

Турбин М.В., Черкасов М.Ф., Дегтярев О.Л., Бондаренко В.А., Красенков Ю.В.

## Эффективность использования «рутинного» наружного дренирования холедоха у пациентов с острым холециститом

МБУЗ ГБСМП, г. Ростов-на-Дону

Turbin M.V., Cherkasov M.F., Degtjarev O.L., Bondarenko V.A., Krasenkov Ju.V.

### Efficiency of the "routine" external choledoch drainage method for patients with acute cholecystitis

#### Резюме

Цель исследования: Обосновать эффективность использования «рутинного» дренирования холедоха у пациентов с острым холециститом. Материалы и методы: Работа выполнена на базе хирургического отделения МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону. В исследование вошли 532 пациента с различными формами острого холецистита, находившихся на лечении в хирургическом отделении с 2016 по 2017 год. Возраст пациентов от 38 до 67 лет. Все пациенты были прооперированы (лапароскопическая холецистэктомия), выполнено «рутинное» дренирование холедоха по оригинальной методике (Федеральный патент РФ №2218949). Результаты: Полученные в ходе исследования результаты показали целесообразность и эффективность метода, которая заключается не только в предотвращении повторных операций, но и быстрой реабилитации организма после операции. При использовании «рутинного» дренирования холедоха, в послеоперационном периоде, нами был диагностирован холедохолитиаз в 14,6% случаев, что явилось показанием к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии, у 82,4% была отмечена ранняя нормализация уровня общего билирубина и амилазы крови, улучшение состояния пациентов, и сокращение сроков пребывания в стационаре. Выводы: Необходимо расширить показания к выполнению дренирования холедоха при остром холецистите. Наша методика позволяет своевременно диагностировать нарушения желчеоттока, сократить количество послеоперационных осложнений, и срок пребывания пациентов в стационаре, что является не только положительным фактором для пациента, но и экономически выгодным для отделения.

**Ключевые слова:** острый холецистит, дренирование холедоха, желчный проток

#### Summary

Purpose of the study: To justify the efficiency of "routine" choledoch drainage for patients suffering from acute cholecystitis. Materials and methods: The study was carried out at the Septic Surgery Department, Rostov-on-Don Emergency Care Hospital. The survey included 532 patients with various forms of acute cholecystitis admitted to the surgery department from 2016 through 2017. Age of the patients: 38 to 67 years. All patients were operated (laparoscopic cholecystectomy), with a "routine" choledoch drainage performed according to an original method (RF Patent No. 2218949). Results: Results collected during the study demonstrated advisability and effectiveness of the method, which did not only prevent reoperation but also facilitated quick post-surgery organism rehabilitation. Whenever the "routine" choledoch drainage method was used, during the postoperative care period we diagnosed choledocholithiasis in 14,8% of cases representing an indication for endoscopic papillosphincterotomy, in 82,4% of cases we noted early normalization of the total bilirubin and hemodiastase levels, improvement of the patients' condition, and shorter stay at the in-patient department. Conclusions: The range of indications for choledoch drainage in cases of acute cholecystitis should be expanded. Our method allows to reduce the number of postoperative complications and shorten the hospital stay representing both a positive factor for patients, and economic benefit for the department.

**Key words:** acute cholecystitis, choledoch drainage, bile duct.

#### Введение

Количество пациентов страдающих желчнокаменной болезнью за последние годы значительно увеличилось и продолжает неуклонно расти [4, 8]. По данным

ВОЗ, у каждого 4-го жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 – у каждого 3-го из них [9].

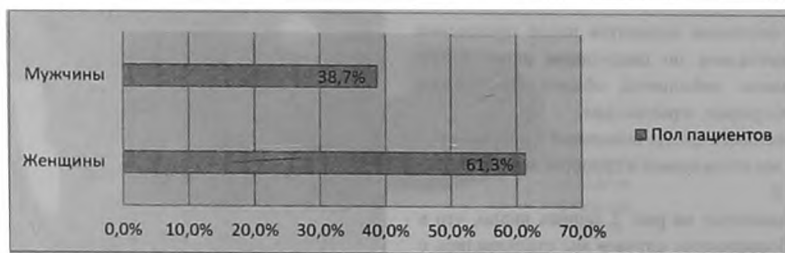


Рис. 1. Распределение пациентов по полу.

Острый холецистит составляет до 20% от всех острых хирургических заболеваний брюшной полости (второе место после острого аппендицита) и имеет тенденцию к росту [2, 10]. При этом, послеоперационная летальность составляет до 10% [4]. Холедохолитиаз встречается у 8-30% больных острым холециститом и является частой причиной обтурационной желтухи (до 50% случаев) [3, 12].

Стоит отметить, в настоящее время в лечении острого холецистита, удовлетворения от исходов хирургических вмешательств при деструктивных его формах, у большинства специалистов нет [5, 11, 13].

Лечение больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, остается актуальной проблемой неотложной хирургии.

Однако, с повсеместным внедрением в хирургическую практику ультразвуковой диагностики, была отмечена некоторая тенденция к отказу от выполнения «рутинной» ИОХГ не только в России, а также в европейских странах и США.

В течение последних лет, в соответствии с общепринятой точкой зрения, показания к наружному дренированию холедоха, выполнению холангиографии были сокращены.

В то же время ряд авторов считают, что в повседневной клинической практике еще очень рано отказываться от выполнения «рутинного» наружного дренирования холедоха и проведения ИОХГ, которая является одним из основных методов диагностики холедохолитиаза [1, 3, 6, 7].

**Цель исследования:** Обосновать эффективность использования «рутинного» дренирования холедоха у пациентов с острым холециститом.



Рис. 2. Характер патологических изменений желчного пузыря участников исследования.

## Материалы и методы

В исследование вошло 532 больных с диагнозом «острый холецистит», которым было выполнено оперативное лечение (лапароскопическая холецистэктомия) с дренированием холедоха по оригинальной методике (патент РФ №2218949) на базе хирургического отделения МБУЗ ГБМСП г. Ростова-на-Дону за период 2016-2017 годы.

В исследование приняли участие 326 (61,3%) женщин, 206 (38,7%) мужчин (рис. 1). Возраст пациентов находился в пределах от 38 до 67 лет, что говорит о социальной значимости заболевания.

Из представленных на рис. 1 данных следует, что рассматриваемая патология у женщин встречается на 22,6% чаще чем у мужчин.

Перед выполнением оперативного лечения всем пациентам проводилось общеклиническое и инструментальное обследование, включая УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию с осмотром дуоденального соска, обзорные рентгенограммы органов грудной клетки, и брюшной полости, при необходимости проводились консультации смежных специалистов, и компьютерное исследование.

Лечение начинали с проведения консервативной терапии, включавшей в себя антибактериальную, спазмолитическую и инфузионную терапии. Анализ проводимых ранее исследований, и литературных данных изучаемой нозологической группы показал, что отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии в течение 24 часов является показанием для выполнения экстренного хирургического вмешательства.

Контроль состояния пациентов после проведения операции осуществляем по следующим клиническим признакам: уровень лейкоцитов, общего билирубина, данные холангиографии, термометрия.

Характер патологических изменений в желчном пузыре с которым мы столкнулись в процессе лечения представлен на рис. 2.

Из представленных на рис. 2 данных видно, что в подавляющем большинстве случаев мы сталкивались с флегмонозным холециститом.

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA 6,0», «MicrosoftOfficeExcel 2010». Оценка статистической значимости показателей и различий рассматриваемых выборок производилась по критерию Стьюдента при уровне значимости не ниже  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

У всех пациентов, вошедших в исследование, отсутствовали «абсолютные» показания к дренированию холедоха (нормальные показатели прямой фракции билирубина и амилазы крови, отсутствие по данным ультразвукового исследования холедохолитиаза и расширения холедоха (более 1 см), не было желтух механического характера в анамнезе). Обоснованием для выполнения дренирования служили разработанные нами «относительные» показания:

- расширение холедоха от 0,7 до 1,0 см;
- расширенный пузырный проток (свыше 0,3 см);
- напряжение и уплотнение стенок гепатикохоледоха, его извитость и деформирование;
- признаки холангита (выделение мутной желчи из культы пузырного протока);
- наличие мелких конкрементов в желчном пузыре, по данным ультразвукового исследования;
- повышенный за счет непрямой фракции уровень билирубина и трансаминаз.

Дренирование проводили соответственно патенту РФ 2218949 – «Способ наружного дренирования желчных путей при лапароскопической операции». Методика получила название «рутинного дренирования холедоха», техника его выполнения заключается в следующем: производилась перевязка проксимального отдела пузырного протока, последующее его пересечение. Далее осуществлялось формирование отверстия в стенке пузырного протока. На культю пузырного протока ниже отверстия набрасывалась петля Редера из кетгута. В отверстие вводился мочеточниковый катетер сначала на 15-20 см, затем на 3-4 см. Контроль на герметичность, с целью исключения истечения желчи в брюшную полость из культы пузырного протока. Внешний конец катетера выводится на переднюю брюшную стенку, создается «кольцо» из дренажа, которое фиксируется 3-4 отдельноузловыми швами. Закрепление осуществляют так, чтобы в брюшной полости катетер располагался свободно, без натяжения. Дренаж укладывается в подпеченочное пространство. Этапы операции представлены на рисунках 3-5.

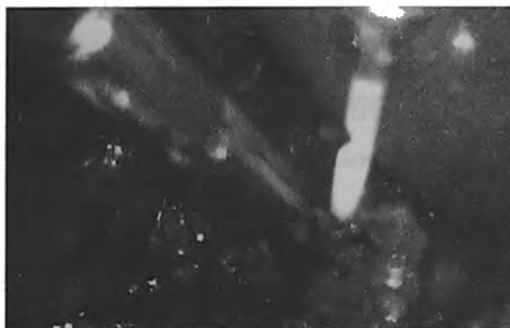


Рис. 3. Этап операции, в сформированное отверстие на культе пузырного протока вводится мочеточниковый дренаж.



Рис. 4. Этап операции, после введения в культю пузырного протока мочеточникового дренажа производится фиксация мочеточникового катетера путем наложения петли Редера.



Рис. 5. Заключительный этап операции. В ложе желчного пузыря установлены дренажи (резиновый выпускник и ПХВ трубка), мочеточниковый дренаж проходит через подпеченочное пространство, он располагался свободно, без натяжения.

Суть метода заключается в предотвращении постманипуляционных осложнений при наружном дренировании общего желчного протока, декомпрессия гепатобилиарной зоны, скорейшая стабилизация биохимических показателей крови, возможность проведения повторной холангиографии.



Рис. 6. Показания к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Стоит отметить, что выполнение интраоперационной холангиографии не всегда возможно по техническим причинам, так у 21,7% она не могла быть выполнена и в ряде случаев интраоперационная холангиография неинформативна и требует повторного выполнения.

Повторная холангиография выполнялась всем пациентам, без исключения, на 2-3 сутки после операции, это позволяло оценить состояние общего желчного протока. У 78 (14,6%) пациентов при отсутствии абсолютных показаний к дренированию желчевыводящих путей определены показания к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Из них у 52 человек 66,7% больных выявлен холедохолитиаз (дефекты наполнения), у 26 (33,3%) стриктура терминального отдела холедоха (нарушение оттока контрастного препарата) рис. 6.

Во время наблюдения, у пациентов с установленным дренажем отмечалась положительная динамика в стабилизации лабораторных показателей состояния гепатобилиарной зоны (уровень билирубина и амилазы крови), нормализация температуры тела проходила в наиболее сжатые сроки после дренирования, достигая нормы к 2-3 суткам. При нормализации вышеуказанных данных дренаж холедоха перевязывали и удаляли на 14 сутки амбулаторно.

«Рутинное» наружное дренирование холедоха при остром холецистите в нашей практике зарекомендовало себя исключительно с положительной стороны. Метод технически прост в выполнении (необходимое время для дренирования 3-5 минут), обеспечивает надежную фиксацию и герметичность дренажа, позволяет диагностировать холедохолитиаз, нормализовать лабораторные показатели крови, обеспечивает хороший отток инфицированной желчи. Через дренаж, при необходимости, можно вводить антибиотики. Метод дает возможность проведения повторной холангиографии в послеоперационном периоде, что позволяет избежать осложнений. К недостаткам можно отнести лишь временный эстетический и психологический эффекты для больных. Однако, стоит отметить, что уже на 2-е сутки пациентов не «смущает» наличие дренажа, а наоборот, вовлекает их в процесс лечения, пациенты проводят «для себя» динамику поступления желчи в специальную емкость которая устанавливается на конце дренажа, а именно: объем желчи, ее цвет и реологические свойства. Этот фактор мы оцениваем как благоприятный, ведь пациент получает наглядные сведения о своем организме, становится заинтересованным в своем лечении, и дальнейшем это служит фундаментом для соблюдения здорового образа жизни.

Дренирование холедоха по предложенной технологии не удлиняет сроки госпитализации, а его удаление возможно амбулаторно.

## Выводы

1. У больных с острым холециститом при наличии косвенных признаков холедохолитиаза необходимо выполнить «рутинное дренирование» холедоха по предложенной методике;
2. Косвенными признаками нарушения желчеоттока (показания к дренированию желчевыводящих путей) считаем расширение холедоха от 0,7 до 1,0 см; расширенный пузырный проток (свыше 0,3 см); напряжение и уплотнение стенок гепатикохоледоха, его извитость и деформирование; признаки холангита (течение мутной желчи из культуры пузырного протока); наличие мелких конкрементов в желчном пузыре, по данным ультразвукового исследования; повышенный за счет непрямой фракции уровень билирубина и трансаминаз.
3. Предложенный способ способствует ранней нормализации клинического состояния пациентов, и биохимических показателей крови (билирубин, амилаза);
4. Наша методика позволяет сократить количество послеоперационных осложнений, и срок пребывания пациентов в стационаре, что является не только положительным фактором для пациента, но и экономически выгодным для отделения. ■

*Турбин Михаил Васильевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней №2 РостГМУ, заведующий хирургическим отделением МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону. Черкасов Михаил Федорович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ФПК и ППС РостГМУ. Десярев Олег Леонидович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры хирургических болезней ФПК и ППС РостГМУ. Бондаренко Вадим Александрович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней №1 РостГМУ, заместитель главного врача по хирургии МБУЗ ГБСМП г.Ростова-на-Дону. Красенков Юрий Викторович, ассистент кафедры оперативной хирургии, клинической анатомии и патологической анатомии ФПК и ППС РостГМУ. Автор, ответственный за переписку - Турбин Михаил Васильевич, 344022, ФГБОУ ВО РостГМУ, г.Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29. E-mail: turbin@list.ru. Тел.: (863) 235-68-77.*

**Литература:**

1. *Абрамова А.Г. Выбор оперативных вмешательств при лечении пациентов с крупным множественным холедохолитиазом / А.Г. Абрамова, А.Н. Хорев, А.В. Плюта, С.В. Козлов, Г.С. Абрамов // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №. 5. – С. 100.*
2. *Балаян А.З. Современные возможности диагностики острого холецистита // Медицинские новости. – 2015. – №. 5. – С. 19-22.*
3. *Величко Е.А. Безгазовая лапароскопия в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом и повышенным анестезиолого-операционным риском / Е.А. Величко, А.Ю. Некрасов, А.В. Сергеев // Геронтология. – 2015. – Т. 11. – С. 7.*
4. *Курбанов Ф.С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2014. – №. 2. – С. 16-18.*
5. *Нишневич Е.В. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом / Е.В. Нишневич, А.В. Столин, И.В. Шелепов, М.И. Прудков // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. – №. 4. – С. 22-27.*
6. *Патент на изобретение RU № 2218949. МПК А 61 В 103 Способ наружного дренирования желчных путей при лапароскопической операции / М.В. Турбин / № 2002122348; заявка 15.08.2002, Опубликовано: 20.12.2003.*
7. *Панасюк А.И., Острый холецистит / А.И. Панасюк, К.А. Апарцин // Лекции по госпитальной хирургии. – 2016. – С. 28-35.*
8. *Петров В.С. Особенности и технические аспекты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / В.С. Петров, А.В. Тобахов, В.Н. Никлаев // Электронная серия «медицинские науки» научного рецензируемого журнала «Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова». - 2016. – С. 74.*
9. *Совцов С.А., Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита / С.А. Совцов, Е.В. Прилепина, Е.В. Прилепина // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – №. 2. – С. 50-55.*
10. *Стяжкина С. Н. Оценка осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром калькулезном холецистите / С.Н. Стяжкина, С.А. Поскребышева, А.Я. Сабирзянов // Проблемы современной науки и образования. – 2017. – №. 2. – С. 92-94.*
11. *Стяжкина С.Н. Сравнительная характеристика лапароскопии и лапаротомии при холецистэктомии у больных с острым калькулезным холециститом в послеоперационном периоде / С.Н. Стяжкина, С.А. Поскребышева, А.Я. Сабирзянов // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – №. 6. – С. 45-45.*
12. *Тиммербулатов М.В. Хирургическое лечение больных с острым холециститом / М.В. Тиммербулатов, Ш.В. Тиммербулатов, А.М. Саргсян // Анналы хирургии. – 2017. – Т. 22. – №. 1. – С. 16-20.*
13. *Черкасов М.Ф. Лапароскопические операции при остром холецистите / М.Ф. Черкасов, В.Н. Ситников, М.С. Митюрин, М.В. Турбин, Л.В. Чипеная // Хирургия. – 2004. – Т. 1. – С. 15-18.*