

Р.М. Гарипов, Р.З. Латыпов, А.Р.Титов, Р.Д. Нажинов
**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ РЕЦИДИВНОМ
И РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ**

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа
Клиника башкирского государственного медицинского университета*

Улучшение качества лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза в значительной мере зависит от успехов ранней и правильной диагностики заболеваний после перенесенной холецистэктомии, что требует четкого понимания проблемы и настойчивых последовательных действий. На основании анализа многолетнего опыта лечения 153 больных рецидивным и резидуальным холедохолитиазом разбираются современные возможности диагностики и определяется эффективность различных инструментальных методов обследования. Создается диагностический алгоритм, основанный на принципе от более простых и менее травматичных исследований к более сложным и инвазивным методам, позволяющим более рационально использовать различные инструментальные методы исследований и сократить сроки обследования больных.

Ключевые слова: Желчного протока общего камни, рецидив, диагностика.

R.M. Garipov, R.Z. Latipov, A.R. Titov, R.D. Naghipov
**THE DIAGNOSTIC ALGORITHM OF RECURRENT
AND RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS.**

The improvement of treatment quality of recurrent and residual choledocholithiasis depends, to a great extent, on the early and correct diagnostics of diseases after cholecystectomy, which requires a clear understanding and successive urgent treatment. On the basis of many years of experience of treatment of 153 recurrent and residual choledocholithiasis cases modern means of diagnostics are being studied and the effectiveness of different instrumental methods of examination is being determined. It creates the diagnostic algorithm, based on principle: "from a simple and less traumatic examination to more complicated and invasive methods", which allows to use the most efficient instrumental methods and shorten the terms of examination.

Key words: recurrent and residual choledocholithiasis, diagnostics.

За последние годы резко возросла заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [2, 8, 10]. По мнению ряда ученых [16, 17, 18] рост заболеваемости за последние годы ЖКБ связан с изменением образа жизни человека, увеличивающимся потреблением рафинированных продуктов, возрастанием нервно-психического напряжения. Соответственно увеличению частоты ЖКБ увеличивается частота ее осложненных форм, растет число оперативных вмешательств [1, 3, 6, 15, 21]. Как следствие, остается высокой частота резидуального и рецидивного холедохолитиаза. Частота забытых и вновь сформированных камней желчных протоков составляет 0,5-29 % [5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 19, 20].

Качество лечения в значительной мере зависит от успехов ранней и правильной диагностики заболеваний после перенесенной холецистэктомии. Галеев М.А. и Тимербулатов В.М. [4] справедливо утверждали, что "...основой диагностики остаются данные клинического обследования больного". Однако содержание этого понятия в настоящее время изменилось. Современное клиническое исследование - направляемый врачом процесс, начинающийся с осмотра больного и включающий применение ряда специальных методик. В ряде случаев лабораторная и инструментальная диагностика постепенно отодвигает на второй план традиционную клиническую диагностику, так как старые методы не позволяют распознавать болезнь в начальной стадии.

Целью нашего исследования явилось улучшение качества диагностики больных резидуальным холедохолитиазом.

Для достижения нашей цели была поставлена

следующая задача - создание диагностического алгоритма при резидуальном холедохолитиазе.

Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 153 больных за период с 1995 по 2004 годы, поступивших в клинику Башкирского государственного медицинского университета и больницу скорой медицинской помощи в срок от 3 месяцев до 23 лет после холецистэктомии и имевших по протоколу операции камни в холедохе.

Все пациенты были в возрасте от 33 до 90 лет. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 2,8$ года. Соотношение мужчин и женщин составило 1: 2,6.

Диагностический алгоритм при резидуальном холедохолитиазе представлял собой комплекс общеклинического обследования и инструментальных методик, дополняемых при необходимости малоинвазивными исследованиями.

К общеклиническим обследованиям относились: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, определение температуры тела, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, определение системы свертывания крови и кислотно-щелочного состояния крови.

При изучении ОАК было выявлено повышение среднего показателя количества лейкоцитов $15,3 \pm 4,5 \times 10^9/\text{л}$, скорости оседания эритроцитов $23,0 \pm 6,3$ мм/ч. В биохимических анализах крови имело место повышение средних показателей уровня общего билирубина сыворотки крови ($82,7 \pm 17,7$) мкмоль/л и его фракций прямой $47,4 \pm 9,8$ мкмоль/л, уровня аланинаминотрансферазы $94,5 \pm 11,5$ ед., аспартатаминотрансферазы $83,2 \pm 0,46$ ед., щелочной фосфатазы $464,2 \pm 18,7$ ед. Температура тела у 39 (25,5%) человек была повы-

шена и составила $37,2 \pm 0,1^\circ \text{C}$. Эти обследования выполнены у 100 % пациентов.

Из 35 параметров общеклинического обследования при изучении средних показателей изменения были выявлены у 8, из чего следует, что данные параметры являются специфическими для данной нозологии и заслуживают первоочередного внимания.

Основную роль играют специальные методы исследования.

УЗИ брюшной полости выполнено у 153 (100 %) пациентов. Из них у 128 (83,6 %) пациентов выявленные патологические изменения со стороны органов гепатобилиарной системы (расширение гепатикохоледаха, данные о наличии диффузных изменений поджелудочной железы, печени) совпали с операционными данными либо подтверждены другими методами обследования. При этом у 119 (79,8 %) выявлена холедохэктазия $14,3 \pm 3,74$ мм различной степени выраженности. В 109 (73,1 %) случаях выявлены конкременты размером $10,2 \pm 2,83$ мм. Эффективность метода составила 83,6 %.

У 15 (9,8 %) больных диагностические процедуры включали компьютерную томографию. Из них в 13 (86,7 %) случаях выявлена холедохэктазия $13,6 \pm 1,96$ мм, из них в 5 случаях конкременты холедоха, у 3 больных диагностирован хронический индуративный панкреатит. Эффективность метода - 86,7 %.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки было проведено у 48 (31,4 %) пациентов. При этом дуоденостаз был выявлен у 5 (3,3 %) пациентов, косвенные признаки панкреатита у 6 (3,9 %) пациентов.

153 (100%) больных. При этом дивертикулит двенадцатиперстной кишки выявлен у 8 (5,2 %) пациентов, косвенные признаки панкреатита - у 7 (4,6 %) больных. Данное исследование также позволило определить возможность проведения ЭРХПГ.

При необходимости выполнялись ЭРХПГ, ЧЧПХГ.

ЭРХПГ выполнено у 94 (61,4) % больных с целью уточнения диагноза и дальнейшего определения хирургической тактики, когда неинвазивные методы диагностики не дают необходимой информации о состоянии желчных путей. При этом холедохэктазия размером $13,7 \pm 2,69$ мм выявлена у 89 (94,6 %) пациентов. Конкременты размером $12,1 \pm 2,78$ мм выявлены у 74 (78,7 %) пациентов, стриктура - у 15 (15,9 %) больных. В 1 (1,1 %) случае при ЭРХПГ выявлен ложный желчный пузырь с множеством конкрементов. При этом эффективность исследования составила 94,6 %.

В нашем исследовании ЧЧПХГ выполнена в 2 случаях с лечебной целью. С целью диагностики не выполнялась.

На основании полученных нами данных: лабораторных показателей (лейкоцитоза, повышение СОЭ, повышение билирубина с фракциями, АСТ, АЛТ, ЩФ), повышения температуры тела, различных инструментальных методов обследования (УЗИ 83,6 %, КТ 86,7 %, ЭРХПГ 94,6 %) - создан диагностический алгоритм обследования больных рецидивным и резидуальным холедохолитазом в зависимости от клинических их проявлений, основанный на принципе от более простых и менее травматичных исследований к более сложным и инвазивным методам, позволяющий более рационально использовать различные инструментальные



В нашем исследовании были 2 (1,3 %) больных с наружным дренажем общего желчного протока, которым выполнена фистулохолеграфия. На фистулохолеграфии в обоих случаях выявлена холедохэктазия, обнаружены конкременты терминального отдела холедоха.

ФЭГДС произведена в исследуемых группах у

методы исследований и сократить сроки обследования больных (см. рис.).

Выводы

Предложенный нами диагностический алгоритм позволит более рационально использовать различные методы исследования и сократить сроки обследования больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батвинков Н.И. Хирургическое лечение больных с механической желтухой / Н.И. Батвинков, П.В. Гарелик, И.К. Кояло // Хирургия. - 1993. - № 1. - С. 17-21.
2. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь / П.С. Ветшев, О.С. Шкроб, Д.Г. Бельцевич. - М., 1998. - 137с.
3. Галимов О.В. Возможности применения антеградной папиллосфинктеротомии при лечении холедохолитиаза / О.В. Галимов, В.Г. Сахаутдинов, Е.И. Сендерович // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: тез. докл. Всерос. конф. хирургов-гепатологов. - Кемерово, 1999. - С. 102.
4. Галеев М.А. Желчнокаменная болезнь и холецистит / М.А. Галеев, В.М. Тимербулатов. - Уфа: Башкирское книжное изд-во, 1997. - 268 с.
5. Гальперин Э.И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.В. Волкова. - М.: Медицина, 1998. - 272 с.
6. Гарипов Р.М. Оптимизация новых технологий малоинвазивной хирургии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Уфа, 1997. - 45 с.
7. Гришкевич Э.В. Повторные операции на желчных путях: автореф. дис.... д-ра мед. наук. - М., 1971. - 40 с.
8. Дедерер Ю.М. Желчнокаменная болезнь / Ю.М. Дедерер, М.П. Крылов, Г.Г. Устинов. - М., 1983. - 174 с.
9. Диагностика и лечение резидуального холедохолитиаза / М.А. Нартайлаков, И.А. Сафин, Н.В. Пешков [и др.] // Труды ассоциации хирургов Республики Башкортостан за 1997 год. - Уфа, 1998. - Т. 2. - С. 45-52.
10. Желчнокаменная болезнь / П.С. Ветшев, О.С. Шкроб, Н.С. Кузнецов, Д.Г. Бельцевич. - М.: ММА им. Сеченова, 1996. - 55 с.
11. Нечай А.И. 70 лет монографии Федорова С.П. "Желчные камни и хирургия желчных путей" / А.И. Нечай // Вести хирургии. - 1989. - Т. 142, № 3. - С. 122-123.
12. Нечай А.И. Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз / А.И. Нечай // Хирургия. - 1998. - № 9. - С. 37-41.
13. Прудков М.И. Хирургия минидоступа / М.И. Прудков, Ф.В. Галимзянова, А.В. Богданова // Хирургия минидоступа: материалы Уральской межрегиональной науч.-практич. конференции. - Екатеринбург, 2005.-С. 144.
14. Стукалов В.В. Современные подходы к диагностике и лечению резидуального холедохолитиаза / В.В. Стукалов // Вестн. хирургии. - 1998. - Т. 157, № 5. - С. 39-43.
15. Тимошин А.Д. Диагностика и лечение рубцовых стриктур и свищей желчных протоков / А.Д. Тимошин, А.А. Мовчун, Н.П. Ратникова // Анналы хирургической гепатологии. - Т. 1, № 2. - С. 79-87.
16. Уханов, А.П. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз / А.П. Уханов // Вестн. Хирургии. - 1998. - Т. 157, № 1. - С. 106-111.
17. Шалимов А.А. Топическая диагностика и хирургическая тактика у больных с Рубцовыми стриктурами желчных протоков / А.А. Шалимов, В.М. Копчак, М.Е. Нечитайло // Первый Московский Международный конгресс хирургов. - М., 1995. - С. 357-358.
18. Юргелис А.В. Отдаленные результаты холецистэктомии у больных с калькулезным холециститом / А.В. Юргелис, Б.И. Плюснин, Р.Г. Хачатрян // Журн. эксперим. и клин. медицины. - 1990. - Т. 29, № 5. - С. 402-405.
19. Coyne M.J. Gallstone disease / M.J. Coyne, L.J. Schoefield // Postgrad. Med. - 1975. - Vol. 57, N 1. - P. 153-58.
20. Lux G. Endoscopic therapy of bile duct calculiby by lithotripsy / G. Lux // Fortschr. Med. - 1985. - Vol. 103, N38. -P. 888-92.
21. Mullen J.L. The diagnosis of choledocholithiasis / J.L. Mullen, E.E. Rosato, W.T. Miller // Surg. Gynec. Obstet. - 1971. - Vol. 133. - P. 774-9.