УДК 616.366-003.7:616.36

DOI: 10.22141/1997-2938.1.36.2018.133001

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Лазуткина Е.А.

Харьковская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Желчнокаменная болезнь, осложненная холестазом

Резюме. Представлены результаты лечения 822 больных с осложненной желчнокаменной болезнью. У 235 (11,9 %) пациентов, которым проведено обследование с использованием разработанных в клинике дополнительных методик диагностики, выявлены малосимптомные (скрытые) формы нарушений терминального отдела холедоха: микрохоледохолитиаз — у 114 (48,5 %) больных, билиарный сладж — у 72 (30,6 %), рубцовые стриктуры терминального отдела холедоха — у 21 (8,9 %), стеноз большого дуоденального сосочка — у 28 (11,9 %). Выбор транспапиллярного эндоскопического вмешательства у больных с малосимптомными формами нарушений проходимости терминального отдела холедоха зависел от данных импедансометрии и оценки степени растяжимости большого дуоденального сосочка. В комплексной терапии пациентов применялась медикаментозная терапия с включением гепатопротекторов: глутаргина, гепадифа, гепаризина, производных урсодезоксихолевой кислоты. После транспапиллярных эндоскопических вмешательств развились осложнения у 38 (4,6 %) пациентов.

Ключевые слова: осложненные формы желчнокаменной болезни; мини-инвазивные вмешательства

Введение

В структуре осложненной желчнокаменной болезни (ЖКБ) наиболее часто выявляется холедохолитиаз (ХЛ) и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Отмечается рост микрохоледохолитиаза и билиарного сладжа, частота которого варьирует от 5 до 9 %. Все осложненные формы ЖКБ сопровождаются холестатическим синдромом. Диагностика малосимптомных форм нарушений проходимости терминального отдела холедоха (ТОХ) является наиболее сложной, вопросы выбора метода санации и оптимальной коррекции проходимости ТОХ остаются дискуссионными. В настоящее время при осложненной ЖКБ широко применяются лапароскопические и транспапиллярные эндоскопические вмешательства (ТЭВ). Вопросы диагностики и лечения осложненной ЖКБ требуют дальнейшего совершенствования.

Цель исследования — усовершенствовать алгоритмы диагностики и лечения больных с осложненной ЖКБ с применением мини-инвазивных вмешательств.

Материалы и методы

Представлены результаты лечения 822 больных с осложненной ЖКБ. При обследовании ХЛ выявлен у 581 (70,7 %) больного, стеноз большого дуоденаль-

ного сосочка — у 109 (13,3 %), их сочетание — у 132 (16,1 %) больных. У 235 (11,9 %) пациентов, которым проведено обследование с использованием разработанных в клинике дополнительных методик диагностики, выявлены малосимптомные (скрытые) формы нарушений ТОХ: микрохоледохолитиаз — у 114 (48,5 %) больных, билиарный сладж — у 72 (30,6 %), рубцовые стриктуры ТОХ — у 21 (8,9 %), стеноз БДС — у 28 (11,9 %).

Применялись инструментальные методы диагностики: УЗИ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), интраоперационная холангиография, фистулография, спиральная и магнитно-резонансная томография.

В качестве дополнительной диагностики малосимптомных форм нарушений проходимости ТОХ выполнялись: ЭРХПГ с манометрией, мониторинговая дебитоманометрия, термометрия холедоха, измерение давления при выполнении эндолюминальной баллонной папиллодилатации (патент Украины № 104992), интраоперационная холангиография и дебитоманометрия. Для оценки морфологических изменений ТОХ, БДС проводилось исследование спектра импеданса большого дуоденального сосочка (патент Украины № 66525), исследование би-

опсийного материала (забор материала проводился после выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии — ЭПСТ) (патент Украины № 65177). Разработан алгоритм диагностики малосимптомной билиарной обструкции, включающий оценку дополнительных методов исследования.

Выполнялись следующие ТЭВ: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая баллонная папиллодилатация (ЭПД), механическая литотрипсия (МЛТ), вирсунготомия, назобилиарное дренирование, эндоскопическое стентирование.

В комплексной терапии пациентов с холестатическим синдромом наряду с гепатопротекторами применялись производные урсодезоксихолевой кислоты (УДХК — Урсофальк). Пероральный прием УДХК замедлял всасывание холестерина в кишечнике и секрецию холестерина в желчь, в результате чего снижался индекс насыщения желчи холестерином. УДХК образовывала с холестерином жидкие кристаллы, растворяя таким образом желчные камни. Эффективность медикаментозного растворения желчных камней зависела от тщательности отбора пациентов, дозы препарата, времени и длительности его приема, а также от размеров и состава конкрементов. Расчет дозы УДХК (Урсофальк) проводился исходя из массы тела пациента: 1 капсула 250 мг на 25 кг массы тела с приемом препарата в вечернее время, что было связано с физиологическим пиком насыщения желчи холестерином в это время.

Результаты и обсуждение

Механическая желтуха выявлена у 601 (73,1 %) больного, отсутствие желтухи — у 221 (26,9 %). ПХЭС наблюдался у 214 больных: резидуальный ХЛ — у 119 (55,6 %), рецидивный ХЛ — у 48 (22,4 %), рестеноз БДС — у 10 (4,7 %), синдром слепого мешка — у 3 (1,4 %), желчный свищ — у 14 (6,5 %), тубулярный стеноз желчного протока на почве индуративного панкреатита — у 8 (3,7 %), рефлюкс-холангит — у 12 (5,6 %) больных.

ЭПСТ выполнена 424 (84,6 %) пациентам: субтотальная ЭПСТ — 312 (53,7 %), парциальная ЭПСТ — 177 (30,5 %). ЭПД произведена 92 (15,8 %) пациентам с холедохолитиазом. У 95 (16,4 %) больных с крупными конкрементами ЭПСТ сочеталась с МЛТ. При

наличии синдрома слепого мешка 2 (0,5 %) больным выполнена субтотальная ЭПСТ, 1 (0,2 %) — парциальная ЭПСТ. При наличии холедохолитиаза со стенозом вирсунгового протока 11 (1,9 %) пациентам выполнялась ЭПСТ с вирсунготомией. У 63 (10,8 %) больных с гнойным холангитом применено назобилиарное дренирование с ЭПСТ, которое оказалось эффективным в 49 (77,8 %) случаях. У 5 больных с крупными конкрементами и холангитом, имеющих выраженную сопутствующую патологию, выполнено эндоскопическое стентирование.

Выбор ТЭВ у больных с малосимптомными формами нарушений проходимости ТОХ зависел от данных импедансометрии и оценки степени растяжимости БДС. Эти данные позволяли определить эффективный или неэффективный вариант применения эндоскопической баллонной папиллодилатации. При наличии достаточной растяжимости БДС 112 больным выполнялась ЭПД с холедохолитоэкстракцией и санацией гепатикохоледоха: с микрохоледохолитиазом — 62 (55,4 %), с билиарным сладжем — 50 (44,6 %). При отсутствии достаточной растяжимости БДС 123 пациентам произведена ЭПСТ: с микрохоледохолитиазом — 52 (42,3 %), с билиарным сладжем — 22 (17,9 %), со стриктурой ТОХ — 21 (17,1 %), со стенозом БДС — 28 (22,8 %).

У 328 (63,9 %) больных применение ТЭВ на первом этапе лечения позволило выполнить на втором этапе видеолaparоскопические вмешательства. У 46 (8,8 %) пациентов после видеолaparоскопических вмешательств на втором этапе лечения выполнены различные ТЭВ, которые оказались эффективными у 41 (89,1 %) больного. Причинами повторных ТЭВ стали: кровотечение из папиллотомного разреза — у 4 (0,9 %) больных, вклинение осколков конкрементов после МЛТ — у 5 (1,0 %), повторные санации желчных путей при холангите — у 8 (1,9 %) больных. После ТЭВ развились осложнения у 38 (4,6 %) пациентов: острый панкреатит — у 15 (39,5 %), панкреонекроз — у 4 (10,6 %), кровотечение — у 5 (13,2 %), ретродуоденальная перфорация — у 2 (5,3 %), рестеноз БДС — у 5 (13,2 %), холангит и дуоденохоледохеальный рефлюкс — у 5 (13,2 %), вклинение корзинки Дормиа — у 2 (5,3 %) пациентов. Всем больным с острым панкреатитом проводилась антисекреторная терапия с при-

Таблица 1. Осложнения после транспапиллярных оперативных вмешательств

Осложнения	Кол-во, %	
Острый панкреатит	15	39,5
Панкреонекроз	4	10,6
Кровотечение	5	13,2
Ретродуоденальная перфорация	2	5,3
Рестеноз большого дуоденального сосочка	5	13,2
Холангит и дуоденохоледохеальный рефлюкс	5	13,2
Вклинение корзинки Дормиа	2	5,3
Всего	38	100

менением ингибиторов панкреатической секреции (ю-трип (улинастатин), октра, сандостатин, контрикал, даларгин), желудочной секреции (пантопразол, рабепразол), антибактериальная терапия.

Осложнения после транспапиллярных эндоскопических вмешательств представлены в таблице 1.

В комплексной терапии пациентов с осложненной желчнокаменной болезнью наряду с использованием мини-инвазивных оперативных вмешательств применялась медикаментозная терапия с включением гепатопротекторов: глутаргина, гепадифа, гепаризина, производных урсодезоксихолевой кислоты. Пероральный прием УДХК способствовал растворению холестериновых конкрементов (до 4–5 мм) и улучшению реологии желчи при микрохоледохолитиазе и билиарном сладже.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору мини-инвазивных вмешательств при осложненной ЖКБ, а также применение гепатопротекторной терапии позволило уменьшить количество осложнений в периоперационном периоде на 11,6 %.

Выводы

1. Применение импедансометрии, эндолюминальной баллонной папиллодилатации в алгоритме диагностики малосимптомных форм нарушений проходимости ТОХ позволяет оценить степень растяжимости и морфологических изменений БДС.

2. В комплексной терапии пациентов с осложненной ЖКБ, сопровождающейся холестазом, большое значение имеет применение гепатопротекторов и УДХК, улучшающих функцию печени и реологические свойства желчи.

3. Предложенный алгоритм с дифференцированным этапным подходом к выбору ТЭВ и лапароскопических вмешательств при осложненной ЖКБ позволил уменьшить количество осложнений в периоперационном периоде на 11,6 %.

Конфликт интересов. Не заявлен.

Список литературы

1. Костюченко М.В. Дисфункция сфинктерного аппарата желчных путей после холецистэктомии: современные аспекты лечения / М.В. Костюченко // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. — 2013. — Т. 31, № 3. — С. 24–30.

2. Профілактика гострого панкреатиту після транспапілярних ендоскопічних втручань з приводу холедохолітіазу та стенозуючого папіліту / А.В. Клименко, А.О. Стешенко, В.М. Клименко [и др.] // Клінічна хірургія. — 2017. — № 4. — С. 18–21.

3. Риск возникновения холангита после эндоскопических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки / А.И. Ткаченко, Е.И. Шаповалова, Б.В. Евсиков [и др.] // Клінічна хірургія. — 2016. — № 12. — С. 20–22.

4. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения холедохолитиаза / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, С.В. Межаков [и др.] // Український журнал хірургії. — 2014. — № 2. — С. 130–135.

5. Ustundag Y. Is it safer to postpone endoscopic large balloon dilatation after ES in the setting of acute cholangitis due to large bile duct stones? / Y. Ustundag, U. Saritas // Dig. Dis. Sci. — 2014. — Vol. 59, № 11. — P. 2838–2839.

Получено 01.02.2018 ■

Велигоцький М.М., Арутюнов С.Е., Лазуткіна О.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Жовчнокам'яна хвороба, ускладнена холестазом

Резюме. Наведено результати лікування 822 хворих із ускладненою жовчнокам'яною хворобою. У 235 (11,9 %) пацієнтів, яким проведено обстеження з використанням розроблених у клініці додаткових методик діагностики, виявлено малосимптомні (приховані) форми порушень термінального відділу холедоха: мікрохоледохолітіаз — у 114 (48,5 %) хворих, біліарний сладж — у 72 (30,6 %), рубцеві стриктури термінального відділу холедоха — у 21 (8,9 %), стеноз великого дуоденального сосочка — у 28 (11,9 %). Вибір транспапілярного ендоскопічного втручання у хворих із

малосимптомними формами порушень прохідності термінального відділу холедоха залежав від даних імпедансометрії й оцінки ступеня розтяжності великого дуоденального сосочка. У комплексній терапії пацієнтів застосовувалася медикаментозна терапія з включенням гепатопротекторів: глутаргін, гепадиф, гепаризин, похідні урсодезоксихолевой кислоти. Після транспапілярних ендоскопічних втручань розвинулися ускладнення у 38 (4,6 %) пацієнтів.

Ключові слова: ускладнені форми жовчнокам'яної хвороби; міні-інвазивні втручання

N.N. Veligotsky, S.E. Arutyunov, E.A. Lazutkina

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Gallstone disease complicated by cholestasis

Abstract. Results of treatment of 822 patients with complicated cholelithiasis are presented. In 235 (11.9 %) patients who underwent examination with the use of additional diagnostic procedures developed in the clinic, there were revealed oligosymptomatic (latent) disorders of the terminal choledochus: microcholedocholithiasis — in 114 (48.5 %) patients, biliary sludge — in 72 (30.6 %), cicatricial strictures of the terminal choledochus — in 21 (8.9 %), stenosis of the major duodenal papilla — in 28 (11.9 %). The choice of transpapillary endoscopic intervention in patients with

oligosymptomatic forms of terminal choledochus obstruction depended on the data of impedancemetry and evaluation of the compliance degree of the major duodenal papilla. During the comprehensive treatment of patients, drug therapy was applied with the inclusion of hepatoprotectors: glutargin, hepafid, heparhizine, derivatives of ursodeoxycholic acid. After transpapillary endoscopic interventions, complications developed in 38 (4.6 %) patients.

Keywords: complicated forms of cholelithiasis; minimally invasive interventions