Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра госпитальной хирургии им. проф. А.М. Дыхно с курсом ПО

**Реферат на тему:**

**ДИАГНОСТИКА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Выполнил: Талалуев В.Н  
 Проверила: [ДМН](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bdegree%5d=2&c%5bdegrees%5d=1), [профессор](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=search&cat=user&c%5bscititle%5d=2): Первова О.В.

Красноярск, 2024

1. **Актуальность**

Жёлчнокаменная болезнь (ЖКБ) известна с древних времён. Она широко распространена в странах с развитой и развивающейся экономикой Европы, Северной Америки, России. Частота ЖКБ в Европе составляет 9 – 42%, в России – 14 – 21%, в США – 9 – 26%. За последние 25 лет в Германии было зарегистрировано более 5 млн., а в США более 15 млн. больных ЖКБ. Высокая заболеваемость этой патологией – у 11% среднего класса Китая, у которых «европейский» высококалорийный рацион питания при низкой физической активности. Реже холелитиаз встречается у африканцев (4,2%) и японцев (3,6%).

В структуре заболеваемости ЖКБ занимает третье место после сердечно- сосудистой патологии и сахарного диабета. В последние годы повысилась заболеваемость ЖКБ и каждое десятилетие количество больных увеличивается в 2 раза, практически занимая уже первое место среди патологии брюшной полости. По данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов, этой патологией страдает 10% населения мира, но, учитывая длительное бессимптомное течение ЖКБ, обращаемость составляет 4-5 человек на 1000 населения. Примерно в 4 раза чаще болеют женщины, чем мужчины. Примерно четверть населения старше 70 лет имеет жёлчные камни.

С ростом частоты заболеваемости ЖКБ увеличилось количество операций на жёлчном пузыре и жёлчевыводящих протоках и составило за последние годы около 1,5 млн. оперативных вмешательств. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняется от 1 до 2 млн. холецистэктомий, из них в России – 250-300 тыс., в США – более 500 тыс. В 8 – 45% случаев отмечается т.н. постхолецистэктомический синдром, одной из причин которого является повторное образование камней в жёлчных протоках. Одной из основных причин рецидивного ХДЛ является повышенная литогенность жёлчи после холецистэктомии, особенно у больных с ожирением, на фоне сопутствующих заболеваний, не устранённых во время первой операции (стеноз БДС и др.).

1. **Диагностика холедохолитиаза**

До- и интраоперационная диагностика холедохолитиаза представляет значительные трудности в связи с тем, что отсутствуют специфические признаки наличия конкрементов в просвете жёлчных протоков. Наибольшие диагностические трудности возникают при атипичных и стёртых формах камней жёлчного протока, которые нередко являются источником резидуального холедохолитиаза. К высокоинформативным анамнестическим симптомам ХДЛ относятся наличие желтухи и холангита, ранние и частые приступы печёночных колик.

Для диагностики камней гепатикохоледоха используются следующие методы исследования: лабораторные (билирубин, трансаминазы, ЩФ и др.), УЗИ, инфузионная холецистохолангиография, ЭРХПГ, гепатобилисцинтиграфия, интраоперационная холангиография, эндо УЗИ, фиброхолангиоскопия, фистулохолангиография, КТ, ЧЧХГ, МРХПГ, лапароскопическая холецистохолангиография.

Важнейшее место в диагностике ХДЛ занимают не лабораторные, а инструментальные методы.

УЗИ является скрининговым методом диагностики жёлчнокаменной болезни, более информативно в выявлении камней в жёлчном пузыре, чем холецистография, и позволяет поставить правильный диагноз в 88,7 – 100% наблюдений. При механической желтухе чувствительность УЗИ – 90 – 97%, специфичность – 73,8 – 98%

При камнях небольшого размера (до 5 мм) УЗИ даёт ложноположительные (4,9%) и ложноотрицательные (13,6%) результаты. Тем не менее, ультразвуковым исследованием можно ограничиться, что весьма ценно с гуманной и экономической точек зрения. Возможности УЗИ в 20-25% случаев ограничены техническими трудностями идентификации препапиллярного отдела общего жёлчного протока. Следует также отметить, что качество УЗ-изображения в значительной степени зависят от опыта врача, проводящего исследование, и правильности применяемых им методик.

1. **Эндоскопическая диагностика**

В настоящее время фиброгастродуоденоскопия является необходимым методом исследования у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Эндоскопический осмотр позволяет определить состояние слизистой оболочки желудк а и двенадцатиперстной кишки, ширину кишки, проходимость билиодигестивного анастомоза, выявить дуоденогастральный рефлюкс как один из признаков расстройств моторной функции ДПК. С помощью ФГДС можно диагностировать опухоли БДС, ДПК, желудка, визуализироват ь вклиненный конкремент в БДС и отсутствие поступления жёлчи в ДПК, проводить биопсию, выявлять коморбидную патологию желудочно - кишечного тракта.

К общим эндоскопическим признакам заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны относим изменения развёрнутости подковы ДПК, рельефа и цвета слизистой оболочки, деформацию стенок, сужение просвета кишки и др. Косвенные призаки: выраженный дуоденит нисходящего отдела; грубую складчатость слизистой постбульбарного отдела; выраженный очаговый дуоденит в парафатеральной зоне; дискинезию ДПК с наличием ретроперистальтики; активный сброс большого количества жёлчи через отверстие ампулы БДС или нарушение пассажа жёлчи; наличие ДГР; выбухание задней стенки желудка в фундальном отделе; изолированный варикоз вен желудка.

При холедохолитиазе, осложнённом хроническим панкреатитом, чаще наблюдается распространённый дуоденит с преимущественным поражением постбульбарных отделов ДПК, папиллит. Стойко сохраняющиеся явления перипапиллярных воспалительно - дистрофических изменений слизистой оболочки ДПК (выраженный отёк, гиперемия, лёгкая ранимость, белесоватые вкрапления и др.) наряду с деформацией заднемедиальной стенки нисходящего отдела ДПК, вдавлениями антрального отдела желудка, соответствовали длительному рецидивирующему течению заболеваний. Дивертикул ДПК располагался на медиальной стенке нисходящей части кишки вблизи БДС.

Для папиллита характерны резкая гиперемия, отёк слизистой оболочки, утолщение ворсинок, искажающие бархатистый, ячеистый рисунок БДС, делая неровными его контуры. Размеры БДС увеличиваются до 1,5 см. Эндоскопия – это достоверный метод исследования для оценки состояния слизистой оболочки желудка, ДПК и БДС, позволяет уточнить локализацию последнего, его форму и размеры, уточнить наличие воспалительных изменений.

Таким образом, ФГДС является необходимым методом исследования при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны, в частности, ХДЛ. С её помощью можно выявить коморбидную патологию желудка и ДПК, парапапиллярный дивертикул, визуализировать вклинённый конкремент в БДС, выбрать правильную лечебную тактику, осуществлять необходимые хирургические манипуляции

1. **Эндоскопическая ультрасонография**

В диагностике ХДЛ важное значение отводится эндоскопической ультрасонографии, которая сочетает в себе ФГДС и ультразвуковую диагностику. Дифференциальная диагностика холедохолитиаза в сочетании со стенозом БДС остаётся сложной задачей, особенно в терминальном отделе ОЖП. Ранняя диагностика этой патологии имеет особое значение, так как определяет подход к лечению и прогноз заболевания.

ЭУС является важным скрининговым методом исследования больных с ХДЛ и желтузой различного генеза. Можно осуществить первичное распознавание билиарной гипертензии и оценить степень её выраженности.

В отличие от трансабдоминального УЗИ, при ЭУС сканирование производится из просвета полого органа, чему не мешает ожирение и метеоризм больного. Возможно определить степень внутристеночной инвазии опухоли, визуализировать головку поджелудочной железы, терминальный отдел холедоха и БДС, которые недоступны для транскутанного УЗИ. Можно провести дифференциальную диагностику между доброкачественными и злокачественными опухолями, если выполнить тонкоигольную пункцию и браш-биопсию под контролем ЭУС.

При эндоскопической ультрасонографии можно чётко увидеть место впадения ОЖП и вирсунгова протока в двенадцатиперстную кишку, что важно для выполнения ЭПСТ. Повреждать проток поджелудочной железы нельзя, так как это неизбежно приводит к острому панкреатиту.

Таким образом, эндоскопическая ультрасонография должна дополнять, при необходимости уточнения и последовательной верификации диагноза, МРТ. При высокой вероятности ХДЛ проведение ЭУС и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии должно быть одномоментным, с возможностью ЭПСТ и удаления конкрементов из ОЖП. Изображения, полученные с помощью ЭРХПГ, МРХПГ и ИОХГ, сопоставимы, а возможности эндоУЗИ позволяют провести дифференциацию имеющейся патологии. Применение в комплексной диагностике ХДЛ эндоскопической ультрасонографии с высокими показателями информативности, точности и безопасности позволяет оптимизировать диагностический алгоритм больных перед малоинвазивным оперативным вмешательством, что снижает риск послеоперационных осложнений от применения ЭРХПГ и ЭПСТ, длительность

пребывания в стационаре и сокращения экономических затрат.

1. **Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография**

ЭРХПГ – высокоинформативный метод исследования, но его следует применять только по строгим показаниям. Наилучшие результаты имеют эндосокписты, которые проводят более 50 исследований в год

ЭРХПГ в течение длительного времени считалась одним из самых

эффективных методов диагностики ХДЛ и стеноза жёлчных протоков,

особенно из-за возможности получения материала для морфологического

исследования с применением цитологической щётки, эндоскопических щипцов и даже корзинки Дормиа. Такими же возможностями обладает и ЧЧХГ, но указанные методы инвазивны и сопровождаются в 2,7-6,9% случаев риском осложнений (панкреатит, кровотечение, жёлчеистечение, холангит, перфорация двенадцатиперстной кишки).

ЭРХПГ длительное время считалась «золотым стандартом» в выявлении осложнённого холедохолитиаза. Но этот метод явдяется инвазивным и нередко сопровождается осложнениями. В настоящее время альтернативой ЭРХПГ являются неинвазивные методы – ЭУС и МРХПГ.

1. **Холангиоскопия**

Рентгенологические исследования не всегда и не полностью отражают все возможные изменения в билиарной системе. Фиброхолангиоскопия

позволяет получить непосредственно эндоскопическое изображение. Недостатками всех ранее предложенных устройств для холангиоскопии явились: низкая степень свободы дистального конца аппарата, плохое качество изображения, высокая чувствительность к механическим повреждениям, малый диаметр инструментального канала. На современном этапе возможно выполнение пероральной холангиоскопии с применением ультратонкого трансназального гастроскопа (после папиллотомии длиной до 8 мм).

Диагностическая ценность холангиоскопии достаточно высокая: чувствительность – 99,3%, специфичность – 98,1%, точность – 98,6%. Преимуществами фиброхолангиоскопии являются также отсутствие лучевой нагрузки, выполнение самим оперирующим хирургом, низкая стоимость. Из возможных осложнений ФХС могут быть травмирование стенки ОЖП и острый панкреатит при введении антисептического раствора под высоким давлением. При наличии наружного жёлчного свища возможно выполнение фистулохолангиоскопии с литоэкстракцией.

1. **Вывод**

На сегодняшний день нет универсального протокола диагностического поиска ХДЛ. Алгоритм прямым образом зависит от оснащённости медицинского учреждения диагностическим оборудованием, анатомических и воспалительных изменений в гепатопанкреатодуоденальной зоне, тяжести состояния пациента. Наиболее стандартный следующий комплекс методов: УЗИ, ЭРХПГ, при их неинформативности – МСКТ (МРХПГ) или лапароскопическая ХЭ с ИОХГ, ФХС, эндоУЗИ.

1. **Список литературы**

1. Абдуллаев, Э.Г. Оптимизация хирургического подхода к лечению пациентов с жёлчнокаменной болезнью [Текст] / Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин, А.Э. Абдуллаев // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 2019. - №1. – С. 20.

2. Абдурашидов, Г.А. Антеградная декомпрессия билиарного тракта при механической желтухе [Текст] / Г.А. Абдурашидов, Р.Т. Меджидов, Ш.Р. Меджидов // Вестник ДГМА, приложение. – 2018. - №2 (27). – С. 197.

3. Агапов, М.Ю. Баллонная дилатация сфинктера Одди как альтернатива папиллосфинктеротомии [Текст] / М.Ю. Агапов, Е.Ф. Рыжков, Н.А. Таран // Эндоскопическая хирургия. – 2005. - №5. – С. 36-39.

4. Актуальные вопросы диагностики и лечения больных микрохоледохолитиазом [Текст] / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, А.Ю. Цкаев [и др.] // Анналы хир. гепатологии. – 2007. – Т.12, №2. – С. 62-68.

5. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механическойжелтухой [Текст] / М.Д. Дибиров, Г.С. Рыбаков, М.А. Васильева [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная мед. помощь». – 2017. - № 6 (2). – С. 145- 148.

6. Александров, С.В. Возможности лазерной литотрипсии у пациентов с холангиолитиазом [Текст] / С.В. Александров // Новости хирургии. – 2013. –Т. 21, №2. – С. 45-53.

7. Алиев, Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложнённой жёлчнокаменной болезни [Текст] / Ю.Г. Алиев // Хирургия. – 2013. - №5. – С. 73-75.

8. Алтыев, Б.К. Диагностика и лечение резидуального и рецидивного

холедохолитиаза, осложнённого гнойным холангитом [Текст] / Б.К. Алтыев, Ш.К. Атаджанов, И.Х. Бойназаров // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 2011. – Т.6, №2. – С. 35.

9. Анализ результатов ретроградных вмешательств при механической желтухе [Текст] / М.К. Абдулжалилов, М.Р. Иманалиев, А.М. Абдулдалилов [и др.] // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 2017. - №2. – С. 517-518.

10. Антеградное жёлчеотведение: анализ осложнений и способы их профилактики [Текст] / Ю.В. Кулезнева, О.В. Мелехина, Л.И. Курмансеитова [и др.] // Анналы хир. гепатологии. – 2018. - №3. – С. 37.

11. Антеградные методы декомпрессии жёлчных протоков: эволюция и спорные вопросы [Текст] / Ю.В. Кулезнева, С.В. Бруслик, Г.Х. Мусаев [и др.]// Анналы хир. гепатологии. – 2011. - №3. – С. 35.

12. Антеградные рентгенохирургические вмешательства после безуспешного эндоскопического пособия при холедохолитиазе [Текст] / О.И. Охотников, М.В. Яковлева, С.Н. Григорьев [и др.] // Анналы хир. гепатологии. – 2019. – Т. 24, №2. – С. 48-59.

13. Антеградный доступ в лечении холангиолитиаза [Текст] / В.А. Марийко, И.Ф. Малафеев, А.Ш. Кахорова [и др.] // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 2019. – №1. – С. 241.

14. Асланова, К.Д. Осложнения хирургического лечения холецистохоледохолитиаза различными техниками, их профилактика и лечение [Текст] / К.Д. Асланова, Н.Ю. Байрамов, А.М. Рустам //Биомедицина. – 2017. - №2. – С. 40-46.