Е.В. НИШНЕВИЧ, А.В. СТОЛИН
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Латентный холедохолитиаз у больных острым калькулезным холециститом

E.V. NISHNEVICH, A.V. STOLIN
Urals State Medical Academy, Ekaterinburg

Latent choledocholithiasis in patients with acute calculous cholecystitis

Одним из ключевых моментов в истории инструментальной диагностики холедохолитиаза, вероятно, следует считать внедрение в клиническую практику интраоперационной холангиографии (ИОХГ), предложенной Mirizzi P.L. в 1931 году. В течение почти 80 лет истории эта методика остается определяющей в диагностике патологии внепеченочных желчных протоков.

В течение последних 15 лет в связи с широким внедрением в хирургическую практику ультразвуковых методов диагностики наметилась тенденция к отказу от выполнения рутинной интраоперационной холангиографии как в странах Западной Европы и Америки [9, 13, 14, 16, 17], так и в России [1, 2, 3, 5, 6, 7].

В то же время ряд авторов считают, что в повседневной клинической работе рано отказываться от выполнения интраоперационной холангиографии, которая остается ведущим методом диагностики холедохолитиаза [4, 8, 10, 11, 12, 15].

При выработке тактики обследования у пациентов с острым холециститом наша клиника не была исключением. Так, в 90-х годах прошлого века мы выполняли интраоперационную холангиографию при холецистэктомии у 96-98% пациентов с острым холециститом. Отказ от выполнения данной методики в этот период времени рассматривали как ошибку. В течение последних лет в соответствии с общепринятой точкой зрения показания к выполнению исследования были сокращены. Основанием к отказу от интраоперационной холангиографии считали допустимым при отсутствии у пациента признаков холедохолитиаза.

В данной работе мы попытались оценить целесообразность применения интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом применительно к новой тактике.

Материалы и методы

В течение 2008 года в клинику неотложной хирургии поступили 373 пациента с острым холециститом в возрасте от 19 до 88 лет, 253 из них в неотложном порядке была выполнена холецистэктомия (59 мужчин и 194 женщины).

Комплекс предоперационной диагностики у всех оперированных больных включал оценку состояния протоковой системы с применением УЗИ на момент поступления в стационар. Кроме того, мы традиционно оценивали данные анамнеза, клинические проявления заболевания и показатели лабораторных методов исследования. Признаками протоковой патологии считали:

— указание в анамнезе приступа болей в животе с синдромом механической желтухи;

— наличие клиники механической желтухи при поступлении пациента в стационар;

— диаметр гепатикохоледоха при ультразвуковом исследовании свыше 7 мм и признаки дилатации внутрипеченочных желчных протоков свыше 6 мм;

— наличие теней конкрементов в просвете гепатикохоледоха при ультразвуковом исследовании.

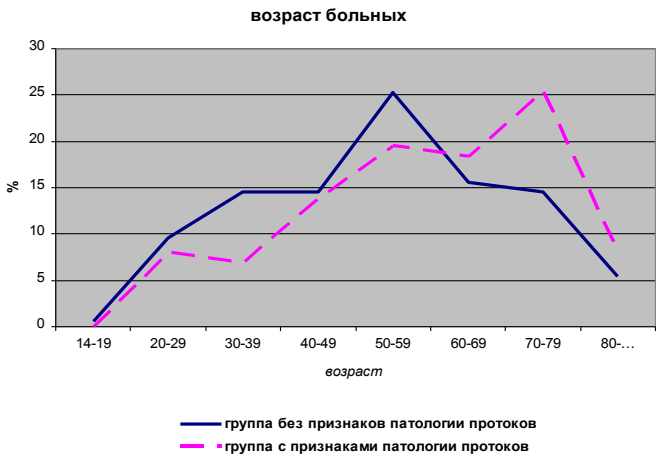
Оперированные пациенты были разделены на 2 группы.

Первую группу составили 166 больных, у которых до операции не было выявлено анамнестических, клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков патологии внепеченочных желчных протоков.

Вторую группу составили 87 пациентов, у которых до операции были выявлены признаки протоковой патологии.

Средний возраст оперированных больных составил 55,25±1,05 лет. Возрастная структура групп представлена на рисунке 1.

Рисунок 1.
Возрастная структура пациентов в группах

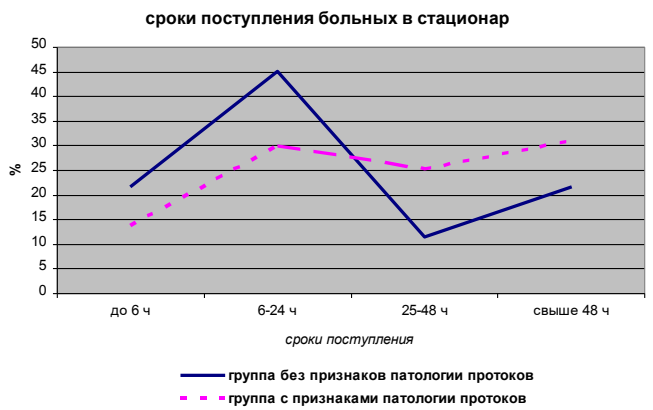


Среди больных, не имеющих признаков патологии протоков, средний возраст составил 53,3±1,3 года. У пациентов с подозрением на наличие патологии протоков этот показатель был выше и составил 58,9±1,8 лет (p<0,05), что свидетельствует о более продолжительных сроках течения ЖКБ у пациентов второй группы.

Структура сопутствующих заболеваний и среднее число случаев этих заболеваний на одного больного в обеих группах было сходным. При этом в первой группе 28,3% больных не имели сопутствующих заболеваний. Во второй группе этот показатель был ниже и составил 17,2% (p<0,05), что может быть объяснено возрастными различиями в группах.

Средние сроки поступления пациентов в стационар от начала заболевания в группах существенно отличались (рис. 2). Так, если в 1-й группе этот показатель составил 32,9±3,9 ч, то во второй — 53,6±7,1 ч (p<0,05). Более раннее обращение в стационар пациентов первой группы мы склонны связывать с преобладанием в ней больных с клиникой обтурационного холецистита. Пациенты второй группы обращались за помощью позднее, что можно объяснить наличием больных механической желтухой, а также преобладанием лиц пожилого возраста.

Рисунок. 2
Сроки поступления пациентов в хирургический стационар



Ультразвуковое исследование до операции было выполнено у всех 253 оперированных больных. Исследование выполняли на аппаратах «Aloca 110» и «Logic 5 Expert» конвексным датчиком с частотой 3,5-5,5 МГц по стандартной методике. В настоящее время этот метод является определяющим в диагностике желчнокаменной болезни. В сомнительных случаях окончательное заключение выносили коллегиально после осмотра двумя и более специалистами ультразвуковой диагностики. В 52 случаях ультразвуковое исследование было выполнено дважды перед оперативным вмешательством.

Результаты сонографии внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) представлены в таблице 1.

Средние значения показателя диаметра общего желчного протока по данным УЗИ в первой и во второй группах отличались и составили соответственно 5,7±0,1 и 7,7±0,3 (p<0,05). При этом у большинства пациентов первой группы (161 случай — 97%) диаметр гепатикохоледоха не превышал 7 мм. Во второй группе признаки расширения общего желчного протока отмечены у 35 пациентов (40,2%), а у 48 больных (55,2%) при ультразвуковом исследовании признаков дилатации протоков выявлено не было. Следует отметить, что у 9 больных общей группы (3,6%) гепатикохоледох при сонографии вообще не удалось осмотреть.

Холангиолитиаз (наличие гиперэхогенных образований в просвете холедоха с акустической тенью) был подтвержден данными УЗИ только у 3 пациентов второй группы. Столь низкая частота выявления камней в протоковой системе, на наш взгляд, обусловлена неотложным контингентом обследованных больных. Как правило, выполнение сонографии на фоне приступа острого холецистита у части пациентов бывает затруднено, что связано с выраженным болевым синдромом, метеоризмом, отсутствием подготовки к исследованию или иными причинами.

Таблица 1.
Результаты предоперационного УЗИ внепеченочных желчных протоков

УЗИ признаки холедохолитиаза	Без признаков протоковой патологии (%) n=166	С признаками протоковой патологии (%) n=87	ВСЕГО (%) n= 253
Диаметр гепатикохоледоха:			
— до 7 мм	161 (97%)	48 (55,2%)	209 (82,6%)
— 8-10 мм	0	25 (28,7%)	25(9,9%)
— свыше 10 мм	0	10 (11,5%)	10 (3,9%)
— не осмотрен	5 (3%)	4 (4,6%)	9 (3,6%)
Эктазия ВПЖП	0	3 (3,4%)	3 (1,2%)
Наличие конкрементов в холедохе	0	3 (3,4%)	3 (1,2%)

Таблица 2.
Изменения в желчном пузыре и окружающих органах

Диагноз	Без признаков протоковой патологии (%) n=166	С признаками протоковой патологии (%) n=87	ВСЕГО (%) n= 253
Катаральный	44(26,5%)	31 (35,6%)	75 (29,6%)
Флегмонозный	89 (53,6%)	38 (43,7%)	127 (50,2%)
Гангренозный	32 (19,3%)	15 (17,2%)	47 (18,6%)
Перфоративный	1 (0,6%)	3 (3,4%)	4 (1,6%)
Инфильтрат:	45 (27,1%)	22 (25,3%)	67 (26,5%)
— рыхлый	35 (21,1%)	12 (13,8%)	47 (18,6%)
— плотный	10 (6%)	10 (11,5%)	20 (7,9%)

Все 253 пациента были оперированы в неотложном порядке в сроки от 3,5 ч до 14 суток от момента заболевания и от 2,5 ч до 6 суток от момента поступления в хирургический стационар. 169 больным выполнена холецистэктомия из минилапаротомного доступа, 64 — холецистэктомия из минидоступа в сочетании с различными вмешательствами на внепеченоч-

ных желчных протоках, в 20 случаях — лапароскопическая холецистэктомия.

Холецистэктомия проводилась с помощью электрохирургического аппарата с функцией аргонусиленной коагуляции ФОТЕК ЕА142. После установки троакаров или выполнения минидоступа производилось разделение спаек с помощью электрода-крючка в режиме СМЕСЬ при мощности 50 Вт как можно ближе к пузырю во избежание повреждения сосудов сальника. Мобилизация шейки желчного пузыря также проводилась с помощью электрода-крючка в режиме СМЕСЬ. Дальнейшее выделение желчного пузыря из ложа проводилось электродом-крючком субсерозно. При необходимости коагулировались кровоточащие участки. Для коагуляции использовалась бесконтактная аргонусиленная коагуляция в режиме ФУЛЬГУР. Обработку ложа желчного пузыря при аргонусиленной коагуляции следует проводить на расстоянии 0,5 см от поверхности печени. Бесконтактная аргонусиленная коагуляция обеспечивает хороший обзор коагулируемой зоны, снижение продолжительности операции благодаря эффективной коагуляции, контролируемую глубину повреждения тканей не более 3 мм. При применении аргоновой плазмы не было желчеистечения и кровотечения у всех пациентов.

Таблица 3.
Причины отказа от ИОХГ

	Без признаков протоковой патологии (%) n=166	С признаками протоковой патологии (%) n=87	ВСЕГО (%) n= 253
Отсутствие настоятельных показаний (одиночные крупные конкременты в желчном пузыре в сочетании с отсутствием косвенных признаков патологии протоков):	32 (19,3%)	-	32 (12,6%)
Наличие противопоказаний: — беременность — обтурационный холангит — крайне тяжелое состояние	2 (1,2%) - 7 (4,2%)	- 5 (5,7%) 12 (13,7%)	2 (0,8%) 5 (2%) 19 (7,5%)
Технические трудности: — неудачи канюляции пузырного протока — перивезикальный инфильтрат	30 (18,1%) 10 (6%)	4 (4,6%)	34 (13,4%) 10 (4%)
ВСЕГО	81 (48,8%)	21 (24,1%)	102 (40,3%)

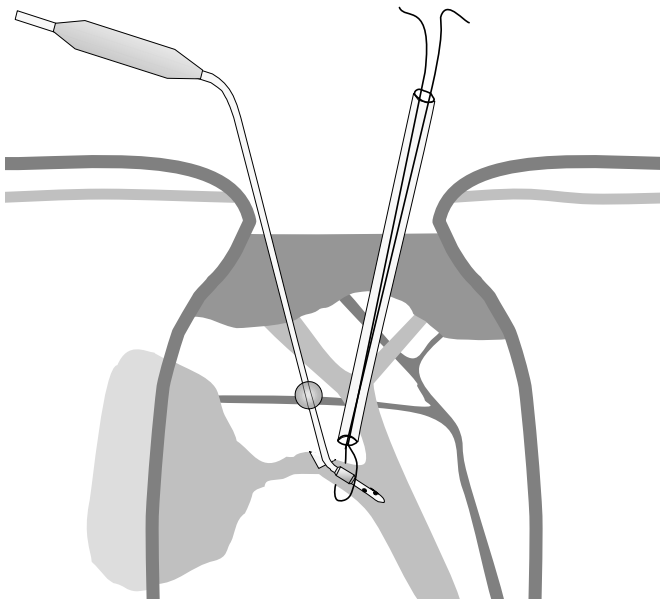
Клинически доказана эффективность, надежность и безопасность способа обработки ложа желчного пузыря аргонусиленной коагуляцией, что позволяет рекомендовать его к широкому практическому применению.

Характер изменений в желчном пузыре и окружающих органах представлен в таблице 2.

70,4% пациентов поступили в хирургический стационар с деструктивными формами острого холецистита. Структура морфологических изменений желчного пузыря у пациентов обеих групп в целом была сходной.

Интраоперационная холангиография была выполнена в 151 случае из 253 оперированных больных (59,7%). У остальных 102 пациентов оперирующие хирурги отказались от исследования. Причины отказа от холангиографии представлены в таблице 3.

Рисунок. 3.
Схема герметизация канюли с помощью турникета при холецистэктомии из минидоступа



К сожалению, технические трудности при канюляции пузырного протока привели к отказу от выполнения ИОХГ у 13,4% больных. Этот показатель нас удивил — в предыдущие годы неудачи при канюляции пузырного протока не превышали 2-3%. На наш взгляд, это может быть связано с двумя обстоятельствами: увеличением числа молодых операторов и снижением настойчивости со стороны хирургов при выполнении исследования.

Интраоперационную холангиографию выполняли с помощью специальной канюли, входящей в базовый набор инструментов для операций на желчном пузыре и желчевыводящих протоках серии «Мини-Ассистент». Канюлю устанавливали в просвет холедоха через боковой разрез пузырного протока после бужирования последнего и герметизировали с помощью турникета (рис. 3).

Результаты интраоперационной холангиографии представлены в таблице 4.

При анализе результатов исследования были получены неожиданные результаты.

Так, среди пациентов первой группы, которым ИОХГ «не была показана», в 10 случаях (11,8%) выявлены прямые признаки холедохолитиаза (наличие дефектов наполнения в гепатикохоледохе). У 5 больных в группе при интраоперационной

холангиографии имелись признаки нарушения опорожнения контраста из протоковой системы в ДПК, что могло быть следствием патологии дистального отдела общего желчного протока, в т.ч. холангиолитиаза.

Среди больных второй группы (т.н. группы риска) интраоперационная холангиография позволила выявить дефекты наполнения у 28 больных из 66, что составило 42,4%. Еще у 6 пациентов этой группы благодаря косвенным рентгенологическим признакам было заподозрено наличие конкрементов в протоковой системе.

Таблица 4.
Результаты интраоперационной холангиографии

Результат ИОХГ	Без признаков протоковой патологии до операции, n=85	С признаками протоковой патологии до операции, n=66	ВСЕГО, n=151(%)
Прямые признаки холедохолитиаза (наличие дефектов наполнения)	10 (11,8%)	28 (42,4%)	38 (25,2%)
Косвенные признаки холедохолитиаза (нарушение опорожнения)	5 (5,9%)	6 (9,1%)	11 (7,3%)
ИТОГО	15 (17,7%)	34 (51,5%)	49 (32,5%)

У 64 из 253 оперированных больных холецистэктомия выполнена в сочетании с вмешательствами на внепеченочных желчных протоках. Из них дренирование гепатикохоледоха по Холстеду — Пиковскому предпринято в 30 случаях, холедохолитотомия — в 11 случаях, холедохотомия — у 23 пациентов. Для уточнения диагноза в послеоперационном периоде всем 64 пациентам была выполнена фистулография, которую дополнили чресфистульной холангиоскопией у 52 пациентов и чресфистульной санацией в 44 случаях. Эти исследования позволили подтвердить наличие камней в протоковой системе у 44 пациентов (соответственно, у 10 и 34 больных в первой и второй группе). Таким образом, суммарная частота холедохолитиаза у больных, оперированных по поводу острого холецистита, составила 17,4% (44 случая из 253).

При ретроспективном анализе выявлено, что, несмотря на отсутствие клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков холедохолитиаза, благодаря выполнению интраоперационной холангиографии камни в протоках были найдены у 10 пациентов первой группы, что составило 6,02% от общего числа больных без признаков патологии протоков (166 случаев). Однако следует учитывать, что реальная частота холангиолитиаза в группе была несомненно выше, т.к. ИХГ выполнена лишь у 85 пациентов из 166.

Напротив, в «группе риска» наличие конкрементов в гепатикохоледохе было подтверждено лишь в 34 случаях (39,1%) из 87.

Ложноположительные результаты ИХГ в диагностике холангиолитиаза составили, по нашим данным, 5,1%. Ложноотрицательных результатов не получено.

Результаты ультразвукового исследования оказались значительно скромнее: даже при оценке дилатации общего желчного протока ложноположительные и ложноотрицательные результаты составили, соответственно, 7,9 и 13,8%.

Заключение

Полученные результаты позволяют вновь задуматься над проблемой диагностики холедохолитиаза у больных острым холециститом.

Наши данные свидетельствуют о том, что предоперационное ультразвуковое исследование, безусловно, необходимо, но имеет ограниченные возможности и не может быть надежным критерием для исключения холангиолитиаза, во всяком случае, для населения г. Екатеринбурга, у которого частота камней в желчных протоках при остром холецистите составляет не менее 17,4%.

Вероятно, именно высокая частота холангиолитиаза объясняет разночтения в оценке информативности предоперационного УЗИ в России и в развитых странах с высокой санированностью населения, где этот показатель не превышает 5-7%.

Вопрос о целесообразности ИОХГ следует рассматривать отдельно, поскольку контингент больных острым холециститом в России отличается от контингента стран Западной Европы и Америки.

Существующие различия полученных результатов с данными ведущих зарубежных клиник в оценке информативности предоперационного ультразвукового метода исследования связаны с бóльшей распространенностью холангиолитиаза в нашей стране (свыше 17,4%, по нашим данным).

Проведенное исследование убедило нас в том, что показания к ИХГ должны быть расширены. Даже при отсутствии предоперационных признаков холедохолитиаза (в т.ч. по данным УЗИ) частота его выявления составила 6% от числа оперированных больных и 11,8% от числа тех пациентов, кому ИОХГ была выполнена, несмотря на отсутствие явных показаний.

Среди пациентов острым холециститом представляется оправданным выделение т.н. группы риска для выявления наличия камней во внепеченочных желчных протоках: по нашим данным, у 39,1% больных в этой группе был подтвержден холедохолитиаз.

Работа над совершенствованием стандарта обследования больных острым холециститом должна быть продолжена, возможно, за счет включения в алгоритм обследования помимо ИХГ высокотехнологичных методов исследования, таких как МРТ и трансдуоденальная сонография.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдувосидов Х.А. Факторы риска при хирургическом лечении желчекаменной болезни у пожилых людей. Автореф. дис. … канд. мед. наук. — Москва, 2007. — 10 с.

2. Бебуришвили А.Г. Быков А.В. Зюбина Е.Б. Бурчуладзе Н.Ш. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита. — Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2005. — № 1.

3. Бебуришвили А.Г. Зюбина Е.Н. Спиридонов Е.Г. Строганова Е.П. Резидуальный холедохолитиаз после лапароскопической холецистэктомии // Сборник научных трудов «Анналы хирургической гепатологии». — Пермь, 2001. — С. 9-10.

4. Гаврилов В.В. Результаты интраоперационной холангиографии // Эндоскопическая хирургия, 2002. — № 3. — С. 10.

5. Лебедев Д.Н. Модели и алгоритмы периоперационной лучевой визуализации желчевыводящих протоков у больных калькулезным холециститом. Автореф. дис. … канд. мед. наук. — Воронеж, 2008. — 15 с.

6. Майстренко Н.А. Струкалов В.В. Холедохолитиаз. — СПб: ЭЛБИ-СПб, 2000. — 288 с.

7. Салихов Н.Н. Предрасполагающие факторы холедохолитиаза, определяющие оперативную тактику при желчекаменной болезни. Автореф. дис. …канд. мед. наук. — Санкт-Петербург, 2007. — 15 с.

8. Шпитонков А.В., Дудкин Б.П., Кальченко Б.Л., Зотов П.В., Алешин О.И. Возможности малоинвазивной хирургии в лечении желчекаменной болезни // 3-й конгресс Ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова. — Москва. 15-17 октября 2001.

9. Barkun J.S. Fried G.M. Barkun A.N. Ann.Surg. 1993. — V. 218. — P. 371-379.

10. Bruhn E.W. Routine cholangiography during laparoscopic choledochotomy: an argument. Surg.Endosc. 1991. — № 5. — P. 111.

11. Flowers J.L. Zucker K.A. Graham S.M. Laparoscopic cholangiography: results and indications. — Vol.Ann.Surg. 1992. — № 215. — P. 209-216.

12. Lezoche E. PaganiniA.M. Technical consideration and laparoscopic bile duct exploration: transcystic choledochotomy. Semin. Laparosc.Surg. 2000. — № 7. — P. 262-278.

13. Morris J.B. Margolis R. Rosato E.F. Safe laparoscopic cholecystectomy without intraoperative cholangiography. Surg. Laparosc.Endosc. 1993. — № 3. — P. 17-20.

14. Pasquale M.D. Nauta P.J. Selective vs routine use of intraoperative cholangiography. Arch.Surg. 1989. — V. 124. — № 9. — P. 1041-1042.

15. Shively E.N. Wieman T.J. Adams A.L. Operative cholangiography. Amer.J.Surg. 1990. — V. 159. — № 4. — P. 380-384.

16. Taylor O.M. Laparoscopic cholecystectomy without operative cholangiogramm: 2038 cases over a 5-year period. Am.R.Coll.Surg. Engl. 1997. — V. 79. — P. 367-380.

17. Thornton D.J.A. Robertson A. Alexander D.J. Laparoscopic cholecystectomy without routine operative cholangiography does not result in significant problems related to retained stones. J. Surg. Endosc. 2002. —V. 16. — № 4. — P. 592-595.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ
ВЕСТНИК Поволжья
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ
www.mfvt.ru | mfvt@mfvt.ru
● официальная и нормативная информация
● новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки).
● научно-практические материалы от ведущих специалистов в области медицины, обзоры конференций, круглых столов, съездов.
● информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты.


420012, Казань, ул. Щапова, 26,
корп. Д, офис 200, а/я 142
многоканальный телефон (843) 267-60-96
ОПЕРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ — ЗАЛОГ ВАШЕГО УСПЕХА!