

ВЛАСОВ Е. И.

ПРЕДИКТОРЫ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА И ВЫБОР ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ХОЛЕДОХА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Аннотация. Проведен анализ результатов лечения 208 больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ) за период 2019–2020 гг., которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Для сравнения риска развития билиарного панкреатита использовали архивные данные о результатах лечения ОКХ за период 2012–2013 гг., до принятия тактики дооперационного скрининга больных для холедохостомии (контрольная группа, n=286). Основные выявленные осложнения – холедохолитиаз (2,4%), тубулярный стеноз общего желчного протока (1%), стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (1%). Признаки развития билиарного панкреатита выявлены у 8 (3,9%) больных основной и у 25 (8,7%) контрольной группы со значимым ($p < 0,05$) снижением относительного риска (RRR=0,560) развития заболевания в основной группе.

Ключевые слова: билиарный панкреатит, острый калькулезный холецистит, дренирование холедоха.

VLASOV E. I.

PREDICTORS OF BILIARY PANCREATITIS AND SELECTION OF INDICATIONS FOR DRAINING COMMON BILE DUCT IN ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Abstract. The results of treatment of 208 patients with acute calculous cholecystitis (OCD) for the period 2019-2020 who underwent laparoscopic cholecystectomy were analyzed. To compare the risk of developing biliary pancreatitis, archival data on the results of OCC treatment for the period 2012-2013 were used, before the adoption of the tactics of preoperative screening of patients for choledochostomy (control group, n=286). The main complications identified were choledocholithiasis (2.4%), tubular stenosis of the common bile duct (1%), stenosis of the large papilla of the duodenum (1%). Signs of biliary pancreatitis were detected in 8 (3.9%) patients of the main group and in 25 (8.7%) of the control group with a significant ($p < 0.05$) decrease in the relative risk (RRR= 0.560) of developing the disease in the main group.

Key words: biliary pancreatitis, acute calculous cholecystitis, drainage of common bile duct.

Введение. Роль внешней холедохостомии (ХС), или внешнего дренирования общего желчного протока, в хирургии желчнокаменной болезни и её осложнений остается окончательно не решенной [1; 2]. Существует несколько вариантов дренирования в зависимости от направления и вида дренажа, разработанных еще давно, которые можно распределить на 3 основные группы: 1) Т-образные по Керу и их модификации; 2) по

Вишневному (ретроградное проведение дренажа); 3) по Холстеду-Пиковскому (антеградное проведение дренажа через культю пузырного протока) [3]. В период развития видеозендоскопических вмешательств и манипуляций под контролем УЗИ появилась возможность использования внешнего ретроградного назобилиарного дренирования и антеградного чрескожного чреспеченочного дренирования желчных путей [1]. Кроме лечебного значения в послеоперационном периоде, ХС играет диагностическую роль во время и после операции для выполнения холангиографии (ХГ), как заключительного этапа диагностики патологических изменений общего желчного протока. Возможности ХГ по некоторым данным превышают диагностические возможности эндоскопической ретроградной ХГ, не травмируют большой сосочек двенадцатиперстной кишки, сопровождается меньшим риском развития осложнений [2]. Это исследование важно в первую очередь для выявления резидуального холедохолитиаза, уровень которого был и остается довольно высоким (1–9%) [4; 5], а также для предупреждения развития билиарного панкреатита (БП), который также может протекать резидуально на фоне острого калькулезного холецистита (ОКХ), либо развиваться после операции как осложнение. Но в целом показания к выполнению ХС при ОКХ остаются окончательно не решенными.

Цель исследования: улучшить результаты лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений путем определения показаний к холедохостомии.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 208 больных с ОКХ за период 2019–2020 гг., которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Соотношение мужчин и женщин 1:4,2, средний возраст больных составил 56,4±9,2 года. Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, общеклинических и биохимических исследований. Всем больным до операции проводили фиброэзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов панкреатогепатобилиарной зоны. ХС выполнили у 28 (13,5%) больных с учетом принятых в клинике критериев, направленных в первую очередь для выявления и предупреждения развития БП. Такими скрининговыми критериями (предикторами) для ХС при ОКХ на дооперационном этапе (n=25) являлись: 1) наличие во время поступления или в анамнезе желтухи, признаков БП (n=7); 2) расширение холедоха по данным УЗИ более 1,0 см в любом отделе (n=5); 3) повышение уровня билирубина и щелочной фосфатазы (n=5); 4) наличие микрохолецистолитиаза (n=3); 5) наличие в анамнезе литотрипсии желчных камней (n=2); 6) наличие признаков холедохолитиаза по данным УЗИ (n=2); 7) расширение основного протока поджелудочной железы более 0,1 см или ранее выявленное наличие добавочных протоков (оценивали как риск развития БП) (n=1). Во время выполнения ЛХЭ к ним прибавляли операционные признаки: 1) расширение пузырного протока более 0,5 см;

2) аномальные анатомические взаимоотношения в зоне треугольника Кало; 3) спаечный процесс в панкреатогепатобилиарной зоне. Последние два признака имели значение также для раннего выявления возможного повреждения желчевыводящих путей и своевременного их устранения [6]. Все эти признаки служили показаниями к ХС через культуру пузырного протока.

Для ХС использовали рентгенконтрастные стандартные катетеры. ХГ выполняли на 3-4 сутки после операции после стабилизации состояния больных. Для ХГ использовали, в большинстве случаев, 76–38% триомбраст в объеме до 20 мл.

Для сравнения риска развития БП использовали архивные данные о результатах лечения ОКХ за период 2012–2013 гг., до принятия тактики дооперационного скрининга больных для ХС (контрольная группа, полная выборка, n=286). Для интерпретации полученных результатов рассчитывали абсолютный (ER) и относительный риск (RR) развития событий с расчетом снижения относительного риска (RRR) онлайн калькулятором с 95% доверительным интервалом с расчетом доверительных пределов (CI) и стандартной ошибки (S). Результаты оценивали как значимые ($p < 0,05$) при границах CI < или > 1.

Результаты. У большинства больных (n=19) во время операции отмечено выделение желчи под давлением после пробного рассечения пузырного протока, особенно выраженное при наличии признаков блока холедоха. ХС при этом выполняла в течение первых суток декомпрессионную роль. После выполнения ХГ (в среднем на 12–14 сутки) принимали решение о дальнейшей тактике, которую можно представить в виде алгоритма (рис. 1).



Рис. 1. Схема тактического алгоритма после определения показаний к ХС при ОХ.

Замедление эвакуации контраста функционального характера было установлено при отсутствии признаков органических поражений после ХГ в совокупности с другими методами исследования. Больные в дальнейшем получали консервативное лечение. Холедохолитиаз, кроме 2-х случаев выявления до операции, дополнительно был выявлен ещё в 3-х случаях после ХГ, составив суммарно частоту встречаемости 2,4%. При определении дальнейшей тактики в этих случаях решающее значение имели размеры конкрементов. При конкрементах менее 0,5 см (n=3) старались придерживаться минимально травматичной тактики. ХС промывали в послеоперационном периоде каждый день теплым раствором новокаина с 5000 ЕД гепарина. Промывание проводили на тли внутривенного введения спазмолитиков, анальгетиков, антибактериальной терапии. Раствор вводили медленно струйно. После контрольной ХГ у одного больного признаков холедохолитиаза не выявили, ХС удалили на следующие сутки. У других 2 больных вторым этапом на следующие сутки после контрольной ХГ выполняли эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию (ЭРПСТ). При этом ХС использовали для дополнительного промывания во время самой ЭРПСТ, что способствовало отхождению конкрементов во время вмешательства. ХС оставляли для разгрузки общего желчного протока после ЭРПСТ. При выявлении холелитиаза >0,5 см (n=2) в одном случае выполнили эндоскопическую холедохотомию с контактной лазерной литотрипсией и удалением конкрементов с помощью корзины Дормиа. В другом случае (большие множественные конкременты) была выполнена открытая операция с холедохолитотомией.

Тубулярный стеноз общего желчного протока выявлен у 2 больных, которым на 20 и 24 сутки была выполнена открытая операция наложения холедоходуоденоанастомоза. Стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки выявлен у 2 больных, на следующие сутки после контрольной ХГ была выполнена ЭРПСТ. ХС во всех случаях оставляли для разгрузки общего желчного протока после операций.

Летальных исходов за данный период не было. Декомпрессия билиарного тракта с помощью ХС разрешала не только ликвидировать желчную гипертензию, удалять мелкие конкременты при фракционном промывании холедоха, разъединять замкнутый патологический круг, но и служила важнейшим условием восстановления функции поджелудочной железы и печени.

В послеоперационном периоде важное значение уделяли количеству выделенной наружу желчи через ХС. В целом, выделение желчи в объеме более 200 мл в сутки оценивали, как прогностически благоприятный вариант, косвенно отражающий достаточную функцию печени, без признаков гепатаргии. Предшествующий опыт показал, что дебит желчи по ХС

менее 50-60 мл в сутки свидетельствует о нарастании печеночной недостаточности, эндотоксикоза, с высоким риском развития БП и синдрома полиорганной недостаточности.

Признаки БП до операции выявлены у 7 (3,4%) больных основной и у 10 (3,5%) больных контрольной группы. В послеоперационном периоде БП развился дополнительно у 1 (0,5%) больного основной и у 15 (5,2%) больных контрольной групп. В контрольной группе зафиксирован 1 летальный исход при развитии БП после ЭРПСТ, попытки ретроградной литотомии. Суммарно в группах признаки развития БП выявлены у 8 (3,9%, ER = 0,038) больных основной и у 25 (8,7%, ER = 0,087) контрольной группы со значимым (CI = 0,203-0,956, $p < 0,05$) снижением относительного риска (RR = 0,440, RRR = 0,560 при S = 0,396) развития БП в основной группе.

Выводы. В лечении острого калькулезного холецистита следует вести активный поиск признаков возможного поражения общего желчного протока и билиарной гипертензии. Показания к холедохостомии при остром калькулезном холецистите могут возникать у 13,5% больных. Риск развития билиарного панкреатита при учете всех предикторов его развития и выполнения холедохостомии снижается с 8,7 до 3,9%. Выполненная после купирования острого процесса антеградная фистулохолангиография помогает уточнить характер возникших нарушений билиарного пассажа. Холедохостома оказывает также декомпрессивное воздействие при билиарной гипертензии и способствует быстрому восстановлению функции печени при механической желтухе, уменьшает вероятность развития билиарного панкреатита; создает благоприятные условия для санации желчных путей и ликвидации холелитиаза, выполнению эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов А.Э., Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Мосягин В.Б. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 22-32.
2. Park C.Y., Choi S.H., Kwon C.I., Cho J.H., Jang S.I., Lee T.H., Han J.H., Jeong S., Ko K.H. What is the better surgical treatment option for recurrent common bile duct stones? // *Ann. Surg. Treat. Res.* – 2020. – Vol. 99 (6). – P. 329-336.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – Киев: Здоровье, 1993. – 367 с.

4. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Литвиненко А.Н. Опыт лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2002. – № 2. – С. 204-206.
5. Рогаль М. Л., Новиков С. В., Магомедбеков М. М., Кудряшова Н. Е., Миронов А. В. Выбор тактики хирургического лечения больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – Т. 4. – С. 41-45.
6. Matesan M., Bermo M., Cruite I., Shih C.H., Elojeimy S., Behnia F., Lewis D., Vesselle H. Biliary leak in the postsurgical abdomen: a primer to HIDA scan interpretation // Seminars in Nuclear Medicine. – 2017. – Vol. 47, Is. 6. – P. 618-629.