

УДК 616.367–003.7:616.366–089.87

**СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО  
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА ПОСЛЕ  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,  
профессор  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Серикова Светлана Николаевна – д.м.н.  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Донцова Екатерина Романовна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Барчо Разиев Аскеровна  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Статья посвящена одной из наиболее серьезных и нерешенных проблем современной гастроэнтерологии – профилактике рецидива заболевания после холецистэктомии, проведенной по поводу желчнокаменной болезни. Представлен обзор современных данных, касающихся этого заболевания.

Ключевые слова: ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ  
БОЛЕЗНЬ, ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ,  
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ

UDC 616.367–003.7:616.366–089.87

**CASE OF CHOLEDOCHOLITHIASIS  
RELAPSE AFTER CHOLECYSTECTOMY**

Korochanskaya Natalya Vsevolodovna – MD,  
professor  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;  
SBEA HPE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

Serikova Svetlana Nikolaevna – MD  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia*

Dontsova Ekaterina Romanovna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia*

Barcho Raziet Ascerovna  
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,  
Russia*

The article discussed one of the most serious non-solved problems in modern gastroenterology – relapse prophylaxis after cholecystectomy because of cholelithiasis. The review of modern data about this disease was presented.

Key words: CHOLELITHIASIS,  
CHOLECYSTECTOMY,  
CHOLEDOCHOLITHIASIS

## **Введение**

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – наиболее распространенное в мире заболевание гепатобилиарной системы. Оно характеризуется устойчивой тенденцией к росту, особенно на протяжении последних 10 лет. В результате увеличились случаи, когда возникает необходимость проведения холецистэктомий (ХЭ). Во взрослой популяции ЖКБ встречается с частотой от 10 до 24 % [2], высокий риск формирования камней обусловлен следующими факторами: пожилой возраст, женский пол, ожирение, быстрое снижение массы тела, неправильное питание [1]. Из них в 15–33 % случаев заболевание осложняется холедохолитиазом [5].

Распространенность данной патологии увеличивается с возрастом [3, 4], поэтому справедливо ее считают «болезнью века» и «болезнью благополучия», имея в виду непосредственную связь ее развития с характером питания. Увеличение числа пациентов, подвергшихся холецистэктомии по поводу ЖКБ, связано не только с абсолютным учащением случаев распространения этой патологии, но и с возможностями ранней (до развития грозных хирургических осложнений) диагностики благодаря массовой доступности ультразвукового исследования органов брюшной полости [2].

Все ученые признают, что основное место образования камней в организме – это желчный пузырь. После холецистэктомии повторное образование камней в желчных протоках бывает, но крайне редко. Принято различать истинные и ложные рецидивы камнеобразования. Под истинным рецидивом понимают вновь образованные камни после холецистэктомии, под ложным рецидивом – камни, не распознанные во время операции (резидуальные).

Проведение дифференциальной диагностики в период между первичным и вторичным холедохолитиазом затруднено. О наличии забытых камней с определенной долей вероятности свидетельствует

рецидив ранее наблюдавшихся симптомов непосредственно после холецистэктомии (до 3–6 месяцев). Вторичный холедохолитиаз клинически проявляется в отдаленном послеоперационном периоде (через 3–10 лет и более). После выполнения холецистэктомии и вмешательств на желчных протоках частота возникновения резидуального холедохолитиаза может достигать 25 %, рецидивного – 3–6 %. У лиц пожилого и старческого возраста холедохолитиаз наблюдают в 2–3 раза чаще.

Таким образом, удаление желчного пузыря по поводу холедохолитиаза не избавляет больного от обменных нарушений, печеночной дисхолии. Литогенность желчи сохраняется и после операции, что в дальнейшем может приводить к повторному рецидиву камнеобразования.

### **Клинический случай**

В гастроэнтерологическом центре СКАЛ ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» с января 2012 г. наблюдается пациентка 58 лет. Из анамнеза: в 2006 г. при появлении болевого абдоминального синдрома была выявлена ЖКБ, в сентябре 2006 г. выполнена плановая лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). В ноябре 2006 г. пациентка вновь была госпитализирована в хирургическое отделение стационара с жалобами на выраженные абдоминальные боли. В результате дообследования – проведения ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) выявлено расширение холедоха до 20–22 мм, а в терминальном отделе сужение до 2–3 мм на протяжении 2 мм. Выполнена электропапиллотомия 7–9 мм (ЭПТ). При ревизии холедоха конкрементов не выявлено. Течение послеоперационного периода осложнилось микроперфорацией двенадцатиперстной кишки (ДПК) с формированием флегмоны правого забрюшинного пространства, что потребовало проведения лапаротомии, дренирования правого забрюшинного пространства. Диагноз при выписке: ЖКБ, ЛХЭ, РХПГ +ЭПТ по поводу

стеноза терминального отдела холедоха (2006 г.), осложнившегося микроперфорацией ДПК с формированием флегмоны правого забрюшинного пространства (лапаротомия 2006 г.).

В августе 2011 г. пациентка отметила рецидив абдоминальной боли, появление желтухи, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Она экстренно была госпитализирована в хирургическое отделение стационара с подозрением на механическую желтуху.

#### **По результатам проведенных обследований**

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: признаки холестаза, дилатации холедоха, аэробилии, диффузных изменений печени по типу стеатогепатоза, диффузных изменений поджелудочной железы, перипельвикальных кист почек, не исключено удвоение правой почки.

По биохимическому анализу крови: повышение уровня трансаминаз до 10 норм, гипербилирубинемия – до 3-х норм. В экстренном порядке была выполнена РХПГ: при контрастировании – холедох до 2 см в диаметре, в просвете – группа конкрементов до 5 мм. Была выполнена эндоскопическая механическая литоэкстракция (ЭМЛ) конкрементов холедоха. При контрольном исследовании холедох гомогенный. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с диагнозом: ЖКБ, ЛХЭ 2006 г. Холедохолитиаз, механическая желтуха, РХПГ+ЭМЛ 2011 г., РХПГ+ЭПТ по поводу стеноза терминального отдела холедоха (2006 г.).

В начале сентября 2011 г. у пациентки вновь рецидив абдоминальной боли с иррадиацией в поясничную область и подъем температуры тела, она с подозрением на пиелонефрит доставлена в стационар. После обследования: УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки билиарной гипертензии (дилатации холедоха до 12 мм, не исключено наличие внутрипросветных включений), диффузных изменений печени и

поджелудочной железы, состояния после холецистэктомии. УЗИ почек: УЗ-признаки диффузных изменений почек, кисты почечного синуса справа, нефролитиаза слева без признаков уростаза. Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия до 1,5 норм. Показаний для проведения РХПГ не было. Диагноз: ЖКБ, ЛХЭ 2006 г. Транзиторный холедохолитиаз, РХПГ + ЭМЛ 2011 г., РХПГ + ЭПТ по поводу стеноза терминального отдела холедоха (2006 г.). После проведения консервативной, инфузионной, дезинтоксикационной, спазмолитической терапии пациентка была выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями приема: полиферментных препаратов в дозе 10000 ЕД с каждым приемом пищи, препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) – 250 мг 2 капсулы на ночь.

В конце сентября 2011 г. пациентка отметила появление иктеричности склер и кожных покровов, рецидива абдоминальной боли. Она была экстренно госпитализирована в хирургическое отделение, после обследования: УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки холедохолитиаза, блока и дилатации холедоха, диффузных изменений печени и поджелудочной железы. Общий анализ крови – в пределах нормы. В биохимическом анализе крови: повышение уровня трансамина до 7 норм, гипербилирубинемия – до 20 норм. Экстренно, под внутривенной анестезией были выполнены РХПГ, ЭМЛ конкрементов холедоха. При исследовании – холедох до 1,8 см, в просвете определяются конкременты диаметром до 0,5–0,8 см. При контрольном исследовании – холедох гомогенный. Послеоперационный период протекал без осложнений, явления желтухи и цитолиза в динамике регрессировали. Пациентка была выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями приема препаратов УДХК – 250 мг 2 капсулы на ночь и спазмолитиков в режиме «по требованию».

В ноябре 2012 г. у пациентки возник рецидив абдоминальных болей и иктеричности склер и кожных покровов. Она была экстренно госпитализирована в хирургическое отделение, выполнены: РХПГ, ЭМЛ конкрементов холедоха, санация холедоха. Послеоперационный период протекал без осложнений, она выписана на амбулаторное лечение, с продолжением приема препаратов УДХК – 250 мг по 2 капсулы на ночь.

В декабре 2012 г. пациентка находилась на курсовом лечении в Гастроэнтерологическом центре СКАЛ с жалобами на тяжесть в эпигастрии и правом подреберье после еды, кашицеобразный стул до 2–3-х раз в сутки. После контроля лабораторно-инструментальных методов исследования (признаки диффузных изменений поджелудочной железы, дилатации холедоха до 11 мм на всем протяжении), по биохимическим анализам анализы крови выявлено повышение амилазы до двух норм (205 ЕД/л при N 28–100 ЕД/л), липазы до полутора норм (110 ЕД/л при N 8–70 ЕД/л), обнаружена амилаза в моче 880 ЕД/л при N 0–460 ЕД/л. Диагноз после дообследования: ЖКБ, ЛХЭ 2006 г. Транзиторный холедохолитиаз, РХПГ+ЭМЛ (2011, 2012), РХПГ+ЭПТ по поводу стеноза терминального отдела холедоха (2006 г.). Хронический билиарнозависимый панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции в стадии обострения. Пациентке было рекомендовано соблюдение диетических рекомендаций (в пределах стола №5 по Певзнеру), назначены: спазмолитики, полиферментные препараты в дозе 25000 ЕД на прием, внутрикишечные антисептики, пробиотики. После курсового лечения пациентка отметила улучшение общего состояния, купирование болевого абдоминального синдрома и нормализацию стула. Она была выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями: соблюдения диеты, приема полиферментных препаратов, спазмолитиков в режиме «по требованию», УДХК в дозе 4 капсулы в сутки (согласно массе тела, 13 мг/кг массы в сутки однократно на ночь в течение не менее 4–5 месяцев).

В марте 2014 г. пациентка вновь отметила появление желтухи и поступала в хирургическое отделение, где находилась на лечении с диагнозом: ЖКБ, ЛХЭ 2006 г. Рецидивный холедохолитиаз, РХПГ+ЭМЛ (2011, 2012, 2014), РХПГ+ЭПТ по поводу стеноза терминального отдела холедоха (2006). Осложнение: механическая желтуха.

Из анамнеза пациентки: в течение двух лет чувствовала себя удовлетворительно, допускала погрешности в питании (принимала жирную, жареную пищу), прибавила в весе 10 кг. Были выполнены: РХПГ. Эндоскопическая литоэкстракция из холедоха. При контрастировании – холедох диаметром до 3 см в в/3 и с/3 до 2 см в н/3. В просвете н/3 холедоха определяется конкремент 2×3 см. Послеоперационный период – без осложнений, после проведения спазмолитической и антисекреторной терапии она выписана на амбулаторное лечение под наблюдение гастроэнтеролога.

В апреле 2015 г. пациентка обратилась за консультацией к гастроэнтерологу Гастроэнтерологического центра СКАЛ для коррекции терапии и контроля лабораторно-инструментальных методов исследования. Из анамнеза: пациентка не придерживается диетического питания, согласно столу № 5, принимает препараты УДХК не в полной дозе (1–2 капсулы на ночь) и не весь рекомендуемый период. По результатам обследований в отделении: УЗИ органов брюшной полости: признаки выраженных диффузных изменений печени, аэробилии, дилатации холедоха (11 мм), состояние после холецистэктомии, диффузных изменений поджелудочной железы; результаты эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС): гастрит с очаговой атрофией слизистой. Показатели общего анализа крови – в пределах нормы, в биохимическом анализе крови – повышен показатель общего холестерина. Клинический диагноз: ЖКБ, ЛХЭ 2006 г. Рецидивный холедохолитиаз, РХПГ+ЭМЛ (2011, 2012, 2014), РХПГ+ЭПТ по поводу стеноза

терминального отдела холедоха (2006). Хронический билиарнозависимый панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции в стадии обострения. Пациентка была направлена на амбулаторное лечение с рекомендациями: постоянного строгого соблюдения диетического питания (прием пищи 4–6 раз в день, ограничение приема продуктов, содержащих холестерин, добавление в рацион пищевых волокон в виде продуктов растительного происхождения), приема препаратов урсодезоксихолевой кислоты в дозе 250 мг 4 капсулы вечером (по массе тела), после ужина, длительно.

### **Заключение**

В настоящий момент разработана литолитическая терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты для лечения и профилактики холецистолитиаза, чего нельзя сказать в отношении холедохолитиаза. Пациенту, перенесшему холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни, необходимы комплексная профилактика рецидива заболевания, включающая модификацию управляемых факторов риска (физическая активность, снижение массы тела при ожирении, соблюдение лечебного питания), а также своевременное назначение холелитической терапии в адекватной дозе для каждого конкретного пациента.



### Список литературы

1. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / под. ред. В. Т. Ивашкина. – М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2002. – 416 с.
2. *Осипенко М. Ф., Волошина Н. Б., Литвинова Н. В.* Последствия оперативного лечения желчнокаменной болезни // Практическая медицина. Гастроэнтерология. – 2012. – № 3. – 33 с.
3. *Ильченко А. А.* Заболевания желчного пузыря и желчных путей / А. А. Ильченко. – М.: Анахарис, 2011. – 220 с.
4. *Григорьева И. Н.* Основные факторы риска желчнокаменной болезни / И. Н. Григорьева // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 6. – С. 17–22.
5. *Спиридонов А. А., Абсалямова Л. Р., Гималетдинова И. А., Тухватулина Г. В.* Вестник современной клинической медицины. – 2013 – Т. 6. Приложение 1. С. 42–43.