



Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии

Проф. Е.А. РЕШЕТНИКОВ, канд. мед. наук А.С. МИРОНОВ, Ю.Я. МАЛОВ

Diagnosis and differential treatment of acute pancreatitis of biliary etiology

E.A. RESHETNIKOV, A.S. MIRONOV, YU.YA. MALOV

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РФ, Москва

С 1994 по 2004 г. наблюдалось 208 пациентов по поводу острого панкреатита билиарной этиологии. Комплексное эндоскопическое лечение при остром панкреатите билиарной этиологии выполнено у 88% пациентов. У лиц с сопутствующим ферментативным асцит-перитонитом ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ) и эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) при наличии показаний целесообразно проводить непосредственно в ходе операции. У остальных пациентов РПХГ и ЭПСТ должны быть первым этапом в лечении этого заболевания. На втором этапе операцией выбора являлась лапароскопическая холецистэктомия.

The experience in examination and treatment of 208 patients with acute pancreatitis of biliary etiology was analyzed. Complex endoscopic treatment was carried out in 88% patients. If there are indications, it is reasonable to perform retrograde pancreatocholangiography (RPCG) and endoscopic papillosphincterotomy (EPST) during surgery in patients with concomitant enzymatic ascites-peritonitis. In the others patients RPCG and EPST must be regarded as the first stage of treatment. Surgical procedure of choice at the second stage of treatment is laparoscopic cholecystectomy.

Khirurgiia (Mosk) 2005; 11: 25—27

В настоящее время острый панкреатит билиарной этиологии составляет от 35 до 60% всех наблюдений острого воспаления поджелудочной железы и тенденции к снижению не наблюдается [2, 6—11].

В последние десятилетия в связи с развитием прогрессивных технологий в медицине значительные изменения коснулись и методов лечения данного заболевания [1, 3—5]. Благодаря развитию эндоскопических методик ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) представляет надежный и эффективный метод выявления желчных камней в билиарных протоках. Кроме того, ЭПСТ сделала возможным переход диагностической процедуры в лечебную с удалением камней из общего желчного протока [3—5, 12]. Однако РПХГ и ЭПСТ должны выполняться лишь по соответствующим строгим показаниям и их не следует проводить всем пациентам с острым панкреатитом билиарной этиологии [1, 4, 12—13]. Вопрос об оптимальных сроках их проведения также остается дискуссионным и требует дальнейшего обсуждения [1, 3, 13, 14].

С 1994 по 2004 г. нами лечено 208 пациентов с диагнозом: острый панкреатит билиарной этиологии, что составило 37% всех наблюдений этого заболевания. Из 51 больного, которому требовалось вмеша-

тельство на внепеченочных желчных протоках, РПХГ и ЭПСТ успешно выполнены 48 (94%).

Показания к РПХГ и ЭПСТ устанавливали на основании комплексного клинико-инструментального обследования больных.

В качестве скринингового метода во всех наблюдениях использовали УЗИ брюшной полости с эффективностью 92%. При этом в 63% наблюдений диагностировали острый отечный панкреатит. Подозрение на наличие панкреонекроза возникло в 4% наблюдений, холецистолитиаз диагностировали в 100%, расширение общего желчного протока — в 84%, подозрение на холедохолитиаз высказано в 84%, деструктивные изменения в стенке желчного пузыря отмечены в 68,6%, свободная жидкость в брюшной полости выявлена — в 41,2% наблюдений. При обследовании всех не оперированных по экстренным показаниям больных использовали бесконтрастную магнитно-резонансную томографию (МРТ) с холангиографией для уточнения состояния паренхимы поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. Ее эффективность составила 80%. ЭГДС в первые 24 ч выполнили в 96% наблюдений, при этом были выявлены патологические изменения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (табл. 1).

При лабораторных исследованиях повышенный уровень амилазы и билирубина отмечен в 100% наблюдений, в общем анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз.

Компьютерную томографию, как правило, выполняли тем пациентам, у которых проводимая ком-

© Коллектив авторов, 2005

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2005



Таблица 1. Патологические изменения, выявленные при ЭГДС

Патологический процесс	Удельный вес, %
Дистальный поверхностный дуоденит	80,4
Папиллит различной степени выраженности	92,2
Нарушение пассажа желчи	78,4
Компрессионная деформация просвета ДПК	7,8
Эрозивный гастродуоденит	49
Язвенная болезнь желудка и ДПК в стадии обострения	10
Пара- и интрадивертикулярное расположение БСДК	8

Примечание. ДПК — двенадцатиперстная кишка, БСДК — большой сосочек двенадцатиперстной кишки.

Таблица 2. Результаты РПХГ

Выявленные изменения	Число больных (n=48)	
	абс.	%
Холедохолитиаз	43	89,6
Воспалительно-компрессионная стриктура просвета панкреатического отдела общего желчного протока	9	18,8
Воспалительно-рубцовая стриктура терминальных отделов общего желчного протока и главного панкреатического протока	21	43,8
Пара- и интрадивертикулярное расположение БСДК	4	8
Признаки холангита	9	19

плексная терапия не давала выраженного положительного эффекта в течение первой недели, затем — еженедельно для оценки состояния поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, органов брюшной полости.

РПХГ в сочетании с ЭПСТ и экстракцией камней из внепеченочных желчных протоков была выполнена 48 (94%) больным в первые 24—48 ч после поступления (табл. 2).

Абсолютными показаниями к проведению РПХГ и ЭПСТ считали наличие конкрементов во внепеченочных желчных протоках, подтвержденное УЗИ и МРТ с холангиографией, либо при интраоперационной холангиографии, выполненной во время лапароскопической санации и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), проводимых по поводу асептического панкреатогенного ферментативного асцит-перитонита. К относительным показаниям по данным УЗИ и МРТ относили признаки сохраняющейся билиарной гипертензии на фоне консервативного лечения с положительным эффектом, а также нарушение пассажа контрастного вещества в ДПК при фистулографии.

ЭПСТ выполняли канюляционным способом по струне-направителю 46, атипичную супрапапиллярную ЭПСТ — 2 пациентам с вклиненными камнями

ампулы БСДК. Экстракцию конкрементов проводили корзинкой Dormia, баллон-экстрактором за один сеанс санации (45 пациентов). У 3 больных с крупными камнями (>2 см) экстракция была дополнена предварительным выполнением механической литотрипсии с полным извлечением фрагментов в просвет кишки и последующей установкой назобилиарного дренажа. Из них только одному больному проведен повторный успешный сеанс эндоскопической ретроградной санации билиарных протоков. При наличии рентгенологических признаков непродленной доброкачественной стриктуры на уровне терминального отдела главного панкреатического протока ЭПСТ дополнена селективной вирсунготомией с целью декомпрессии у 27 больных. У 9 больных с признаками холангита санация билиарных протоков заканчивалась продленным до 6—7 сут лечебным назобилиарным дренированием.

Все больные острым панкреатитом билиарной этиологии были разделены на 3 группы.

Первая группа — 21 (41,2%) пациент с ферментативным асцит-перитонитом. У 16 больных показатели тяжести состояния по шкалам Ranson (1979 г.) были >3, АРАСНЕ II >8 баллов. У 5 пациентов значения показателей по шкалам Ranson (1979 г.) ≤3, АРАСНЕ II ≤8 баллов. Эти пациенты оперированы в экстренном порядке, им выполнили ЛХЭ с интраоперационной холангиографией, санацию и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Обязательно проводили дренирование общего желчного протока через культю пузырного протока (табл. 3).

Показания к вмешательству на внепеченочных желчных протоках в ходе операции возникли в 16 наблюдениях. При наличии конкрементов проводили РПХГ в совокупности с ЭПСТ и экстракцией камней непосредственно в ходе операции у 12 (75%) больных. Нам не удалось выполнить ЛХЭ из-за сложностей в выделении элементов треугольника Calot у 3 (18,8%) больных. Этим пациентам произведена открытая холецистэктомия, дополненная холедохолитотомией, дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока и подведением дренажей в сальниковую сумку через винсловое отверстие. РПХГ и ЭПСТ не удалось выполнить 1 (6,3%) пациенту из-за наличия дивертикула ДПК, ему произведена открытая холедохолитотомия. Вопрос о целесообразности РПХГ в послеоперационном периоде еще у 5 пациентов решался после стихания острого приступа и стабилизации состояния. Показанием к РПХГ служило выявленное при контрольной фистулографии нарушение пассажа контрастного вещества в ДПК даже при достоверном отсутствии камней в билиарных протоках на фоне исчезновения острых признаков воспаления в самой ткани железы. При этом у 2 (40%) больных выявлена стриктура БСДК, у 3 (60%) больных в просвете общего желчного протока имелась замазкообразная желчь со сгустками.

Усугубления течения основного заболевания при проведении этих лечебных мероприятий не отмече-



Таблица 3. Лечебные мероприятия в первой группе

Виды операций	Число больных	
	абс.	%
ЛХЭ + интраоперационные РПХГ и ЭПСТ + дренирование культи пузырного протока + дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	12	57
Открытая холецистэктомия + холедохолитотомия + дренирование культи пузырного протока + дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	4	19
ЛХЭ + дренирование культи пузырного протока + дренирование сальниковой сумки и брюшной полости + РПХГ и ЭПСТ в послеоперационном периоде	5	24
Итого	21	100

Таблица 4. Лечебные мероприятия во второй группе

Виды операций	Число больных	
	абс.	%
Предоперационные РПХГ и ЭПСТ + ЛХЭ + дренирование пузырного протока + дренирование сальниковой сумки	12	86
Предоперационные РПХГ и ЭПСТ + открытая холецистэктомия + дренирование сальниковой сумки	2	14
Итого	14	100

но. Повторные оперативные вмешательства потребовались 2 (9,5%) больным, у которых продолжалось прогрессирование некротических процессов в поджелудочной железе и окружающих тканях. Летальность в этой группе составила 4,8% (умер 1 пациент), что было обусловлено прогрессированием гнойно-септических осложнений.

Вторая группа — 14 (27,5%) пациентов, страдающих острым панкреатитом без признаков ферментативного перитонита с сопутствующим деструктивным холециститом. Значения показателей тяжести состоя-

ния у них составили по шкалам Ranson (1979 г.) ≤ 3 и APACHE II ≤ 8 баллов (12, или 86%); Ranson (1979 г.) > 3 и APACHE II > 8 баллов (2, или 14,3%). После проведения УЗИ, МРТ с холангиографией, ЭГДС и получения результатов лабораторных исследований холедохолитиаз выявлен у 10, билиарная гипертензия — у 4 больных.

РПХГ и ЭПСТ выполняли в течение 48 ч после поступления в стационар, во всех наблюдениях выявлен холедохолитиаз. В день проведения РПХГ этим больным выполнена холецистэктомия с дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока и сальниковой сумки через винсловое отверстие, причем у 12 (86%) больных лапароскопическим методом. Ухудшения течения основного заболевания не отмечено. Повторных операций и летальных исходов не было (табл. 4).

Третья группа — 16 (37,4%) пациентов с отечной формой острого панкреатита без выраженных воспалительных изменений в желчном пузыре. Значения показателей по шкалам Ranson (1979 г.) < 3 и APACHE II < 8 баллов. После дообследования с использованием УЗИ, МРТ — холангиографии, ЭГДС в 80% наблюдений установлен холедохолитиаз, в 20% — билиарная гипертензия. Им в течение первых 48 ч выполнены РПХГ и ЭПСТ. Консервативное лечение проводили до полного купирования приступа. Эти пациенты были оперированы в плановом порядке без выписки из стационара в среднем через 8 сут после купирования приступа. Операцией выбора мы считали ЛХЭ без дренирования внепеченочных желчных протоков. Летальных исходов не было.

Таким образом, комплексное эндоскопическое лечение больных острым панкреатитом билиарной этиологии возможно у 88% пациентов. У лиц с сопутствующим ферментативным асцит-перитонитом РПХГ и ЭПСТ при наличии показаний целесообразно проводить непосредственно в ходе операции. У остальных пациентов РПХГ и ЭПСТ были первым этапом в лечении этого заболевания. На втором этапе операцией выбора являлась ЛХЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов Н.П., Башилов В.П. Хирургическое лечение острого холецистопанкреатита. Кремлевская медицина. Клинический вестник 2000; 2.
2. Затевахин И.И., Крылов Л.Б., Сабиров Б.И. Острый холецистопанкреатит. Ташкент 1986; 138.
3. Acosta J.M., Rossi R., Galli O.M.R. Early surgery for acute gallstone pancreatitis: evaluation of a systemic approach. Surgery 1978; 83: 367—370.
4. Beger H.G., Bittner R., Block S., Buchler M.W. Bacterial contamination of pancreatic necrosis. A prospective clinical study. Gastroenterology 1986; 91: 433—438.
5. Carter D.C. Special aspects of gallstone pancreatitis. In: Trede M., Carter D.C. (Eds): Surgery of the Pancreas. Churchill Livingstone 1993; 221—232.
6. Dixon J.A., Hillman J.D. Surgical treatment of biliary tract disease associated with acute pancreatitis. Am J Surg 1970; 120: 371—375.
7. Howard J.M., Ehrlich E.W. Gallstone pancreatitis: a clinical entity. Surgery 1962; 51: 177—184.
8. Kelly T.R. Gallstone pancreatitis: pathophysiology. Surgery 1976; 80: 488—492.
9. Kuvshinov B.W., McFadden D.W. Acute pancreatitis necrosis: infected pancreatic necrosis and pancreatic abscess. In: Rippe J.M., Irwin R.S., Alpert J.S., Fink M.P. (Eds): Intensive Care Medicine. Boston, Little, Brown 1991; 2: 1326—1332.
10. Lerch M.M., Adler G. Pathophysiology of acute pancreatitis. Dig Surg 1994; 11: 186—192.
11. Paloyan D., Simonowitz D., Skinner D.B. The timing of biliary tract operations in patients with pancreatitis associated with gallstones. Surg Gynecol Obstet 1975; 141: 737—739.
12. Ranson J.H.C. The timing of biliary surgery in acute pancreatitis. Ann Surg 1979; 189: 654—663.
13. Scheurer U. Acute pancreatitis: ERCP and papillotomy. Dig Surg 1994; 11: 226—230.
14. Uhl W., Schrag H.J., Wheatley A.M., Buchler M.W. The role of infection in acute pancreatitis. Dig Surg 1994; 11: 214—219.

Поступила 30.03.05