

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

Власов Евгений Игоревич
ассистент кафедры хирургии им. В.М. Богославского
ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский
университет имени М.Горького,
г. Донецк

Риск развития резидуального холедохолитиаза и билиарного панкреатита (БП) в хирургии острого калькулезного холецистита (ОКХ) может достигать 1-9 %

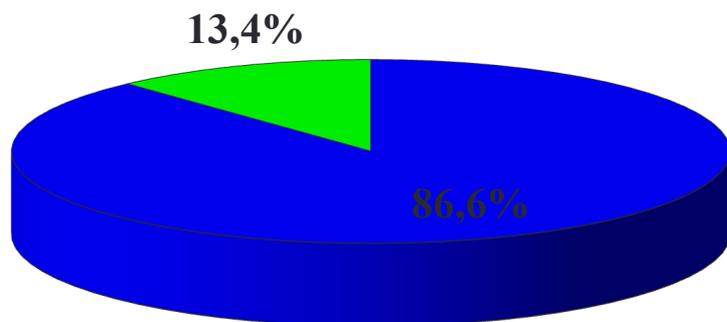
Основные причины

- ☛ Рост заболеваемости ЖКБ
- ☛ Использование методов консервативного лечения ЖКБ, в том числе с литотриптическими препаратами

- **Цель исследования:** улучшить результаты лечения острого калькулезного холецистита и его осложнений путем определения показаний и использования холедохостомии в комплексе лечения ЖКБ.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения **208 больных с ОКХ** за период 2019-2020 гг., которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и холехостомия (ХС, n=28)



■ ЛХЭ - 208

■ ЛХЭ + холехостомия - 28

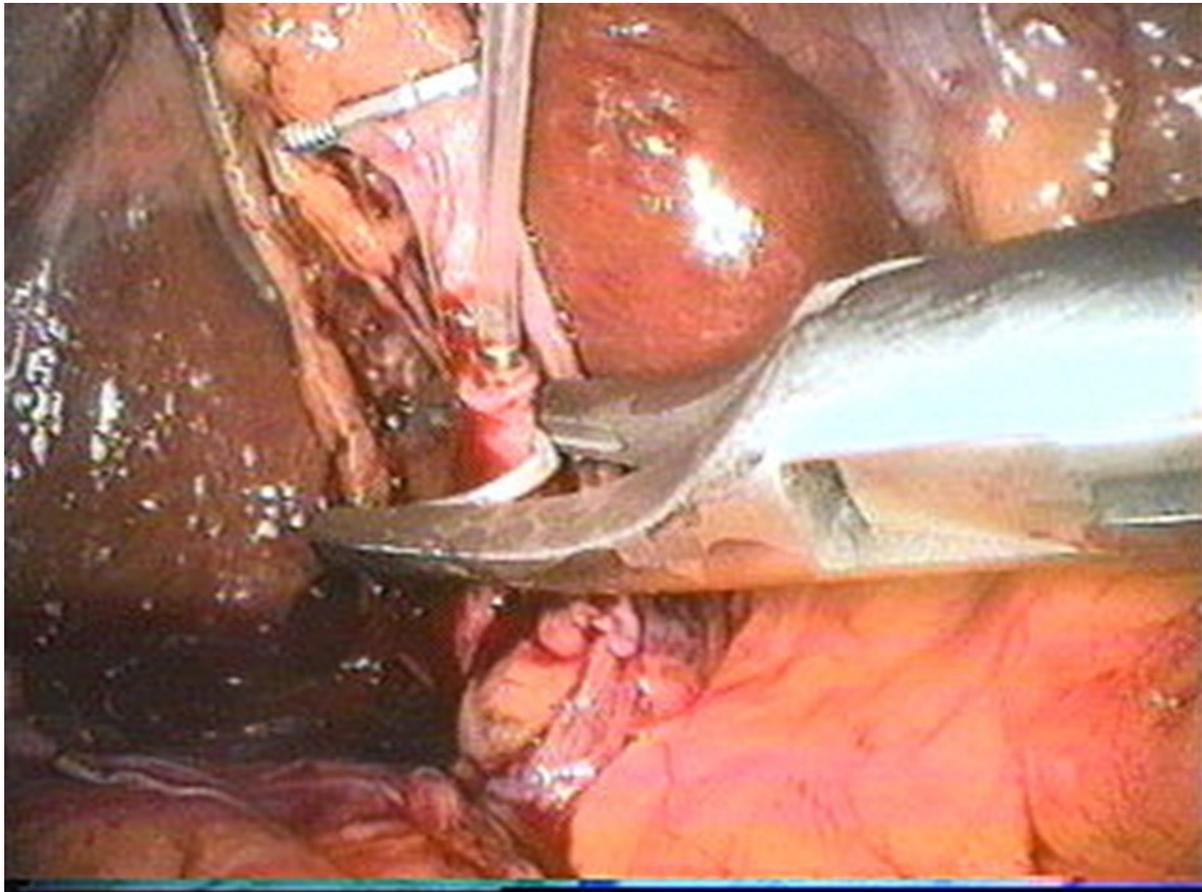
Скрининговые критерии (предикторы) для ХС при ОКХ на дооперационном этапе (n=25)

- **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).

Интраоперационные предикторы для холедохостомии

- **1)** расширение пузырного протока более 0,5 см;
- **2)** аномальные анатомические взаимоотношения в зоне треугольника Кало;
- **3)** спаечный процесс в панкреатогепатобилиарной зоне.

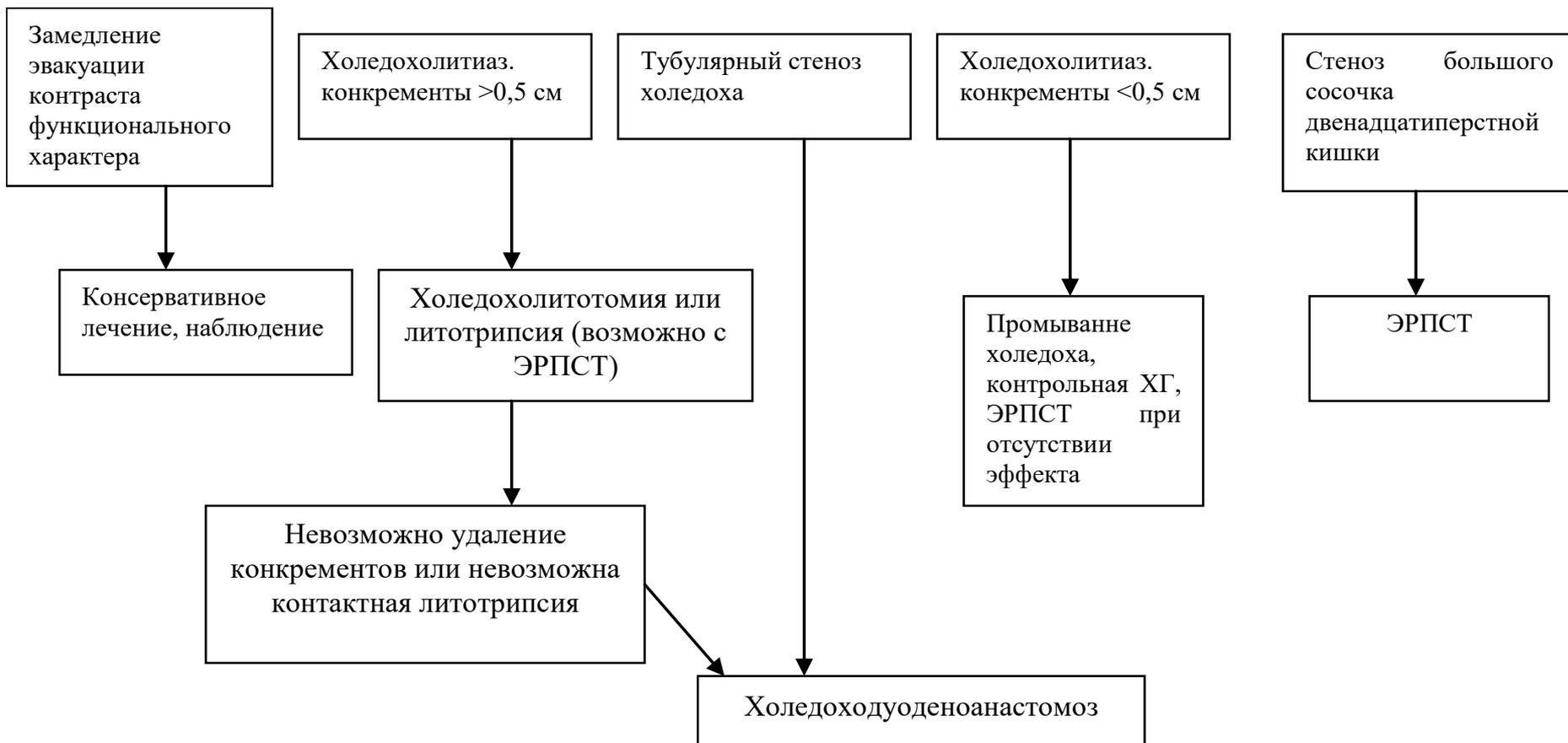
Холедохостомию выполняли через культю пузырного протока с фиксацией клипсой или кетгутовой лигатурой



Холангиография

- Холангиографию выполняли на 3-4 сутки после операции после стабилизации состояния больных. Для холангиографии использовали, в большинстве случаев, 76 %-38 % триомбраст в объеме до 20 мл.
- До этого времени холедохостома выполняла декомпрессивную роль, проводили исследование желчи (дебит, бактериологическое)
- Выделение желчи в объеме более 200 мл в сутки оценивали как прогностически благоприятный вариант

Тактический алгоритм после холангиографии



Контрольная группа

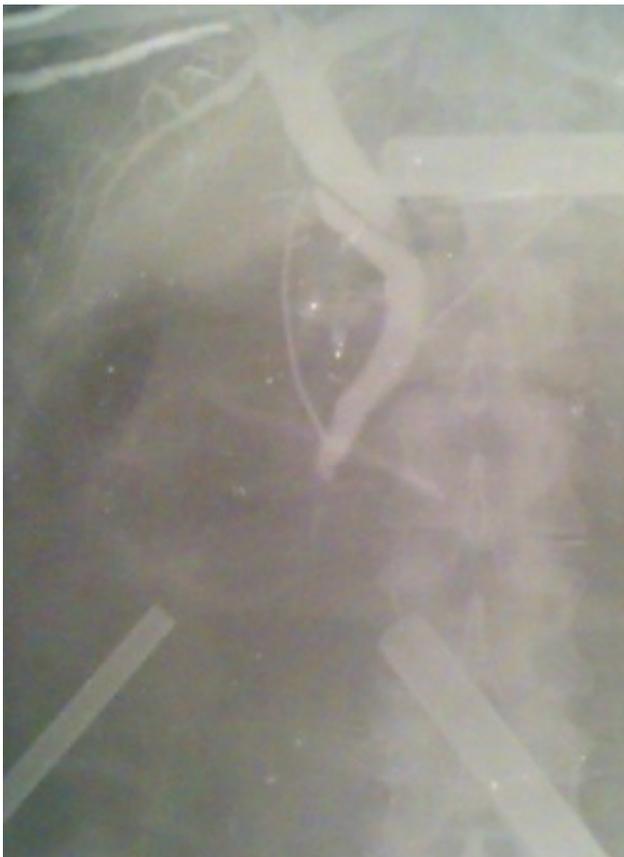
- Для сравнения риска развития **билиарного панкреатита** использовали архивные данные о результатах лечения ОКХ за период 2012-2013 гг., до принятия тактики обязательного дооперационного скрининга больных для ХС и алгоритма действий по результатам холангиографии (контрольная группа, полная выборка, n=286).

Замедление эвакуации контраста функционального характера (n=2) 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 конкрементах менее 0,5 см (n=3) промывание холедохостома дало положительный результат у 1

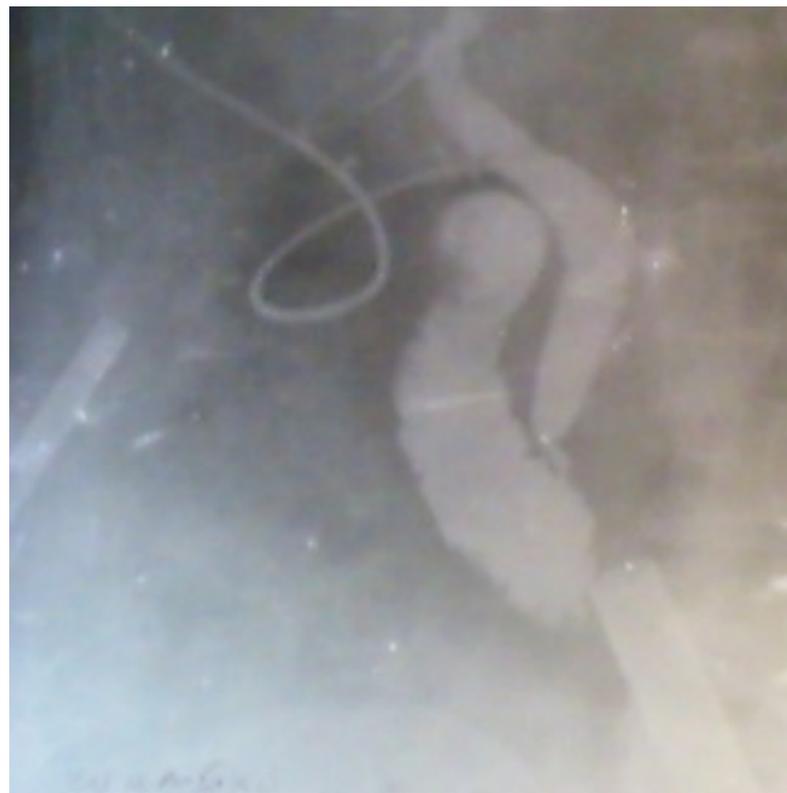


- У других 2 больных вторым этапом на следующие сутки после контрольной ХГ выполняли эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию (ЭРПСТ). При этом ХС использовали для дополнительного промывания во время самой ЭРПСТ, что способствовало отхождению конкрементов во время вмешательства. ХС оставляли для разгрузки общего желчного протока после ЭРПСТ.



Тубулярный стеноз общего желчного протока выявлен у 2 больных

- 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.



Признаки БП до операции выявлены у 7 (3,4%) больных основной и у 10 (3,5%) больных контрольной группы

- Суммарно признаки развития БП выявлены у 8 (3,9 %, $ER= 0,038$) больных основной группы
- БП выявлен у 25 (8,7%, $ER= 0,087$) контрольной группы. 1 летальный исход от БП

Значимое ($CI = 0,203- 0,956$, $p<0,05$) снижение относительного риска ($RR= 0,440$, $RRR= 0,560$ при $S= 0,396$) развития БП в основной группе

Выводы

- Показания к холедохостомии при остром калькулезном холецистите могут возникать у 13,5 % больных.
- Выполненная после купирования острого процесса антеградная фистулохолангиография помогает уточнить характер возникших нарушений билиарного пассажа.
- Риск развития билиарного панкреатита при учете всех предикторов его развития и выполнения холедохостомии снижается с 8,7 % до 3,9 %.
- Холедохостома оказывает также декомпрессивное воздействие при билиарной гипертензии и создает благоприятные условия для санации желчных путей и ликвидации холелитиаза, выполнению эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии