

Клинические проявления холедохолитиаза и возможности ультразвуковой диагностики

В.А. Назаренко

ФГУ «Клиническая больница № 1» УД Президента РФ

В работе рассмотрены клинические симптомы и возможности ультразвукового исследования в диагностике холедохолитиаза у 47 больных. Всем больным в качестве первичного дооперационного метода проводилось трансабдоминальное ультразвуковое исследование с частотой 2–9 МГц, дополняемое ЭРХПГ или МР-холангиографией. Клинические проявления холедохолитиаза и результаты ультразвукового исследования сопоставлены с данными оперативного вмешательства, ЭРХПГ, МР-холангиографией. Проанализированы варианты эхографических проявлений холедохолитиаза и причины ложноотрицательных и ложноположительных результатов трансабдоминального ультразвукового сканирования в диагностике конкрементов общего желчного протока.

Ключевые слова: холедохолитиаз, клиническая диагностика холедохолитиаза, ультразвуковая диагностика холедохолитиаза.

The given work has analyzed clinical symptoms and possibilities of ultrasound diagnostics of choledocholithiasis in 47 patients. All patients had the primary per-operative manipulation which included transabdominal ultrasound examination with frequency 2–9 MHz added with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERChPG) or magnet-resonance (MR) cholangiography. Clinical manifestations of choledocholithiasis and ultrasound findings were compared with surgical findings, ERChPG or MR- cholangiography findings. Variants of echographic manifestations of choledocholithiasis and reasons of false-negative and false-positive results of transabdominal ultrasound scanning in the diagnostics of common bile duct concretions have been analyzed.

Key words: choledocholithiasis, clinical diagnostics of choledocholithiasis, ultrasound diagnostics of choledocholithiasis.

Введение

Проблема выявления холедохолитиаза обусловлена трудностью клинической диагностики при атипичном или скрытом течении заболевания. В большинстве случаев клиническая картина конкрементов в общем желчном протоке соответствует острому или хроническому холециститу, осложненному механической желтухой [1]. Тем не менее, возможно латентное течение холедохолитиаза, а также сочетание конкрементов общего желчного протока с опухолевым поражением гепатопакреатобилиарной системы. В мировой практике для дооперационной оценки состояния желчных протоков и выяснения причины обструкции у пациентов с желтухой наряду с МР-холангиографией и традиционным рентгенологическим методом исследования, таким как ЭРХПГ, широко используется эндоскопическая ультрасонография [2]. Из новых эндосонографических методов диагностики холедохолитиаза необходимо отметить внутрипротоковую ультрасонографию с использованием датчиков с частотой 20 МГц [3]. Несмотря на длительный период использования трансабдоминальной эхографии для обнаружения холедохолитиаза [4, 5, 6], данная методика не потеряла своей актуальности и в наши дни в качестве первичного диагностического метода.

Цель исследования: изучить клинические проявления и возможности трансабдоминального ультразвукового сканирования в диагностике холедохолитиаза.

Материалы и методы исследования

Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 47 пациентов с холедохолитиазом: 15 мужчин (31,9 %) и 32 женщины (68,1 %) в возрасте от 41 года до 88 лет, находившихся на стационарном лечении в период с 1993 года по 2004 год включительно. Наличие конкрементов общего желчного протока подтверждено данными оперативного вмешательства и интраоперационной холангиографии (12 больных, 25,5 %), результатами ЭРХПГ с

папиллосфинктеротомией (34 пациента, 72,3 %) и при МР-холангиографии (5 больных, 10,6 %).

Ультразвуковые исследования пациентов проводились на ультразвуковых диагностических системах Acuson 128 XP-10 и SONOLINE Elegra фирмы Siemens с использованием сканирования в режиме серой шкалы с частотой 2–9 МГц, в сочетании с режимом тканевой гармоники. Экстренные осмотры выполнялись без какой-либо подготовки, плановые осмотры проводились строго натощак. Всем пациентам проводилось многоплановое и полипозиционное сканирование в положении больного лежа на спине, на левом и правом боку, сидя и стоя. Исследование выполняли как при задержке дыхания в фазе глубокого вдоха, так и при спокойном дыхании больного. Для выявления камней дистального отдела холедоха с целью уменьшения отрицательного влияния газов в двенадцатиперстной кишке использовалось сканирование в положении больного лежа на правом боку. Лучшей визуализации конкрементов дистального отдела холедоха (особенно у астеничных и нормостеничных пациентов) способствует сканирование с высокой разрешающей способностью (6–9 МГц) в сочетании с режимом тканевой гармоники. Всем пациентам с расширением холедоха проводилось дополнительное сканирование в положении больного лежа на правом боку в сочетании с «вибрационной» пальпацией области дистального отдела общего желчного протока.

Результаты исследования

Согласно полученным данным, **клинические проявления** холедохолитиаза складывались из болей в брюшной полости, желтухи, лихорадки, диспептических проявлений.

Боли в правом подреберье наблюдались у 32 (68,1 %) больных, в эпигастриальной области – у 7 (14,9 %) больных. Опоясывающий характер болей отмечен у 5 (10,6 %) больных холедохолитиазом, причем у 4 из них присутствовали клинические и ультразвуковые признаки

острого панкреатита. У 3 (6,4 %) больных холедохолитиазом болевой синдром отсутствовал.

Характер болей во многом зависел от сопутствующих заболеваний желчевыводящей системы и быстроты развития обструкции желчных протоков. Так, у больных с острым калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом наблюдались интенсивные приступообразные боли в правом подреберье (28 больных, 59,6 %). Подвижные конкременты в дилатированном холедохе выявлены при ультразвукографии у 24 больных, из них у 4 пациентов заболевание протекало бессимптомно, в то время как у остальных наблюдались периодические тупые боли или чувство дискомфорта в правом подреберье, преимущественно через 1,5–2 часа после приема пищи.

Тошнота отмечена у 35 (74,5 %) больных холедохолитиазом, рвота наблюдалась у 16 (34, 0%) пациентов.

Желтушность склер и/или кожных покровов имела место при поступлении в стационар у 36 (76,6 %) больных холедохолитиазом, тогда как наличие желтухи в анамнезе отмечали 4 (8,5 %) пациента. Безжелтушная форма холедохолитиаза выявлена у 7 (14,9 %) больных. В 24 случаях (51,1 %) интенсивный болевой синдром предшествовал развитию желтухи.

Необходимо отметить, что хотя наличие желтухи, особенно связанной с предшествующим приступом болей в правом подреберье, является весьма патогномичным симптомом холедохолитиаза, у 2 (4,3 %) наблюдаемых больных выявлено сочетание холедохолитиаза с опухолями головки поджелудочной железы, а также с новообразованиями фатерова соска (1 пациент, 2,1 % случаев).

Гипербилирубинемия преимущественно за счет прямого билирубина наблюдалась у 36 (76,6 %) больных, повышение активности аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы и щелочной фосфатазы отмечено у 14 (29,8 %) больных с холедохолитиазом.

Лихорадка в анализируемой группе пациентов наблюдалась у 13 пациентов (27,7 % больных), причем у всех больных лихорадка сочеталась с механической желтухой.

При *ультразвуковом исследовании* холедохолитиаз диагностирован у 38 (80,9 %) больных. Ложноотрицательные результаты ультразвукового исследования имели место у 7 пациентов (14,9 %). Ложноположительные результаты о наличии «мягких» конкрементов холедоха получены в 2 случаях (4,3 %) и были обусловлены наличием подвижных глыбок замазкообразной желчи без акустической тени на фоне контрастирования общего желчного протока желчью у пациентов с холецистэктомией в анамнезе.

В большинстве случаев у пациентов с холедохолитиазом наблюдалась сопутствующая дилатация проксимального отдела общего желчного протока, выявленная у 36 из 47 больных. На фоне контрастирования окружающей желчью камни общего желчного протока визуализировались в виде внутрипротоковых подвижных или фиксированных гиперэхогенных образований с акустической тенью (рис. 1) или без акустической тени. Подвижные или малоподвижные камни определялись в холедохе при его расширении до 9–16 мм. Особенностью данного варианта камней является возможность их смещения в дистальную часть общего желчного протока, что приводит к трудностям визуализации. Применение

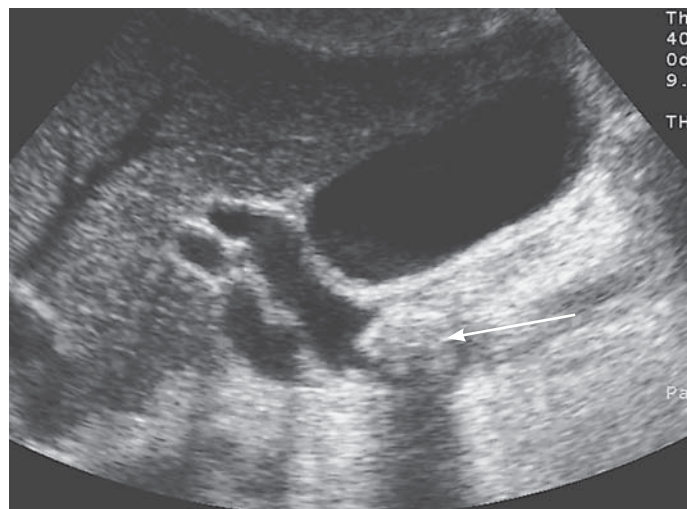


Рис. 1. Холедохолитиаз. Конкремент (стрелка) в расширенном общем желчном протоке. Режим тканевой гармоники.

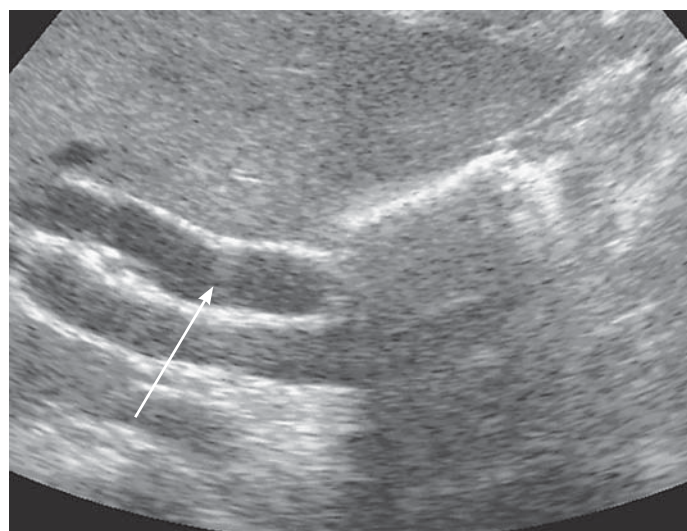


Рис. 2. Холедохолитиаз. Осмотр до вибраторной пальпации. Расширенный холедох (стрелка).

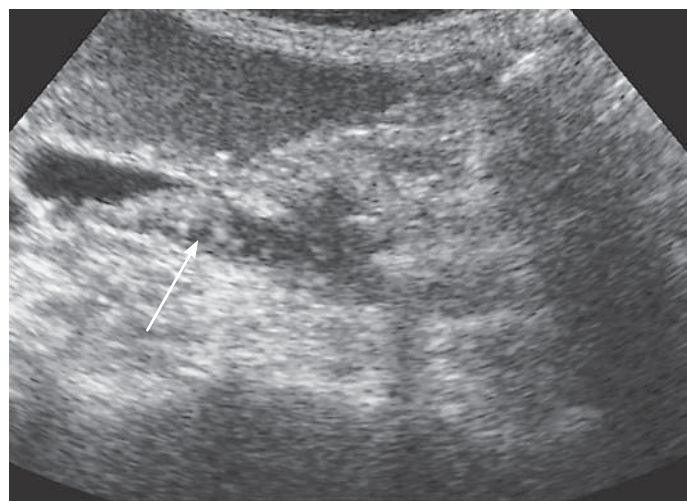


Рис. 3. Холедохолитиаз. Та же больная, что и на рис. 2. После вибраторной пальпации в просвете общего желчного протока визуализируется замазкообразная желчь и конкремент с акустической тенью (стрелка). Режим тканевой гармоники.

«вибраторной» пальпации позволило диагностировать смещаемые камни дистального отдела холедоха у 24 (63,2 %) пациентов (рис. 2–3).

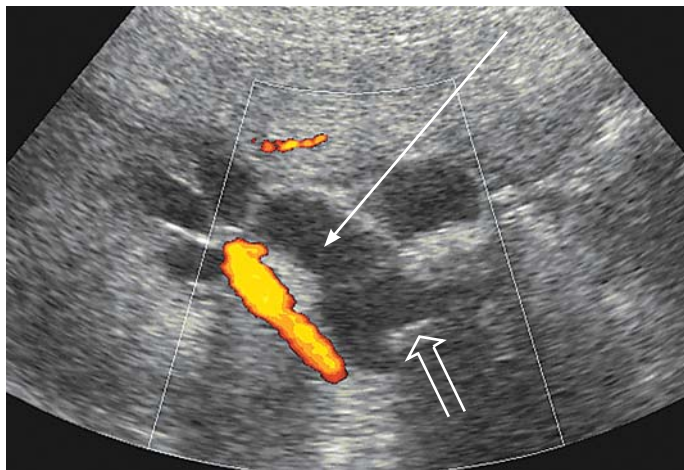


Рис. 4. Механическая желтуха у больной холедохолитиазом. Конкремент (широкая стрелка) в расширенном общем желчном протоке (длинная стрелка). Кровоток по воротной вене в режиме энергетической доплерографии (тонкая стрелка).

Если контрастирование окружающей желчью отсутствует, достоверная диагностика конкрементов общего желчного протока при эхографии значительно затруднена и возможна лишь при визуализации четких гиперэхогенных включений с акустической тенью, не изменяющих свои размеры и локализацию при перемене положения больного. Данный тип конкрементов создает наибольшие трудности при ультразвуковом сканировании, и был наиболее частой причиной ложноотрицательных результатов у 4 больных (8,5 %).

Механическая желтуха выявлена при эхографии у 36 (76,6 %) больных с холедохолитиазом и сопровождалась дилатацией внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков. Цветовое доплеровское картирование кровотока и энергетическая доплерография способствуют быстрой и достоверной дифференцировке расширенных желчных протоков от воротной вены и ее ветвей (рис. 4).

Таким образом, диагностика холедохолитиаза основана на комплексном анализе результатов клинического осмотра, лабораторных данных и инструментальных методов исследования. В качестве первичного диагностического метода целесообразно использовать трансабдоминальное ультразвуковое сканирование. Наличие отрицательных результатов ультразвукового исследования при клинико-лабораторных данных, свидетельствующих в пользу холедохолитиаза, требует проведения дополнительных методов диагностики (ЭРХПГ и/или МР-холангиографии).

Литература

1. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. – СПб.: ЭЛБИ – СПб. – 2000. – 288 с.: 211 ил.
2. Meroni E., Bisagni P., Bona S., Fumagalli U., Zago M., Rosati R., Malesci A. Pre-operative endoscopic ultrasonography can optimise the management of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy with abnormal liver function tests as the sole risk factor for choledocholithiasis: a prospective study // *Dig Liver Dis.* – 2004. – Vol. 36, № 1. – P. 73–77.
3. Catanzaro A., Pfau P., Isenberg G.A., Wong R.C., Sivak M.V. Jr., Chak A. Clinical utility of intraductal US for evaluation of choledocholithiasis // *Gastrointest Endosc.* – 2003. – Vol. 57, № 6. – P. 648–652.
4. Sapala M.A., Steel W.B., Resto A.D., Sapala J.A. Ultrasonic scanning in postcholecystectomy choledocholithiasis // *Surgery.* – 1977. – Vol. 82, № 4. – P. 420–424.
5. Zusmer N.R., Harwood S.J., Pevsner N.H., Janowitz W.R., Serafini A.N. Grey scale ultrasonography: evaluating the jaundiced patient // *South Med J.* – 1978. – Vol. 71, № 5. – P. 498–501.
6. Cronan J.J., Mueller P.R., Simeone J.F., O'Connell R.S., vanSonnenberg E., Wittenberg J., Ferrucci J.T. Jr. Prospective diagnosis of choledocholithiasis // *Radiology.* – 1983 – Vol. 146, № 2. – P. 467–469.