

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ У ПАЦИЕНТОВ С ЖКБ В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

DIAGNOSTIC AND TREATMENT ALGORITHM IN PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE IN THE PREOPERATIVE PERIOD

*N. Navdzhavonova
K. Stegny
S. Udalova*

Annotation

The main method of surgical treatment of gallstone disease is laparoscopic cholecystectomy, not always possible to perform intraoperative cholangiography. Not diagnosed preoperatively pathological changes of the bile ducts can be a major cause of complications in the postoperative period. So the preoperative preparation is necessary to assess the state of the biliary tract. Diagnostic method of choice in these patients is an MRCP.

Keywords: Cholelithiasis, residual choledocholithiasis, postcholecystectomy syndrome, MRCP, mini-invasive surgeries.

*Навджавонова Наргис Оламджоновна
Аспирант, врач-хирург,
Тихоокеанский Государственный
мед. университет, г. Владивосток,
Стегний Кирилл Владимирович
Д.м.н., профессор,
Тихоокеанский Государственный
мед. университет, г. Владивосток
Удалова Светлана Владимировна
Врач-рентгенолог, Краевой
клинический центр специализированных
видов мед. помощи, г. Владивосток*

Аннотация

Основным методом хирургического лечения ЖКБ является лапароскопическая холецистэктомия, при которой не всегда возможно выполнить интраоперационную холангиографию. Не диагностированные до операции изменения желчных протоков могут быть основной причиной развития осложнений в послеоперационном периоде. Поэтому, при предоперационной подготовке необходимо оценить состояние желчевыводящих путей. Методом выбора диагностики у таких пациентов является МРТ-холангиография.

Ключевые слова:

ЖКБ, резидуальный холедохолитиаз, МРТ-холангиография, ПХЭС, малоинвазивное хирургическое лечение.

Введение

В настоящее время "золотым стандартом" лечения калькулезного холецистита является видеолaparоскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ), поэтому данный метод хирургического лечения стал все шире внедряться в оперативную практику. Однако, единственным недостатком лапароскопического метода лечения желчнокаменной болезни является техническая сложность выполнения ревизии желчных протоков методом интраоперационной холангиографии, которая практически не применяется [6,7,11,12,14,15].

По мнению многих авторов, холецистэктомия без интраоперационной ревизии желчных протоков является не полной операцией с точки зрения билиарной хирургии. Такое мнение обосновано тем, что длительное течение ЖКБ в 20–30% случаев сочетается с патологическими изменениями внепеченочных желчных протоков, которые в 12–20% протекают бессимптомно. Бессимптомное течение патологических изменений в желчных протоках яв-

ляется главным фактором в развитии ПХЭС, частота возникновения которого зависит от качества дооперационного обследования пациентов с ЖКБ [3–5,10–12].

В этом случае целесообразно использование в предоперационном периоде МРТ-холангиографии, которая имеет достаточно высокую диагностическую ценность при холедохолитиазе, стриктурах желчных протоков, а так же является неинвазивным методом исследования и практически не имеющим противопоказаний к применению. Использование данного метода исследования в предоперационном периоде позволит своевременно выявить причины, способствующие развитию ПХЭС и определить дальнейшую тактику хирургического лечения [1,2,4,12,16,17].

Материалы и методы

Клинический материал основан на результатах обследования и лечения 100 пациентов страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), находившихся на стацио-

нарном лечении на базе клиники кафедры факультетской хирургии с курсом урологии ТГМУ г. Владивостока в период с 2014г. по 2015г. Из исследования были исключены пациенты, подвергшиеся консервативному лечению ЖКБ, а так же больные со злокачественными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. У исследуемых пациентов имелись явления острого и хронического воспалительного процесса желчного пузыря, без признаков патологии со стороны желчных протоков, которые были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям, а так же для проведения планового оперативного лечения. По данным анамнеза длительность течения ЖКБ с момента выявления заболевания у этих пациентов составила от 1 до 15 лет. При госпитализации пациентов, применялись стандартные клиническо-инструментальные методы исследования. С целью клинического исследования, для исключения патологии со стороны внепеченочных желчных протоков, всем пациентам в предоперационном периоде дополнительно проводилась МРТ- холангиография.

Результаты исследования

В результате проведенного в предоперационном периоде диагностического исследования внепеченочных желчных протоков с использованием МРТ-холангиографии у 12-ти пациентов (12%) из 100-та были выявлены такие изменения со стороны билиарного тракта как – холедохолитиаз, стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ), стеноз БДС. Холедохолитиаз имелся у 3-х пациентов; стриктура ТОХ – у 3-х пациентов; холедохолитиаз и стриктура ТОХ – у 4-х пациентов; холедохолитиаз и стеноз БДС имелся у 2-х пациентов. При этом клинических проявлений синдрома желтухи в анамнезе у больных не было, в биохимических анализах крови у пациентов уровень общего билирубина находился в пределах 14.9 – 25.8 ммоль/л, по данным УЗИ органов брюшной полости диаметр холедоха не превышал 0.5 – 0.8 см, внутриспеченочные протоки не были расширены. По данным МРТ-холангиографии, у пациентов с выявленным холедохолитиазом, ширина холедоха составляла от 0.4 до 0.8 см с визуализирующимися включениями размерами от 0.25 до 0.6 см в диаметре.

Необходимо отметить, что 3-е пациентов из них поступили в стационар для проведения планового оперативного лечения методом ВЛХЭ.

У остальных 88-ми пациентов патологических изменений со стороны внепеченочных желчных протоков не выявлено. Данным пациентам была выполнена холецистэктомия видеолaparоскопическим методом. Пациентам, имеющим патологические изменения во внепеченочных желчных протоках, проводилось двухэтапное эндоскопическое лечение.

Клиническое наблюдение

Пациентка Г. 60 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, сухость во рту. И анамнеза: ЖКБ выявлена с 2013г, периодически возникали приступы боли в животе после приема пищи. Синдрома желтухи в анамнезе не было. Объективно: состояние средней тяжести, гемодинамика стабильная, живот умеренно болезненный в правом подреберье и эпигастрии, инфильтраты не определяются, перитонеальных симптомов нет. При исследовании: в клиническом анализе показатели крови в пределах нормы крови, в биохимическом – общий билирубин 20.2 ммоль/л, Аst - 367, Алт - 255. При ФГДС: гастродуоденопатия, желчь в ДПК поступает. При УЗИ брюшной полости: ж/пузырь 7.3 x 4.3см, стенка 0.48см., в полости множественные конкременты, холедох 0.8см., внутриспеченочные протоки не расширены. Выставлен клинический DS: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Пациентке проводилась инфузионная, противовоспалительная терапия с положительной динамикой. Выполнена МРТ-холангиография: ж/пузырь в размерах не увеличен, контуры ровные, стенка не утолщена до 0.2см, содержащее неоднородное, холедох до 0.7см в диаметре, в нижней трети холедоха дополнительные включения размерами 0.5 x 0.5 см.

Окончательный клинический DS: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз.

Проведено двухэтапное эндоскопическое лечение. В динамике клиническое выздоровление.



Рисунок 1. Алгоритм диагностики и лечения у пациентов с ЖКБ в предоперационном периоде.

Вывод

При выборе лечения пациентов с холелитиазом в настоящее время предпочтение отдается минимально-инвазивным эндоскопическим методам [6–9, 13]. В частности, лапароскопическая холецистэктомия получила широкое распространение во всем мире и стала ведущим методом лечения ЖКБ. Однако отсутствие ревизии желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии способствует развитию ПХЭС, так как стандартные методы исследования, применяемые в дооперационном периоде, не исключают наличие бессимптомно протекающих патологических изменений со стороны желчных протоков. Этим обусловлена необходимость полноценного дооперационного обследования пациентов, которым предполагается выполнение ВЛХЭ. Поэтому, с це-

лью исключения бессимптомной патологии желчных протоков, необходимо в предоперационном периоде использовать МРТ-холангиографию.

При отсутствии изменений со стороны желчевыводящих протоков по данным МРТ-холангиографии выполняется лапароскопическая холецистэктомия как завершающий этап хирургического лечения ЖКБ. Пациентам, у которых при МРТ-холангиографии выявлены патологические изменения внепеченочных желчных протоков, проводится одно- или двухэтапное эндоскопическое лечение. В случаях, когда невозможно выполнить эндоскопическую коррекцию имеющихся патологических изменений в области билиарного тракта, связанную с техническими сложностями, показано оперативное лечение традиционным "открытым" способом (рис. 1).

ЛИТЕРАТУРА

1. Быченко В.Г., Машинский А.А., Бельшева Е.С. и др. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография при заболеваниях печени, желчных путей и поджелудочной железы // Медицинская визуализация. – 2002. – №4. – С. 14–19.
2. Васильев А.Ю., Иванчиков А.А. Диагностические возможности магнитно-резонансной холангиографии при холедохолитиазе и стенозирующих поражениях общего желчного протока // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т.85, №3. – С. 184–186.
3. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы (лекция) // Анналы хир. гепатологии. – 2011. – Т.16, №3. – С.50–57.
4. Емельянов С.И., Петров А.М. Роль Магнитно-резонансной томографии при желчнокаменной болезни, ее осложнениях и в диагностическом сопровождении больных после оперативного лечения холелитиаза // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – №6. – С. 21–23.
5. Ермолов А.С., Дасаев Н.А. и др. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии // Хирургия. – 2002. – №4. – С. 4–10. им. А.В. Вишневого. – 2008. – Т.3, №3. – С.77–89.
6. Коханенко Н.Ю., Латария Э.Л., Данилов С.А. и др. Выбор метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза // Анналы хир. гепатологии. – 2011. – Т.16, №4. – С. 56–60.
7. Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А. Эндовидеохирургические методы в лечении больных желчнокаменной болезнью. // Хирургия. – 2007. – №7. – С.16–20.
8. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. и др. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза // Анналы хир. гепатологии. – 2011. – Т.16, №3. – С. 26–34.
9. Матвеев Н.Л., Магомедов М.Г. Малоинвазивное лечение холедохолитиаза. Дооперационный лечебно-диагностический этап // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – №5. – С. 31–39.
10. Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром // Анналы хир. гепатологии. – 2006. – Т.11, №1. – С. 28–33.
11. Нишневич Е.В., Столин А.В. и др. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом // Анналы хир. гепатологии. – 2009. – Т.14, №4. – С. 22–27.
12. Осипова Н.Ю., Карамазановский Г.Г., Старков Ю.Г. и др. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография и интраоперационные методы диагностики холедохолитиаза // Медицинская визуализация. – 2005. – №5. – С. 29–33.
13. Рыжков Е.Ф., Барсуков А.С., Агапов М.Ю. и др. Ретроградная холангиопанкреатография: опыт 868 вмешательств // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2011. – №4. – С.83–85.
14. Старков Ю.Г., Солодинина Е.Н., Шишин К.В. и др. Интраоперационная холангиография при лапароскопической холецистэктомии. Семиотика доброкачественных поражений желчных протоков // Медицинская визуализация. – 2002. – №4. – С.8–13.
15. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. и др. Роль интраоперационной диагностики при лапароскопическом лечении желчнокаменной болезни // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – №1. – С. 16–20.
16. Becker C.D., Grossholz M., Becker M. et al. Choledocholithiasis and bile duct stenosis: diagnostic accuracy of MR cholangiopancreatography // Radiology. 1997. Vol. 205. P.523–530.
17. Maccioni F., Martinelli M., et al. Magnetic resonance cholangiography: past, present and future: a review. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2010. Vol.14. P.721–725.