

# РОЛЬ РАДИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ В БИЛИАРНОМ ТРАКТЕ

*Мадаминов Ойбек Рузалиевич<sup>1</sup>*

*Врач радиолог отделения МРТ Ферганского областного многопрофильного  
медицинского центра<sup>1</sup>*

*Наджсмитдинов Отабек Бахритдин угли<sup>2</sup>*

*Заведующий кафедрой медицинской радиологии и клинико-лабораторной  
диагностики, санитарии-гигиены, эпидемиологии факультета ПК и ПВ*

*Андижанского государственного медицинского института<sup>2</sup>*

## THE ROLE OF RADIOLOGICAL STUDIES IN THE DIAGNOSTICS OF DISORDERS IN THE BILIARY TRACT

**Annotation.** Biliary dysfunctional disorders are classified as functional disorders of the digestive system, among which there are various stable combinations of chronic recurrent gastrointestinal symptoms that are not explained to date by structural, organic or known biochemical pathology. The ultimate disorder of such dysfunction is a violation of the outflow of bile and / or pancreatic secretions into the duodenum.

**Keywords.** Radiology, ultrasonography, echography, MRI, diagnostics, disorder, biliary tract.

**Relevance.** Diseases of the gallbladder (GB) and biliary tract (BIT) represent an important clinical problem. Among patients in therapeutic hospitals, patients with gallbladder diseases account for about 25%, and among patients of gastroenterological departments - more than 70%. With cirrhosis, many organs and systems are affected, ranging from the digestive, ending with the immune and central nervous systems.

**Purpose or research.** The aim of the work was to find a correlation between the presence and type of biliary tract disorders in liver cirrhosis, as well as to evaluate the effectiveness of various medical imaging methods in establishing the presence and type of biliary tract disorders.

**Materials and methods.** This publication presents the results of a comprehensive inpatient clinical examination of 78 patients with liver cirrhosis. There were 24 patients with cirrhosis in stage A, 28 in stage B, and 26 in stage C. 39 (50.0%) patients had a viral etiology of the disease. The age of the surveyed varied from 18 to 72 years, averaging  $47.2 \pm 9.1$  years. The maximum mean age was

recorded in patients with stage B cirrhosis -  $68.1 \pm 7.5$  years, and the smallest -  $34.7 \pm 5.1$  years - in patients with stage C cirrhosis. There were 62 (79%) men among the patients.

**Results.** Thus, the method of echography became the method of radiation diagnostics, which showed the greatest efficiency in detecting changes in the biliary tract, in this study. It is also the method of choice. In general, changes in the gallbladder and in the biliary tract (chronic cholecystitis, cholelithiasis, chronic pancreatitis, gallbladder polyposis, changes after cholecystectomy) were present in approximately 60% of patients with cirrhosis. This was significantly more common than in the population of patients without liver disease ( $p < 0.04$ ).

**Ключевые слова.** Радиология, УЗИ, эхография, МРТ, диагностика, нарушение, билиарный тракт

**Актуальность.** Заболевания желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) представляют важную клиническую проблему. Среди больных терапевтических стационаров пациенты с заболеваниями желчного пузыря составляют около 25%, а среди пациентов гастроэнтерологических отделений – более 70%. При циррозе поражаются многие органы и системы, начиная от пищеварительной, заканчивая иммунной и центральной нервной. Позднее обращение за врачебной помощью у таких больных регистрируется в 20–50% наблюдений. Цирроз печени в силу своей тяжести воздействия на весь организм оставляет за гранью интереса больного состояние желчного пузыря и желчных протоков. Своевременная диагностика заболеваний органов билиарной зоны может изменить тактику ведения пациента, сохранив приемлемое качество жизни на больший промежуток времени.

**Цель исследования.** Целью проведенной работы стал поиск корреляции между наличием и видом нарушений билиарного тракта при циррозе печени, а также оценка эффективности различных методов медицинской визуализации в установлении наличия и вида нарушений билиарного тракта.

**Материалы и методы.** В настоящей публикации приведены результаты комплексного стационарного клинического обследования 78 пациентов с циррозом печени. Больных с циррозом в стадии А 24 человек, в стадии В – 28, в стадии С – 26. Вирусную этиологию заболевания имели 39 (50,0%) пациентов. Возраст обследованных варьировал от 18 до 72 лет, составив в среднем  $47,2 \pm 9,1$  года. Максимальный средний возраст зарегистрирован у больных с циррозом стадии В –  $68,1 \pm 7,5$  года, а

наименьший –  $34,7 \pm 5,1$  года – у больных с циррозом стадии С. Среди пациентов было 62 (79%) мужчины.

Состояние билиарного тракта оценено у всех пациентов по показателям фракционного дуоденального зондирования, данным динамического УЗИ, КТ и МРТ внепеченочных ЖВП с определением диаметра общего желчного протока до и после приема желчегонных завтраков. Эхография выполнялась на аппаратах «Sonoline600/Versa-Pro» («Siemens», Германия), «Sonoline-6600» («Medison», Южная Корея) и «Sequoia-512» («Acuson», США) с использованием мультичастотных конвексных трансдьюсеров 2–5 МГц и линейного трансдьюсера 5–8 МГц, утром, натощак. СКТ выполнена на аппаратах «PQ-2000» («Picker», США) и «AVPS» («Philips», Германия). МРТ проводилась на аппарате «Polaris Vista» («Picker», США) с напряженностью внешнего магнитного поля 1,0 Т. Данные обследований были проанализированы и подвергнуты статистической обработке.

**Результаты.** Нарушения в желчевыводящих протоках в основном проявлялись клинически как рецидивирующие приступы болей в области правого подреберья и/или эпигастрита, которые в большинстве случаев носили умеренный характер, и диспептические явления. С помощью эхографии проводили исследование фракции выброса желчного пузыря. При оценке сократительной способности пузыря снижение фракции выброса ниже 49% расценивалось как гипокинезия, при повышении ее уровня более 75% – как гиперкинезия. По данным исследования фракции выброса ЖП у 92 (59,4%) больных с циррозом выявлена гиперкинетическая дискинезия ЖП. Средний показатель фракции выброса у них составил  $84,4 \pm 8,2\%$ . У 36 (23,2%) больных с циррозом верифицирована гипокинезия ЖП. Средний показатель фракции выброса в этой группе оказался на уровне  $24,8 \pm 7,3\%$ . Определена прямая корреляционная зависимость между наличием моторно-кинетических нарушений ЖП в виде его гиперкинезии и стадией цирроза ( $r=0,466$ ;  $p=0,037$ ). Достоверной корреляционной зависимости между возникновением гипокинезии ЖП и стадией цирроза отмечено не было ( $r=0,350$ ,  $p=0,411$ ).

При УЗИ билиарного тракта у большинства пациентов с циррозом обнаружены признаки воспалительных изменений ЖП: неравномерное утолщение и акустическое уплотнение стенки пузыря, появление негомогенного содержимого в нем. У 12 (16,1%) больных циррозом печени утолщение стенки ЖП сочеталось с негомогенным содержимым, у 15 (18,7%) – с утолщением стенок ЖП. У 28 (29,7%) больных были отмечены деформации в области шейки ЖП, у 30 (39,3%) – деформации тела ЖП (табл. 1). Из данных, приведенных в таблице 1, видно, что у пациентов с циррозом А наиболее часто выявляемыми изменениями были деформация пузыря,

уплотнение и утолщение его стенок, повышение акустической плотности паравезикальных тканей. У пациентов с циррозом В самыми частыми признаками были уплотнение стенок пузыря, его деформация и утолщение стенок. Среди пациентов с циррозом С первые три места по частоте выявляемости заняли те же признаки, что и у больных с циррозом В. Отличительными признаками больных с циррозом С стали чаще регистрируемые осадок в желчи и конкременты. Учитывая наличие УЗ-признаков, характерных для воспалительных изменений ЖП, у 19 (25,2%) пациентов с циррозом был диагностирован хронический бескаменный холецистит. КТ органов брюшной полости была проведена 94 пациентам с циррозом печени. Данные обследования приведены в таблице 2. Данные таблицы 2 демонстрируют, что наиболее часто у больных с циррозом А и В и С выявлялись повышение плотности паравезикальных тканей и утолщение стенок пузыря. Особенных отличий среди обследованных в структуре патологических изменений установлено не было. Статистически достоверные различия в частоте обнаружения изменений установлены лишь между больными стадиями А и С.

Таким образом, установлено, что изменения в билиарном тракте у больных циррозом формируются статистически достоверно чаще, чем в популяции пациентов без заболеваний печени ( $p<0,06$ ). В выявлении изменений в билиарном тракте, в настоящем исследовании стал метод эхографии. Он же является и методом выбора. В целом же изменения в желчном пузыре и в билиарном тракте (хронический холецистит, желчекаменная болезнь, хронический панкреатит, полипоз желчного пузыря, изменения после холецистэктомии) присутствовали приблизительно у 60% больных циррозом. Это было достоверно чаще, чем в популяции пациентов без заболеваний печени ( $p<0,04$ ).

**Вывод.** Возможности лучевой диагностики в оценке наличия изменений в желчном пузыре и в билиарном тракте представляют значительный клинический интерес. Заболевания, при которых происходят нарушение желчеоттока и фиброзирование ложа желчного пузыря, немногочисленны. Для клинициста важно не только определить наличие изменений, но и установить как можно более точно их этиологический момент. В этом отношении разные методы лучевой диагностики имеют неодинаковую эффективность.

Таким образом, в качестве метода лучевой диагностики, показавшего наибольшую эффективность в выявлении изменений в билиарном тракте, в настоящем исследовании стал метод эхографии. Он же является и методом выбора. В целом же изменения в желчном пузыре и в билиарном тракте (хронический холецистит, желчекаменная болезнь, хронический панкреатит,

полипоз желчного пузыря, изменения после холецистэктомии) присутствовали приблизительно у 60% больных циррозом. Это было достоверно чаще, чем в популяции пациентов без заболеваний печени ( $p<0,04$ ).

### **Литература.**

1. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. – СПб: ООО «ДиаСофтЮП», 2001. – 608 с.
2. Власов В. В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера. – 2000. – 227 с.
3. Зубовский Г. А. Лучевая и ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
4. Ивашкин В. Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. – М.: ООО «Издательский дом «М-Вести»». – 2002. – 416 с.
5. Кармазановский Г. Г., Вилягин М. Ю., Никитаев Н. С. Компьютерная томография печени и желчных путей. – М.: Панагель-Бук, 1997. – 358 с.
6. Пальцев А. И., Осипенко М. Ф., Волошина Н. Б. Состояние билиарного тракта у больных хроническими вирусными гепатитами // Терапевтический архив. – 2005. – Том 77. – С. 72–77.
7. Панфилов С. А., Панфилова Е. В. Диагностика заболеваний печени, билиарного тракта с курсом патологической анатомии. – М.: Бином. Лаборатория знаний. – 2003. – 211 с.