухудшилось, появилась лихорадка с ознобом и проливным потом в ночное время, слабость, боли в правом подреберье. Большой желтушен, пульс—110—120 уд. в 1 мин, живот умеренно вздут, болезненность в правом подреберье и