

Васютков В.Я., Козлов С.Е., Новосельцев А.Е., Вакулин Г.В., Гвиниашвили Г.Г.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

*Кафедра факультетской хирургии с курсом онкологии, Тверская государственная медицинская академия,
Тверь, Россия*

Проблема диагностики и лечения холедохо- литиаза в условиях ургентной хирургии не потеряла свою актуальность. По последним данным литературы холедохо- литиаз встречается почти у каждого 5 (20,5%) больного ЖКБ, что совпадает и с наблюдениями нашей клиники.

Эндоскопические способы лечения больных с этой тяжелой патологией имеют приоритетное значение в настоящее время. Тем не менее использование рутинных способов диагностики и лечения холедохо- литиаза применимо и сейчас, особенно при общеизвестных противопоказаниях к выполнению ЭРХПГ и ЭПСТ. Невозможность применения эндоскопических технологий возникает и при технических трудностях катетеризации БДС, в том числе у больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-2. Таким больным приходится прибегать к «открытой» холецистэктомии, во время которой в обязательном порядке необходимо исследовать состояние протоковой системы. Важно также помнить и о категории больных острым холециститом с выраженными воспалительными изменениями в области гепатодуоденальной связки, когда проведение ЛХЭ небезопасно. Выжидательная тактика при этом губительна для больного вследствие нарастающей при механической желтухе печеночной недостаточности, что диктует необходимость применения традиционной холедохо- литотомии. В диагностическом алгоритме у этих больных на первом месте стоит УЗИ, позволяющее выявить признаки желчной гипертензии, причина ее уточняется во время операции при проведении интраоперационного УЗИ. Эффективность и достоверность этого метода известна. Нами исследована группа больных в количестве 350 человек, которые поступили в хирургический стационар по экстренным показаниям с различными клиническими формами желчнокаменной болезни. В первые 4 суток от начала заболевания поступило 88% больных. Всем больным при поступлении проводилось экстренное УЗИ. Только у 62,7% пациентов правильный диагноз был поставлен при поступлении. После специальной подготовки на 2-3 сутки при проведении динамического УЗ-осмотра диагноз был уточнен в 97,4% случаях. Окончательный же диагноз устанавливался лишь при интраоперационном УЗИ, которое осуществляли у 70 больных. Во время него определяли диаметр холедоха, толщину стенок, наличие конкрементов в просвете, различные сужения общего желчного протока и БДС. Для улучшения идентификации холедоха при УЗ-осмотре в его просвет через культю пузырного протока вводили 0,25% раствор новокаина или физиологический раствор. Диагностическая эффективность интраоперационного УЗИ составила 97,1%. Этот показатель в диагностике холедохо- литиаза выше, чем при чрезкожном УЗИ (86,0%) и при операционной холангиографии (95,0%).

Таким образом, ультразвуковые методы исследования при желчнокаменной болезни остаются эффективными, вследствие чего показания к их применению не должны сужаться, особенно когда речь идет о неспециализированных лечебных учреждениях, не оборудованных современной эндоскопической техникой. Интраоперационное УЗИ позволяет улучшить диагностику и оптимизировать тактику лечения больных с холелитиазом, являясь доступным методом диагностики для лечебно-профилактических учреждений, оказывающих экстренную хирургическую помощь.