

Е. М. АРУТЮНЯН

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ЗАСТОЙНОГО ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

При контрастном исследовании желчных путей методом холецистографии на рентгенограммах правой половины живота изредка можно наблюдать необычно большую тень застойного желчного пузыря.

Застой или задержка желчи могут явиться результатом множественности разнообразных причин и быть вызванными патологическими процессами, механической закупоркой путей или быть функционального характера, препятствующих нормальному оттоку желчи в кишечник.

Наиболее частыми причинами, препятствующими оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку, являются ущемленные камни в желчных протоках или опухоли, исходящие из соседних органов, чаще всего из головки поджелудочной железы или же из стенки самих желчных путей, сдавливающих просвет общего или пузырного протоков и вызывающих тем самым застой в желчном пузыре или в системе протоков, в зависимости от места расположения препятствия.

Спайки, образовавшиеся в результате воспалительного процесса желчных путей, вызывают неровности контуров и деформацию желчного пузыря и протоков и могут служить препятствием оттоку желчи и быть причиной застоя ее в желчном пузыре.

Желчный пузырь, выполняя физиологическую функцию путем перистальтических сокращений стенки, из своего просвета вместе с желчью, выталкивает в проток и мелкие камешки. При этом камни могут ущемиться в шейке пузыря, пузырном протоке или застрять в сфинктере (Одди) и образовать закупорку и застой желчи в проксимальных отделах. Мелкие камни в шейке и в протоке пузыря причиняют боли до тех пор, пока они не отойдут обратно в пузырь, либо не пройдут в общий желчный проток.

Более сложная картина получается, когда в шейке и в пузырном протоке ущемляются камни крупных размеров. В этих случаях может происходить полная или неполная задержка желчи в пузыре. По А. Л. Мясникову*, при неполной закупорке камень в пузырном протоке относительно подвижен и действует как клапан: току желчи в пузырь он не препятствует, а при обратном токе желчи из пузыря, по-видимому, в связи с переменной тонуса мышечных волокон в шейке и в протоках, или благодаря конусовидной форме камня, он охва-

* А. Л. Мясников. Болезни печени и желчных путей. Огиз, 1934 г., стр. 321.

тывается более туго, становится пробкой, не выпускающей желчь из пузыря. Если же камень плотно закрывает выход в проток, возникает полная закупорка. В первом случае пузырь переполняется желчью и растягивается, во втором случае, он может запустеть и сморщиться, или же, наоборот, увеличивается благодаря своеобразному процессу, который носит название водянки желчного пузыря.

Водянка желчного пузыря развивается не сразу после закупорки. Сначала всасывается желчь, ее место затем постепенно занимает светлая с примесью слизи жидкость, выделяемая своеобразно измененной слизистой стенки пузыря. По мере накопления жидкости в пузыре, он растягивается, слизистая теряет свою обычную складчатость, а ходы Лущка расширяются: мускульный слой вначале гипертрофируется, а позже атрофируется. Водяночный пузырь может вмещать до 5—10 и более литров жидкости*.

Контрастное исследование при водянке желчного пузыря, разумеется, не достигает желаемых результатов, ибо тень пузыря в большинстве случаев отсутствует на холецистограммах.

При застойном желчном пузыре слизистая обычно сохраняет способность концентрировать содержимое пузыря, вследствие чего, при контрастном рентгенологическом исследовании тень пузыря может быть достаточно интенсивной. Размеры застойного пузыря значительно увеличиваются, а появление тени заметно запаздывает. Если на холецистограммах, произведенных в обычный срок (через 15—16 часов после приема контрастного препарата), изображения пузыря не получается, то это еще не дает исследователю основания отказаться от дальнейшего наблюдения больного, ибо тень пузыря может появиться через 20 и более часов после приема препарата и сохраняться значительно долго. Мы наблюдали больного с контрастированным и неопорожненным содержимым пузыря в течение более 80 часов после приема контрастного препарата.

Нами произведено более 1000 холецистографий у 487 больных, из них в 7 случаях мы наблюдали картину застойного желчного пузыря, в 2 — водянку желчного пузыря, вызванных различными этиологическими факторами.

Рентгенологическое исследование некоторых из них приводим для иллюстрации сказанного выше.

1. Больная К. А., 62 лет, 29 марта 1957 года обратилась в Институт рентгенологии и онкологии с жалобами на резкую общую слабость, зуд во всем теле, тошноту, рвоту. Ранее перенесла сыпной и брюшной тиф и малярию. Имеет двух здоровых детей. Считает себя больной с середины февраля 1957 года. Заболевание началось с общей слабости, тошноты и рвоты. Лечилась пенициллином. Через 2 месяца, 10.IV.1957 г., появилась желтуха, достигшая за два-три дня выраженной степени. За несколько дней до этого появился зуд во всем теле. Моча стала темной и пенистой, кал обесцветился. 12.III.1957 года была госпитализирована.

* Федоров описал случай, когда желчный пузырь содержал до 20 литров жидкости.

Объективно: живот овальной формы, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, при ощупывании—мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации в области желчного пузыря прощупывается плотное, малоподвижное образование с гладкой поверхностью, исходящее как бы из-под нижней поверхности печени. Больная подверглась комбинированному рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта и холецистографии. Пищевод без патологических изменений. Желудок ортотоничен, формы крючка, складки слизистой умеренно расширены и утолщены, контуры желудка гладкие, эвакуация бария из желудка ускоренная. Луковица 12-перстной кишки без изменений.

На холецистограммах получена пониженной интенсивности тень желчного пузыря. Пузырь формы огурца, резко растянут и увеличен, размеры— 16×5 см., расположен вдоль передне-нижнего края правой доли печени в направлении от III-поясничного позвонка вниз и вправо к крылу правой подвздошной кости. Тень пузыря однородная и на ее фоне тени конкрементов не определяются. После пробного завтрака состояние и размеры желчного пузыря на снимках почти не изменились. На тех же снимках определяется тень увеличенного застойного общего желчного протока (рис. 1).

Заключение: застойный желчный пузырь вследствие облитерации общего желчного протока опухолью (возможно исходящей из Фатерова соска).

После нашего рентгенологического исследования больная была направлена на оперативное лечение. При операции (12.IV.1957 г., доп. Малхасян) обнаружен огромный, растянутый желчный пузырь размером в два кулака, 12-перстная кишка рассечена и в ней обнаружен плотный узел новообразования, размером больше грецкого ореха—рак Фатерова сосочка, прорастающего в просвет желчного протока.

2. **Больная У. И.**, 52 лет (ист. бол. 664). В тяжелом состоянии поступила в онкологический стационар Института рентгенологии и онкологии 31 июля 1958 г. с жалобами на сильные боли в правом подреберье и подложечной области. Начало заболевания характеризуется приступами кратковременных болей. В дальнейшем, последние 2 месяца эти боли стали острыми, частыми и более продолжительными. Появились зуд кожи и желтуха, резко окрасившая кожные покровы и слизистую, темп.— 38° .

Объективно: печень увеличена и выступает из-под реберной дуги на 4 пальца, на ощупь мягкая, с гладкой поверхностью, слабо болезненна. Реакция на на уробилин и желчные пигменты—положительная. Реакция Вассермана—отрицательная.

Анализ крови: гемоглобин 50 ед.— $8,4$ г %; красные тельца—2860000, белые тельца—11800. Лейкоциты— 10% , эозинофилы— 8% , РОЭ—70 мм (в) ч. Кровяное давление— $120/45$.

На холецистограммах получено изображение контрастированного желчного пузыря, расположенного отнесено у переднего края правой доли печени. Тень пузыря неравномерная, размеры его увеличены (12×6 см) (рис 2). На снимке определяется тень расширенного общего желчного протока.

Заключение: Застойный желчный пузырь, вследствие наличия препятствия в общем желчном протоке (опухоль Фатерова сосочка). При операции, 21.VIII.1958 г., обнаружено: желчный пузырь резко увеличен и напряжен; также резко увеличен и растяжен общий желчный проток, а печень значительно увеличена, мягкой консистенции и с желтушным оттенком. Пальпацией 12-перст. кишки в области Фатерова сосочка прощупывается мягкая на ощупь опухоль размером в грецкий орех, закупоривающая устье протока (опухоль не удалена).

Произведена холецистэктомия и холедохогастростомия. Операция прошла гладко. Больная выписалась домой 13 сентября 1958 г.

Гистологическое исследование удаленного желчного пузыря: слизистая пузыря гипертрофирована, неровная, покрыта фибринозно-гнойными наложениями, сама стенка утолщена, рыхлая, отечная, сероза полнокровная. Эпителиальный покров слизистой местами нарушен с образованием поверхностных дефектов, покрытых фиброзными и некротизированными массами. В подэпителиальном слое стенки инфильтрат из поли-

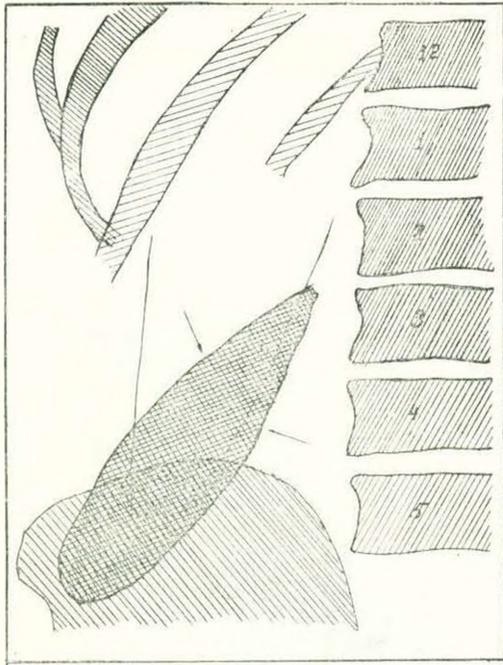


Рис. 1. Застойный желчный пузырь, обусловленный препятствием в общем желчном протоке (рак Фатерова сосочка),

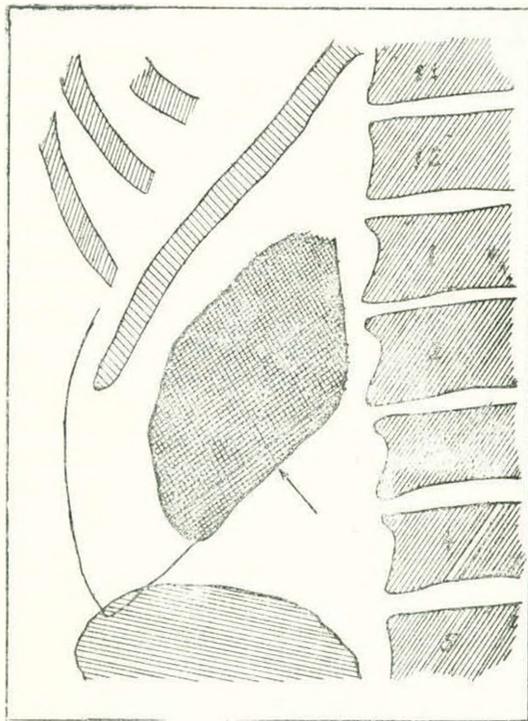


Рис. 2. Застойный желчный пузырь, обусловленный препятствием в общем желчном протоке (опухоль Фатерова сосочка),

нуклеаров и лимфоидных элементов. Мышечный слой гипертрофирован. Межмышечная соединительная ткань инфильтрирована и отечна.

Диагноз: подострое гнойное воспаление всей стенки желчного пузыря с изъязвлением слизистой.

Таким образом, на основании изложенного материала нам представляется возможным сделать следующие выводы.

1. При заболеваниях печени и желчных путей, напоминающих, по своей клинической картине желчнокаменную болезнь с холециститом, холецистография с применением препарата билитраста дает ценные дополнительные данные, которые в сопоставлении с данными клиники и лабораторных исследований позволяют составить более правильное представление о патологическом процессе, выявить застойность желчного пузыря.

2. Данные холецистографии в совокупности со всей клинической картиной заболевания дают возможность ставить показания к оперативному вмешательству.

Институт рентгенологии и онкологии
Минздрава АрмССР

Поступило 22 XI 1958 г.

Ե. Մ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ,

**ԼԵՂԱՊԱՐԿԻ ԿԱՆԳԱՅԻՆ ԴՐՈՒԹՅԱՆ ՌԵՆՏԳԵՆՈԳԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ
ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ**

Ա մ փ օ փ օ ւ մ

Լեղապարկի կանգալին դրությունը հանդիսանում է լեղապարկի բազմատեսակ հիվանդություններից մեկը, ավելի ճիշտ՝ նրա «սիմպտոմը», որը սենսացենոլոգ բժշկի պրակտիկայում հաճախ չի պատահում: Այլ հիվանդության առաջացմանը նախորդում են լեղուղիներում ստեղծված դժվարությունները, որոնք արգելակում են լեղաժորումը, նրա արտաժորումը լեղապարկից դեպի տասներկուատնյա աղին:

Լեղապարկից լեղու արտաժորման արգելակման պատճառներից ամենահաճախակին հանդիսանում են քարերը և ինչպես լեղաժորաններում, այնպես էլ նրանց հարևան օրգաններում գոյացած ուռուցքները: Օրինակ՝ ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի քաղցկեղը, որը կարող է ճնշել լեղաժորանի վրա, կամ ներաճման կարգով խցանել այն: Լեղաժորմանը արգելակ են հանդիսանում նաև լեղապարկի ու լեղուղիների շուրջը բորբոքային պրոցեսի հետևանքով առաջացած կպումները:

Հատուկ նշանակություն ունի կալիուլըային բնույթ կրող արգելակը (սեպածե քարը), որը ներթոյ և նախապահպան կափարիչի դեր է կատարում, Վերջինի շնորհիվ լեղին կուտակվում է լեղապարկում և առաջ բերում նրա ձգվածությունն ու մեծացումը, հասցնելով, այն երբեմն **16×5 սմ** և ավելի:

Կանգալին լեղապարկի հետևյալ էտապը լեղապարկի «ջրդողությունն» է, երբ լալնացած լեղապարկի մեջ երբեմն կուտակվում է ոչ թե լեղի, այլ ջրալի հեղուկ: Այդ հեղուկի գոյացման մեխանիզմը հետևյալն է. սովորական լեղուկուտակում լեղապարկի մեջ, ռեզորբցիա և լեղային պիգմենտների ներծծում ալնտեղ, լորձաթաղանթի արտազատում, լորձի կուտակում լեղապարկի մեջ ու ալնտեղ անցույն հեղուկի ստեղծում՝ «սպիտակ լեղի»: Այդ դեպքերում խոլեցիստոզրամաներում լեղապարկի ստվերը չի երևում:

Լյարդի և լեղուղիների հիվանդությունների ժամանակ, որոնք իրենց կլինիկական պատկերով հիշեցնում են խոլեցիստիտը և լեղաքարալին հիվանդությունը, բիլիտրաստի օգնությամբ կատարած խոլեցիստոզրաֆիան տալիս է լրացուցիչ և արձևքալոր տվյալներ, որոնք կլինիկական և լաբորատոր քննությունների հետ միասին թուլատրում են ավելի ճշգրիտ դադարիար կազմելու պաթոլոգիկ պրոցեսի մասին, բացահայտել կանգալին լեղապարկի առկալությունը:

Սոլեցիստոզրաֆիալ տվյալները հիվանդության ամբողջ կլինիկական պատկերի հետ միասին հնարավորություն են տալիս ցուցմունք դնելու վիրաբուժական միջամտության դիմելու համար: