ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

Научный Центр хирургии печени и желчевыводящих протоков Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент

Частой причиной развития органических поражений терминального отдела холедоха является желчнокаменная болезнь, что составляет 3,5% больных желчнокаменной болезнью. Своевременное определение органических поражений ТОХ в дооперационном периоде позволяет избрать патогенетически обоснованную хирургическую тактику [Альперович Б.И., 1997; Арипов У.А., 1999].

У 167 больных с клиникой механической желтухи были проанализированы результаты различных инструментальных методов исследования (эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое сканирование желчных путей, ретроградная панкреатохолангиография, чрескожная чреспеченочная холангиография) с целью определения их диагностической ценности.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах обследования 167 больных с клиникой механической желтухи, поступивших в Научный Центр хирургии. Помимо тщательного сбора анамнестических данных в целях выявления истинных причин развития нарушенного оттока желчи, оценки общего состояния больных, а в ряде случаев для дифференциальной диагностики проводили клинико-биохимическое исследование крови.

Для оценки состояния билиарной системы применяли следующие инструментальные методы: фиброгастродуоденоскопия; ультразвуковое сканирование печени, желчных путей и поджелудочной железы; ретроградная панкреатохолангиография; чрескожная, чреспеченочная холангиография.

Результаты исследования

Из 167 больных, подвергшихся фиброгастродуоденоскопии, лишь у 9 удалось выявить органическую патологию билиарной системы (стеноз билиодуоденального соустья у 7, камень БДС - у 1 и опухоль БДС - у 1), а еще у 4 больных обнаружен парафатеральный дивертикул. Вместе с тем выявление у 89 больных отсутствия желчи в ДПК при наличии у них желтухи позволило установить ее механическую природу, а обнаружение у 31 больного хронической язвы желудка или ДПК позволило (конечно, после исключения органической патологии билиарной системы путем УЗС и внутривенной холангиографии) установить истинную природу болевого синдрома и определить тактику лечения.

УЗС при диагностике органических поражений желчных путей. Она выполнялась на моделях SAL-50A фирмы Toshiba, 630 фирмы Aloka и портативной модели Shimadzi, Япония), работающих в режиме реального времени секторными и конвексными датчиками в диапазоне 3,5-4 МГц.

Если по данным УЗС расширение гепатикохоледоха более чем 0,5 см (норма 0,5 см) у 156 больных, то при дальнейших исследованиях путем контрастирования протоков расширение выявлено лишь у 147 (94,2%). В то же время при нормальном диаметре гепатикохоледоха по данным УЗС у 11 больных расширение выявлено у 7. У 4 больных холедох не визуализировался. Но все же в случаях выявления при УЗС расширения гепатикохоледоха более чем 1 см, практически во всех случаях имелось органическое поражение билиарной системы. Следует отметить и тот факт, что при механической желтухе расширение гепатикохоледоха более чем 1 см встречалось почти у всех больных и, вероятно, было связано с высокой билиарной гипертензией и резкой дилатацией протоков.

Инвазивность, опасность развития тяжелых, а порой смертельных осложнений, несмотря на их высокую точность, ограничивает возможности методов прямого контрастирования таких, как РПХГ и ЧЧХГ.

ЭРПХГ проведена у 158 больных. Из них у 6 больных попытка канюлирования не удалась или получена вирсунгограмма. У 131 больного выявлены органические поражения, требующие оперативного вмешательства. При этом в двух случаях ошибочно был пропущен холедохолитиаз и установлен изолированный стеноз БДС.

ЧЧХГ выполняли у 23 больных. Из них у 2 больных патология не выявлена. У 8 больных выявлена высокая стриктура гепатикохоледоха, у 11 - холедохолитиаз (в сочетании со стенозом БДС или без него), у 1 - стеноз БДС и у 1 - рак БДС. У 2 больных попытка пункции и контрастирования желчных протоков не удалась. У одного больного после ЧЧХГ развилось осложнение - поддиафрагмальный абсцесс справа. После пункционного дренирования гнойника под рентгеноскопическим контролем больной выздоровел.

Таким образом, применение инвазивных и неинвазивных методов исследования желчных протоков позволяет определить уровень и характер пораженного билиарного тракта, т.е. этиологию поражения, которая играет важную роль при выборе хирургической тактики лечения больных с поражениями билиарного тракта.