

© Василюк С.М., Іванина В.В.

УДК: 616.37-002-071-074

**Василюк С.М., Іванина В.В.**

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", кафедра хірургії № 1 (вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ, Україна, 76018)

## **МІНІІНВАЗИВНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

**Резюме.** Проведене клінічне обстеження і лікування 126 хворих на гострий біліарний панкреатит. Чоловіків було 32 (25,4 %), жінок - 94 (74,6%). Більша частина пацієнтів була у віці від 41 до 60 років (59,5 %). Для вибору хірургічної тактики і методу операційного втручання при гострому біліарному панкреатиті, ми розподіляли пацієнтів у три групи. Перша - 65 пацієнтів, у яких спостерігався ізольований холецистолітіаз. Друга - 35 пацієнтів, у яких було верифіковано наявність дрібних конкрементів у різних відділах жовчовивідних шляхів, які не спричинили обтурації загальної жовчної протоки. Третя - 26, у яких були верифіковані обтураючі конкременти загальної жовчної протоки, в тому числі - вклинені у великий дуоденальний сосок. Встановлено, що у пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом та ізольованим холецистолітазом застосування ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії та ендоскопічної папілотомії є необґрунтованим і його потрібно уникати, а операцією вибору у них повинна бути лапароскопічна холецистектомія. У пацієнтів другої групи (гострий біліарний панкреатит з холецистолітазом) ендоскопічна папілотомія була обґрунтованим втручанням, яке необхідно проводити для декомпресії загальної жовчної протоки та визначення подальшої лікувальної тактики. Наступним етапом у них слід виконувати лапароскопічну холецистектомію. У хворих на гострий біліарний панкреатит та вклинений у великому дуоденальному соску конкремент (третя група) ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія та папілотомія є патогенетично обґрунтованим діагностично-лікувальним заходом, який потрібно проводити в якомога коротші терміни, що дозволяє ліквідувати клінічні прояви обтураційної жовтяниці та гострого біліарного панкреатиту.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, холелітіаз, лапароскопічна холецистектомія, ендоскопічна папілотомія.

### **Вступ**

Згідно думки ряду авторів, гострим біліарним панкреатитом слід вважати поєднання гострого панкреатиту з хронічними або гострими захворюваннями жовчовивідних шляхів [3]. Однак, останнє є широким поняттям, яке об'єднує всі патологічні стани жовчовивідних шляхів, у тому числі - і без запалення жовчного міхура (холедохолітіаз, стенози дистального відділу холедоха, стеноз чи вклинений конкремент великого дуоденального соска, функціональні дизкінетичні розлади жовчовиділення, дуоденостаз та ін.) [1].

Виходячи з цього, діагностика і лікування поєднаних уражень біліарної системи і підшлункової залози є однією з найбільших проблемних питань абдомінальної хірургії. На сьогодні не піддається сумніву теза, що якісне лікування гострого біліарного панкреатиту є неможливим без ліквідації причини, що його спричинила [4]. Це вимагає її чіткої верифікації на діагностичному етапі і, відповідно, індивідуалізованого вибору тактики і методу хірургічного лікування. Однак, в чинному "Клінічному протоколі надання медичної допомоги хворим з гострим панкреатитом", затвердженому Наказом МОЗ України № 297 від 02.04.2010 р. враховується тільки тяжкість гострого панкреатиту та не вказана роль ендоскопічної санації жовчовивідних шляхів при біліарному генезі панкреатиту [2].

*Мета* - напрацювати хірургічну тактику у хворих на гострий біліарний панкреатит, з урахуванням локалізації конкрементів у різних відділах жовчовивідної системи.

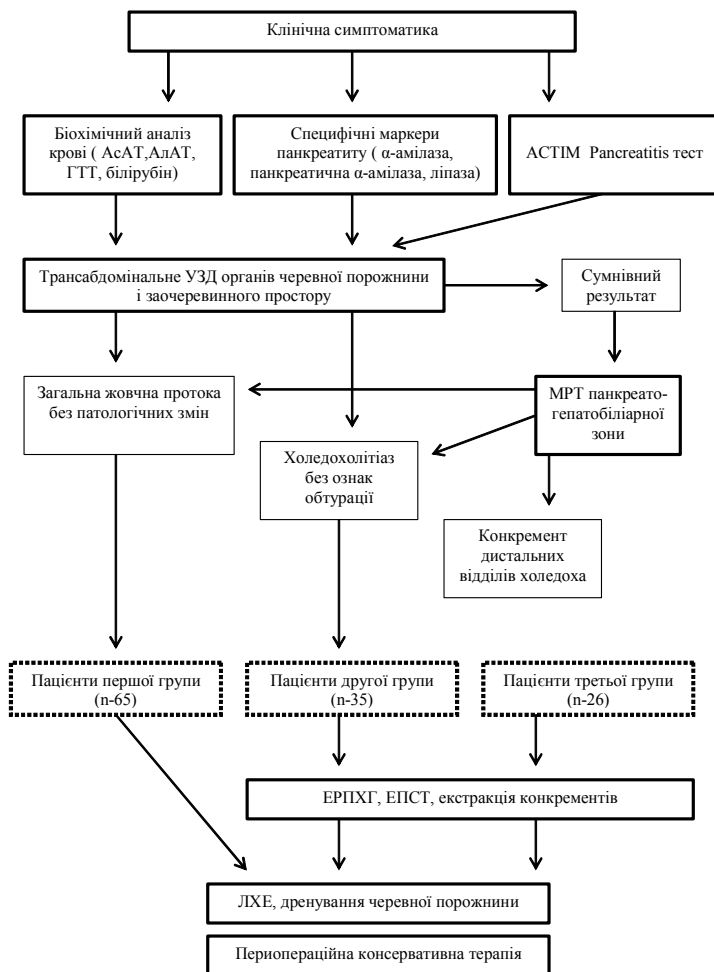
### **Матеріали та методи**

Нами проведено клінічне обстеження і аналіз лікування 126 хворих на гострий біліарний панкреатит, які

знаходились у хірургічному відділенні міської клінічної лікарні № 1 м. Івано-Франківська, що є базою кафедри хірургії № 1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет". Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 32 (25,4 %), жінок - 94 (74,6 %). Більша частина пацієнтів була у віці від 41 до 60 років (59,5 %). Серед чоловіків не зустрічались особи, молодші 30 років. Хворі у віці понад 61 рік склали 13,4 %.

Критеріями включення хворих в дослідження були: вік від 18 років, клінічні та інструментальні ознаки гострого панкреатиту, наявність в анамнезі холелітіазу або встановлення цього діагнозу на час поступлення пацієнта в стаціонар. Критеріями виключення були: медикаментозний, вірусний, ятрогенний панкреатит, стеноз загальної жовчної протоки, стеноз великого дуоденального соска, тяжка хронічна ниркова дисфункція (MDRD $\geq$ 30 мл/хв.), клас 2 чи вище хронічної серцевої недостатності за NYHA, кисневозалежне хронічне обструктивне захворювання легень, цироз печінки, тяжка анемія, злоякісні пухлини, годування груддю чи вагітність, тяжкі природжені чи набуті імунодефіцитні стани.

Специфічна клінічна симптоматика, оцінка показників біохімічного аналізу крові (цитолітичні ферменти, рівень білірубіну), підвищення  $\alpha$ -амілази, ліпази, панкреатичної  $\alpha$ -амілази та позитивний АСТІМ Pancreatitis тест дозволяли встановити попередній діагноз гострого панкреатиту. Трансабдомінальне ультразвукове дослідження (ТУЗД) дозволяло оцінити зміни збоку підшлункової залози, однак не завжди повноцінно характеризувало стан позапечінкових жовчних протоків. Для повноцінної характеристики загальної



**Рис. 1.** Діагностично-лікувальний алгоритм у пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом.

жовчної протоки ми застосовували МРТ панкреатобіліарної зони, що дозволяло чітко встановити ґенез гострого біліарного панкреатиту (рис. 1).

На підставі клінічного, лабораторного і інструментального обстеження, для вибору хірургічної тактики і методу операційного втручання при гострому біліарному панкреатиті, ми розподіляли пацієнтів у три групи.

До першої групи увійшли 65 хворих на гострий біліарний панкреатит у яких спостерігався ізольований холецистолітаз. Серед них у 42 був діагностований гострий, а у 23 - хронічний калькульозний холецистит. Другу групу склали 35 пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом, у яких було верифіковано наявність дрібних конкрементів у різних відділах жовчовивідних шляхів, які не спричиняли обтурації загальної жовчної протоки. Серед цих хворих у 14 в анамнезі була виконана холецистектомія. Двадцять шість хворих сформували третю групу. У цих пацієнтів були верифіковані обтураючі конкременти загальної жовчної протоки, в тому числі - вклинені у великий дуоденальний сосок. Серед них у семи був відсутній жовчний міхур, внаслідок проведеної в анамнезі холецистектомії.

## Результати. Обговорення

Ґенез біліарного панкреатиту мав важливе значення для вибору методу операції. У всіх 65 хворих (100,0 %) першої групи після проведення передопераційної консервативної терапії, спрямованої на зниження ферментної агресії та, пов'язаних з нею запальних змін в підшлунковій залозі, попередження інфікування парапанкреатичної клітковини та корекцію супутньої патології і системних змін, спричинених панкреатитом проводили лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ).

У 35 пацієнтів з конкрементами в загальній жовчній протоці, які не викликали проявів обтураційної жовтяниці (друга група) ведучим операційним втручанням була ендоскопічна декомпресія і санація жовчовивідних протоків. Після проведення ЕРПХГ проводилася ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ). Типовими рентгенологічними ознаками гострого біліарного панкреатиту у цих хворих була візуалізація конкременту, звуження інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки, набряк голівки підшлункової залози та контрастування розширеної протоки підшлункової залози (рис. 2).

У 8 хворих (22,8 %) цієї групи була виконана ЕПСТ. При цьому у просвіт дванадцятипалої кишки починав виділятися жовчний садж і мутна жовч. Наступним етапом у чотирьох з них проводили ЛХЕ. У 27 пацієнтів (77,1 %) була проведена екстракція конкрементів з загальної жовчної протоки петлею Дорміа. Серед них у 22 ендоскопічна декомпресія і санація спільної жовчної протоки була доповнена ЛХЕ.

Пацієнти третьої групи потребували термінової ЕРПХГ та ЕПСТ. Проведення консервативної терапії у них не викликало позитивного лікувального ефекту. Вклинений у великий дуоденальний сосок конкремент часто вдавалось ідентифікувати ще на етапі дуоденоскопії, за рахунок специфічних ознак: гіперемії стінки дванадцятипалої кишки, набряку великого дуоденального соска та ін. Якщо конкремент був великих розмірів, він випинав у просвіт дванадцятипалої кишки (рис. 3). При виконанні канюлювання великого дуоденального соска вдавалось проштовхнути конкремент в просвіт загальної жовчної протоки, що дозволяло виконати холангіограму. Однак, у цих пацієнтів, як правило, протока підшлункової залози не контрастувалась. На нашу думку, це пов'язано з набряком стінки інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки (рис. 4). У всіх цих хворих була проведена ендоскопічна екстракція конкрементів із загальної жовчної протоки, а у 14 з них - наступним етапом була проведена ЛХЕ.

Як вказують наші спостереження, у пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом та ізольованим холецис-



**Рис. 2.** ЕРПХГ хворого О. Діагноз: гострий біліарний панкреатит. Хронічний калькульозний холецистит. Холедохолітаз. В просвіті загальної жовчної протоки візуалізується необтуруючий конкремент. Спостерігається звуження інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки, набряк голівки підшлункової залози та контрастується розширена протока підшлункової залози.

толітіазом застосування таких неінвазивних методів як ТУЗД та МРТ дозволяє повноцінно оцінити стан органів панкреатогепатобіліарної зони. У цих хворих застосування ЕРПХГ та ендоскопічної інвазії через великий дуоденальний сосок є необґрунтованим і його потрібно уникати. Операцією вибору у хворих на гострий біліарний панкреатит без змін з боку загальної жовчної протоки повинна бути ЛХЕ.

У пацієнтів другої групи (гострий біліарний панкреатит з холелітазом) ТУЗД та МРТ у 94,3 % випадків дозволяли чітко встановити характер патологічних змін у підшлунковій залозі і позапечінкових жовчних шляхах. Ендоскопічна інвазія через великий дуоденальний сосок у цих хворих була обґрунтованим втручанням, яке необхідно проводити для декомпресії загальної жовчної протоки та визначення подальшої лікувальної тактики. Наступним етапом у них слід виконувати ЛХЕ.

У хворих на гострий біліарний панкреатит та вклинений у великому дуоденальному соску конкремент неінвазивні інструментальні методи обстеження дозволяли оцінити зміни в підшлунковій залозі, розширення позапечінкових жовчних шляхів, однак візуалізувати вклинений конкремент могли не завжди. У цих пацієнтів ЕРПХГ та ендоскопічна екстракція вклиненого конкременту була патогенетично обґрунтованим діагностично-лікувальним заходом, який потрібно проводити в якомога коротші терміни, що дозволяло ліквідувати клінічні прояви обтураційної жовтяниці та гострого біліарного панкреатиту.



**Рис. 3.** Дуоденоскопія хворої І. Діагноз: гострий біліарний панкреатит. Хронічний калькульозний холецистит. Холедохолітаз. Обтурація інтрапанкреатичної частини холедоха. Візуалізується конкремент, вклинений у великий дуоденальний сосок.



**Рис. 4.** ЕРПХГ хворої Б. Діагноз: гострий біліарний панкреатит. Хронічний калькульозний холецистит. Водянка жовчного міхура. Холедохолітаз. Обтурація інтрапанкреатичної частини холедоха. Вклинений конкремент проштовхнутий у загальну жовчну протоку, панкреатична протока не контрастується за рахунок набряку.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. У діагностиці гострого біліарного панкреатиту в комплексі діагностичного пошуку потрібно ширше застосовувати МРТ панкреатогепатобіліарної зони, що дозволяє уникнути ендоскопічної інвазії через великий дуоденальний сосок в пацієнтів, в яких наявний тільки холецистолітаз.

2. ЕРПХГ та ЕПСТ є ведучим операційним втручанням у хворих на гострий біліарний панкреатит та холе-

дохолітіаз. Застосування цього втручання в ранні терміни дозволяє зменшити клінічні прояви панкреатиту та ліквідувати супутню обтураційну жовтяницю і холангіт.

3. Обов'язковим етапом хірургічного лікування гострого біліарного панкреатиту повинна бути ЛХЕ, проведена самостійно чи після ендоскопічної декомпресії

загальної жовчної протоки.

Перспективним у плані подальших наукових розробок є напрацювання оптимальних термінів та технічних прийомів ендоскопічної декомпресії жовчовивідних шляхів та лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий біліарний панкреатит.

### Список літератури

1. Звягинцева Т. Д. Билиарный панкреатит / Т. Звягинцева, И. Шаргород // Ліки України. - 2012. - № 2 (158). - С. 52-58.
2. Наказ МОЗ від 02.04.2010 № 297 "Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності
3. "Хірургія". [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. - Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/portal/dn\\_20100402\\_297.html](http://www.moz.gov.ua/portal/dn_20100402_297.html)
4. Mathew M.J. Laparoscopic necrosectomy in acute necrotizing pancreatitis: Our experience / M. Mathew A. Parmar, D. Sahu D // J. Minim. Access. Surg. - 2014. - Vol. 10 (3). - P. 126-31.
3. Парфенов И. П. Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита / И.П. Парфенов, А.Л. Ярош, А.В. Солошенко // Российский медицинский журнал. - 2012. - № 1. - С. 19-21.

**Васильюк С.М., Іванюна В.В.**

### МИНИИВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

**Резюме.** Проведено клінічне дослідження і лікування 126 больових острым билиарным панкреатитом. Мужчин было 32 (25,4%), женщин - 94 (74,6%). Большая часть пациентов была в возрасте от 41 до 60 лет (59,5%). Для выбора хирургической тактики и метода оперативного вмешательства при остром билиарном панкреатите, мы распределяли пациентов в три группы. Первая - 65 пациентов, у которых наблюдался изолированный холецистолитиаз. Вторая - 35 пациентов, у которых было верифицировано наличие мелких конкрементов в различных отделах желчевыводящих путей, не вызывая обтурации общего желчного протока. Третья - 26, у которых были верифицированы обтурирующие конкременты общего желчного протока, в том числе - вклиненные в большой дуоденальный сосок. Установлено, что у пациентов с острым билиарным панкреатитом и изолированным холецистолитиазом применения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллотомии является необоснованным и его нужно избегать, а операцией выбора у них должна быть лапароскопическая холецистэктомия. У пациентов второй группы (острый билиарный панкреатит с холелитиазом) эндоскопическая папиллотомия была обоснованным вмешательством, которое необходимо проводить для декомпрессии общего желчного протока и определения дальнейшей лечебной тактики. Следующим этапом у них следует выполнять лапароскопическую холецистэктомию. У больных острым билиарным панкреатитом и вклиненным в большой дуоденальный сосок конкремент (третья группа) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и папиллотомия является патогенетически обоснованным диагностическим и лечебным мероприятием, которое нужно проводить в как можно более краткие сроки, что позволяет ликвидировать клинические проявления обтурационной желтухи и острого билиарного панкреатита.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, холелитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллотомия.

**Vasylyuk S.M., Ivanyna V.V.**

### MINIINVASIVE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

**Summary.** Clinical examination and treatment of 126 patients with acute biliary pancreatitis was performed. There were 32 men (25,4 %) and 94 women (74,6 %). Most of the patients were within the age of 41 to 60 (59,5 %). To select the method of surgical treatment and surgical intervention in acute biliary pancreatitis, we divided the patients into three groups. First group of 65 patients who experienced with isolated cholecystolithiasis. Second group of 35 patients who were verified the presence of small concretions in different parts of the biliary tract not causing obturation of common bile duct. Third group of 26 patients who had confirmed obturated concretions of common bile duct with impaction in duodenal ampulla. It was determined that in patients with acute biliary pancreatitis and isolated cholecystolithiasis use of endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic papillotomy is unsubstantiated and it should be avoided, while operation of choice shall be a laparoscopic cholecystectomy. In the second group of patients (acute biliary pancreatitis with cholelithiasis) endoscopic papillotomy intervention was reasonable and should be done for decompression of common bile duct and determination of further treatment strategy. The next step is performance of laparoscopic cholecystectomy. In patients with acute biliary pancreatitis and calculus impaction into duodenal ampulla (third group) endoscopic retrograde cholangiopancreatography and papillotomy is a pathogenetically substantiated diagnostic and therapeutic measure, which should be performed in the shortest possible time, allowing the elimination of clinical manifestations of obturative jaundice and acute biliary pancreatitis.

**Key words:** acute pancreatitis, cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, endoscopic papillotomy.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Бондарев Р.В.**

Стаття надійшла до редакції 05.11.2015 р.

Васильюк Сергій Михайлович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії № 1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет" МОЗ України; +38 067 765-35-54; surifnmu@gmail.com

Іванюна Василь Васильович - асист. кафедри хірургії № 1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет" МОЗ України; +38 097 999-59-69; vasuatko@mail.ru