

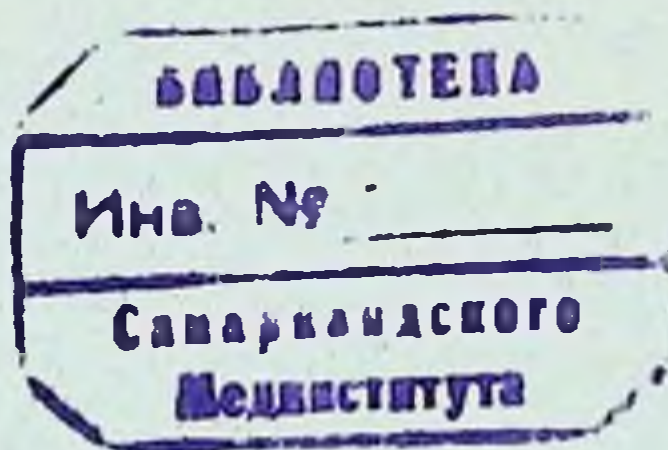
9317

Министерство здравоохранения СССР
ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ А. М. ГОРЬКОГО

Н. К. ПОПОВ

ВНУТРИВЕННАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ
В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук



Донецк—1964

Министерство здравоохранения СССР
ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ А. М. ГОРЬКОГО
—————

Н. К. ПОПОВ

ВНУТРИВЕННАЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОГРАФИЯ
В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Донецк—1964

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии лечебного факультета (зав. заслуженный деятель науки УССР — профессор К. Т. Овнатанян) Донецкого Государственного медицинского института им. А. М. Горького (ректор — профессор А. М. Ганичкин).

Научный руководитель — заслуженный деятель науки УССР, доктор медицинских наук, профессор К. Т. Овнатанян.

Решением Совета Донецкого Государственного медицинского института им. А. М. Горького официальными оппонентами назначены:

1. Профессор, доктор медицинских наук А. М. Ганичкин
2. Профессор, доктор медицинских наук А. И. Домбровский

Автореферат разослан 31 X 1964 г.

Защита состоится 3 XII 1964 года на заседании Совета лечебного факультета Донецкого Государственного медицинского института имени А. М. Горького (г. Донецк, Макшоссе, 4).

Клинический опыт хирургов всех стран показывает, что диагностика поражений желчевыводящей системы все еще до настоящего времени остается сложной проблемой.

Известные диагностические трудности в распознавании камennых и бескаменных холециститов, камней желчных протоков, различных патологических изменений сфинктера Одди, а также распознавание сложных патоморфологических изменений желчевыводительной системы в связи с ранее перенесенными операциями требуют более совершенных методов исследования.

Внутривенная холецистохолангиография дала возможность получать четкое контрастное изображение желчного пузыря и желчных протоков и в связи с этим позволила решать сложные диагностические задачи. Это явилось одним из крупнейших достижений не только рентгенологии, но и всей современной клинической медицины.

Появление в 1954 году высококачественного отечественного препарата билигноста, предназначенного для внутривенной холецистохолангиографии, способствовало распространению этого метода исследования в Советском Союзе. Однако, сравнительно немногочисленные клинические наблюдения, посвященные этому методу исследования и трудности получения билигноста, несколько затормозили внедрение этого метода исследования в широкую клиническую практику.

К началу нашей работы по изучению метода внутривенной холецистохолангиографии, то есть к 1958 году, в отечественной литературе имелись лишь единичные публикации, посвященные этому методу исследования (М. И. Богатырева и И. Л. Тагер, Е. М. Каган и И. А. Шехтер, З. П. Попова).

Учитывая все это, мы поставили перед собой задачу выяс-

нить диагностическую ценность метода внутривенной холецистохолангиографии в хирургии желчных путей.

В дальнейшем в отечественной литературе опубликованы работы о внутривенной холецистохолангиографии Л. Д. Линденбратеном, И. А. Агзамходжаевым, Э. И. Гальпериным и И. М. Островской, И. Р. Подневичем, И. С. Петровой и др. Значительное количество работ зарубежных авторов: Горникевич, Вицгаль, Мадьяр, Билек, Сейсс (Hornikiewitsch, Witzgall, Magyar, Bilek, Seyss и др.).

Наш материал охватывает 515 больных с различными заболеваниями желчевыводящей системы, которым была проведена внутривенная холецистохолангиография. Клинико-рентгенологический анализ изученного материала позволил нам установить, что из 515 больных, обследованных методом внутривенной холецистохолангиографии, 272 страдали желчнокаменной болезнью, 99—бескаменным холециститом и холангитом, 36—дискинезиями желчных путей, 88—были ранее оперированы на желчных путях и 20 больных страдали различными другими заболеваниями (хроническим аппендицитом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, спастическим колитом и др.).

Из общего количества изученных больных, 220 были подвергнуты оперативному лечению, и мы имели возможность сопоставить данные, полученные при внутривенной холецистохолангиографии, с патоморфологическими изменениями желчных путей, обнаруженными на операционном столе.

Методика проведения внутривенной холецистохолангиографии чрезвычайно проста. Особое значение при этом имеет тщательная подготовка желудочно-кишечного тракта, как и впрочем для всякого другого рентгенологического исследования органов брюшной полости. Перед исследованием проводится проба на чувствительность к йоду. Проба эта осуществляется внутривенным введением 1-2 мл 20% раствора билигноста. При отсутствии реакции через эту же иглу вводится 0,5-0,6 мл 20% раствора билигноста на 1 кг веса больного, что составляет в среднем 40 мл.

Начиная с 1959 года, мы несколько видоизменили методику проведения внутривенной холецистохолангиографии в том смысле, что после проведения пробы на чувствительность к йоду медленно вводим в вену 20 мл билигноста, затем через эту же иглу вливаем 40 мл 40% раствора глюкозы и вслед за глюкозой—остальную порцию билигноста.

Пользуясь такой методикой введения билигноста в сочетании с 40% раствором глюкозы, мы убедились, что токсические проявления его значительно уменьшились.

Отмечено, что при внутривенной холецистохолангиографии в ряде случаев наблюдается быстрое и четкое контрастирование двенадцатиперстной кишки, в то время как тени желчных протоков у этих же больных едва заметны или вовсе не определяются.

Оценивая это явление, как результат атонического состояния сфинктера Одди, С. А. Рейнберг, А. И. Рудерман и М. В. Лукин с целью изменения этого состояния предложили вводить подкожно 0,25-0,5 мл 1% раствора морфина. По мнению вышеуказанных авторов, а также З. П. Поповой, В. В. Виноградова, Барна, Хелл, Ероди, Антел (Barna, Hell, Erodí, Antal) и других, наступающее вслед за инъекцией спастическое сокращение сфинктера Одди сопровождается временным прекращением дальнейшего контрастирования двенадцатиперстной кишки с одновременным усилением контрастирования желчных протоков и желчного пузыря. Ряд авторов считает, что именно в этой фазе создается представление о функциональных особенностях желчных протоков—об изменении их калибра и длины, появлении или исчезновении сужений, стойкости и протяженности последних и т. д.

Внутривенная холецистохолангиография с введением морфина была проведена нами в 308 случаях. Анализ указанных наблюдений позволил нам подтвердить целесообразность и высокую эффективность этого метода.

Рентгеновское исследование мы проводили на аппарате Тур-1000, пользуясь отсеивающей решеткой.

Больной укладывается на трахоскопе в положении на спине с небольшим поворотом вправо, и в течение первого часа производим рентгеновские снимки через каждые 15 минут. Затем снимки выполняли через 1,5 и 2 часа после введения билигноста.

Уже на первом снимке довольно часто удается видеть контрастированные правый и левый печеночные протоки, иногда выявляется и общий печеночный проток. На втором снимке хорошо видны как общий печеночный, так и общий желчный протоки.

При выявлении расширенных желчных протоков для более лучшей видимости и обнаружения конкрементов мы производили, почти как правило, прицельную рентгенографию. Пузырный проток и желчный пузырь обычно начинают контрастироваться через 30-40 минут после введения билигноста. Заполнение желчного пузыря контрастной желчью происходит постепенно, и наилучшая видимость его наступает к 90-120 минутам от начала исследования. К этому времени тень внутрипеченочных, а затем

и внепеченочных желчных протоков постепенно становится менее интенсивной и к 120-150 минутам исчезает совсем.

Как только тень желчного пузыря достигает максимальной интенсивности, мы переводим больного в вертикальное положение с целью изучения морфологических особенностей желчного пузыря просвечиванием и рентгенографией при различных поворотах с применением различной степени компрессии.

Изучив детально морфологию желчных протоков и желчного пузыря, а также составив представление о функциональных особенностях желчных протоков, мы приступаем к следующему этапу исследования — к изучению функции желчного пузыря. В качестве желчегонного даем больным два сырых яичных желтка или яичные желтки заменяем 30-40 г сливочного масла и 100 г белого хлеба.

Через 25-30 минут после желчегонного завтрака производим 1-2 обзорных рентгеновских снимка и 1-2 прицельных с дозированной компрессией при тех же технических условиях. В дальнейшем производится в динамике наблюдение за сокращением и опорожнением желчного пузыря. При необходимости после желчегонного завтрака мы производим также серию прицельных рентгеновских снимков в различные сроки исследования (60, 90, 120 минут). Если наблюдается замедленное опорожнение желчного пузыря, то исследование с перерывами продолжается до 4-6 часов, а в отдельных случаях, при атонии желчного пузыря, и на следующие сутки.

Внутривенная холецистохолангиография проводилась нами больным, поступившим в клинику для обследования и лечения с различными заболеваниями желчных путей (хроническими рецидивирующими каменными и бескаменными холециститами, холангитами, больным с ранее удаленным желчным пузырем и др.), а также больным, доставленным в клинику в порядке экстренной помощи с острыми заболеваниями желчных путей, у которых проведенными консервативными мероприятиями нам удалось быстро купировать острые проявления заболевания.

В отдельных случаях мы проводили холецистохолангиографию больным, у которых, наряду с имевшими место у них другими заболеваниями, подозревались также заболевания желчевыводящих путей.

Противопоказания к внутривенной холецистохолангиографии весьма ограничены.

Абсолютными противопоказаниями к ее применению является идиосинкразия к йоду, все виды острого поражения паренхимы печени и ее атрофия, одновременная недостаточность печени и почек.

Относительными противопоказаниями могут быть: 1) острые холециститы и холангиты, 2) острые и хронические заболевания паренхимы печени с желтухой, циррозом печени, 3) тяжелая форма базедовой болезни, 4) заболевания сердечно-сосудистой системы с нарушением гемодинамики различной этиологии.

Внутривенная холецистохолангиография нами не проводилась некоторым больным преклонного возраста, отягощенным другими заболеваниями (сердечно-сосудистыми расстройствами, недостаточной функцией печени и почек, эмфиземой легких и др.).

Все больные до проведения рентгенологического исследования желчных путей подвергались всестороннему клиническому изучению и обследованию.

Из 272 больных, страдавших желчнокаменной болезнью, при обзорной рентгенографии области печени и желчных путей в 13 случаях (4,7%) нам удалось обнаружить тени конкрементов. С дифференциально-диагностической целью всем этим больным была проведена внутривенная холецистохолангиография.

Анализ клинических и рентгенологических данных позволил нам с уверенностью во всех этих случаях поставить диагноз желчнокаменной болезни. В 8 наблюдениях диагноз был подтвержден на операционном столе, 5 больных от предложенной операции отказались.

Пользуясь внутривенной холецистохолангиографией, нам значительно чаще, чем при обзорной рентгенографии печени и желчных путей, удавалось обнаружить конкременты желчного пузыря и желчных протоков.

Как выше было отмечено, с помощью внутривенной холецистохолангиографии нами обследовано 272 больных, страдавших желчнокаменной болезнью, из них: мужчин было 42, женщин — 230 (1 : 5,4).

Пользуясь методом внутривенной холецистохолангиографии на основании прямых признаков, т. е. обнаружении камней желчного пузыря и желчных протоков, желчнокаменная болезнь была диагностирована нами у 152 больных (55,8%), из них оперативно подтвержден диагноз у 93 больных, 58 от предложенного оперативного лечения отказались.

Особенно важно подчеркнуть, что с помощью внутривенной холецистохолангиографии на основании прямых признаков в 16 случаях, наряду с камнями желчного пузыря, были обнаружены камни в общем желчном протоке.

12 больных из этой группы были подвергнуты оперативному лечению, и данные внутривенной холецистохолангиографии подтверждены на операционном столе. Четверо от предложенного оперативного лечения отказались.

На основании косвенных признаков желчнокаменная болезнь была диагностирована у 107 больных (39,3%), из них у 69 диагноз желчнокаменной болезни подтвержден на операционном столе, а 38 больных от предложенного оперативного лечения отказались.

Из 69 оперированных больных у 15 на основании косвенных признаков были заподозрены, наряду с камнями желчного пузыря, камни желчных протоков. На операционном столе у всех 15 больных в желчных протоках были обнаружены камни.

Следовательно, на основании данных внутривенной холецистохолангиографии у 272 больных были выявлены конкременты желчного пузыря и желчных протоков. Из них оперативному лечению были подвергнуты 171 больной. Только в одном случае на операционном столе камней в желчных путях не было обнаружено. Таким образом, совпадение клинико-рентгенологического диагноза отмечено нами в 99,4%.

Анализ клинико-рентгенологических данных позволил нам распределить всех оперированных больных, страдавших желчнокаменной болезнью, на 4 группы:

к I группе отнесено 85 больных (им произведено 90 холецистохолангиографий). На холецистохолангиограммах у них выполнены йодированной желчью внепеченочные желчные протоки и желчный пузырь;

к II группе отнесено 50 больных (им произведено 58 холецистохолангиографий). На холецистохолангиограммах у них выполнены йодированной желчью только внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки;

к III группе отнесено 5 больных, у которых удалось получить контрастную тень только желчного пузыря. Им проведено 8 холецистохолангиографий и, наконец, к IV группе отнесено 23 больных (им произведено 29 внутривенных холецистохолангиографий), у которых на холецистохолангиограммах йодированной желчью не выполнены ни желчные протоки, ни желчный пузырь. У 8 последних больных камни желчного пузыря были выявлены при обзорной рентгенографии желчевыводящих путей.

Получение при внутривенной холецистохолангиографии контрастной тени желчного пузыря и желчных протоков у 85 больных первой группы позволило нам на основании прямых признаков с учетом клинических данных с уверенностью поставить диагноз желчнокаменной болезни.

Расширение общего желчного протока, выявленное методом внутривенной холецистохолангиографии у некоторых больных с отключенным или удаленным желчным пузырем, является ком-

пенсаторным и не расценивается нами как патологическое состояние. Однако, в ряде случаев, как свидетельствуют литературные данные и наши наблюдения, особенно у больных с функционирующим желчным пузырем, расширение желчных протоков, выявленное методом внутривенной холецистохолангиографии, указывает на вовлечение в воспалительный процесс желчных протоков, а также может являться косвенным признаком наличия конкрементов в желчевыводящей системе или какого-либо другого препятствия по ходу тока желчи (рубцового сужения, сдавления опухолью и др.).

У здоровых лиц диаметр общего желчного протока в среднем колеблется от 0,35 до 0,7 см. С возрастом диаметр общего желчного протока становится шире. Из 85 больных I группы, обследованных методом внутривенной холецистохолангиографии, у 63 больных диаметр общего желчного протока превышал его нормальные размеры (от 0,8 до 2 см). У всех этих 63 больных на операционном столе были обнаружены выраженные патологоанатомические изменения желчных пузырей. В полости их обнаружены множественные конкременты, из них у 8 больных на основании прямых признаков, наряду с камнями желчного пузыря, были выявлены также камни желчных протоков.

Расширение общего желчного протока, выявленное внутривенной холецистохолангиографией у этой группы больных, явилось следствием патологического процесса в желчном пузыре и вовлечением в него желчных протоков.

При патогистологическом исследовании удаленных желчных пузырей в 55 случаях был выявлен хронический холецистит, в 30 случаях — обострение хронического холецистита.

Из 50 больных, вошедших во II группу с выполненными при внутривенной холецистохолангиографии только внутри и внепеченочными желчными протоками, диагноз желчнокаменной болезни на основании прямых признаков (т. е. обнаружении тени конкрементов) был поставлен только у 4-х больных, у которых, при отсутствии тени желчного пузыря, на фоне контрастной тени общего желчного протока были обнаружены дефекты наполнения, характерные для желчных камней. У остальных 46 больных этой группы диагноз желчнокаменной болезни был поставлен на основании косвенных признаков. Отсутствие же контрастной тени желчного пузыря позволило с уверенностью прийти к заключению о том, что у этих 50 больных имеет место нефункционирующий желчный пузырь, по-видимому, с наличием в нем желчных камней. На операционном столе у этих больных диагноз полностью подтвердился.

Получение контрастной тени внутри и внепеченочных желчных протоков на внутривенных холецистохолангиограммах у всех 50 больных второй группы позволило нам изучить ширину общего желчного протока. В 10 наблюдениях она оказалась нормальной, а у 40 больных общий желчный проток был расширен от 0,8 до 2 см. У 5 больных в расширенных, не интенсивно выполненных контрастным веществом протоках, были заподозрены камни. В анамнезе этих больных имела место перемежающаяся механическая желтуха. Отсутствие тени желчного пузыря у этих 5 больных при внутривенной холецистохолангиографии было связано, как это мы установили при операции, с резко выраженным хроническим воспалительным процессом желчного пузыря и наличием в его полости большого количества конкрементов.

У 35 больных второй группы, у которых при внутривенной холецистохолангиографии отсутствовала тень желчного пузыря, причиной незаполнения его йодированной желчью были камни, ущемленные в пузырном протоке (21 случай) и шейке пузыря (14 случаев).

У всех этих больных, кроме того, в желчном пузыре были обнаружены выраженные признаки хронического воспалительного процесса, а также множественные камни в полости желчного пузыря.

У 5 больных второй группы отсутствие тени желчного пузыря при внутривенной холецистохолангиографии было связано с тугим заполнением всей полости его камнями, с наличием при этом хронических воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. Необходимо отметить, что у двух из них, наряду с выполнением внепеченочных протоков, выполнились контрастом почечные лоханки, бокалы и мочеточники.

У трех больных с заблокированным желчным пузырем, выполненным при внутривенной холецистохолангиографии, на операционном столе был обнаружен выраженный склероз пузыря с наличием в полости его плотно ущемленных желчных камней.

Наконец, у 2-х последних больных из II группы отключение желчного пузыря от желчевыделительной системы было обусловлено облитерацией пузырного протока с выраженными патологоанатомическими изменениями стенок желчного пузыря и наличием в полости его желчных камней.

К III группе отнесено нами 5 больных, страдавших калькулезным холециститом, у которых при внутривенной холецистохолангиографии была получена только контрастная тень желчного пузыря.

Отсутствие контрастной тени общего желчного протока, мы полагаем, было связано с нарушением выделительной функции печени и, возможно, с изменением тонуса сфинктера Одди.

Все 5 больных этой группы были подвергнуты оперативному лечению, и диагноз калькулезного холецистита был подтвержден у них на операционном столе. Общий желчный проток у всех 5 больных был не изменен.

Большое значение в диагностике желчнокаменной болезни и показаний к оперативному лечению мы придаем отрицательным результатам внутривенной холецистохолангиографии.

Причину невыполнения желчных протоков и желчного пузыря при внутривенной холецистохолангиографии нужно искать в воспалительных, дегенеративных и атрофических процессах печеночной паренхимы, с одной стороны, и с другой — в нарушении проходимости желчных протоков.

Отсутствие тени желчевыводящих путей при холецистохолангиографии может наблюдаться при расстройстве функции желчного пузыря и желчных протоков, аномалий развития желчевыводящих путей и т. д.

Изучая оперативно проверенные данные, касающиеся больных, страдавших желчнокаменной болезнью, мы пришли к выводу, что отсутствие тени желчных протоков и желчного пузыря при внутривенной холецистохолангиографии всегда свидетельствует о глубоких патоморфологических изменениях желчевыводящей системы с нарушением их функции.

У 23 больных IV группы, у которых при внутривенной холецистохолангиографии с помощью билигноста получить тень желчных протоков и желчного пузыря не удалось, диагноз желчно-каменной болезни был установлен на основании косвенных признаков, причем у 10 из них заподозрены, наряду с камнями желчного пузыря, и камни общего желчного протока.

На операционном столе у 10 больных установлены камни общего желчного протока и множественные камни желчного пузыря с глубокими рубцово-воспалительными изменениями его стенок, не совместимые с нормальной функцией и концентрационной способностью пузыря.

У 7 больных IV группы отсутствие тени желчного пузыря и желчных протоков при внутривенной холецистохолангиографии было связано с наличием множественных конкрементов в желчном пузыре и выраженным хроническим воспалительным процессом в пузыре и протоках.

У 3-х больных IV группы на операционном столе обнаружены выраженные явления склероза желчного пузыря, в просвете его находилось большое количество желчных камней.

У последних 3-х больных IV группы при отрицательной внутривенной холецистохолангиографии на операционном столе обнаружены вколоченные камни пузырного протока и шейки желчного пузыря.

Методом внутривенной холецистохолангиографии нами было обследовано 99 больных, страдавших бескаменным холециститом. У 94 из них была получена тень желчного пузыря и желчных протоков. У одного больного не было получено тени желчного пузыря и у 4-х больных не было получено тени как желчного пузыря, так и желчных протоков.

Во всех 94 наблюдениях тень желчного пузыря и желчных протоков была гомогенной, функция пузыря сохранена. У 84 больных тень желчного пузыря и желчных протоков была интенсивной, а у 10 остальных больных — слабой интенсивности.

Наряду с изучением структуры и функции желчного пузыря при внутривенной холецистохолангиографии, нами изучалась также и ширина общего желчного протока.

При этом оказалось, что у 76 больных, страдавших бескаменным холециститом, ширина его была нормальной.

В анамнезе больных, страдавших бескаменным холециститом, отмечалось наличие постоянной, более или менее выраженной болезненности в правом подреберье, а также имелись указания на ранее перенесенные приступы печеночной колики, сопровождавшиеся повышением температуры, резкой болезненностью и даже напряжением мышц живота в области правого подреберья. В полученной при дуоденальном зондировании желчи были обнаружены элементы, свидетельствующие о воспалительном процессе в желчном пузыре и желчных протоках.

У значительной части больных, страдавших бескаменным холециститом, кроме отмеченных выше признаков, мы при внутривенной холецистохолангиографии находили увеличение или уменьшение размеров желчного пузыря, деформации его. Часто пузырь после приема больным желчегонного завтрака почти не сокращался или незначительно уменьшались его размеры. Все это объясняется морфологическими и функциональными изменениями желчного пузыря, наличием той или иной степени выраженного воспалительного процесса. Все эти данные нами были использованы при внутривенной холецистохолангиографии, как рентгенологические признаки в диагностике хронических бескаменных холециститов.

При своевременно и правильно поставленном диагнозе бескаменного холецистита, правильной организации консервативного лечения у подобного рода больных, по-видимому, в части случаев можно добиться выздоровления. Поэтому мы, как правило, всем больным, страдавшим бескаменным холециститом с еще

сохранившейся функцией желчного пузыря, независимо от интенсивности его тени, полученной при внутривенной холецистохолангиографии, в оперативном лечении отказывали и направляли их для лечения в терапевтические клиники.

Больным, длительно страдающим бескаменным холециститом, с частыми обострениями, сопровождающимися повышением температуры и при отсутствии эффекта от длительного и упорного консервативного и санаторно-курортного лечения, мы рекомендуем хирургический метод лечения.

Из общего числа обследованных больных, страдавших бескаменным холециститом, у которых методом внутривенной холецистохолангиографии была получена контрастная тень желчного пузыря и желчных протоков, 21 больной был подвергнут оперативному лечению.

Как известно, при хронических бескаменных холециститах воспалительный процесс в желчном пузыре может заканчиваться его склерозом и сморщиванием. Тень желчного пузыря и протоков при внутривенной холецистохолангиографии у таких больных оказывается малоинтенсивной или вовсе отсутствует.

Такие глубокие патологические изменения при хроническом бескаменном холецистите наблюдаются сравнительно редко. Так, из общего количества обследованных 99 больных методом внутривенной холецистохолангиографии, только у 5 больных, страдавших хроническим бескаменным холециститом, мы не получили при внутривенной холецистохолангиографии тени желчного пузыря и у 4 из них не получили тень общего желчного протока. При дуоденальном зондировании у этих больных также не было получено пузырной желчи. Все это свидетельствовало о глубоком нарушении функции желчного пузыря.

Все эти 5 больных были оперированы. У них в области желчного пузыря и ворот печени имели место резко выраженные признаки хронического воспалительного процесса. Желчные пузыри у всех этих больных были рубцово изменены, сморщены, белесоватого цвета, в полости их было обнаружено небольшое количество слизи. У 4 больных пузырный проток был деформирован, но проходим, а у пятого больного облитерирован. Общий желчный проток у этих пяти больных был расширен, конкрементов в протоках не было обнаружено.

Из 36 больных, страдавших дискинезией желчных путей и обследованных методом внутривенной холецистохолангиографии, у 8 наблюдалось усиление моторной функции желчного пузыря, а у 28 больных — ослабление ее.

Наряду с изучением моторной функции желчного пузыря, мы изучили также ширину общего желчного протока. Оказалось,

что у большинства больных (69,4%) она была в пределах нормы.

С дифференциально-диагностической целью внутривенная холецистохолангиография проводилась нами в ряде случаев при различных других заболеваниях, в той или иной степени связанных или не связанных с желчевыделительной системой (язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, хроническим аппендицитом, спастическим колитом и др.).

В общей сложности таких больных было обследовано 20 человек.

Нередко после ранее перенесенных операций на желчных путях у больных наступают рецидивы болей через тот или иной промежуток времени. Это чаще всего обусловлено так называемыми просмотренными камнями желчных протоков, рубцовыми сужениями и деформациями их, оставлением большой культи пузырного протока, дискинезиями желчных путей, в некоторых случаях аномалиями развития желчных протоков и др. Распознавание этих страданий на основании клинических данных представляется чрезвычайно трудным и чаще всего невозможным. И только лишь внутривенная холецистохолангиография, позволяющая получать изображение желчных протоков, облегчила диагностику этих заболеваний.

Методом внутривенной холецистохолангиографии с помощью билигноста нами обследовано 88 больных (69 женщин и 19 мужчин), ранее перенесших операции на желчных путях. Все эти больные поступили в клинику по поводу рецидивов болей в области правого подреберья. 18 из них были ранее оперированы в нашей клинике, все остальные — в других лечебных учреждениях.

Из 88 больных, ранее перенесших операции на желчных путях, 62 из них страдали желчнокаменной болезнью, 24 бескаменным холециститом и двое дискинезией желчевыводящих путей.

Рецидив болей у подавляющего большинства больных (75,2%) наступил в течение первого—второго года после перенесенной операции.

При внутривенной холецистохолангиографии у 56 больных была получена контрастная тень желчных протоков, у 32 больных выполнение желчных протоков йодированной желчью не наступило.

Клинико-рентгенологический анализ изученных наблюдений позволил нам у 23 больных диагностировать дискинезию желчевыводящих путей, у 22 больных обострение хронического холангита, у 19 больных диагностировать так называемые просмотренные камни общего желчного протока, у 15 больных рубцовое сужение общего желчного протока, у 6 больных была

обнаружена большая кувля пузыряного протока, причем в 3-х случаях с наличием в ней конкрементов, у 2-х больных диагностирован стеноз сфинктера Одди и у одного больного выявлен дивертикул правого печеночного протока.

Из общего количества больных, ранее перенесших операции на желчных путях, изученных методом внутривенной холецистохолангиографии, 20 были подвергнуты повторному оперативному вмешательству.

Как известно, пероральная холецистография с помощью билитраста широко распространена в лечебных учреждениях нашей страны и играет важную роль в распознавании различных поражений желчного пузыря. Пероральной холецистографией мы пользуемся в клинике с 1953 года и убедились в огромной практической ценности этого метода исследования.

Благодаря внедрению в хирургическую практику внутривенной холецистохолангиографии познавательные возможности клиницистов в хирургии желчных путей значительно расширились, неудач рентгенологического исследования стало значительно меньше.

Внутривенная холецистохолангиография имеет ряд существенных преимуществ по сравнению с пероральной холецистографией. Она лишена недостатков, связанных с всасыванием препарата в тонкой кишке. Получение контрастной тени желчного пузыря не зависит от степени сохранения его концентрационной способности.

Огромным преимуществом метода внутривенной холецистохолангиографии является возможность получения контрастного изображения внепеченочных, а также нередко внутripеченочных желчных протоков, что открывает пути к их всестороннему изучению.

Применяя морфиную пробу и желчегонный завтрак, мы получили возможность объективно судить не только о моторной функции желчного пузыря, но и желчных протоков и сфинктера Одди.

Отнюдь не снижая ценности клинического значения пероральной холецистографии, мы поставили перед собой задачу дать сравнительную оценку диагностической значимости пероральной холецистографии и внутривенной холецистохолангиографии и определить строгие показания к их применению.

С этой целью с помощью пероральной холецистографии и внутривенной холецистохолангиографии нами было обследовано 315 больных (246 женщин и 69 мужчин) и 167 из них были оперированы.

Клинико-рентгенологическое сопоставление полученных при этом данных позволило нам убедиться в значительном преимуществе внутривенной холецистохолангиографии по сравнению с пероральной холецистографией. Однако это обстоятельство ни в коей степени не умаляет большого практического значения пероральной холецистографии.

В Ы В О Д Ы

Клинико-рентгенологический анализ изученного материала позволил нам прийти к следующим выводам:

1. Внутривенная холецистохолангиография с помощью советского препарата билигноста основана на физиологических принципах контрастирования, в связи с чем она может быть применена как для изучения функции нормального желчного пузыря и желчных протоков, так и для выявления самых различных патологических состояний желчевыделительной системы.

2. Выраженных токсических проявлений и осложнений в связи с применением билигноста для целей внутривенной холецистохолангиографии мы не наблюдали.

Предложенная нами методика насыщения организма больного глюкозой в момент введения билигноста делает его нетоксичным, легко переносится больными и при правильной методике применения не дает осложнений.

3. С помощью внутривенной холецистохолангиографии можно диагностировать камни желчного пузыря и желчных протоков, что с учетом клинических данных позволяет с уверенностью ставить показания к оперативному лечению желчнокаменной болезни.

4. Отсутствие тени желчного пузыря при внутривенной холецистохолангиографии билигностом всегда свидетельствует о глубоком нарушении его функции.

Отсутствие тени желчных протоков при внутривенной холецистохолангиографии билигностом, наряду с отсутствием тени желчного пузыря, также свидетельствует о глубоком нарушении их функции в связи с появлением на пути тока желчи механических препятствий.

5. Отрицательные результаты внутривенной холецистохолангиографии с учетом клинических данных могут быть с уверенностью использованы для определения показаний к хирургическому лечению различных страданий желчевыделительной системы.

6. Метод внутривенной холецистохолангиографии прост, не требует специальной подготовки больного, в связи с чем может

успешно применяться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

7. Все больные с рецидивами болей после ранее перенесенных операций на желчных путях должны быть подвергнуты исследованию с помощью внутривенной холецистохолангиографии.

8. В связи с применением внутривенной холецистохолангиографии у больных, ранее перенесших операции на желчных путях, стало возможным диагностировать так называемые просмотренные камни желчных протоков, рубцовые сужения и деформации желчных протоков, выявлять дефекты выполненных в прошлом операций (оставление длинной культи пузырного протока), дискинезии желчевыводящих путей и в некоторых случаях выявлять аномалии развития желчных протоков.

9. У ранее оперированных больных с наличием холедоходуоденального анастомоза при внутривенной холецистохолангиографии контрастирование наступает одновременно желчных протоков и двенадцатиперстной кишки.

10. Применяя для внутривенной холецистохолангиографии билигност в три раза чаще, чем при пероральной холецистографии билитрастом, мы диагностировали камни желчного пузыря на основании прямых признаков, т. е. обнаружении характерных теней для желчных камней.

11. Внутривенная холецистохолангиография билигностом обладает высокой разрешающей способностью, имеет ряд преимуществ перед пероральной холецистографией, позволяет получать не только контрастную тень желчного пузыря, но и желчных протоков. Однако, это обстоятельство не может служить поводом для противопоставления этих двух методов исследования.

12. Разновременное применение у одного и того же больного пероральной холецистографии и внутривенной холецистохолангиографии позволяет дифференцированно изучать выделительную функцию печени и концентрационную способность желчного пузыря. Эти методы исследования, дополняя друг друга, позволяют с большей точностью изучить все тонкости патологических процессов, разыгрывающихся в желчевыводительной системе, а также вселяют уверенность в полученных результатах исследования.

13. Комбинированное применение пероральной холецистографии и внутривенной холецистохолангиографии позволяет дифференцировать между собой непроходимость пузырного протока и нарушение резорбционной функции желчного пузыря.

14. Рентгенологическое исследование больных, страдающих

холециститами, должно начинаться с пероральной холецистографии. При малейшем сомнении в результатах исследования, а также при подозрении на вовлечение в патологический процесс желчных протоков исследование должно быть продолжено методом внутривенной холецистохолангиографии. Больные, которых решено подвергнуть оперативному лечению, независимо от показаний пероральной холецистографии, должны быть исследованы также с помощью внутривенной холецистохолангиографии.

15. Внутривенная холецистохолангиография является физиологическим и весьма ценным диагностическим методом исследования и в связи с этим должна найти широкое применение в условиях клинической практики.



СПИСОК ПЕЧАТНЫХ РАБОТ, В КОТОРЫХ ОТРАЖЕНЫ МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ

1. Внутривенная холеграфия и ее клиническое значение. Ж. Клиническая хирургия, 1963 г., № 11, стр. 14-20.
2. Опыт оценки внутривенной холеграфии в связи с применением билигноста. Вопросы клинической хирургии и анестезиологии, Госмедиздат УССР, 1963 г., стр. 126-132.
3. Внутривенная холеграфия в хирургии желчных путей. Материалы 21 областной научной конференции, Ростовского областного научного общества рентгенологов и радиологов. Ростов-на-Дону, 1962 г., стр. 31-32.
4. К вопросу о внутривенной холеграфии и ее клиническом значении. Материалы научной конференции Донецкого медицинского института, 1961 г., стр. 7-8.
5. Внутривенная холеграфия и ее клиническое значение. Тезисы докладов 5 республиканской конференции рентгенологов, радиологов и онкологов Азербайджанской ССР, Баку, 1962 г., стр. 82-84.
6. Опыт применения внутривенной холеграфии в клинической практике. Тезисы докладов XXXIII научной конференции Донецкого медицинского института, 1960 г., стр. 33-34.
7. Холедоходуоденостомия, как внутренний дренаж при некоторых формах желчнокаменной болезни. Сборник работ по хирургии, Донецкий медицинский институт, 1958 г., т. XV, стр. 212-222.
8. К вопросу о холедоходуоденостомии. Тезисы докладов межобластной конференции хирургов и травматологов Донецкой и Луганской областей, 1959 г., стр. 49-51.
9. К вопросу о холедоходуоденостомии. Вопросы клинической хирургии и анестезиологии, Госмедиздат УССР, 1963 г., стр. 133-139.
10. К вопросу о внутривенной холеграфии у больных, ранее перенесших операции на желчных путях. Тезисы итоговой научной конференции Донецкого медицинского института им. А. М. Горького, г. Донецк, 1964 г., стр. 105-106.
11. К сравнительной оценке диагностической ценности пероральной холецистографии и внутривенной холеграфии в хирургии желчных путей. Тезисы итоговой научной конференции Донецкого медицинского института им. А. М. Горького, г. Донецк, 1964 г., стр. 107-108.
12. Врожденное расширение общего желчного протока. Ж. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, Медицина, 1964 г., № 5, стр. 86-88.
13. Внутривенна холеграфія у хворих, які перенесли операції на жовчних шляхах. Тези доповідей, конференції по проблемі фізіології і патології органів травлення (25-26 червня) Івано-Франківськ, 1964 р., стор. 312-313.
14. Порівняльна оцінка діагностичної цінності пероральної холецистографії і внутривенної холеграфії в хірургії жовчних шляхів. Тези доповідей конференції по проблемі фізіології і патології органів травлення (25-26 червня) Івано-Франківськ, 1964 р., стор. 314-315.
15. Про моторну функцію жовчного міхура людини. VII з'їзд Українського фізіологічного товариства (Тези доповідей). Наукова-думка, Київ, 1964 р., стор. 329-330.
16. Сравнительная оценка диагностической ценности пероральной холецистографии и внутривенной холеграфии в диагностике заболеваний желчных путей. Материалы XI итоговой научной конференции Донецкого медицинского института совместно с научными медицинскими обществами, Донецк, 1964 г., стр. 24-26.

Диссертация обсуждалась в хирургическом и терапевтическом обществах г. Донецка, на межобластной конференции хирургов и травматологов Донецкой и Луганской областей, в обществе хирургов г. Харькова, Ростовском-на-Дону обществе рентгенологов и радиологов, научной конференции рентгенологов, радиологов и онкологов Азербайджанской ССР гор. Баку, конференции физиологии и патологии органов пищеварения Ивано-Франковске, 7-м съезде Украинского физиологического общества.

*Ответственный за выпуск ученый секретарь Донецкого
медицинского института имени А. М. ГОРЬКОГО
доцент ДРЖЕВЕЦКАЯ И. А.*

БП 30938

Заказ 2408

Тираж 300

Типография Макеевского металлургического завода имени С. М. Кирова
г. Макеевка, улица им. Жданов

Подписано к печати 21.X-1964 г.; формат бумаги 60x84^{1/16}; к-во печатных листов 1,1; к-во физических листов 0,6

