

УДК 616.37-002-036.11-08.039.73:615.245

*Е.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, М.С. Томин, С.А. Морозов***КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ***Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина*

Проведен анализ результатов лечения 42 пациентов с острым билиарным панкреатитом, сочетающимся с острым калькулезным холециститом. Мужчин было 11 (26,2%), женщин 31 (73,8%). Возраст больных находился в пределах от 25 до 59 лет. Продолжительность острого приступа до поступления в стационар была в пределах от 5 до 72 часов. Общее состояние пациентов в 14 (33,3%) случаях было оценено как средней тяжести, тяжелое – в 28 (66,7%). Отмечено, что отечная форма панкреатита имела место у 19 (45,2%) пациентов, мелкоочаговый панкреонекроз у 23 (54,8%): геморрагический у 8 жировой у 15; при этом количество экссудата в брюшной полости было от 500 до 1700 мл. Патологические изменения желчевыделительной системы распределились следующим образом: острый калькулезный катаральный холецистит у 22 (52,4%) пациентов, острый калькулезный флегмонозный холецистит - у 20 (47,6%), холедохолитиаз имел место во всех 42 случаях, механическая желтуха в 19 (45,2%), острый гнойный холангит в 6 (14,3%). В результате применения предложенной авторами лечебно-диагностической программы установлено, что трансформация диагностических дуоденоскопических и лапароскопических вмешательств в лечебные – эндоскопическую папиллосфинктеротомию, холедохолитотракцию, холедохолитотрипсию, назобилиарное дренирование, лапароскопическую холецистэктомию, наружное дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, является эффективным в лечении острого билиарного панкреатита, сочетающегося с острым калькулезным холециститом, и позволяет остановить дальнейшее развитие патологического процесса и тем самым предупредить выполнение травматичных хирургических вмешательств имеющих высокую послеоперационную летальность.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, острый калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости, эндоскопическая папиллосфинктеротомия

Острый билиарный панкреатит, сочетающийся с острым калькулезным холециститом, относится к наиболее сложной хирургической патологии, характеризующейся значительной тяжестью течения и выраженностью изменений гомеостаза, результатом чего являются, длительные сроки лечения больных и высокий уровень летальности [2, 4]. Поэтому, при данной патологии особенно важным является своевременное использование щадящих, малоинвазивных эндохирurgicalических оперативных вмешательств [2-4].

До настоящего времени не найдены однозначные ответы на вопросы об адаптации лечебной программы острого панкреатита, сочетающегося с острым калькулезным холециститом, к возможностям современных эндохирurgicalических методов операций, с возможным изменением показаний, сроков выполнения и объема оперативных вмешательств [2-4].

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина «Разработка малоинвазивных

оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» номер регистрации 0100U005308.

В связи с развитием и совершенствованием методики лапароскопических оперативных вмешательств расширяется перечень показаний для их выполнения при различных вариантах течения острого панкреатита. Поэтому, наличие острого панкреатита, осложнившего течение желчекаменной болезни, в настоящее время не рассматривается как абсолютное противопоказание для выполнения как дуоденоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке, так и лапароскопической холецистэктомии. Однако, в отношении определения сроков выполнения, тактики лечения и объема лапароскопического вмешательства не принято окончательного решения [1-5].

Важной проблемой, требующей разрешения, является определение сроков выполнения и выбора тактики лечения и объема лапароскопического вмешательства при остром билиарном панкреатите, сочетающимся с

острым калькулезным холециститом. Решение ее может быть достигнуто путем выявления при скрининговом УЗИ характерных ультразвуковых симптомов, сопутствующих острому билиарному панкреатиту и острому калькулезному холециститу, и на основании этого определение показания к выполнению эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии (ЭРХПГ), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), назобилиарному дренированию (НБД), лапароскопической холецистэктомии (ЛХ), наружному дренированию брюшной полости и сальниковой сумки. Другим вопросом, требующим разрешения, является определение показаний и последовательности выполнения указанных вмешательств, изменение техники лапароскопической холецистэктомии при возникшей необходимости в ходе операции прибегнуть к вмешательству на сальниковой сумке, с целью ее санации и дренирования [2-4].

Цель работы — определение эффективности использования эндохирургических вмешательств при лечении билиарной формы острого панкреатита, сочетающегося с острым калькулезным холециститом, у пациентов. Мы ставили перед собой задачу определить характер и рациональный объем выполняемых вмешательств, основываясь на известных патогенетических механизмах данной сложной сочетанной хирургической патологии.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 42 пациентов с острым билиарным панкреатитом, сочетающимся с острым калькулезным холециститом, госпитализированных в хирургическое отделение Дорожной клинической больницы г. Харьков на протяжении последних 46 месяцев. Мужчин было 11 (26,2%), женщин 31 (73,8%). Возраст больных находился в пределах от 25 до 59 лет, в среднем $44 \pm 2,4$ года. Продолжительность острого приступа до поступления в стационар была в пределах от 5 до 72 часов, в среднем $32 \pm 6,4$ часа. Общее состояние пациентов в 14 (33,3%) случаях было оценено как средней тяжести, тяжелое – в 28 (66,7%). Отечная форма панкреатита имела место у 19 (45,2%) пациентов, мелкоочаговый панкреонекроз – у 23 (54,8%): геморрагический у 8, жировой у 15; при этом количество экссудата в брюшной полости было от 500 до

1700 мл. Патологические изменения желче-выделительной системы распределились следующим образом: острый калькулезный катаральный холецистит у 22 (52,4%) пациентов, острый калькулезный флегмонозный холецистит – у 20 (47,6%), холедохолитиаз имел место во всех 42 случаях, механическая желтуха – в 19 (45,2%), острый гнойный холангит в 6 (14,3%). Диагностическая программа включала в себя выполнение в неотложном порядке клиниколабораторных исследований, ультразвукового исследования, эндофиброскопического исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с визуализацией зоны фатерова сосочка, в зависимости от наличия показаний выполняли эндоскопическую ретроградную холангио-панкреатикографию, последним этапом проводили лапароскопию.

Лечебная программа предусматривала трансформацию диагностических дуоденоскопических и лапароскопических вмешательств в лечебные. При этом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия во всех 42 случаях, септотомией она была дополнена в 9 (21,4%) случаях при наличии выраженной перегородки между устьем общего желчного и панкреатического протоков, холедохолитотракция при этом выполнена у 37 (88,1%) пациентов – из гепатохоледоха и ампулы фатерова сосочка удалено в разных случаях от 1 до 7 конкрементов, их размеры находились в пределах от 3 до 12 мм. В 5 (19,9%) случаях размеры конкрементов не позволили провести их через устье общего желчного протока, поэтому выполнили механическую литотрипсию, литотракцию и проведением продолженной санации желчного дерева через назобилиарный дренаж. Эндохирургические вмешательства на Фатеровом сосочке завершались назобилиарным и назопанкреатическим дренированием катетерами, каждый диаметром 2 мм.

Показанием к лапароскопическому вмешательству явилось выявление при ультразвуковом исследовании свободной жидкости в брюшной полости, что имело место во всех случаях. Лапароскопическое исследование выполнялось по стандартной методике с введением лапароскопа через пупочный доступ и манипуляторов из правого и левого подреберий. После ревизии брюшной полости выполняли лапароскопическую холецистэктомию и аспирацию экссудата с последующим дрени-

рованием сальниковой сумки через Винслово отверстие, малый сальник, желудочноободочную связку в зависимости от локализации имеющих патологических изменений поджелудочной железы, кроме того дренажи вводили в правое подреберье и дугласово пространство. Использование назобилиарного дренирования позволило избежать наружного дренирования гепатикохоледоха через культю пузырного протока во время лапароскопического вмешательства.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного лечения отмечено купирование клиникалабораторных признаков острого панкреатита на протяжении 2 - 4 суток с момента вмешательства, что явилось показанием к удалению назобилиарных и назопанкреатических дренажей. Дренажи брюшной полости удалены по мере прекращения из них отделяемого, на 4-5 сутки. Гематомы подкожной клетчатки в месте введения дренажей имели место в 3 (7,1%) случаях, геморрагия из папилотомного разреза – в 2 (4,8%) случае, осложнения были разрешены в процессе выполнения вмешательств и не потребовали дополнительных лечебных мероприятий. Средний койко-день составил $12 \pm 2,3$ дней. Летальных исходов не было.

Билиарная природа острого панкреатита может быть установлена во время обследования пациента по наличию характерных изменений билиарной системы: расширение внутрипеченочных желчных протоков, расширение гепатикохоледоха более 8 мм, наличие в их просвете эхопозитивных включений, увеличение объема желчного пузыря и наличия в его просвете конкрементов, утолщение стенки с наличием двойного контура. Выполнение лапароскопической холецистэктомии в программе лечения острого билиарного панкреатита позволяет избежать развития острого желчного перитонита в результате прогрессирования воспалительно-деструктивных изменений в стенке желчного пузыря на фоне ферментативного панкреатического перитонита. Использование назобилиарного дренирования после дуоденоскопических лечебных вмешательств на большом дуоденальном соустье и протоках позволяет отказаться от наружного дренирования гепатикохоледоха через культю пузырного протока при лапаро-

скопической холецистэктомии, что сокращает время оперативного вмешательства и снижает риск послеоперационных осложнений связанных с дренажом. Особенностью лечебной программы у данной группы больных является использование неотложных малоинвазивных вмешательств, направленных на устранение патологического фактора, локализуемого в билиарной системе, вызвавшего острый панкреатит. В противном случае лечение является недостаточно эффективным, и не позволяет получить скорых положительных контролируемых прогнозируемых результатов [1-5].

Заключение

Таким образом, сочетанное применение эндохирургических вмешательств является эффективным в лечении острого билиарного панкреатита, сочетающегося с острым калькулезным холециститом, и позволяет остановить дальнейшее развитие патологического процесса в поджелудочной железе и тем самым предупредить выполнение травматичных хирургических вмешательств имеющих высокую послеоперационную летальность. Выполнение лапароскопической холецистэктомии в программе лечения острого билиарного панкреатита позволяет предупредить развитие желчного перитонита в случае прогрессирования воспалительно-деструктивных изменений стенки желчного пузыря. Малоинвазивные транспапиллярные вмешательства на билиарной системе при остром билиарном панкреатите, сочетающимся с острым калькулезным холециститом, позволяют сократить койко-день, период реабилитации и период нетрудоспособности.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ЯКЕ ПОЄДНАНО З ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ЕНДОХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ

*Є.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко,
М.С. Томін, С.А. Морозов*

Проведено аналіз результатів лікування 42 пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом, що поєднується з гострим калькульозним холециститом. Чоловіків було 11 (26,2%), жінок 31 (73,8%). Вік хворих знаходився в межах від 25 до 59 років. Тривалість гострого нападу до надходження в стаціонар була в межах від 5 годин до 69 годин. Загальний стан пацієнтів у 14 (33,3%) випадках було оцінено як середньої тяжкості, тяжкий - у 28 (66,7%). Відзначено

но, що набрякла форма панкреатиту мала місце у 19 (45,2%) пацієнтів, дрібновогнищевий панкреонекроз у 23 (54,8%): геморагічний у 8 жирів у 15; при цьому кількість ексудату в черевній порожнині було від 500 до 1700 мл. Патологічні зміни жовчовидільної системи розподілилися наступним чином: гострий калькульозний катаральний холецистит у 22 (52,4%) пацієнтів, гострий калькульозний флегмонозний холецистит - у 20 (47,6%), холедохолітіаз мав місце у всіх 42 випадках, механічна жовтяниця у 19 (45,2%), гострий гнійний холангіт в 6 (14,3%). В результаті застосування запропонованої авторами лікувально-діагностичної програми встановлено, що трансформація діагностичних дуоденоскопічних і лапароскопічних втручань в лікувальні - ендоскопічну папілосфинктеротомію, холедохолітотракцію, холедохолітотріпсию, назобілярний дренажування, лапароскопічну холецистектомію, зовнішнє дренажування черевної порожнини і сальникової сумки, є ефективним в лікуванні гострого біліарного панкреатиту, поєднується з гострим калькульозним холециститом, і дозволяє зупинити подальший розвиток патологічного процесу і тим самим попередити виконання травматичних хірургічних втручань мають високу післяопераційну летальність.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, гострий калькульозний холецистит, лапароскопічна холецистектомія, дренажування черевної порожнини, ендоскопічна папілосфинктеротомія

COMPLEX TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS WICH COMBINED WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS, USING MODERN ENDOSURGICAL METHODS

*E.D. Khvorostov, Y.B. Zakharchenko,
M.S. Tomin, S.A. Morozov*

The results of treatment of 42 patients with acute biliary pancreatitis, combined with acute calculous cholecystitis. There were 11 men (26,2%), women 31 (73,8%). Age of patients ranged from 25 to 59 years. Duration of acute exacerbation before admission to hospital was within the range from 5 hours to 69 hours. The general condition of patients in 14 (33,3%) cases were rated as moderate, severe - in 28 (66,7%). Noted that the edematous form of pancreatitis occurred in 19 (45,2%) patients, small focal pancreatic necrosis in 23

(54,8%): hemorrhage in 8 fat at 15, with the amount of exudate in the abdominal cavity was from 500 to 1700 ml. Pathological changes of biliary system was as follows: acute calculous cholecystitis catarrh in 22 (52,4%) patients, acute calculous cholecystitis phlegmonous - in 20 (47,6%), choledocholithiasis occurred in all 42 cases, jaundice in 19 (45,2%), acute suppurative cholangitis in 6 (14,3%). As a result of the use proposed by the authors of medical diagnostic program found that the transformation of the diagnostic duodenoskopicheskikh and laparoscopic surgeries in the treatment - endoscopic papillosphincterotomy holedoholitotraktsiyu, holedoholitottripsiyu, nazobilarnoe drainage, laparoscopic cholecystectomy, external drainage of the abdominal cavity and the omental bursa, is effective in the treatment of acute biliary pancreatitis combined with acute calculous cholecystitis, and allows you to stop further development of the pathological process and thereby prevent the implementation of traumatic surgery with a high postoperative mortality.

Keywords: acute biliary pancreatitis, acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, abdominal drainage, endoscopic papillosphincterotomy

ЛИТЕРАТУРА

1. Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита. / Б.С. Брискин, О.Х. Халидов, Ю.Р. Алияров и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – Т.14., №3 – С. 63-68.
2. Гусев А.В. Альтернативные эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки. / А.В. Гусев, И.Н. Боровков, Е.В. Гусева, Ч.Т. Мартинш // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2009. – № 8. – С.16-19.
3. Кондратенко П.Г. Хирургическая тактика при остром панкреатите, обусловленном патологией дистального отдела холедоха / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, И.Н. Джансыз // *Харківська хірургічна школа.* – 2009. – № 2.1 (33). – С. 117-121.
4. Шапринський В.О. Тактика хірургічного лікування біліарного панкреатиту / В.О. Шапринський, В.В. Петрушенко, О.А. Камінський // *Харківська хірургічна школа.* – 2009. – № 2.1 (33). – С. 178-180.
5. Horwood J. Prospective evaluation of a selective approach to cholangiography for suspected common bile duct stones / J. Horwood, F. Akbar, K. Davis, R. Morgan // *Ann R Coll Surg Engl.* – 2010. – Vol. 92. – P. 206.

Стаття надійшла 07.03.2011