

О.И.Охотников
ЛУЧЕВАЯ ДИАПЕВТИКА ПРОКСИМАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ
ЖЕЛЧНОГО ДЕРЕВА

Каф. хирургических болезней №1 КГМУ, Курская областная клиническая больница.

Совершенствование техники хирургического лечения проксимальных стриктур желчного дерева как доброкачественного, так и опухолевого генеза закономерно изменило традиционно негативное отношение большинства хирургов к возможности радикальной успешной коррекции этой патологии, особенно при злокачественном характере поражения. При “высоком” внепеченочном блоке желчных путей патологический процесс локализуется проксимальнее устья пузырного протока, включая начальные отделы долевых протоков. В зависимости от распространённости патологического процесса варианты проксимальной окклюзии могут быть ранжированы в соответствии с известной классификацией рубцовых стриктур Bismuth-Гальперина на 6 типов (-3 - +2). Эта классификация может быть использована и при опухолевом поражении желчного дерева. Алгоритм инструментальной диагностики типа проксимальной окклюзии желчного дерева закономерно включает сонографию, антеградную холеграфию, а в последнее время – МРТ.

При проксимальном виде окклюзии желчного дерева сонографически отсутствуют признаки внепеченочной желчной гипертензии, ярко выражены симптомы внутрипеченочного холестаза. Но, в отличие от внутрипеченочного блока, процесс дилатации желчных ходов захватывает обе доли. В зависимости от распространённости первичного патологического процесса сонографически удастся выявить оба главных долевых протока, один из них либо локация правого и левого долевых протоков невозможна.

Этиологически в 84,5 % наших наблюдений /82 пациента/ “высокая” внепеченочная обструкция являлась злокачественной. Опухоли конfluence общего печеночного протока (опухоли Клацкина) встретились в 12 случаях, рак желчного пузыря с прорастанием в зону ворот печени в 10 случаях, метастатическое поражение лимфатических узлов ворот печени - в 60 наблюдениях.

Лишь в 15 случаях причиной “высокого” внепеченочного блока желчных путей стал холелитиаз.

Важным эхосимптомом “высокого” внепеченочного блока желчных путей наряду с симметричной дилатацией внутрипеченочных желчных ходов является отсутствие визуализации внепеченочного желчного дерева. Желчный пузырь при этом может лоцироваться двояко: либо в виде спавшегося, не содержащего желчь /83,5 %/, либо в виде субстрата ложного симптома Курвуазье - увеличенного в размерах, атоничного, “застойного” желчного пузыря /16,5 %/.

Первый вариант встречается при истинно проксимальном характере поражения внепеченочных желчных путей, второй - при “централизации” патологического процесса иной локализации с предварительной блокадой пузырного протока /например, рак поджелудочной железы с прорастанием (MTS) в зону ворот печени/.

Диагностическая точность неинвазивной сонографии при верификации “высокого” внепеченочного блока желчеоттока составила – 93,8 %, тогда как его этиологическая верификация не превысила 58,8%.

Любое перкутанное дренирование желчного дерева заканчивается антеградной холеграфией. Однако, на наш взгляд, цель первичной постманипуляционной холеграфии состоит не столько в топической и нозологической диагностике механической желтухи, сколько в контроле за положением дренажа в желчном дереве, а также выявлении грубых

технических ошибок дренирования. Кроме того, диагностическая ценность первичной постманипуляционной антеградной холангиографии снижается за счет несанированности желчного русла перед рентгеновским исследованием. Обструкция желчного дерева неизбежно приводит к застою желчи, формированию “сладж-синдрома”. Желчная замазка существенно может изменять рентгеносемиотику основного заболевания, осложненного механической желтухой.

В связи с этим мы провели сравнение результатов диагностической точности антеградной холеграфии в выявлении уровня обструкции желчного дерева и его причины непосредственно после дренирования билиарного тракта, а также через одни сутки, на 3, 5 и 7-е сутки постманипуляционного периода у 97 пациентов с проксимальной окклюзией желчного дерева различной этиологии на фоне превентивного перкутанного дренирования желчных путей. Билиарная декомпрессия осуществлялась чрескожной чреспечёночной холангиостомией под ультразвуковым и флуороскопическим контролем.

Нам не удалось выявить статистически достоверных различий в определении уровня обструкции в разные сроки с момента дренирования желчного дерева.

Закономерной оказалась динамика диагностической точности антеградной холеграфии в этиологической верификации патологии. Совпадение этиологического диагноза механической желтухи, установленного при первичной холангиографии, с окончательным составило 65,3%, при повторном исследовании на 1-е сутки - 76,4%, на 3-и - 88,3 %, на 5-е - 94,7%.

На наш взгляд, при динамической антеградной холеграфии следует обращать внимание не только на выявление характерных рентгенологических признаков обструкции желчного дерева, но и на их динамизм при повторных исследованиях.

Литература:

1. Каримов М.И., Ким В.Л., Кротов Н.Ф. и др. Малоинвазивные вмешательства при желчнокаменной болезни. //Хирургия. – 2000. -№10. – С. 24-28.
2. Лотов А.Н., Кондрашин С.А., Заволнов В.Л. и др. Диагностические и лечебные процедуры под УЗИ-контролем у больных механической желтухой. //Хирургия. – 1996. -№3. –С. 57-58.