

DOI: <https://doi.org/10.32345/2664-4738.3-4.2018.10>  
 УДК: 616.37-002.1-07-08 :616.366-003.7

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Колосович І. В. (ORCID 0000-0002-2031-4897),*

*Безродний Б. Г. (ORCID 0000-0002-7115-5339),*

*Ганоль І. В. (ORCID 0000-0002-3470-2102)*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна  
kolosovich\_igor@ukr.net*

Рецензент: проф. Білянський Л. С.

**Актуальність.** Статтю присвячено проблемі діагностики та лікування гострого біліарного панкреатиту, який залишається одним з найпоширеніших хірургічних захворювань органів черевної порожнини та складає 33,2% від загальної кількості хворих на гострий панкреатит.

**Метою** роботи є покращання діагностики та результатів хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит біліарної етіології.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 264 хворих з гострим панкреатитом біліарної етіології. Оперативне лікування було застосоване у 92 (34,8 %) пацієнтів: ендоскопічні операції виконано 44 хворим (16,7 %). Так, у 10 (3, 8%) пацієнтів виконувалась ендоскопічна папілосфінктеротомія з ревізією протокової системи та екстракцією конкрементів. В інших випадках проводились органозберігаючі втручання без порушення морфофункціональної цілостності сфінктерного апарату протокової системи: канюляція у 6 (2,3 %) пацієнтів, механічна (балонна) у 5 (1,9 %) випадках, фармакологічна (міогенними спазмолітиками) дилатація дистального відділу протоків і великого дуоденального сосочка у 11 (4,2 %) пацієнтів. При резидуальному холедохолітазі була запропонована методика папілотомії під контролем холедохоскопії – 12 (4,54 %) пацієнтів. Проведено порівняльний аналіз ефективності лікування пацієнтів, яким в ранній захворювання застосовувались «відкриті» (група порівняння) та малоінвазивні ендоскопічні втручання (основна група).

**Результати.** В основній групі тривалість перебування в стаціонарі складала  $12 \pm 3,2$  днів; а в групі порівняння –  $26 \pm 4,3$  дні. У 42 (95,4 %) хворих, яким було виконано ендоскопічні операції, досягнуто позитивного клінічного ефекту, швидкого регресу симптомів гострого панкреатиту. У двох (4,5 %) пацієнтів основної групи перебіг ускладнився розвитком абсцесу сальникової сумки, було виконано пункційне дренивання під УЗД контролем. У хворих групи порівняння ускладнення виникли у 5 (41,6 %) пацієнтів, звертає на себе увагу те, що всім їм було виконані оперативні втручання, які обмежились лише санацією і дрениванням черевної порожнини, сальникової сумки. Показник летальності серед неоперованих становив 1,2 % (2 пацієнтів), а серед оперованих – 11,9 % (11 хворих). Серед прооперованих пацієнтів, що померли, 81,8 % (9 осіб) становили хворі похилого віку.

**Висновки.** Використання малоінвазивних ендоскопічних втручань в ранній фазі захворювання зменшує тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі з  $26 \pm 4,3$  днів (група порівняння) до  $12 \pm 3,2$  днів (основна група) та кількість виникнення ускладнень на 37,1 % ( $P < 0,05$ ). Застосування запропонованого способу папілотомії під контролем холедохоскопії дає можливість знизити ризик виникнення перфорації стінки дванадцятипалої кишки з розвитком перитоніту або заочеревинної флегмони на 1,2 % ( $P < 0,05$ ).

**Ключові слова:** гострий біліарний панкреатит, головна панкреатична протока, ендоскопічні операції.

**Актуальність.** Діагностика та лікування захворювань підшлункової залози залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Це підтверджують результати епідеміологічних досліджень, згідно яких прослідковується загальносвітова тенденція збільшення числа захворювань підшлункової залози, що складає 8,2-10 чоловік на 100 тис. населення, при цьому розповсюдженість захворювань підшлункової залози в Європі складає 25-26,4 на 100 тис. населення [6]. Вказаний факт пов'язують з підвищенням вживання алкоголю, погіршенням екологічної ситуації, зниженням якості харчування та загального рівня життя. Серед всього

різноманіття захворювань підшлункової залози найбільш часто зустрічаються гострий та хронічний панкреатит. Вказані нозологічні форми займають провідне місце і складають 76-92 % в структурі захворювань підшлункової залози, а також є важливою соціально-економічною проблемою [12]. Останнім часом відмічається інтенсивне збільшення (в 4 рази) рівня захворюваності гострим та хронічним панкреатитом у людей молодого віку та підлітків. Особливістю протікання панкреатиту у пацієнтів даної категорії є високий ризик розвитку ускладнень, летальність при яких досягає 5,5 %, а при гострому панкреатиті тяжкого ступеня коливається в межах

40-70 % [11]. Основними етіологічними факторами розвитку захворювань підшлункової залози є алкоголь 40-80 % [9], жовчно-кам'яна хвороба (35-56 %) [10], травма підшлункової залози (2 %) [8]. Частка хворих на гострий біліарний панкреатит у стаціонарах абдомінальної хірургії складає від 15 до 25 %. Майже у 85 % випадків біліарний панкреатит є ускладненням холедохолітазу, а у 15 % відмічають вторинні ферментативні холецистити. Патофізіологічним фактором розвитку панкреатиту є розвиток набряку в проекції устя головної панкреатичної протоки (ГПП), що утруднює відток панкреатичного соку, та є чинником розвитку гострого панкреатиту. Паралельно пусковим механізмом може бути протокова гіпертензія, як наслідок гострої блокади термінального відділу загальної жовчної протоки або стійкого спазму сфінктера Одді [1]. Проблема лікування порушень прохідності позапечінкових жовчних шляхів часто буває пов'язана з технічними і тактичними помилками оперативних втручань на органах гепатопанкреатобіліарної системи: залишення конкрементів, рубцевою стриктурою проток, що супроводжується порушенням пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку (ДПК), і розвитком таких життєво небезпечних ускладнень, як механічна жовтяниця, біліарний панкреатит, гепатит та інше. Найбільш частою причиною розвитку біліарного панкреатиту є порушення прохідності жовчної протокової системи на рівні дистального відділу холедоха або великого дуоденального сосочка (ВДС), саме тому втручанням вибору в таких випадках стає ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), яка, за думкою деяких авторів, повинна бути виконана впродовж 48 годин після госпіталізації хворого [3]. Однак існуючі способи ЕПСТ мають суттєві недоліки. Це, по-перше, високий ризик травмування ГПП і розвитку гострого панкреатиту (в 2-4% випадків), по-друге, можливість перфорації стінки ДПК з розвитком перитоніту або заочеревинної флегмони (в 0,5-1,2 % випадків) [2]. Ризик розвитку гострого післяопераційного панкреатиту збільшується при наявності ряду факторів або їх поєднанні. Існують фактори, пов'язані безпосередньо з ендоскопічним втручанням і не пов'язані з ним. До першої групи належать фактори, пов'язані з технічними особливостями проведення ЕРПХГ, виконання балонної папілодилатації, атипичної ендоскопічної папілосфінктеротомії, тривала катетеризація через устя ВДС, багаторазова кануляція та контрастування протокової системи ПЗ під високим тиском та інші. До факторів другої групи належить наявність у пацієнта папілостеноза або дисфункції сфінктера Одді, жіноча стать, не розширений жовчний проток, молодий вік і незмінні показники результатів біохімічного дослідження крові. У рандомізованих дослідженнях останніх років доведено, що встановлення тимчасових малокаліберних стентів у голов-

ну панкреатичну протоку (ГПП) хворим із високим ризиком розвитку ГП після ЕРПХГ вірогідно зменшує відсоток цього ускладнення. Одним із ефективних методів профілактики гострого панкреатиту являється стентування ГПП, яке рекомендують виконувати пацієнтам з групи високого ризику виникнення даного ускладнення і наявності можливих факторів розвитку постманіпуляційного панкреатиту. З цією метою використовують короткі, діаметром 5 Fr, пластикові стенти, які для уникнення пошкодження вірсунгового протоку рекомендують видаляти через 5-10 днів після їх постановки. Відмічено, що стентування ГПП являється ефективним методом профілактики розвитку гострого післяопераційного панкреатиту, незалежно від статті і віку хворих, і достовірно зменшує ризик його розвитку, як у пацієнтів з механічною жовтяницею, так і без неї. Стентування ГПП на завершуючому етапі ендоскопічних транспапільярних втручань розширює діапазон рекомендованих методик, таких як введення провідника в ГПП з профілактичною метою. В той же час отримані неоднозначні висновки про ефективність стентування ГПП для профілактики гострого післяопераційного панкреатиту. Розвиток важкого панкреатиту і панкреонекрозу в результаті обструкції провіту стентів в'язким секретом може обмежити даний метод профілактики [5]. Все це потребує пошуку нових технічних рішень.

**Метою роботи** є покращання діагностики та результатів хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит біліарної етіології.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проаналізовано результати лікування 264 хворих з гострим панкреатитом біліарної етіології, що склало 33,2 % від загальної кількості хворих на гострий панкреатит, які були госпіталізовані у порядку швидкої допомоги в клініку кафедри хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця протягом 2009-2018 рр. Чоловіків було 88 осіб (33,3 %), жінок – 176 (66,7 %). За віком хворі розділились наступним чином: молодого віку (до 44 років) становили 13 %, середнього (від 44 до 60 років) – 59 %, похилого віку (після 60 років) – 28 %. В дослідженні використовували класифікацію, що була запропонована на з'їзді International Association of Pancreatology, який проходив у 2011 р. в Кочині (Індія), та розроблена Міжнародною робочою групою по класифікації гострого панкреатиту (Acute Pancreatitis Classification Working Group) у 2012 р. [7]. Так, гострий біліарний панкреатит легкого ступеня діагностовано у 122 (46,2 %) пацієнтів, середньої тяжкості – у 92 (34,8 %). Тяжкий перебіг захворювання спостерігався у 50 (18,9 %) пацієнтів (аналогічний показник

при панкреатитах алкогольної етіології складав 12,1 %). Як предиктор важкого гострого панкреатиту використовували синдром системної запальної відповіді при госпіталізації або персистуючий синдром системної запальної відповіді – після 48 год. Оперативне лікування було застосоване у 92 (34,8 %) пацієнтів, у випадку застосування консервативної терапії 94 (54,6 %) пацієнта лікувались у відділенні інтенсивної терапії. При визначенні показів для лікування у відділенні інтенсивної терапії пацієнтів із діагнозом «гострий панкреатит» враховували один чи більше з наступних показників: 1) пульс < 40 чи > 150 /хв.; 2) систолічний артеріальний тиск < 80 мм рт. ст. (< 10,7 кПа), чи середні показники артеріального тиску < 60 мм рт. ст. (< 8,0 кПа), чи діастолічний артеріальний тиск > 120 мм рт. ст. (> 16 кПа); 3) частота дихання > 35 /хв.; 4) сироватковий натрій < 110 ммоль/л чи > 170 ммоль/л; 5) сироватковий калій < 2,0 ммоль/л чи > 7,0 ммоль/л; 6) РаО<sub>2</sub> (напруга кисню в артеріальній крові) < 50 мм рт. ст. (< 6,7 кПа); 7) рН < 7,1 чи > 7,7; 8) сироваткова глюкоза > 800 мг/дл (> 44,4 ммоль/л); 9) сироватковий кальцій > 15 мг/дл (> 3,75 ммоль/л); 10) анурія; 11) кома. Окрім того, відповідно до скоригованих вказівок класифікації, розробленої в м. Атланти у 2012 р. [4], пацієнти з важким гострим панкреатитом (наприклад, стійка поліорганна недостатність) також лікувались у відділенні інтенсивної терапії.

Основним показанням до лапаротомних оперативних втручань в ранній фазі захворювання був поширений перитоніт, як правило, на фоні фульмінантного перебігу захворювання з розвитком тяжкої загальної інтоксикації і поліорганної недостатності. Слід зазначити, що за даними показаннями було виконано лапаротомії у 12 (4,5 %) хворих в період з 2009 по 2012 роки. Починаючи з 2012 року, дані методики в ранньому періоді не застосовувались. У пізній фазі захворювання операції проводились у разі розвитку гнійно-септичних ускладнень: інфікування некрозів з формуванням абсцесів підшлункової залози та виникнення флегмони заочеревинної клітковини. Перевагу надавали мініінвазивним втручанням та пункційним методам лікування під УЗД контролем, що були виконані у 36 (13,6 %) пацієнтів. З 2009 року в клініці застосовуються малоінвазивні ендоскопічні втручання на ранньому госпітальному етапі згідно з етіопатогенетичним підходом до лікування гострого панкреатиту біліарної етіології. Усього було виконано 44 ічні операції з метою внутрішньої декомпресії протокової системи і відновлення пасажу жовчі й панкреатичного соку в дванадцятипалу кишку. Всі операції виконанні в ранньому періоді захворювання без ознак поширеного перитоніту, вираженої деструкції підшлункової залози і поліорганної недостатності. Показанням до ендоскопічних операцій були:

гострий холангіт, холедохолітиаз, механічна жовтяниця, папіліт, розширення загальної жовчної протоки (незалежно від наявності в ній конкрементів, за даними УЗД). У разі рубцевого стенозуючого папіліту, холангіту і холедохолітиазу виконувалась ендоскопічна папілосфінктеротомія з ревізією протокової системи та екстракцією конкрементів. Дана методика застосована у 10 (3,8 %) пацієнтів. В інших випадках (при функціональному м'язовому спазмі та відсутності грубих рубцевих деформацій стінок жовчовивідних шляхів) проводились органозберігаючі втручання без порушення морфофункціональної цілостності сфінктерного апарату протокової системи: канюляція у 6 (2,3 %) пацієнтів, механічна (балонна) у 5 (1,9 %) випадках, фармакологічна (міогенними спазмолітиками) дилатація дистального відділу протоків і великого дуоденального сосочка у 11 (4,2 %) пацієнтів. У випадку наявності резидуального холедохолітиазу із зовнішнім дрениванням холедоха нами була запропонована методика папілотомії під контролем холедохоскопії за допомогою гнучкого холедохоскопа, який вводять попередньо через зовнішній дренаж холедоха, що дозволяє здійснити контроль за введенням та установкою папілотому точно в просвіт термінального відділу холедоха, підвищити точність всіх маніпуляцій, знизити ризик ушкодження ДПК, розвитку заочеревинної флегмони та попередити подальше прогресування гострого панкреатиту. Даний вид оперативного втручання виконано у 12 (4,5 %) пацієнтів. Обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми STATISTICA. Для порівняння отриманих даних використовували t критерій Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нами був проведено порівняльний аналіз тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі та відсоток виникнення післяопераційних ускладнень між хворими, яким застосовувались в ранній фазі захворювання лапаротомні оперативні втручання (група порівняння) та малоінвазивні ендоскопічні втручання (основна група). Так, в основній групі тривалість перебування в стаціонарі складала 12±3,2 днів, відповідно в групі порівняння – 26±4,3 дні. У 42 (95,4 %) хворих, яким було виконано ендоскопічні операції, досягнуто позитивного клінічного ефекту, швидкого регресу симптомів гострого панкреатиту. Гнійно-септичні ускладнення у віддалені терміни не спостерігались. У двох (4,5%) пацієнтів основної групи перебіг ускладнився розвитком абсцесу сальникової сумки, було виконано пункційне дренивання під УЗД контролем. Слід зазначити, що після вшухання нападу гострого панкреатиту біліарної етіології (1-2 тижні) доцільно виконувати лапароскопічну холецистектомію з метою запобігання ре-

цидивам захворювання. За відсутності ендоскопічного обладнання виконується холецистектомія класичним лапаротомним доступом з обов'язковою ревізією холедоха, холедохолітотомія та зовнішнє дренивання загальної жовчної протоки. У хворих групи порівняння ускладнення виникли у 5 (41,6 %) пацієнтів, звертає на себе увагу те, що всім їм було виконані оперативні втручання, які обмежились лише санацією і дрениванням черевної порожнини, сальникової сумки. Слід зазначити, що, на нашу думку, у випадку виконання ранніх лапаротомій з приводу поширеного перитоніту, особливо на тлі тяжкої інтоксикації і поліорганної недостатності, не можна обмежуватись лише санацією і дрениванням черевної порожнини, сальникової сумки. У всіх випадках є обов'язкова зовнішня декомпресія позапечічкових жовчних шляхів, абдомінація підшлункової залози і дренивання заочеревинного простору, навіть за відсутності парапанкреатичної інфільтрації під час операції. Запропонована нами методика папілотомії у випадку наявності резидуального холедохолітіазу із зовнішнім дрениванням холедоха, згідно літературних даних, дає можливість знизити ризик виникнення перфорації стінки дванадцятипалої кишки з розвитком перитоніту або заочеревинної флегмони на 1,2 % ( $P < 0,05$ ). В основі ранньої патогенетичної терапії гострих панкреатитів біліарної етіології є нормалізація моторно-евакуаторної функції протокової системи, зняття внутрішньопотокової гіпертензії і відновлення пасажу жовчі та панкреатичного соку в дванадцятипалу кишку. Найдоцільнішими у таких випадках є малоінвазивні оперативні втручання на протоковій системі, які виконуються протягом першої доби після встановлення діагнозу біліарного панкреатиту. При цьому перевагу слід надавати малотравматичним маніпуляціям з метою збереження морфологічної цілостності сфінктерного апарату протокової системи: ретроградному канюлюванню, механічній баллонній дилатації або введенню суміші міогенних спазмолітиків. За наявності грубих патоморфологічних змін у протоковій системі – холедохолітіаз, рубцеві стриктури на рівні великого дуоденального сосочка – операцією вибору є ендоскопічна папілосфінктеротомія з екстракцією конкрементів. Також потрібно відмітити, що у випадку тяжкого перебігу захворювання та наявності ферментативного перитоніту вважаємо за доцільне дренивання черевної порожнини під УЗД контролем з метою зменшення інтоксикаційного синдрому. Виконання на ранніх етапах лапароскопічної санації і дренивання черевної порожнини, сальникової сумки за наявності в них ексудату, а також лаваж і введення через ці дренажі відповідних лікарських засобів (антибіотиків, блокаторів протеаз тощо) ми вважаємо недоцільним. Цей метод лікування є симптоматичним, він не запобігає

подальшому прогресуванню деструктивних змін у залозі, оскільки не знімає внутрішньопотокової гіпертензії, за таких умов лікарські препарати не можуть проникнути в залозу шляхом пасивної дифузії. Він потребує загального знеболення, що часто веде до погіршення загального стану хворих та поглиблення ознак дихальної недостатності та спонукає ще більше підвищення внутрішньочеревного тиску, що небезпечно ускладненнями з боку серцево-судинної системи.

Показник летальності серед неоперованих становив 1,2 % (2 пацієнти), а серед оперованих – 11,9 % (11 хворих). Основним чинником, що привів до летальності неоперованих пацієнтів в ранньому періоді, був фулмінантний перебіг захворювання – швидко прогресуюча деструкція підшлункової залози на тлі тяжкої загальної інтоксикації і миттєвого розвитку поліорганної недостатності. Найчастіше це були пацієнти, які надійшли до стаціонару через кілька діб від початку захворювання, практично в термінальному стані. Серед прооперованих пацієнтів, що померли, 81,8 % (9 осіб) становили хворі похилого віку. Безпосередніми причинами їх смерті стали гостра серцево-судинна, дихальна та печінково-ниркова недостатність. Серед інших померлих (осіб середнього віку) причиною смерті було прогресування деструктивних змін у паренхімі залози і заочеревинному просторі з наступним наростанням поліорганної недостатності.

## ВИСНОВКИ

Панкреатит біліарної етіології залишається одним з найпоширеніших хірургічних захворювань органів черевної порожнини та складає 33,2 % від загальної кількості хворих на гострий панкреатит. При цьому жінки хворіють в два рази частіше, ніж чоловіки. Майже третина (28 %) хворих з біліарним панкреатитом – це особи похилого віку з тяжкою супутньою загальносоматичною патологією, це пояснює високу летальність даної патології та складність лікування. У випадку своєчасної госпіталізації і відсутності фульмінантного перебігу захворювання ефективним етіопатогенетичним способом лікування в ранній період є малоінвазивні ендоскопічні втручання з метою декомпресії і дренивання протокової системи гепатопанкреатобіліарної зони. Використання малоінвазивних ендоскопічних втручань в ранній фазі захворювання зменшує тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі з  $26 \pm 4,3$  днів (група порівняння) до  $12 \pm 3,2$  днів (основна група) та кількість виникнення ускладнень на 37,1 % ( $P < 0,05$ ). Застосування запропонованого способу папілотомії під контролем холедохоскопії дає можливість знизити ризик виникнення перфорації стінки дванадцятипалої кишки з розвитком перитоніту або заочеревинної флегмони на 1,2 % ( $P < 0,05$ ).

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють, що не мають конфлікт інтересів, який може сприйматися таким, що може завдати шкоди неупередженості статті.

**Джерело фінансування.** Ця стаття не отримала фінансової підтримки від державної, громадської або комерційної організації.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Авакимян С.В. Прогноз и тактика лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести патологического процесса // Дис. ... док. мед. наук / Краснодар, 2015. 284 с.
2. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. Москва, 1996. С. 36.
3. Васильев Ю.В. Эндоскопическая панкреатохолангиография в диагностике поражений поджелудочной железы, вне- и внутрипечёночных жёлчных протоков // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1999. Т. 8, № 3. С. 18-23.
4. Гострий панкреатит. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / під ред М.П. Комаров та ін. // Київ: «Державний експертний центр МОЗ України», 2016. 53 с.
5. Bahr M.H., Davis B.R., Vitale G.C. Endoscopic management of acute pancreatitis // Surg. Clin. North Amer. 2013. Vol. 93, No. 3. P. 563-584. DOI: 10.1016/j.suc.2013.02.009
6. Bosetti C., Bravi F., Turati F. et al. Nutrient-based dietary patterns and pancreatic cancer risk // Ann. Epidemiol. 2013. Vol. 23, No. 3. P. 124-128. DOI: 10.1016/j.annepidem.2012.12.005
7. Dellinger E. P., Forsmark C. E., Layer P. et al. Determinant based classification of acute pancreatitis severity: an international multidisciplinary consultation // Ann. Surg. 2012. Vol. 254, No. 6. P. 875-880. DOI: 10.1097/SLA.0b013e318256f778
8. Cote G.A., Yadav D., Slivka A. et al. Alcohol and smoking as risk factors in an epidemiology study of patients with chronic pancreatitis // Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2011. Vol. 9, No. 3. P. 266-273. DOI: 10.1016/j.cgh.2010.10.015
9. Khan J., Solakivi T., Seppänen H. et al. Serum lipid and fatty acid profiles are highly changed in patients with alcohol induced acute pancreatitis // Pancreatology. 2012. Vol. 12, No. 1. P. 44-48. DOI: 10.1016/j.pan.2011.12.006
10. Larson S.D., Nealon W.H., Evers B.M. Management of gallstone pancreatitis // Adv. Surg. 2006. Vol. 40. P. 265-284. PMID: 17163108
11. Meyer A., Coffey M.J., Oliver M.R. et al. Contrast and comparisons between childhood and adult onset acute pancreatitis // Pancreatology. 2013. Vol.13, No. 4. P. 429-435. DOI: 10.1016/j.pan.2013.06.005
12. Pezzilli R. Etiology of chronic pancreatitis: Has it changed in the last decade? // World J. Gastroenterology. 2009. Vol. 15, No. 38. P. 4737-4740. DOI: 10.3748/wjg.15.4737

Отримано: 26.09.2018

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Колосович И. В., Безродный Б. Г., Ганоль И. В.*

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина*

**Актуальность.** Статья посвящена проблеме диагностики и лечения острого билиарного панкреатита, который остается одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости и составляет 33,2 % от общего количества больных острым панкреатитом.

**Целью** работы является улучшение диагностики и результатов хирургического лечения больных острым панкреатитом билиарной этиологии.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 264 больных с острым панкреатитом билиарной этиологии. Оперативное лечение было применено у 92 (34,8 %) пациентов: эндоскопические операции выполнены 44 больным (16,7 %). Так, у 10 (3,8 %) пациентов выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с ревизией протоковой системы и экстракцией конкрементов. В других случаях проводились органосохраняющие вмешательства без нарушения морфофункциональной целостности сфинктерного аппарата протоочной системы: канюляция у 6 (2,3 %) пациентов, механическая (баллонная) в 5 (1,9 %) случаях, фармакологическая (миогенная спазмолитиками) дилатация дистального отдела протоков и большого дуоденального сосочка у 11 (4,2 %) пациентов. При резидуальном холедохолитиазе была предложена методика папиллотомии под контролем холедохоскопии – 12 (4,54 %) пациентов. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения пациентов, которым в раннем заболевании применялись «открытые» (группа сравнения) и малоинвазивные эндоскопические вмешательства (основная группа).

**Результаты.** В основной группе длительность пребывания в стационаре составляла 12±3,2 дней, а в группе сравнения – 26±4,3 дня. У 42 (95,4 %) больных, которым были выполнены эндоскопические операции, достигнуто клинического эффекта, быстрого регресса симптомов острого панкреатита. У двух (4,5 %) пациентов основной группы возникли осложнения с развитием абсцесса сальниковой сумки, было выполнено пункционное дренирование под УЗИ контролем. В группе сравнения осложнения возникли у 5 (41,6 %) пациентов, обращает на себя внимание то, что всем им было выполнено оперативные вмешательства, которые ограничились лишь санацией и дренированием брюшной полости, сальниковой сумки. Показатель

летальності середі неоперированих становив 1,2 % (2 пацієнта), а середі оперированих – 11,9 % (11 больних). Середі умерших прооперированих пацієнтів 81,8 % (9 человек) були больні пожитого вікста.

**Выводы.** Использование малоинвазивных эндоскопических вмешательств в ранней фазе заболевания уменьшает продолжительность пребывания пациентов в стационаре с  $26\pm 4,3$  дней (группа сравнения) до  $12\pm 3,2$  дней (основная группа) и количество возникновения осложнений на 37,1 % ( $P < 0,05$ ). Применение предлагаемого способа папиллотомии под контролем холедохоскопии дает возможность снизить риск возникновения перфорации стенки двенадцатиперстной кишки с развитием перитонита или забрюшинной флегмоны на 1,2 % ( $P < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** острый билиарный панкреатит, главный панкреатический проток, эндоскопические операции.

## CURRENT ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE BILLARIAN PANCREATITIS

*Kolosovych I.V., Bezrodnyi B.H., Hanol I.V.*

*Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine*

*kolosovich\_igor@ukr.net*

**Relevance.** The article is devoted to the problem of diagnosis and treatment of acute biliary pancreatitis, which remains one of the most common surgical diseases of the abdominal cavity and accounts for 33.2% of the total number of patients with acute pancreatitis.

**Objective** of the work is to improve the diagnosis and results of surgical treatment of patients with acute pancreatitis of biliary etiology.

**Materials and methods.** The results of treatment of 264 patients with acute pancreatitis of biliary etiology are analyzed. Operative treatment was applied in 92 (34,8 %) patients: endoscopic operations were performed in 44 patients (16,7 %). Thus, in 10 (3,8 %) patients, endoscopic papilloproctomy was performed with the auditory of the duct system and the extraction of concretions. In other cases, organo-preserving intervention was performed without disturbing the morphofunctional integrity of the sphincter apparatus of the duct system: the cannulation in 6 (2,3%) patients, mechanical (balloon) in 5 (1,9 %) cases, pharmacological (myogenic antispasmodic) dilatation of distal duct and a large duodenal papilla in 11 (4,2 %) patients. In residual choledocholithiasis, a technique of papillotomy under the control of choledochoscopy was proposed – 12 (4,54 %) patients. A comparative analysis of the effectiveness of the treatment of patients who used the “open” (comparative group) and noninvasive endoscopic interventions in the early disease (the main group) was performed.

**Results.** So in the main group the length of stay in the hospital was  $12\pm 3,2$  days, respectively, in the comparison group –  $26\pm 4,3$  days. In 42 (95,4 %) patients who had undergone endoscopic surgery, a positive clinical effect, a rapid regress of the symptoms of acute pancreatitis was achieved. In two (4,5 %) patients in the main group, the course was complicated by the development of the abscess of the stuffing box, and puncture under ultrasound control was performed. In patients of the comparison group complications arose in 5 (41,6 %) patients, it is noteworthy that all of them had undergone operative interventions, which were limited only to the rehabilitation and drainage of the abdominal cavity, a stuffing box bag. The mortality rate among unoperated was 1,2 % (2 patients), and among the operated – 11,9 % (11 patients). Among prooperated patients who died, 81,8 % (9 people) were elderly patients.

**Conclusions.** The use of minimally invasive endoscopic interventions in the early phase of the disease reduces the length of stay of patients in the hospital from  $26\pm 4,3$  days (comparison group) to  $12\pm 3,2$  days (main group) and the number of complications occurring by 37,1 % ( $P < 0,05$ ). Application of the proposed method of papillotomy under the control of choledochoscopy makes it possible to reduce the risk of perforation of the wall of the duodenum with the development of peritonitis or retroperitoneal phlegmon by 1,2 % ( $P < 0,05$ ).

**Key words:** acute biliary pancreatitis, major pancreatic duct, endoscopic surgery.