

ДИНАМИЧЕСКАЯ СЦИНТИГРАФИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

А.Ф. Юсупова, Н.М. Валиуллина, А.Х. Одинцова

*Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. – проф. И.И. Камалов)
Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая
больница (главврач – М.В. Кормачев) МЗ РТ, г. Казань*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – чрезвычайно распространенное заболевание. Основным методом лечения лиц с данным заболеванием является холецистэктомия, которая среди операций по частоте вышла на второе место в мире. Однако это не решило проблему ЖКБ, и у 20–40% больных после холецистэктомии сохраняются или через некоторое время после операции возобновляются абдоминальные боли и диспептические расстройства [1, 5]. Эти симптомы могут быть вызваны различными причинами, которые можно разделить на три группы:

1. Функциональные расстройства сфинктера Одди как результат холецистэктомии, что составляет 50–58%.

2. Органическая патология в области сфинктера (от 40 до 50%) в виде стеноза (11–15%) большого дуоденального сосочка, стриктуры желчных протоков и желчевыводящих анастомозов (5–10%) и в меньшей степени (0,1–2%) – избыточная культя пузырного протока.

3. Заболевания, которые имелись до оперативного вмешательства или диагностированы после него: хронический панкреатит, дискинезия двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь, гастродуодениты, дискинезия кишечника.

Функциональные расстройства сфинктера Одди при отсутствии органических поражений в настоящее время рассматриваются как постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) [2, 4, 7, 8]. Вторая и третья группа не подходят под этот термин и в клинике должны обозначаться соответственно этим состоянием. Лечебная тактика в отношении этих больных различна, поэтому важно диагностировать функциональные расстройства сфинктера Одди у больных, перенесших холецистэктомию [2, 3, 6].

Целью нашего исследования было изучение информативности различных методов исследования в диагностике дисфункции сфинктера Одди и определение эффективности динамической гепатобилисцинтиграфии в выявлении этой патологии. Для этого было обследовано 30 больных, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении и перенесших холецистэктомию, с различными жалобами на абдоминальные боли и диспептические расстройства. Возраст больных – от 26 до 70 лет, из них 24 женщины и 6 мужчин. Больные находились на обследовании на различных сроках после операции – от 1 до 22 лет.

Данные лабораторных исследований имели значение только в случае их проведения во время или не позднее 6 часов после окончания болевого приступа и в динамике. При остром приступе болей у некоторых пациентов определялось транзиторное повышение уровня печеночных ферментов (АСТ, щелочная фосфатаза, J-ГТП) и/или ферментов поджелудочной железы (амилазы, липазы). Транзиторное повышение уровня печеночных или панкреатических ферментов (в 2 раза и более) во время болевого приступа указывало на наличие препятствия в протоках, что, однако, не является строго специфичным для дисфункции сфинктера Одди. Известно, что другие нарушения, а именно холедохолитиаз, также является причиной нарушения проходимости желчных протоков.

Всем больным проводилось УЗИ с целью определения диаметра общего желчного протока, панкреатического протока, состояния паренхимы печени и поджелудочной железы. У 9 больных было незначительное увеличение размеров печени с признаками гепатоза, стеатоза или жировой дистрофии, у остальных незначительное уплотнение, явления жирового гепатоза и

стеатоза при средних размерах органа. Холедох был расширен до 8 мм при нормальных размерах внутрипеченочных протоков у одного больного с механической желтухой, что составило 3% от всех больных. По данным УЗИ невозможно было оценить функциональное состояние системы протоков и сфинктерного аппарата. Считается, что при дисфункции сфинктера Одди (парадоксальная его реакция или длительный спазм) после желчегонного завтрака диаметр желчного протока увеличивается. Однако следует отметить сложность в выявлении незначительных колебаний размеров общего желчного протока при УЗИ в связи с небольшим его диаметром.

Всем больным проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). По данным ФЭГДС с ревизией большого дуоденального сосочка (БДС) были диагностированы в большей степени эндоскопические признаки обострения хронического гастродуоденита, дуоденогастрального рефлюкса, в трех случаях язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, эрозивный бульбит. Визуально изменения в области БДС не определялись. В двух случаях дуоденография выявила заброс контраста через холедоходуоденоанастомоз, холедох и печеночные протоки с расширением холедоха.

ЭРХПГ относится к инвазивным методам оценки функции сфинктера Одди. Метод позволяет определить диаметр протоков и время их опорожнения, исключить заболевания поджелудочной железы и желчных путей, имеющих сходный болевой синдром (например, обтурация протока конкрементом, стриктуры протоков, опухоли в области БДС, хронический панкреатит). Однако метод связан с риском осложнений в результате механического воздействия контрастного вещества и катетера, сопряжен с лучевой нагрузкой и поэтому требует соблюдения строгих показаний к исследованию. Выявляемые изменения в виде спазма БДС могут быть реакцией на исследование и по этой причине необъективны. Показаний к проведению этого метода у больных не было, по этой причине он не был использован.

В последние годы для изучения функционального состояния желчевыделительной системы применяется неинвазивный метод динамической сцинтиграфии гепатобилиарной системы (гепатобилисцинтиграфия), основанный на избирательном поглощении из крови гепатоцитами и экскреции в составе желчи меченых ^{99m}Tc радиофармпрепаратов (РФП) [1, 2, 5]. Ценность метода заключается в возможности непрерывного длительного наблюдения за процессами перераспределения РФП в гепатобилиарной системе в физиологических условиях, что позволяет косвенно судить о функциональном состоянии гепатоцитов, выявить нарушения желчеоттока, связанные как с механическим препятствием в билиарной системе, так и со спазмом сфинктера Одди. О дисфункции сфинктера Одди свидетельствуют увеличение времени транзита РФП от ворот печени до двенадцатиперстной кишки и характер его поступления в кишечник. Задержка транзита может указывать на дисфункцию сфинктера.

Гепатобилисцинтиграфия проводилась всем больным. В качестве РФП был использован препарат Tc-^{99m} -бромид в дозе 1,7–2,0 МБК на 1 кг массы тела больного. Применение этого препарата не зависит от уровня билирубина в крови. Исследование осуществлялось натощак без предварительной медикаментозной подготовки в режиме 1 кадр/мин в течение 1 часа. На 30-й минуте давали желчегонный завтрак. В конце исследования не меняя положения больной выпивал 100 мл воды с 7–10 МБК технеция для метки области желудка. Визуальный анализ предусматривал оценку формы, размеров печени, степень накопления и распределения в ней РФП, степень контрастирования и форму магистральных желчных протоков, характер поступления РФП в кишечник, наличие дуоденогастрального рефлюкса. Количественная обработка состояла в построении кривых в области печени, общего желчного протока, кишечника, желудка и расчета показателей: время максимального накопления и полувыведения РФП из печени и холедоха, время и количество поступления РФП в кишечник, при выявлении дуоденогастрального рефлюкса – его длительность и частота.

В результате исследования в 23 случаях задержки РФП по холедоху не определялось, отмечалось непрерывное поступление РФП в кишечник с преобладанием его активности в двенадцатиперстной кишке по сравнению с таковой в холедохе к концу исследования. В 7 (23%) случаях была выявлена умеренная задержка транзита РФП по холедоху: в 2 – начало транзита РФП в кишечник отмечалось только через 1–5 минут после желчегонного завтрака в значительном количестве, в 3 – незначительное поступление РФП в кишечник за 3–5 минут до желчегонного завтрака с недостаточным его появлением после, в 2 – отсутствие поступления РФП в кишечник натощак и недостаточное его поступление после завтрака.

Таким образом, из 30 больных с клиническими проявлениями ПХЭС только у 7 в результате гепатобилисцинтиграфии достоверно можно было судить о наличии дисфункции сфинктера Одди. Именно эта группа больных нуждалась в адекватном устранении дисфункции, а все остальные – в коррекции и соответствующем лечении заболеваний, которые имелись до оперативного вмешательства или развились после. Из 14 больных с диагнозом ПХЭС при поступлении таковой был подтвержден в результате обследования только у 7. Остальным больным после обследования были выставлены следующие диагнозы: обострение гастродуоденита (8), из них ассоциированного с *Helicobacter pylori* (2), эрозивный гастрит (1), хронический гепатит со стеатозом (4), хронический панкреатит (2), острый панкреатит (1), колиты, дискинезии толстой кишки с диареей (2), холангит с обострением реактивного гепатита (1), обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (3), холедохолитиаз с механической желтухой (1).

В результате сравнительного изучения информативности методов исследования

дисфункции сфинктера Одди было определено, что гепатобилисцинтиграфия является высокоинформативным методом в выявлении данной патологии. Он малоинвазивен, доступен, физиологичен, практически не имеет противопоказаний, сопряжен с малой лучевой нагрузкой и показан всем больным, перенесшим холецистэктомию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П.Я., Агафонова Н.А., Солуянова И.П. и др. // Лечащий врач. – 2004. – №4.
2. Ильченко А.А. // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2002. – № 5 – С. 25-29.
3. Калинин А.В. // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2002. – № 3. – С 25–34.
4. Функциональные заболевания кишечника и желчевыводящих путей: вопросы классификации и терапии. /Международный бюллетень: Гастроэнтерология. – 2001. – № 4. – С.1–4.
5. Харченко Н.В., Черненко В.В., Родонезская Е.В. // Здоровье Украины. – 2004. – № 1.
6. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment. A Multinational consensus. – Little, Brown and company, 1994.
7. Lechman G.Y., Sherman S. // Int. J. Pancreatol. – 1996. – Vol. 20. – P. 11–25.
8. Stotland B.R., Kochman M.B.L. Biliary motility // Current opinion in Gastroenterology. – 1996. – Vol. 12, 5. – P. 482–490.

Поступила 31.08.06.

DYNAMIC SCINTIGRAPHY OF HEPATOBILIARY SYSTEM IN THE DIAGNOSIS OF POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME

A.F. Yusupova, N.M. Valiullina, A.Kh. Odintsova

Summary

Comparative evaluation of different diagnostic methods of Oddi sphincter dysfunction was made in 30 patients with post-cholecystectomy syndrome. It was shown that dynamic scintigraphy of hepatobiliary system is a highly informative method to diagnose such pathology.