

Собственный опыт контактного литолиза камней желчного пузыря

О. В. РЫЖКОВА, Р. Г. САЙФУТДИНОВ, кафедра терапии (зав. — проф. Р. Г. Сайфутдинов)
Казанской государственной медицинской академии МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска.

В связи с общей тенденций развития органосохраняющих технологий, в мировой гастроэнтерологии используется метод контактного химического литолиза (КХЛ) камней желчного пузыря, который широко применяется за рубежом с 1981 года (Kelly E., Williams J. D., Organ C. H., 2000). В России, к сожалению, таких работ крайне мало (Тюрюмин Я. Л., 2000).

Цель данной работы: оценить эффективность КХЛ камней желчного пузыря с использованием МТБЭ.

Материалы и методы.
Растворение конкрементов проведено 5 женщинам с множественными (10-15) рентггенегативными камнями желчного пузыря, отказавшимся от холецистэктомии. Их средний возраст составил 43,2±0,3 лет. Давность холецистолитиаза — 5,3±0,5 лет, диаметр конкрементов — 12,3±0,8 мм. По данным КТ, плотность камней составила 21,3±0,7 ед. по Хаунсфилду. Индекс массы тела — 24,3±0,9 кг/м². У 3 (60%) женщин наследственность по ЖКБ отягощена. 2 (40%) пациентки в течение длительного времени принимали гормональные противозачаточные препараты. Исходная сократительная функция желчного пузыря — 23,8±0,4%. Длина желчного пузыря — 72,4±1,1 мм, ширина — 29,9±0,9 мм, толщина стенки — 4,1±0,5 мм.

Обязательным условием выполнения процедуры было добровольное информированное согласие пациентов.

Нами контактное химическое растворение камней желчного пузыря МТБЭ проведено согласно Разрешению Этического комитета ГОУ ДПО МЗ и СР КГМА от 11.10.2004 г.

Методика КХЛ.
Под ультразвуковым контролем в асептических условиях проведена чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия по методу Сельдингера с использованием струн-проводников. Всем пациентам после наложения микрохолецистостомы, в середине процедуры растворения камней и перед удалением катетера выполнялась чрескатетерная контрастная холецистохолангиография.

Процесс литолиза холестериновых желчных камней осуществлялся на следующий день после установки микрохолецистостомы. Для оценки динамики растворения камней ежедневно до лечебной процедуры проводился УЗИ-контроль желчного пузыря. После этого весь объем пузырной желчи эвакуировали с целью повышения эффективности литолиза. В полость ЖП по катетеру вводили 2-5 мл метил трет бутилового эфира (МТБЭ) с экспозицией 5-10 минут, после чего содержимое эвакуировали и добавляли свежий растворитель.

Контактный химический литолиз считался завершенным:

- а) при ультразвуковом исследовании желчного пузыря в его просвете не определялись рефлексивные включения;
- б) при контрольной фистулохолецистохолангиографии не выявлялись дефекты наполнения;
- в) полностью прекращена экстракция холестерина, подтвержденная микроскопически отсутствием его кристаллов.

Таблица 1. Динамика показателей крови больных ЖКБ, подвергшихся КХЛ

Показатели крови	Исходные (1)	В ходе КХЛ (2)	Спустя 72 часа после КХЛ (3)	Р
Гемоглобин (г/л)	127,2±0,5	125,9±0,7	127,7±0,5	$p_{1,2}>0,05, p_{2,3}>0,05, p_{1,3}>0,05$
Лейкоциты	6,6±0,2x10 ⁹	7,0±0,5x10 ⁹	6,8±0,2x10 ⁹	$p_{1,2}>0,05, p_{2,3}>0,05, p_{1,3}>0,05$
СОЭ (мм/час)	10,4±0,9	12,9±0,9	10,8±1,2	$p_{1,2}>0,05, p_{2,3}>0,05, p_{1,3}>0,05$
Билирубин (ммоль/л)	9,9±1,0	18,7±1,1	11,3±0,9	$p_{1,2}<0,05, p_{2,3}<0,05, p_{1,3}>0,05$
АлТ	14,5±1,9	22,7±1,2	17,6±2,1	$p_{1,2}<0,05, p_{2,3}<0,05, p_{1,3}>0,05$
АсТ	10,5±1,0	16,7±2,9	14,0±3,9	$p_{1,2}<0,05, p_{2,3}>0,05, p_{1,3}>0,05$
ЩФ	178,4±3,9	188,5±2,6	183,9±1,9	$p_{1,2}<0,05, p_{2,3}>0,05, p_{1,3}>0,05$
Холестерин	4,5±1,1	4,7±0,9	4,5±1,9	$p_{1,2}>0,05, p_{2,3}>0,05, p_{1,3}>0,05$

После завершения КХЛ через сутки катетер из полости желчного пузыря извлекался, проводилось контрольное УЗИ.

Результаты
Успешная катетеризация желчного пузыря отмечена в 100% случаев. Время перфузии МТБЭ составило 65,0±1,2 минут в сутки (от 15 минут до 3 часов), время полного растворения — 12,3±0,6 часов, для лечения требовалось от 7 до 12 дней. Камни растворены у всех больных.

У 3 (60%) пациентов в начале процедуры наблюдалось легкое головокружение и неприятный привкус во рту. Одна женщина предъявляла жалобы на сонливость.

Как видно из таблицы 1, изменений показателей крови выше нормы в ходе лечения и после него не зарегистрировано.

Назначения антибактериальных препаратов не требовалось. После удаления катетера осложнений не отмечено. Всем пациентам для профилактики рецидива камнеобразования был назначен трехмесячный курс урсодезоксихолевой кислоты 15 мг/кг в сутки (Ильченко А. А., 2004).

Согласно данным таблицы 2 уже с первых месяцев после КХЛ имеется тенденция к нормализации толщины стенки желчного пузыря. На протяжении последующих 6 месяцев зарегистрировано достоверное увеличение сократительной способности желчного пузыря.

Спустя 1, 3 месяца после КХЛ при УЗИ ни в одном случае конкременты не выявлены. Через 6 месяцев — у 1 женщины диагностирована взвесь в виде гиперэхогенного слоя на задней стенке желчного пузыря, в связи с чем ей назначен повторный курс урсодезоксихолевой кислоты. Спустя 1 год у 1 пациентки выявлены рентггенегативные камни желчного пузыря диаметром 4-5 мм. На фоне приема пероральной литолитической терапии в течение 3 месяцев ЖП полностью освободился от конкрементов.

Таблица 2. Результаты УЗИ-контроля желчного пузыря больных, подвергшихся КХЛ (n=5)

Показатели	Сроки проведения УЗИ-контроля желчного пузыря после КХЛ				
	1 месяц (1)	3 месяца (2)	6 месяцев (3)	1 год (4)	Р
Длина ЖП (мм)	73,7±3,1	73,9±2,1	74,9±4,1	76,6±2,6	$p_{1,2}>0,05, p_{2,3}>0,05, p_{3,4}>0,05$
Ширина ЖП (мм)	30,3±2,4	31,7±1,9	32,8±3,6	32,3±1,4	$p_{1,2}>0,05, p_{2,3}>0,05, p_{3,4}>0,05$
Толщина стенки ЖП (мм)	4,2±0,9	3,7±0,4	3,7±0,3	2,7±0,2	$p_{1,2}>0,05, p_{2,3}>0,05, p_{3,4}<0,05$
Сократительная способность ЖП (%)	28,7±1,2	37,5±0,8	39,9±0,6	38,9±0,2	$p_{1,2}<0,05, p_{2,3}<0,05, p_{3,4}>0,05$

В качестве примера представляем следующую историю болезни.
История болезни № 1406. Больная О. 41 год, поступила в МСЧ ОАО «Татнефть» г. Альметьевска 12.05.04 г. с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, горечь во рту, тошноту. Осмотрена в приемном покое хирургом. Выставлен диагноз: хронический калькулезный холецистит, обострение. Предложено оперативное удаление желчного пузыря, от которого больная категорически отказалась.

Анамнез заболевания. В феврале 2004 года впервые появились вышеуказанные боли и при обращении в больницу на УЗИ выявлены в желчном пузыре множественные камни диаметром до 10 мм. Тогда же предлагали оперативное лечение, от которого больная отказалась.

Анамнез жизни. Имеет сопутствующее заболевание — аутоиммунный тиреозит, эутиреоз. Наследственность по ЖКБ отягощена: мать и сестра страдают ЖКБ. В течение 1999-2001 гг. принимала противозачаточные средства.

Объективный статус. Рост 162 см, вес 65 кг,

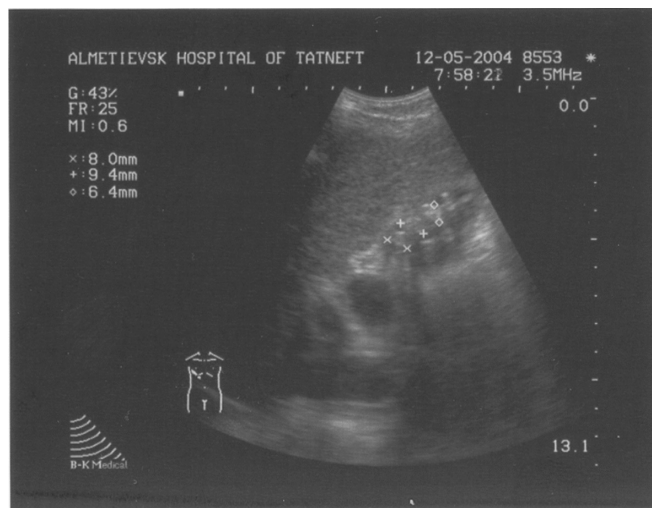
ИМТ 24 кг/м². Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем без патологии.

Система органов брюшной полости: живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, Боаса-Свирского слабо положительные. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого слабо положительны справа. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови и мочи в норме.

УЗИ: желчный пузырь 76x28 мм, стенки гиперэхогенные, утолщены до 4-5 мм, множественные камни до 15 мм (рис. 1). Сократительная способность ЖП 25%.

Рисунок 1. Исходное УЗИ желчного пузыря 6-й О. 12.05.2004 г.



Обзорный снимок брюшной полости прицельно на желчный пузырь — конкременты желчного пузыря не выявлены. КТ желчного пузыря: в просвете желчного пузыря визуализируются конкременты плотностью 48 ед. по Хаунсфилду. Заключение: множественные рентгеннегативные (холестериновые) конкременты желчного пузыря. Предложено пациентке растворение их методом КХЛ. Получено письменное добровольное информированное согласие.

13.05.04 г. под УЗИ и рентгенконтролем произведена чрескожная чрепеченочная пункция желчного пузыря с установкой катетера (рис. 2).

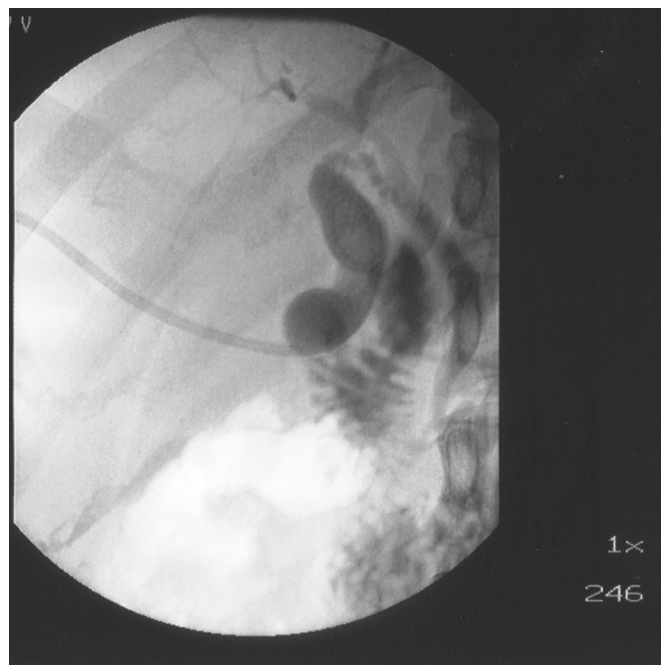
Рисунок 2. Чрескатетерная контрастная холецистохолангиография 6-й О. 13.05.04 г.



14.05.04 г. с помощью МТБЭ начато растворение камней в желчном пузыре. Пациентка процедуру переносила удовлетворительно. Иногда отмечала быстропроходящую небольшую тошноту. Время полного растворения камней, подтвержденное УЗИ и холецистограммами, составило 10 часов (рис. 3).

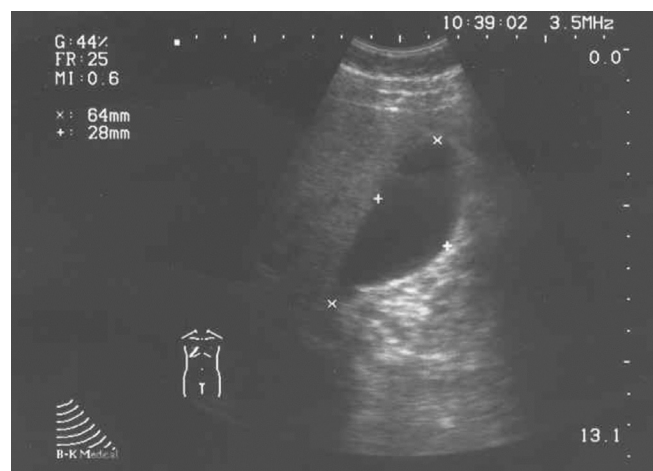
В процессе лечения и после его окончания анализы крови и мочи были без патологии. Больная выписана из клиники 22.05.04 г. С целью профилактики рецидива камнеобразования рекомендован прием урсодеооксиголевой кислоты в дозе 500 мг в сутки с последующим контролем УЗИ через 2 месяца.

Рисунок 3. Чрескатетерная контрастная холецистохолангиография 6-й О. 21.05.04 г.



При динамическом наблюдении 10.02.05 г. жалоб нет. На УЗИ — желчный пузырь 64x28 мм, стенки не утолщены, камни отсутствуют, перегиб в области шейки (рис. 4). Сократительная способность желчного пузыря с сорбитом составила 38%. Анализы крови и мочи без патологии.

Рисунок 4. УЗИ-контроль желчного пузыря 6-й О. 10.02.05 г.



Данный пример демонстрирует возможность и высокую эффективность КХЛ камней желчного пузыря.

Выводы: при растворении холестериновых камней желчного пузыря с использованием МТБЭ литолитическая эффективность составила 100%. Рецидив заболевания спустя 1 год — 20%. Отмечена низкая токсичность, отсутствие местнораздражающего, аллергенного действия МТБЭ, достоверное улучшение сократительной функции желчного пузыря (до процедуры — 23,8±0,4%, спустя 1 месяц — 28,7±1,2%, p<0,001).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь. — М.: Анахарсис, 2004. — 200 с.
2. Тюрюмин Я. Л. Закономерности морфофункциональных нарушений в желчном пузыре и печени в патогенезе холестеринового холелитиаза: автореф. дис. д.м.н. / Я. В. Тюрюмин. — Иркутск, 2000. — 19 с.
3. Kelly E., Williams J. D., Organ C. H. A history of the dissolution of retained choledocholithiasis. //Am. J. Surg. — 2000. — № 2. — P. 86-98.