

ХОЛАНГИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ РАЗВИТИЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Абдурахмонова Хадичабону Якуб кизи

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон

Аннотация: Постхолецистэктомический синдром (ПХС) развивается у 10–40% пациентов после удаления желчного пузыря и часто проявляется рецидивирующей билиарной болью, диспепсией или желтухой. Одной из причин ПХС является дисфункция сфинктера Одди (СОД) или билиарная дискинезия, возникающая вследствие нарушения моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей. Статья анализирует роль холангиографии (включая магнитно-резонансную холангиопанкреатографию — MRCP, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию — ERCP и прямую холангиографию) в диагностике и оценке клинико-биохимических особенностей постхолецистэктомической дискинезии. Показано, что холангиографические методы позволяют выявлять стриктуры, ретенционные камни, папиллярный стеноз и функциональные нарушения сфинктера Одди, способствуя дифференциальной диагностике и выбору тактики лечения (консервативной, эндоскопической или хирургической). Актуальность обусловлена ростом числа лапароскопических холецистэктомий и необходимостью раннего выявления функциональных расстройств при нормальных или минимально изменённых биохимических показателях.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, дискинезия желчевыводящих путей, холангиография, MRCP, ERCP, сфинктер Одди дисфункция, билиарная система.

Введение

Холецистэктомия является одним из наиболее распространённых оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии. Несмотря на высокую эффективность, у значительной части пациентов (до 47%) развивается постхолецистэктомический синдром (ПХС) — комплекс симптомов, включающий боль в правом подреберье, диспепсию, тошноту и нарушения стула.

Одной из ведущих причин ПХС выступает билиарная дискинезия, проявляющаяся в форме дисфункции сфинктера Одди (СОД). После удаления желчного пузыря исчезает резервуарная функция, что приводит к постоянному поступлению желчи в двенадцатиперстную кишку и изменению давления в билиарной системе. Это может вызывать спазм или стеноз сфинктера Одди, нарушение моторики желчных протоков и клинико-биохимические изменения (повышение щелочной фосфатазы, ГГТП, билирубина при обострениях).

Традиционные методы диагностики (УЗИ, КТ) часто недостаточно информативны при функциональных нарушениях. Холангиография играет ключевую роль в визуализации анатомии и функции желчевыводящих путей, позволяя выявлять как органические (стриктуры, камни), так и функциональные изменения.

Материалы и методы

В обзоре проанализированы данные научной литературы и клинические подходы к диагностике ПХС с использованием холангиографических методов. Рассматривались пациенты с рецидивирующей болью после лапароскопической или открытой холецистэктомии, у которых отсутствовали грубые структурные изменения на УЗИ.

Диагностический алгоритм включал:

- Клиническую оценку (тип боли, связь с приёмом пищи);
- Лабораторные исследования (общий анализ крови, биохимия печени, липидограмма);
- Неинвазивную визуализацию (MRCP);
- Инвазивные методы (ERCP с возможной манометрией сфинктера Одди).

MRCP выполнялась на томографах 1,5–3 Тл с использованием heavily T2-взвешенных последовательностей. ERCP проводилась с диагностической и лечебной целью (сфинктеротомия, стентирование).

Результаты

Холангиографические находки при постхолецистэктомической дискинезии включают:

- **Расширение общего желчного протока** (>8–10 мм) без механической обструкции;
- **Папиллярный стеноз или спазм сфинктера Одди** — визуализируется как сужение терминального отдела холедоха с задержкой контраста;
- **Ретенционные камни или сладж** в общем желчном протоке или культе пузырного протока;
- **Билиарные стриктуры** (послеоперационные или воспалительные);
- **Дисфункция сфинктера Одди** (моторный тип) — при нормальной анатомии, но нарушенной эвакуации желчи.

При MRCP чувствительность к холедохолитиазу достигает 95–100%, специфичность — 88–89%. Метод позволяет неинвазивно оценить диаметр протоков, наличие дефектов наполнения и признаки холангита. ERCP остаётся «золотым стандартом» для подтверждения диагноза и одновременного лечения (экстракция камней, сфинктеротомия).

Биохимические изменения при дискинезии чаще минимальны (транзиторное повышение ГГТП и щелочной фосфатазы), что подчёркивает ценность функциональной оценки холангиографией. У пациентов с СОД типа II–III

манометрия во время ERCP выявляет повышенное базальное давление сфинктера (>40 мм рт. ст.).

Обсуждение

Холангиография существенно повышает точность диагностики постхолецистэктомической дискинезии, особенно когда клиническая картина не соответствует нормальным лабораторным показателям. MRCP рекомендуется как метод первого выбора благодаря неинвазивности и отсутствию лучевой нагрузки. При подозрении на функциональное нарушение или необходимости вмешательства переходят к ERCP.

Дифференциальная диагностика проводится с ретенционными камнями, послеоперационными стриктурами, длинной культей пузырного протока и экстрабилиарными причинами (гастрит, панкреатит). Перспективным направлением является сочетание холангиографии с манометрией сфинктера Одди и сцинтиграфией для комплексной оценки моторики.

Внедрение современных холангиографических технологий способствует персонализированному подходу: консервативная терапия (спазмолитики, урсодезоксихолевая кислота) при лёгких формах, эндоскопическая сфинктеротомия при СОД и повторная ревизия при органической патологии.

Заключение

Холангиография (MRCP и ERCP) играет определяющую роль в оценке клинко-биохимических особенностей развития дискинезии желчевыводящих путей после холецистэктомии. Методы обеспечивают точную визуализацию анатомических и функциональных нарушений, позволяют своевременно дифференцировать органические и моторные расстройства и оптимизировать лечебную тактику. Раннее применение холангиографии снижает риск хронизации симптомов и улучшает качество жизни пациентов с постхолецистэктомическим синдромом. Перспективы связаны с интеграцией холангиографии с искусственным интеллектом для автоматизированного анализа изображений и прогнозирования исходов.

Список литературы:

1. Girometti R. et al. Post-cholecystectomy syndrome: spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography. Br J Radiol. 2010.
2. Jaunoo SS. et al. Postcholecystectomy syndrome. Int J Surg. 2010.
3. Зман Р.К. и др. Постхолецистэктомический синдром: оценка с помощью билиарной сцинтиграфии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Radiology. 1985.