

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

**А. Никонов,**  
**Т. Ардасенов,** кандидат медицинских наук,  
**В. Веселова**  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
**E-mail:** dr.nikonov.a.a@mail.ru

*Анализ, проведенный у 110 больных рецидивным холедохолитиазом (ХЛ), поступивших на лечение в 2006–2011 г., выявил предрасполагающие к рецидиву ХЛ изменения желчевыводящих протоков, большого сосочка двенадцатиперстной кишки и периапулярной области, а также причины рецидива ХЛ после адекватно выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии.*

**Ключевые слова:** рецидивный холедохолитиаз, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, периапулярная область, эндоскопическая папиллотомия.

Холедохолитиаз (ХЛ) до настоящего времени остается основной проблемой в лечении больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). ХЛ встречается у 5–18% больных с камнями в желчном пузыре. Основной причиной возникновения ХЛ является миграция камней из желчного пузыря в общий желчный проток. Кроме того, возможно образование камней во внепеченочных желчных протоках вследствие нарушения пассажа желчи, обусловленного патологией большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и периапулярной области [1–3].

В литературе выделяют понятия «резидуальный» и «рецидивный» ХЛ как причину постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), однако остается открытым вопрос об их разделении. По мнению большинства авторов, к резидуальному ХЛ относят конкременты, обнаруженные в желчных протоках в первые 6 мес после операции (75–85% всех оперированных по поводу ХЛ). Конкременты, выявленные в сроки более 6 мес от первичной операции на внепеченочных желчных протоках считаются рецидивными (15–25% больных) [4–7].

Многие авторы единодушны в том, что при рецидивном ХЛ процесс формирования конкрементов происходит, как правило, на фоне основного предрасполагающего фактора – нарушения оттока желчи, чаще связанного с патологией БСДК и периапулярной области. Известно более 30 причин, которые могут обусловить нарушение оттока желчи [1, 2, 8]. Поэтому у пациентов, которым провели лечение ЖКБ без прицельной ревизии БСДК и околососочковой области, к возможному рецидиву ХЛ могут привести:

- неустраненные рубцово-стенозирующие процессы устья общего желчного протока;
- околососочковые дивертикулы;
- нераспознанные доброкачественные новообразования БСДК;
- наличие лигатур стенки желчного протока;

- длительное стояние дренажа или нахождение стента в желчном протоке и др.

Этот вопрос нуждается в углубленном изучении.

Следует отметить, что, несмотря на выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), встречаются, хотя и существенно реже, рецидивы ХЛ [1, 6, 9, 10]. Причины рецидивов ХЛ у этих пациентов до конца не выяснены. Одна из предпосылок к рецидивам заболевания кроется в неадекватной ЭПСТ, что ведет в дальнейшем к рубцово-стенозирующим процессам в области БСДК. Это, в свою очередь, может быть обусловлено некоторыми анатомическими особенностями устья протоков и периапулярной области, к которым относятся:

- протяженный стеноз дистальных отделов желчного и панкреатического протоков;
- доброкачественные новообразования БСДК;
- анатомические особенности впадения желчных протоков в двенадцатиперстную кишку;
- парапапиллярные дивертикулы и др.

Наибольший интерес представляет группа больных, у которых даже на фоне адекватно выполненной ЭПСТ возникает рецидив ХЛ. Этой проблеме в литературе посвящены лишь единичные сообщения [6–8, 10]. К предрасполагающим к рецидиву факторам относят:

- значительное расширение желчных протоков;
- нарушение дуоденальной проходимости;
- повышенную литогенность желчи;
- кистозные изменения желчных протоков и др.

Каждая из перечисленных причин требует изучения и направленных профилактических и лечебных мероприятий [4–8].

Пока нет единого мнения об этиологии заболевания и причинах его возникновения, продолжают совершенствоваться различные методики диагностики, профилактики и лечения рецидивного ХЛ. Сказанное подтверждает актуальность вопроса рецидивного ХЛ.

Для улучшения результатов лечения больных рецидивным ХЛ нами изучен характер ранее выполненных вмешательств на желчевыводящих путях, оценены изменения желчевыводящих протоков и БСДК, предрасполагающие к рецидиву ХЛ, выявлены причины рецидива ХЛ после ЭПСТ. Полученные данные позволили разработать меры профилактики и лечебно-диагностический алгоритм при рецидивном ХЛ.

Проанализированы результаты обследования и лечения 110 больных, находившихся в клинике с января 2006 г. по май 2011 г. с рецидивным ХЛ после различных вмешательств на желчевыводящих путях и БСДК.

В исследование включали пациентов с рецидивом ХЛ, поступивших в стационар не раньше чем через 0,5 года после вмешательства на желчевыводящих протоках. Соответственно, сроки рецидива ХЛ колебались от 0,5 до 41 года.

Среди обследованных – 29 мужчин и 81 женщина. Возраст больных колебался от 38 до 93 лет (средний возраст –  $67,6 \pm 11$  лет), при этом 40 (36,36%) пациентов были в возрасте от 71 года до 80 лет, в том числе 2 (1,8%) – старше 90 лет. Из числа обследованных моложе 38 лет был только 1 (0,9%) пациент. В экстренном порядке поступили 86 (78%) пациентов, остальные 24 (22%) – в плановом. Клинические проявления ХЛ представлены в табл. 1.

Пациентов обследовали с применением клиничко-лабораторных методов (общий анализ крови, биохимическое исследование сыворотки крови), УЗИ панкреатобилиарной

зоны, диагностической эзофагогастроуденоскопии, эндоскопической ультрасонографии панкреатобилиарной зоны, ретроградной холангиопанкреатографии.

С учетом характера выполненных ранее вмешательств на желчевыводящих путях пациенты были разделены на 3 группы (табл. 2).

В 1-ю группу были включены 66 (60%) пациентов, которым выполнили одноэтапное лечение ЖКБ, осложнен-

ной ХЛ, – ХЭ в сочетании с холедохолитотомией – ХЛТ и наружным дренированием – НД (по Керу, Пиковскому); ХЛТ и наложение билиодигестивного анастомоза. Важно, что в этой группе перед одноэтапным лечением пациентам не проводили обследование БСДК и парафатериальной области.

Вторую группу составили 24 (21,9%) пациента, у которых лечение проводили современным двухэтапным методом: ЭПСТ с последующей ХЭ; у 19 – лапароскопической и у 5 – с традиционной.

В 3-ю группу вошли 20 (18,9%) пациентов с сохраненным желчным пузырем, которым была выполнена только ЭПСТ и экстракция конкрементов (ХЭ не выполняли в связи с отказом пациентов или тяжелой сопутствующей патологией). У этих пациентов, видимо, был вторичный характер ХЛ, и конкременты, скорее всего, мигрировали в холедох из удаленного желчного пузыря.

В результате обследования у больных рецидивным ХЛ выявлены различные изменения органов панкреатобилиарной области (табл. 3).

В 1-й группе пациентов в связи с тем, что еще при 1-й операции было недостаточно оценено состояние БСДК и периапулярной области, удалось выявить следующие патологические изменения: стеноз БСДК – у 49 (74,2%), в том числе у 24 из них – в сочетании с другой патологией данной области; стриктура холедоха выявлена у 22 (20%) больных; у 16 пациентов – парапапиллярные дивертикулы и другие изменения.

Во 2 и 3-й группах получены схожие результаты. Рестеноз в области ранее выполненной папиллотомии отмечен соответственно у 50 и 55%. Частота парапапиллярных дивертикулов и доброкачественных образований большого дуоденального сосочка (аденом) составила соответственно 21 и 35%; 8 и 15%.

У 9 пациентов 2-й группы даже на фоне адекватно выполненной эндоскопической папиллотомии возник рецидив ХЛ. У 2 больных после дообследования (пассаж бария по двенадцатиперстной кишке) выявлен выраженный дуоденостаз. Возможными причинами рецидива у остальных 7 пациентов могли быть повышенная литогенность желчи, большой диаметр холедоха (>2 см), внутривнутрипеченочный холелитиаз, комбинация нескольких предпосылок.

С учетом обнаруженных у пациентов патологических изменений были выполнены повторные эндоскопические (табл. 4) и хирургические вмешательства.

Таблица 1  
Клинические проявления рецидивного ХЛ

Клинические проявления	Число больных
Боли в верхних отделах живота, правом подреберье	89
Тошнота, рвота	52
Лихорадка	26
Желтуха	40
Потемнение мочи	38

Таблица 2  
Операции в анамнезе у пациентов с рецидивным ХЛ

Группа	Операции	Число больных, абс. (%)
1-я	ХЭ + ХЛТ + НД <sub>к</sub>	37 (33,6)
	ХЭ + ХЛТ + НД <sub>п</sub>	15 (13,6)
	ХЭ + ХДА	8 (7,3)
	ХЭ + ТД ПСТ	6 (5,5)
2-я	ЭПСТ + ЛХЭ	19 (17,3)
	ЭПСТ + ХЭ	5 (4,6)
3-я	ЭПСТ	20 (18,2)

**Примечание.** ХЭ – холецистэктомия; ХЛТ – холедохолитотомия; НД – наружное дренирование (НД<sub>к</sub> – по Керру и НД<sub>п</sub> – по Пиковскому); ХДА – холедоходуоденоанастомоз; ТД ПСТ – трансдуоденальная папиллосфинктеротомия; ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия; ЛХЭ – лапароскопическая ХЭ.

Таблица 3  
Патологические изменения панкреатобилиарной зоны в группах пациентов с рецидивным ХЛ

Патология	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Стеноз БСДК	49	0	0
Рестеноз БСДК	3	12	11
Стриктура холедоха	22	1	0
Парапапиллярный дивертикул	16	5	7
Аденома БСДК	4	2	3
Дуоденостаз	0	2	0
Повышенная литогенность желчи	0	7	0
Миграция конкрементов из желчного пузыря	0	0	20

Таблица 4  
Ретроградные эндоскопические вмешательства у пациентов с рецидивным ХЛ

Лечение	Группа		
	1-я	2-я	3-я
ЭПСТ + ЭК:	59	0	0
литотрипсия + ЭК	6	0	0
билиодуоденальное протезирование + ЭК	5	0	0
Дополнительная ЭПСТ + ЭК	3	13	12
Баллонная дилатация БСДК + ЭК	4	1	0

**Примечание.** ЭК – экстракция конкрементов.

Как видно из табл. 4, у 62 пациентов 1-й группы выполнена ЭПСТ, в том числе у 3 – дополнительная (в анамнезе у них была трансдуоденальная папиллосфинктеропластика), а также в комбинации с литотрипсией и билиодуоденальным протезированием. У 7 больных окончательным этапом лечения была открытая операция: у 5 – холедохолитотомия с глухим швом холедоха (учитывая ранее выполненную эндоскопическую папиллотомию), у 2 – с холедоходуоденостомозом.

Во 2-й группе у 13 больных выполнили дополнительную ЭПСТ в связи с рестенозом области ранее выполненного вмешательства (это стало окончательным этапом лечения).

У 11 пациентов ранее была выполнена адекватная папиллотомия, что не потребовало дополнительных вмешательств на большом дуоденальном сосочке. Им была выполнена экстракция конкрементов (ЭК). У 4 из них обнаружены околососочковые дивертикулы. У остальных 7 пациентов не обнаружено очевидных причин для пассажа желчи, которые могли бы объяснить формирование конкрементов. Возможные причины рецидива ХЛ в этих наблюдениях, вероятнее всего, кроются в высокой литогенности желчи, нарушении дуоденальной проходимости, большом диаметре холедоха, внутрипеченочном расположении камней или комбинации нескольких предпосылок рецидива ХЛ.

В 3-й группе у 12 пациентов выполнили дополнительную ЭПСТ в связи с деформацией и стенозированием папиллы. У остальных 8 пациентов при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии данных, подтверждающих рестеноз БСДК, не обнаружено, папиллотомия была выполнена адекватно, произведена лишь ЭК.

У 5 пациентов после эндоскопического вмешательства выполнена ЛХЭ как 2-й этап санации желчных путей. Пациенты были выписаны в срок и без осложнений.

Оставшимся 13 пациентам предложено выполнить ХЭ после реабилитации.

Результаты повторных вмешательств оценены в сроки от 0,5 до 5 лет у 77 пациентов (33 пациента дообследовать не удалось в связи со сменой места жительства, недостаточным сроком наблюдения и вследствие других причин). Проведены клинично-лабораторные исследования и УЗИ.

У 3 пациентов вновь выявлены ХЛ и билиарная гипертензия; они были госпитализированы. В 1 наблюдении был сохранен желчный пузырь, что явилось источником миграции конкрементов. Больному выполнили эндоскопическую ЭК и ЛХЭ. У 2 пациентов констатирована полноценно выполненная ЭПСТ. Причиной рецидива ХЛ в 1 случае послужил крупный парапапиллярный дивертикул, во 2-м – зна-

чительное (до 25 мм) расширение холедоха. В обоих случаях конкременты извлечены эндоскопически, назначена литолитическая терапия.

Таким образом, полученные результаты показывают необходимость детальной до- и интраоперационной оценки патологии желчевыводящих путей и области БСДК у больных с холедохолитиазом с целью своевременной коррекции и профилактики рецидива заболевания.

## Литература

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей / М.: Издательский дом Видар-М. – 2006.
2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М. и др. Желчнокаменная болезнь / М.: Издательский дом Видар-М. – 2000.
3. Сотниченко Б.А. Холедохолитиаз у лиц пожилого и старческого возраста / Учебное пособие для врачей хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов. Под ред. Б. А. Сотниченко, К.В. Гончарова, О.В. Перерва. – Владивосток. – 2003; 124 с.
4. Агафонов И.В., Балалыкин А.С., Давыдов А.А. и др. Значение массового предоперационного эндоскопического обследования больных с желчнокаменной болезнью с обязательным осмотром фатерова сосочка. Под ред. Ю.И. Галингера / Тез. 6-го Московского междунар. конгресса по эндоскопии. Хирургия. – М. – 2002; с. 6–8.
5. Гарипов Р.М., Нажипов Р.Д. Сравнительная оценка результатов использования различных методов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза // Хирургия. – 2007; 3: 138–44.
6. Ермолов А.С. и др., Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии // Хирургия. – 2002; 4: 4–10.
7. Paganini A., Guerrieri M., Sarnari J. et al. Thirteen years' experience with laparoscopic transcystic common bile duct exploration for stones. Effectiveness and long-term results // Surg. Endosc. – 2007; 21 (1): 34–40. Epub. 2006.
8. Lee K., Paik C., Chung W. et al. Risk factors for cholecystectomy in patients with gallbladder stones after endoscopic clearance of common bile duct stones // 2009; 23 (8): 1713–9. Epub. 2009.
9. Шугаев А.И., Салихов Н.Н. Особенности течения желчнокаменной болезни в зависимости от вида холелитиаза / II Сб. тр. научно-практ. конф. «Современные проблемы хирургии» / СПб. – 2007; 161–165.А.
10. Keizman D., Shalom M., Konikoff F. An angulated common bile duct predisposes to recurrent symptomatic bile duct stones after endoscopic stone extraction // Surg. Endosc. – 2006; 20 (10): 1594–9. Epub. 2006.

**RECURRENT CHOLEDOCHOLITHIASIS: PREVENTION AND TREATMENT**  
**A. Nikonov; T. Ardasenov, Candidate of Medical Sciences; V. Veselova**  
*N.I. Pirogov Russian National Research Medical University*

*The analysis of 110 patients with recurrent choledocholithiasis (CL) admitted for treatment in 2006-2011 has revealed the changes in the biliary ducts and major duodenal papilla, which are predisposing to their recurrence, as well as the causes of recurrent CL after endoscopic papilla sphincterotomy.*

**Key words:** recurrent choledocholithiasis, major duodenal papilla, periampullary area, endoscopic papillotomy.