

Э.В. ТРИФОНОВА, О.В. РЫЖКОВА, Р.Г. САЙФУТДИНОВ

УДК 616.366-003.7-085

Казанская государственная медицинская академия
МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска

Собственный опыт контактного растворения камней желчного пузыря у больных с желчнокаменной болезнью

Сайфутдинов Рафик Галимзяновичдоктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии № 1, главный гастроэнтеролог МЗ РТ
420012, г. Казань, ул. Муштары, д. 11, тел./факс (843) 236-87-86, rgsbancorp@mail.ru

В статье представлен собственный опыт контактного растворения камней в желчном пузыре у больных с желчнокаменной болезнью.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, контактное растворение, камни желчного пузыря.

E.V. TRIFONOVA, O.V. RIZKOVA, R.G. SAIFUTDINOVKazan State Medical Academy
Clinic of Open joint-stock Society «Tatneft»

Own experience of the contact dissolution of gallbladder stones in patients with cholelithiasis

The article presents the personal experience of contact dissolution of gallstones in patients with gallstone disease.

Keywords: cholelithiasis, contact dissolution, gallbladder stones.

В связи с общей тенденций развития органосохраняющих технологий в мировой гастроэнтерологии используется метод контактного химического литолиза (КХЛ) камней желчного пузыря (ЖП). Он применяется за рубежом с 1981 года [3, 4]. В России, к сожалению, таких работ крайне мало [2].

Цель данной работы: оценить эффективность КХЛ камней желчного пузыря с использованием метил-трет-бутилового эфира (МТБЭ).

Материалы и методы

Растворение конкрементов проведено 5 женщинам с множественными (10-15) рентгеннегативными камнями желчного пузыря, отказавшимся от холецистэктомии. Их средний возраст составил $43,2 \pm 0,3$ лет. Давность холецистолитиаза — $5,3 \pm 0,5$ лет, диаметр конкрементов — $12,3 \pm 0,8$ мм. По данным КТ, плотность камней составила $21,3 \pm 0,7$ ед. по Хаунсфилду. Индекс массы тела — $24,3 \pm 0,9$ кг/м². У 3 женщин наследственность по ЖКБ отягощена. Принимали гормональные противозачаточные препараты в течение длительного времени 2 пациентки. Ис-

ходная сократительная функция желчного пузыря — $23,8 \pm 0,4\%$. Длина желчного пузыря — $72,4 \pm 1,1$ мм, ширина — $29,9 \pm 0,9$ мм, толщина стенки — $4,1 \pm 0,5$ 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 ежеднев-

Таблица 1.
Динамика показателей крови больных ЖКБ, подвергшихся КХЛ

Показатели крови	Исходные (1)	В ходе КХЛ (2)	Спустя 72 часа после КХЛ (3)	p
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±0,2×10 ⁹	7,0±0,5×10 ⁹	6,8±0,2×10 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	$p_{1,2}>0,05$, $p_{2,3}>0,05$ $p_{1,3}>0,05$

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)	p
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	$p_{1,2}<0,05$ $p_{2,3}<0,05$ $p_{3,4}>0,05$

но 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 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.

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 часа, для лечения требовалось от 7 до 12 дней. Камни растворены у всех больных.

У 3 пациентов в начале процедуры наблюдалось легкое головокружение и неприятный привкус во рту, 1 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 (УДХК) 15 мг/кг в сутки [1].

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 выявлена взвесь в виде гиперэхогенного слоя на задней стенке желчного пузыря, в связи с чем ей назначен повторный курс УДХК. Спустя 1 год у 1 пациентки выявлены рентгеногравитивные камни желчного пузыря диаметром 4-5 мм. На фоне приема пероральной литолитической терапии в течение 3 месяцев ЖП полностью освободился от конкрементов.

В качестве примера представляем собственное наблюдение.

История болезни № 1406. Больная О., 41 год, поступила в МСЧ ОАО «Татнефть» г. Альметьевска 12.05.2004 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. Пред-

ложено оперативное удаление желчного пузыря, от которого больная категорически отказалась.

Анамнез заболевания. В феврале 2004 г. 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 тиреоидит, 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.

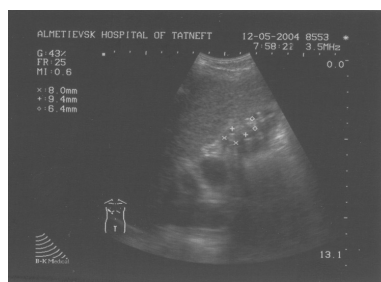
Система органов брюшной полости: живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мюси — Георгиевского, Боаса — Свирского слабо положительные. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Ф.И. Пастернацкого слабо положителен 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 больной 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. Пациентке предложено растворение их методом КХЛ. Получено письменное добровольное информированное согласие.

13.05.2004 г. под УЗИ- и рентгенконтролем произведена чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря с установкой катетера (рис. 2).

Рисунок 2.

Чрескатетерная контрастная холецистохолангиография больной О., 13.05.2004 г.



14.05.2004 г. с помощью МТБЭ начато растворение камней в желчном пузыре. Пациентка процедуру переносила удовлетворительно. Иногда отмечала быстро проходящую небольшую тошноту. Время полного растворения камней, подтвержденное УЗИ и холецистографиями, составило 10 часов (рис. 3).

В процессе лечения и после его окончания анализы крови и мочи были без патологии.

Больная выписана из клиники 22.05.2004 г. С целью профилактики рецидива камнеобразования рекомендован прием УДХК в дозе 500 мг в сутки с последующим контролем УЗИ через 2 месяца.

При динамическом наблюдении 10.02.2005 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 3.

Чрескатетерная контрастная холецистохолангиография больной О., 21.05.2004 г.

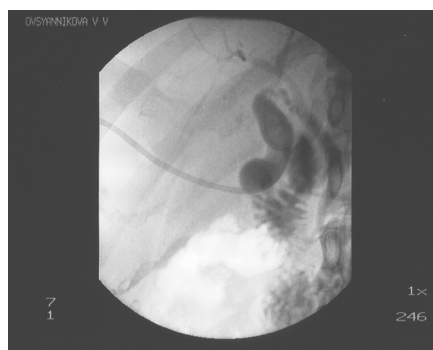


Рисунок 4.

УЗИ-контроль желчного пузыря больной О., 10.02.2005 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. ... док. мед. наук / Я.В. Тюрюмин. — Иркутск, 2000. — 19 с.
3. Jarrett L.N., Balfour T.W., Bell G.D., Knapp D.R., Rose D.H. Intraductal infusion of monoctanoin: experience in 24 patients with retained common-duct stones // Lancet. — 1981. — Vol. 1. — P. 68-70.
4. Kelly E., Williams J.D., Organ C.H. A history of the dissolution of retained choledocholithiasis // Am J Surg. — 2000. — № 2. — P. 86-98.