

**НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ОБЩЕМ ЖЕЛЧНОМ ПРОТОКЕ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ****Б.К. ПАНФИЛОВ, В.И. МАЛЯРЧУК, Л.Г. ЕЖОВА, Ю.Ф. ПАУТКИН,  
Ю.И. ЗЕНЧЕНКО, А.Ю. КОРОЛЬКОВ**

Кафедра хирургии РУДН. 117292 Москва ул. Вавилова 61

В работе описывается неинвазивный метод определения давления в холедохе при холелитиазе. Метод является простым объективным и может использоваться в практической деятельности. Работа содержит иллюстрирующие примеры из собственной практики.

Многочисленными наблюдениями установлено, что у большинства пациентов холелитиаз сопровождается различными осложнениями со стороны всей системы желчевыведения [4, 8]. Наиболее коварной областью в этих случаях является дистальный отдел магистрального желчного протока, являющийся местом "латентных и забытых камней", послеоперационных сужений, а также стриктур фатерова соска, приводящих к нарушению (изменению) давления в билиарной системе. Тщательное изучение состояния этой области в 40-50-х годах настоящего столетия позволило рекомендовать методы операционной холангиоманометрии [13, 15], которые дали возможность объективно судить о величине давления в холедохе при гипотонии, нормотонии и гипертонии желчевыводящих путей. В России метод холангиометрии был предложен В.В. Виноградовым и В.М. Буяновым [1], а затем тщательно разработан школой проф. В.В. Виноградова [2,3,4,8,9], что способствовало созданию теории желчной гипертонии [11] и выделению стадий (степени) желчной гипертонии [2,3,8,9,10]

Как известно, метод холангиоманометрии основан на определении величины давления в желчном протоке (после удаления пузырного протока) через канюлю посредством специального прибора - ДЕБИТОМАНОМЕТРА проф. В.В. Виноградова. В.В. Виноградов рекомендует судить о степени манометрического давления по "остаточному давлению в холедохе", под которым автор понимает... "уровень стабилизации давления после окончания поступления жидкости из желчных путей в кишечник и соответствующее величине резистентности сфинктеров общего желчного протока и фатерова соска". В норме уровень остаточного давления в холедохе колеблется от 100 до 160 мм. вод. ст.

Следует отметить, что в 50-60-х годах этого же века был предложен еще один операционный метод - дебитометрии [5,6,7,12,14], который основан на измерении количества мл. жидкости, поступающей в мин. в желчные пути под определенным уровнем давления водяного столба. В норме показатели дебитометрии составляют колебания от 20,0-до 25,0 мл/мин.

Использование операционных измерений в системе желчных путей позволили весьма объективно оценивать степень тонуса в системе желчевыводящих путей.

В клинике проф. В.В. Виноградова эти методы нашли широкое применение. Так, среди 2.500 оперированных на желчных путях, у 2.400 производилась холангиография, позволившая определить диаметр холедоха, у 1900 пациентов производилась холангиоманометрия и в 900 случаях дебитометрия [3,4]. На основе многочисленных собственных наблюдений (508 манометрий, 445 дебитометрий, 300 холангиографий) стало возможным оценить степень и частоту гипотонии и желчной гипертонии при холецистите. Особенно наглядными являются цифры манометрии, которые наиболее четко позволяют судить о состоянии тонуса в системе желчных путей. По данным 508 манометрий состояние тонуса желчных путей распределилось следующим образом:

- У 18 (3,5%) больных была гипотония (80,0-90,0 мм. вод.ст.);
- У 136 (26,7%) больных нормотония (100,0-160,0 мм. вод.ст.);
- У 64 (12,6%) - желчная гипертония I ст. (161,0-189,0 мм.вод.ст.);
- У 148 (29,2%) - желчная гипертония II ст. (190,0-249,0 мм.вод.ст.);
- У 142 (28,0%) - желчная гипертония III ст. (250,0-400,0 мм.вод.ст.).

Таким образом, на основании манометрии желчных путей желчная гипертония отчетливо выявляется в 69,9% случаев калькулезного холецистита. Учитывая, что на фоне

желчной гипертонии часто выявляется холецисто-кардиальный синдром Боткина - различные варианты его: аритмический, болевой, электрокардиографический, смешанный, нередко наблюдалось то, что холецисто-кардиальный синдром выявлялся уже на уровне 135,0-160,0 мм.вод.ст. - и это позволило нам выделить, так называемую, "латентную желчную гипертонию". Она составила среди лиц с "нормальными" показателями тонуса следовательно, синдром желчной гипертонии был выявлен в 82,1% случаев холелитиаза.

Следует заметить, что способ холангиоманометрии желчных путей относительно трудоемкий, требует дополнительной аппаратуры, стерилизации ее и увеличивает продолжительности хирургического вмешательства на желчевыводящих путях. В связи с внедрением за последние годы неинвазивного метода - УЗИ желчных путей, холангиометрия стала применяться очень редко. Поэтому по степени желчной гипертонии стали судить приблизительно по диаметру магистрального желчного протока.

Мы на основе личного участия при операционной холангиоманометрии, дебитометрии, в сопоставлении с диаметром холедоха попытались составить таблицу, которая позволяет ориентировочно судить о величине манометрии и дебитометрии, не прибегая к операционным методам.

Для этих целей вполне достаточно определить по УЗИ желчных путей диаметр холедоха по таблице установить уровень давления и дебитометрии и более конкретно судить о степени желчной гипертонии при калькулезном холецистите. Имея такие цифровые данные о степени желчной гипертонии, их можно использовать в научных исследованиях. Наш метод определения степени желчной гипертонии позволяет в первые же дни поступления в клинику пациента с обострением холелитиаза установить степень билиарной гипертензии, что имеет важное значение для предположения о морфологических изменениях в системе холедоха, особенно продолжительной механической желтухи, для наложения анастомоза.

Кроме того, при цифрах диаметра холедоха на уровне, например 12,0 мм и 12,7 мм, трудно судить о существенной разнице при обычном различии о степени гипертонии желчевыводящих путей, тогда как по нашему способу можно в таких случаях приходиться к более конкретным заключениям.

Важно еще отметить одно обстоятельство, что в пределах до 2,0 см размеров холедоха при сроках обострения холелитиаза в пределах 3-4-х недель отмечается почти прямая зависимость между диаметром магистрального желчного протока и манометрией, дебитометрией желчных путей. Однако так бывает не всегда. Например, у больного В., 65 лет с острым калькулезным холециститом (апрель 1971 г.) и стойкой механической желтухой только на операционном столе удалось измерить ширину холедоха, который составил 50,0 мм х 50,0 мм, т.е. это был "мешок с конкрементами, с гнойными массами, замазкой, внутри которого остаточное давление определялось на уровне 170 мм вод.ст. По анамнезу же удалось установить, что больной страдал с юных лет ревматическим аортальным стенозом и все обострения "латентного холелитиаза" принимались за обострение ревматизма, по поводу чего он постоянно лечился у кардиологов и ревматологов. На самом же деле у пациента оказался хронический калькулезный холецистит с множественным холедохолитиазом, хроническим индуративным панкреатитом, холангитом и стойкой механической желтухой.

Приводим пример собственного наблюдения.

**Б о л ь н а я К.**, 92 лет поступила в хирургическую клинику в начале ноября 1995 года с механической желтухой. При полном клинико-инструментальном обследовании у нее установлен диагноз: обострение хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаз, хронический индуративный панкреатит; ИБС, постинфарктный кардиосклероз, с нарушениями сердечного ритма, ХНЗЛ, фибромииома матки, двусторонний эндартериит. На УЗИ желчных путей холедох расширен до 18 мм., установлена желчная гипертония III ст. На операции оказался расширенным и напряженным холедох. После операции холедох уменьшился до ... размера, что соответствовало ... уровню давления в желчном протоке.

Из всего вышеизложенного становится очевидным, что предлагаемый бескровный метод определения давления в холедохе при холелитиазе объективен, прост и может найти достойное применение в клинике.

### Литература

1. *Виноградов В.В., Буянов В.М.* - Рентгеноманометрическое исследование во время операций на желчных путях как диагностический метод. // Ж. Экспер.хир., 1957, 3., с.8-10.
2. *Виноградов В.В., Гришкевич Э.В.* - Рентгеноманометрическое исследование желчных путей. // Вестн. хир., 1964, 12, с. 19-24.
3. *Виноградов В.В., Зима П.И., Базилевич Ф.В., Пауткин Ю.Ф., Занделов Л.П.* Хирургия желчных путей. Сб. научн. тр. по совр. пробл. хирургии желчных путей. М., 1977, с.10-11.
4. *Виноградов В.В., Мазаев П.Н., Зима П.И.* - Диагностика холецистита. М., 1978, с.126
5. *Гальперин Э.И., Куничан М.Д.* - О манометрическом дебитометрическом исследовании желчных протоков. // Хирургия, 1969, 8, с. 74-78.
6. *Дуберман Л.Б.* - Дебитометрическое исследование желчных путей. Канд. диссерт. Москва, 1970.
7. *Иванов П.А., Осташевский А.Т.* - Простейший универсальный аппарат для холангиотанометрии, дебитометрии, холангиографии. // В кн: Научн. тр. врачей Западно-Сибирск. Ж.Д., Новосибирск, 1967, с. 93-95.
8. *Панфилов Б.К.* - Калькулезный холецистит с кардиальным синдромом (клиника, тактика лечения). Докт. диссерт. М., 1979
9. *Панфилов Б.К.* - Билиарно-кардиальный синдром-холециститное сердце. М., 1986, 242 стр.
10. *Пауткин Ю.Ф.* - Операционные холангиотанометрия и холангиография. Канд. дисс. М., 1967.
11. *Пиковский Д.Л.* - Осложненный холецистит и его хирургическое лечение. Докт. диссерт. Горький, 1964, т.1-2.
12. *Besanson F., Pironneau A.* - Technique nouvelle et simple d'exploration operatorie du choleduque. Le debitmetre a flotter perfuse sous pression constante et elevee. Arch. Mal. Appar. Dig. 1965, 54, p 59-70.
13. *Caroli J.* - La radiomanometrie biliare. Semaine de Hop de Paris. 1946, 22, p. 1985-2000.
14. *Debray (1951)* - по Виноградову: Диагностика холецистита. М., 1978, с. 140.
15. *Mallet - Guy P.* - La chirurgie bilier sous controle manometrique et radiologique per-operatorie. Paris. 1947.

### NONINVASIV METHOD OF CHOLEDOHUS PRESSURE TESTING IN CASE OF CHOLEDOHOLITHIASIS

**B.K. PANFILOV, V.I. MALIARTCHUK, L.G. EJOVA, Yu.F. PAUTKIN,  
A.U. KOROLKOV, J.I. ZENCHENKO**

RPFU Surgical department 117292 Moscow, Vavilova str. 61.

The method of choledohus pressure testing in case of choledoholithiasis is described. Offered method is simple, objective and could be used in practice. The article includes the practical illustrating examples.