

ТАКТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Проведен анализ лечения 69 больных с острым билиарным панкреатитом за период 2005- 2006 гг. в Межтерриториальном центре хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья. Мужчин было 15, женщин 54. Возраст колебался от 16 до 91 года.

Тактика лечения данной категории больных строилась на выполнении в ранние (в течение 1-2 часов с момента поступления в клинику больного) эндоскопических вмешательств и мини инвазивных этапных вмешательств в виде выполнения лапароскопических вмешательств и пункционно-дренирующих операций. При нарастании перитонеальной симптоматики, появлении свободной жидкости в брюшной полости (по данным УЗИ и СКТ) прибегали к выполнению лапароскопических вмешательств с дренированием холедоха и дренированием брюшной полости. «Открытые операции» выполнялись только при развитии гнойно-септических осложнений (забрюшинная флегмона, абсцессы забрюшинные и брюшной полости). Активный подход в выборе тактики хирургического лечения больных с острым билиарным панкреатитом позволил значительно снизить показатели общей летальности до 8,7 %.

Ключевые слова: панкреатит, холедохолитиаз, оперативная эндоскопия.

А.П. СЕДОВ

И.П. ПАРФЕНОВ

А.А. КАРПАЧЕВ

А.В. СОЛОШЕНКО

А.Л. ЯРОШ

*Белгородский
государственный
университет*

e-mail: parfenovbokb@mail.ru

e-mail: karpach72@rambler.ru

Острый панкреатит (ОП) является полиэтиологическим заболеванием. Среди причин, вызывающих заболевание, выделяют две основные: билиарный панкреатит и алкогольный. В небольшом проценте наблюдений ОП вызывают рак поджелудочной железы и хирургические вмешательства, а также лекарственные препараты, метаболические расстройства, травма, инфекции, васкулиты, неспецифические заболевания [4]. Частота холелитиаза при ОП колеблется от 41, 3 до 80 %, причем у женщин конкременты выявляются 2 раза чаще, чем у мужчин [3, 7, 8]. Тесная связь поражения желчного пузыря и желчевыводящих путей с воспалительными заболеваниями поджелудочной железы привели к выделению особой клинико-морфологической формы ОП – холангиопанкреатита и билиарного панкреатита [1, 5]. В двух рандомизированных исследованиях было показано, что у больных с острым билиарным панкреатитом (ОБП) после проведения ранней ЭРХПГ и ЭПСТ реже развиваются билиарные и общие осложнения [6]. Широкий диапазон колебаний общей и послеоперационной летальности при остром панкреатите в большинстве случаев обусловлен рядом причин; несвоевременной диагностикой острого панкреатита и его осложнений; отсутствием единых и согласованных взглядов на формы заболевания, классификацию, оценку тяжести и прогноза заболевания; отсутствием объективных патогенетических критериев выбора лечебной тактики и многообразием используемых методов консервативного и хирургического лечения у больных острым панкреатитом [2].

В связи с этим диагностика и лечение ОБП является актуальной проблемой, требующей дальнейшего совершенствования.

Целью данной работы является улучшение результатов диагностики и лечения ОБП.

Проведен анализ лечения 69 больных с ОБП за период 2005-2006 гг. в Межтерриториальном центре хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья. Мужчин было 15, женщин 54. Возраст колебался от 16 до 91 года.

Основанием для установления диагноза ОБП являлись наличие выраженного болевого синдрома, желтуха и гиперамилаземия.

В комплекс диагностических инструментальных мероприятий входили:

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ).
2. Спиральная компьютерная томография (СКТ).
3. Видеогастродуоденоскопия (ВГДС).



4. Микробиологическое и биохимическое исследование материала, полученного при лапароскопии, пункции плевральных полостей, чрескожном дренировании жидкостных образований.

Для оценки тяжести ОБП и прогнозирования течения заболевания использовали общепринятые многопараметрические прогностические системы: Ranson, SAPS. Для оценки тяжести органной недостаточности использовали шкалу SOFA. Течение острого панкреатита считали тяжелым, если показатели по шкале Ranson превышали 3 балла, по шкале SAPS – 10 баллов.

В нашем исследовании легкое течение панкреатита наблюдалось у 50 больных, среднетяжелое у 13 больных, тяжелое 6 у больных.

УЗИ проводилось путем полипозиционного сканирования в различных плоскостях с помощью аппаратов Aloka-SSD 500.

Ультразвуковыми признаками ОБП считали:

1. Расширение общего желчного протока.
2. Увеличение размеров поджелудочной железы, больше за счет головки.
3. Расширение главного протока поджелудочной железы.
4. Наличие конкрементов в желчном пузыре и в просвете холедоха.

Кроме этого определяли размеры поджелудочной железы, наличие жидкости в сальниковой сумке, брюшной и плевральных полостях.

СКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнялась больным со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания. Для определения масштаба поражения железы использовалась методика с контрастированием желудочно-кишечного тракта и с внутривенным контрастным усилением. КТ-изменения интерпретировались по системе Ranson и КТ-индексу тяжести острого панкреатита Balthasar.

Для ранней диагностики инфицирования очагов панкреонекроза и жидкостных скоплений в сальниковой сумке проводили бактериологическое исследование жидкости или тканевого материала, полученных при тонкоигольной аспирации под УЗ контролем.

Результаты оперативных вмешательств при ОБП представлена в таблице.

Эндоскопическая папиллотомия	33
Эндоскопическая папиллотомия + дренирование желчных протоков	3
Видеолапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду, лапароскопическое дренирование и санация брюшной полости	8
пункционное (пункционно-катетеризационное) дренирование ограниченных гнойников и острых жидкостных скоплений под контролем УЗИ	5
«Открытые» вмешательства в фазе гнойно-септических осложнений	5

У 10 больных с легкой степенью тяжести явления ОБП были купированы консервативно

Установленный диагноз ОБП являлся показанием для выполнения экстренного эндоскопического вмешательства в течение 1-2 часов с момента поступления в клинику больного, несмотря на тяжесть состояния больного и наличие сопутствующей патологии. Прямым эндоскопическим признаком ОБП считали: ущемленный или "рождающийся" камень в фатеровом соске. К косвенным признакам ОБП относили:

1. Папиллит в виде увеличения, гиперемии, отека, кровоизлияний, эрозий, фибринозного налета соска;
2. Надрывы краев большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК);
3. Участки некроза по типу пролежней на передней его стенке – "крыше".
4. Наличие дивертикула БСДК.
5. Эрозивно-геморрагический гастрит, дуоденит.

Кроме этого проводилась оценка формы, величины, морфологических изменений, количества и типов отверстий малого дуоденального сосочка, что, как мы считаем, имеет большое значение для понимания топографо-анатомических взаимоотношений протоковых систем поджелудочной железы, имеющих прямое



прогностическое значение в оценке тяжести течения ОБП.

Нами было установлено, что во всех случаях обнаружения малого дуоденального соска ОБП протекал в легкой степени, и после выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) принимал абортное течение.

Ущемленный камень БСДК наблюдался у 36 больных (52,2%), стеноз БСДК у 5 больных (7,2 %) дивертикул ДНК у 4 больных (5,8 %), транзиторный холедохолитиаз у 24 больных (34,8 %).

Эффективность проводимой консервативной терапии после эндоскопического вмешательства оценивалась при помощи динамического СКТ и УЗИ контроля состояния поджелудочной железы и всей билиопанкреатической системы.

При нарастании клинических и лабораторных признаков острого панкреатита в ранние сроки выполняли СКТ, которая позволяла оценить глубину и протяженность поражения, а так же в ранние сроки выявлять острые жидкостные образования сальниковой сумки и забрюшинного пространства. СКТ – контроль при тяжелых формах панкреонекроза осуществлялся каждые 3-7 дней, что позволяло определять формирование ограниченных жидкостных образований и парапанкреатических гнойников.

Эндоскопические вмешательства в моноварианте выполнены у 33 больных. У 8 больных после купирования клиники панкреатита на 5-7 сутки выполнена ВЛХЭ. В этой группе больных отмечалась быстрая нормализация клинико-биохимических показателей. При нарастании перитонеальной симптоматики, появлении свободной жидкости в брюшной полости (по данным УЗИ и СКТ) прибегали к выполнению лапароскопических вмешательств и дренированию брюшной полости (8 больных). Данные вмешательства выполнялись, как правило, в первые 1-3 дня после выполненной ЭПСТ, в некоторых случаях даже при неразрешенном холедохолитиазе, выполняя литоэкстракцию после купирования панкреатита. При выполнении лапароскопических вмешательств осуществляли санацию брюшной полости и дренирование холедоха, причем холедох дренировали мочеточниковым стентом с находящимся в его просвете ригидным проводником, что облегчало его проведение в общий желчный проток и давало возможность произвести холангиографию после извлечения проводника.

При трудностях визуализации БСДК, опасности усугубления течения ОБП нами использовался способ ЭПСТ, заключающийся в том, что после выполнения видеолапароскопической холецистэктомии интраоперационно через культю пузырного протока проводили мочеточниковый стент 6 СН с находящимся в его просвете ригидным проводником. После выполнения интраоперационной холангиографии, стент заводили по холедоху через БСДК в двенадцатиперстную кишку, куда уже был введен дуоденоскоп с находящимся в инструментальном канале игольчатым папиллотомом. После визуализации БСДК, последний рассекали на стенте игольчатым папиллотомом. При необходимости полученное отверстие расширяли стандартным папиллотомом, а подтянутый в холедох мочеточниковый стент после извлечения проводника оставляли для дренирования холедоха и фиксировали в культе пузырного протока двумя клипсами.

Выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии предложенным способом дает:

- возможность визуализации и рассечения БСДК при его различных анатомических вариантах строения и расположения посредством антеградного введения мочеточникового катетера;
- возможность проведения ЭПСТ без предварительной классической канюляции атипическим способом, так как в некоторых случаях проведение классической канюляции БСДК невозможно ввиду анатомических особенностей или стеноза БСДК;
- защиту не только двенадцатиперстной кишки от возможной ретродуоденальной перфорации при выполнении папиллотомии, но и вирсунгова протока от дистантного воздействия диатермических токов благодаря нахождению в БСДК ригидного мочеточникового катетера;



- возможность произвести холангиографию (учитывая невозможность выполнения эндоскопической ретроградной холангиографии у данной категории больных);

- использовать введенный через культю пузырного протока мочеточниковый стент и после ЭПСТ для дренирования билиарного дерева и для послеоперационного контроля за состоянием желчеоттока;

Способ эндоскопической папиллосфинктеротомии. Патент на изобретение 19)RU(11) 2283056(13)01.

Все острые жидкостные образования брюшной полости пунктировались и дренировались под контролем УЗИ в ранние сроки их возникновения.

Для ранней диагностики инфицирования очагов панкреонекроза и жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве, проводили бактериологическое исследование жидкости или тканевого материала, полученных при тонкоигольной аспирации под УЗ-контролем. При резистентных к пункционно-аспирационным вмешательствам образованиях или при размере жидкостного образования больше 5 см. производили чрескожное наружное дренирование под ультразвуковой навигацией дренажами «Pig Tail».

«Открытые операции» выполнялись только при инфицированном панкреонекрозе с развитием гнойно-септических осложнений (забрюшинная флегмона, абсцессы забрюшинные и брюшной полости). Ни в одном случае лапаротомные операции не выполнялись в фазе энзимной токсемии. Показанием для выполнения «открытых операций» считали:

1. Отсутствие нормализации клинико-лабораторных показателей.
2. Сохраняющееся тяжелое состояние больного (более 10 баллов по системе SAPS).

3. Отрицательная динамика СКТ (степени D и E по системе Balthasar).

После оперативного лечения умерло 6 больных (8,7%). Одна больная умерла после выполненного эндоскопического вмешательства. Она поступила с ОБП в фазе энзимной токсемии на фоне ущемленного камня БСДК и гнойного холангита, уже с явлениями полиорганной недостаточности с тяжелой сопутствующей патологией в виде ИБС. Фибрилляции предсердий, гипертонической болезни, ожирения IV степени.

Остальные 5 больных умерли после открытых операций в фазе гнойно-септических осложнений.

Выводы

1. Проявления билиарной гипертензии, гипертензии протока поджелудочной железы в сочетании с гипербилирубин- и амилаземией являются основой постановки диагноза билиарного панкреатита.

2. Тактика лечения острого билиарного панкреатита должна основываться на максимальном использовании эндоскопических методов лечения в наиболее ранние сроки поступления больного в стационар (1-2 часа), поскольку устранение билиарной причины острого панкреатита приводит к регрессу заболевания.

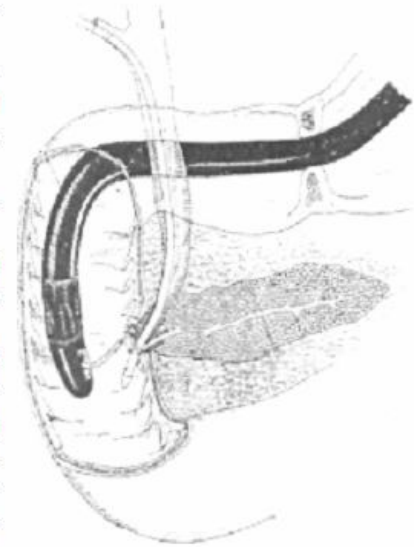
3. При явлениях гнойного холангита необходимо дополнять эндоскопическое вмешательство назобилиарным дренированием.

4. При прогрессировании панкреонекроза, следует придерживаться минимальных операций (перкутанные, лапароскопические).

5. Активный подход в выборе тактики хирургического лечения больных с ОБП позволил снизить показатели общей летальности до 8,7%.

Литература

1. Атанов Ю.П. Клинико-морфологические признаки различных форм деструктивного панкреатита // Хирургия. – 1991. – №11. – С.62-69.





2. Благовестнов Д.А. Комплексная диагностика и лечения острого панкреатита: дис... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 304 с.
3. Красногоров В.Б., Веселов В.С., Холедохолитиаз и острый панкреатит. // Актуальные вопросы хирургии внепеченочных желчных путей. – Новгород, 1988. – С.56-57.
4. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит. ПРОФИЛЬ. – М., 2007. – С. 335.
5. Филин В.Н. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. – Л.: Медицина, 1982. – 230 с.
6. Fan ST., Lai E.G., Mok P.P., et al. N Engl J Med 1993; 328:228-32. Neoptolemos J.P., Can-Locke D.L., London N.J., et al. Lancet 1988; 2:979-83.
7. Seidl W., Sterel H., Depisch D. Die bilivre Pankreatitis neue Behandlungskonzepte // Ada chir. Austriaca. 1989. Bd. 21, H.4. – S. 255-259.
8. Schmid E. Leber Galle Pancreas. Stuttgart: Hippokrates, 1990. – 202 s.

THE MAIN PRINCIPLES AND TACTICS IN TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

A.P.SEDOV
I.P.PARFENOV
A.A.KARPACHEV
A.V.SOLOSHENKO
A.L.YAROSH

Belgorod State University

e-mail: parfenovbokb@mail.ru
e-mail: karpach72@rambler.ru

The experience in treatment of 69 patients with acute biliary pancreatitis that were recovered in the Black Earth Centre of liver and pancreas Surgery during 2005-2006 years is analyzed. There were 15 male and 54 female 16-91 years of age. Endoscopic minimally invasive treatment (laparoscopic management, puncture and drain surgery) was used in maximal brief space of time – 1-2 hours after hospitalization. Laparoscopic drain of the common bile duct and abdominal cavity were used in the case of ultrasound and spiral computed tomography signs of spare liquid increasement of peritonitis. In the case of purulent complications only (retroperitoneal phlegmon, abscess retro- or intraperitoneal) the open invasive surgery was done. Active approach to the selection of surgical tactics in patients with acute biliary pancreatitis allows to reduce the postoperative lethality to 8,7%.

Key words: pancreatitis, choledocholitis, operative endoscopy.