

Х. А. АНАПИОСЯН, Э. А. ДЖАНГИРОВ, С. Е. ВОСКАНЯН,
В. Г. ОГАНЕСЯН

ДИАГНОСТИКА ЖЕЛТУХИ С ПОМОЩЬЮ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ

Применение метода ретроградной панкреатохолангиографии при различных заболеваниях желчных путей, в частности при желтухе, открывает новые диагностические возможности, позволяя определить показания к хирургическому лечению, а также наметить план наиболее адекватной операции.

Клиническое распознавание заболеваний желчных путей и выбор наиболее подходящего метода их лечения нередко представляют весьма трудную задачу. Это связано с многообразием причин, вызывающих нарушение оттока желчи и панкреатического сока, часто скрытым течением болезни и тождественностью симптомов при ее различных формах.

Среди методов инструментального обследования основными являются рентгеноконтрастные и эндоскопические позволяющие до операции распознать или заподозрить нарушение проходимости желчных протоков и в ряде случаев установить этиологию последней.

Одним из новейших методов является ретроградная холангиография с помощью катетера, введенного в фатеров сосочек или в устье билиарного анастомоза при дуоденоскопии. Вводимое через сосочек вещество чаще проходит в проток поджелудочной железы, чем в желчный проток, или оба протока наполняются одновременно. В связи с этим исследование называют эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографией (РПХГ).

В нашу задачу входило выявление с помощью РПХГ дооперационных показаний к холедохотомии.

РПХГ показана в сложных случаях, особенно после холецистэктомии, когда выполнение внутривенной холангиографии из-за гепатобилиарного блока, вызванного желтухой или аниктерической закупоркой, становится невозможным. Исследование осуществляется с помощью специальной аппаратуры—фибродуоденоскопа, позволяющего производить осмотр большого дуоденального сосочка, выявлять его изменения (сужения, деформации, полипы, опухоли), производить биопсию и под эндоскопическим контролем выполнять катетеризацию папиллы с последующим рентгеноконтрастным исследованием магистральных желчных путей и выводных протоков поджелудочной железы. Особую ценность метод имеет при выявлении причин желтухи и болевого синдрома у больных с наложенными холедоходигестивными анастомозами или после операции папиллосфинктеротомии. Фибродуоденоскопия имеет важное значение и в определении функции созданных желчеотводящих путей [3].

Исследование проводилось фибродуоденоскопом японской фирмы «Олимпус» натошак после местной анестезии глотки 2% раствором

ксикаина (лидокаин). После введения фибродуоденоскопа в двенадцатиперстную кишку последовательно осматривали слизистую, отыскивали большой дуоденальный сосочек, затем катетеризировали устье папиллы тонким полиэтиленовым катетером для выполнения рентгеноконтрастного исследования желчных путей и панкреатического протока.

Показания для проведения РПХГ практически охватывают почти все заболевания поджелудочной железы, желчных путей и печени, за исключением острого панкреатита, инфекционного гепатита и острых травм живота с разрывом паренхиматозных органов. На основании проведения РПХГ (16 больных) нами установлены следующие диагнозы: хронический панкреатит (3), киста поджелудочной железы (2), рак головки поджелудочной железы (2), камни желчного пузыря (5), рак фатерова соска (1), камни общего желчного протока (3).

Серьезных осложнений во время исследования нами не выявлено, однако в литературе описаны случаи развития острых панкреатитов [5].

Исследования, проведенные до операции, позволили выявить расширение протоков, наличие дефектов наполнения, расширения или кистозные изменения протока поджелудочной железы. Из 16 обследованных операции подверглись 11. Несовпадение диагноза выявлено у 3 больных. У одного больного с дооперационным диагнозом: киста головки поджелудочной железы во время операции установлен рак фатерова соска, прорастающего в головку поджелудочной железы. У другого больного с дооперационным диагнозом: рак головки поджелудочной железы во время операции и при гистологическом исследовании выявлен хронический индуративный панкреатит. В третьем случае с дооперационным диагнозом: калькулезный холецистит во время операции установлен диагноз: камень гепатикохоледоха.

Таким образом, при различных заболеваниях желчных путей, в частности при желтухе, применение фибродуоденоскопии с проведением ретроградной холангиовирсунгографии открывает новые диагностические возможности и позволяет в ряде случаев выявить показания к хирургическому лечению и наметить план предстоящей операции.

Кафедра хирургических болезней № 1
Ереванского медицинского института

Поступила 11. 12. 86 г.

Կ. Ա. ԱՆԱՓԻՈՍՅԱՆ, Է. Ա. ԶԱՆԳԻՐՈՎ, Ս. Ե. ՈՍԿԱՆՅԱՆ, Վ. Հ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՄԵԽԱՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՂՆՈՒԿԻ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ ՀԵՏԸՆԹԱՅ

ՊԱՆԿՐԵԱՏՈՆՈՂԱՆԳԻՌԳՐԱՖԻԱՅԻ ՕԳՆՈՒԹՅԱՄԲ

Հետընթաց պանկրեատիտի ախտահարող ախտաբանական փոփոխությունների դիագնոզի և բուժման համար օգտագործվող ռետրոգրադիոլոգիայի մեթոդի կիրառումը լեզո-
դինների տարբեր հիվանդությունների դեպքում, մասնավորապես դեղնուկի
ժամանակ, ընձենում է նոր ախտորոշիչ հնարավորություններ, թույլ է տա-
լիս որոշելու ցուցումները վիրաբուժական բուժման համար և ընտրելու առավել
համապատասխան վիրահատման պլան:

DIAGNOSIS OF MECHANICAL JAUNDICE WITH THE HELP OF RETROGRADE PANCREATOCHOLANGIOGRAPHY

The application of the method of retrograde pancreatocholangiography in case of different diseases of the biliary tracts, particularly in jaundice, gives new diagnostic possibilities, allows to find out the most adequate plan of the operation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Зима П. И., Кочишвили В. И. Непроходимость желчных путей. М., 1977.
2. Нидерл Б. Хирургия желчных путей. Прага, 1982.
3. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Смирнов В. А., Мовчун А. А. Реконструктивная хирургия при пораженных внепеченочных желчных протоках. М., 1980.
4. Петровский Б. В. Хирургические болезни. М., 1980.
5. Deyle P., Nette L., Amman R. Hel. Chir. Acta, 1974, 41, 587.
6. Ogosni K., Niwa M., Hara A., Nebel O. Gastroenterology, 1973, 64, 210.

УДК 616.37—053.2

А. М. МИНАСЯН, Б. Е. БАГРАТУНИ

ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Установлено, что легко протекающие формы панкреатита у детей трудно диагностируются из-за стертости клинической картины. Частой причиной поражения поджелудочной железы являются заболевания пищеварительного тракта, инфекции и простудный фактор. Эти поражения могут быть первичными, вторичными, а также носить функциональный характер.

Согласно литературным данным, начальные легко протекающие формы острого и хронического рецидивирующего панкреатита у детей трудно диагностируются и остаются своевременно нераспознанными [3, 8, 9], что объясняется стертостью клинической картины данного заболевания [3, 4, 5]. Цель настоящей работы сводилась к изучению клиники и симптоматологии начальных, часто легко протекающих форм со стертой клинической картиной острого поражения поджелудочной железы (ППЖ) и определению его значения в клинике «острого живота» у детей.

Под нашим наблюдением находились больные, поступившие в хирургическое отделение I детской клинической больницы в основном с острыми болями в животе. При подозрении на ППЖ были изучены клиническая картина и симптоматология страдания. Наряду с общепринятыми исследованиями изучалось функциональное состояние поджелудочной железы—определялся уровень амилазы, липазы и альдолазы в крови и диастазы в моче, проводились некоторые функциональные пробы печени, а при необходимости—фиброгастродуоденоскопия и дуоденаж.