

УДК 616.37-002; 617-089.87

В. Л. Ким, Е. Д. Любивый, А. В. Евтихов, О. Б. Назаров

РЕТРОГРАДНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Поступила в редакцию 18.06.2021 г.

Рецензия от 26.08.2021 г.

79

Аналізу подвергнуты результаты обследования и лечения 18 больных с острым билиарным панкреатитом (ОБП), которым были выполнены эндоскопические ретроградные эндобилиарные вмешательства (ЭРЭБВ), которые выполнялись в рентгеноперационной под эндотрахеальным наркозом с применением рентгентелевидения и включали в себя следующее: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), литотрипсия, литоэкстракция, стентирование протоков. Были выполнены следующие виды расщечений: субтотальная, ограниченная ЭПСТ, папиллотомия.

После выполнения папиллотомии у 1 (5,6%) пациента отмечено кровотечение, остановленное консервативными мероприятиями. Был 1 (5,6%) летальный исход. Больной поступил с явлениями выраженной интоксикации, панкреатогенным шоком, диагностирован тотальный панкреонекроз. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, отмечено прогрессирование заболевания, нарастание полиорганной недостаточности. В остальных наблюдениях проводимое лечение оказалось успешным.

В ближайшем периоде в сроки от 1 до 3 месяцев 16 пациентам была произведена лапароскопическая холецистэктомия. В отдаленном периоде в сроки 12 и 18 месяцев у двоих больных отмечен рецидив панкреатита. Они были излечены курсом консервативной терапии. При первом поступлении у этих пациентов был отмечен панкреатит с тяжелым течением и длительным анамнезом.

The article analyses the results of the examination and treatment of 18 patients with acute biliary pancreatitis (ABP). They underwent endoscopic retrograde endobiliary interventions (EREVB), which were performed in the X-ray surgery under endotracheal anesthesia using X-ray vision and included the following: endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), endoscopic papillosphincterotomy (EPST), lithotripsy, lithoextraction, duct stenting. The following types of EPST, subtotal, limited, papillotomy, were performed.

After performing a papillotomy, 1 (5.6%) a bleeding was stopped by conservative measures. The fatal outcome was accounted for 1 (5.6%). The patient was admitted with symptoms of severe intoxication, pancreatogenic shock, and was diagnosed with total pancreatic necrosis. Despite the intensive therapy, there was a progression of the disease, an increase in multiple organ failure. In the remaining cases, the treatment was successful.



In the nearest period, 16 patients underwent laparoscopic cholecystectomy within 1 to 6 months. In the long-term period, at the terms of 13 and 18 months, 2 patients had a recurrence of pancreatitis. They were cured by a course of conservative therapy. At the initial admission, these patients were diagnosed with severe pancreatitis and a long history.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, эндоскопические ретроградные эндобилиарные вмешательства, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Keywords: acute biliary pancreatitis, endoscopic retrograde endobiliary interventions, endoscopic papillosphincterotomy

Введение

В последние годы отмечается статистически достоверное увеличение частоты острого панкреатита. В общей структуре острых заболеваний органов брюшной полости он составляет 7–12 % и занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. Одним из видов этой патологии является острый билиарный панкреатит, обусловленный функциональной или органической патологией в зоне терминальных отделов желчных и панкреатических протоков и БДС, обычно связанной с желчнокаменной болезнью [1–7].

По мнению большинства авторов билиарный панкреатит является показанием для того или иного оперативного вмешательства, при этом многие ратуют за эндоскопические методы. Однако надо сказать, что есть и противники эндоскопической папиллосфинктеротомии, обращающие внимание на осложнения выполнения самой процедуры [1–4; 11–15]. Ранее, до внедрения в практику фиброэндоскопии, обычно выполнялись открытые оперативные вмешательства (холецистэктомия, холедохотомия, холедохолитотомия, дренирование желчных протоков, трансдуоденальная папиллосфинктеровирсунготомия), однако на высоте приступа они оказывались исключительно травматичными и сопровождалась высокой летальностью – 15–23 % [8; 9].

Внедрение в клиническую практику эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств (ЭРЭБВ), эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии (ЭРПХГ), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), стентирования холедоха, вирсунгова протока, литотрипсии, литоэкстракции способствовало пересмотру лечебной тактики при ОБП, что позволило значительно улучшить результаты лечения данного контингента пациентов [12–14]. Однако, по данным литературы, на сегодняшний день объем эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств (ЭРЭБВ), показания к их применению в зависимости от сроков заболевания и выраженности билиарной гипертензии, характера причины патологических процессов разнятся.

Цель исследования – определить роль и место таких малоинвазивных методов лечения, как эндоскопические ретроградные эндобилиарные вмешательства при остром билиарном панкреатите.



Задачи:

1. Оценить эффективность применения различных методик эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств при остром билиарном панкреатите в зависимости от тяжести и длительности заболевания.

2. Изучить ближайшие и отдаленные результаты применения эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств при остром билиарном панкреатите.

Материал и методы. Проведен анализ 18 наблюдений лечения острого панкреатита билиарной этиологии в хирургическом отделении ГКБСМП Калининграда за 2015–2021 гг. Применялись такие малоинвазивные хирургические вмешательства, как ЭРЭБВ. Женщин было 12 (66,7%), мужчин – 6 (33,3%); возраст пациентов составлял от 43 до 76 лет.

Причиной ОБП в 11 наблюдениях явился острый калькулезный холецистит в сочетании с холедохолитиазом, в 3 – камни общего желчного протока при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ), у 2 пациентов с ХКХ холедохолитиаз осложнился стенозом терминального отдела холедоха (ТОХ), в 2 наблюдениях – стенозирующий папиллит.

Одиннадцать (61,1%) пациентов имели сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ХОБЛ, сахарный диабет, ожирение, последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. У 6 (33,3%) больных эти патологии сочетались в различной вариации.

У трети пациентов был впервые возникший приступ желчнокаменной болезни и острого панкреатита, у остальных больных были неоднократные приступы острого холецистита. С начала заболевания 13 больных поступили в больницу после 1 суток, 10 (55,6%) больных – в срок от 1 до 3 дней и у 3 (16,7%) пациентов отмечено позднее обращение, спустя более чем 3 суток.

У всех пациентов превалировал в клинической картине болевой синдром с положительными симптомами острого холецистита и панкреатита, отмечались также диспепсические расстройства, иктеричность кожи, склер, слизистых. Общее состояние при поступлении у 15 (83,3%) больных расценено как среднетяжелое, в 3 (16,7%) наблюдениях как тяжелое.

Сонографические методы исследования во всех случаях подтвердили высокую эффективность метода как золотого стандарта в диагностике данных патологий. Определялись конкременты, морфологические изменения желчного пузыря, поджелудочной железы, билиарных и панкреатических протоков.

Для ЭРЭБВ использовали видеодуоденоскоп Olympus TJF-Q180V с видеозондоскопической системой Olympus Exera III, электрохирургический блок Olympus ESG-100 с набором необходимых аксессуаров-расходников.

Дуоденоскопия и ЭРПХГ позволяли определять характер изменений большого дуоденального сосочка, наличие, размеры холедоха и конкрементов, причины и характер механического блока желчных и панкреатических протоков (рис. 1).



Рис. 1. ЭРХПГ. Контрастирован гепатикохоledох с конкрементом

Для выполнения ЭПСТ использовали комбинированный режим «рассечения и коагуляции» PulseCut Slow/Fast. При этом старались получить достаточную длину разреза при минимальном количестве повторных включений коагулятора с сохранением, по возможности, верхней группы мышц сфинктерного аппарата ТОХ.

Степень тяжести острого панкреатита определяла объем проводимых лечебных мероприятий. При легкой степени назначалась базисная терапия (установление желудочного зонда и промывание холодной водой; новокаиновые блокады; инфузионная терапия с форсированным диурезом; ведение спазмолитиков; антисекреторная терапия (5-фторурацил, атропин, омепразол, октреотид по 100 мг 3 раза или октреотид-600 2 дня)). При неэффективности данной терапии в течение 6–12 часов усиливали лечение.

При среднетяжелом течении заболевания наряду с базисной терапией к лечению добавляли антибиотики, реопрепараты, октреотид до 600 мг за сутки или октреотид 600 мг до 4 суток.

При тяжелой степени заболевания наряду с базисной терапией назначали антибиотики, реопрепараты, октреотид до 900 мг за сутки или октреотид-600 до 5–6 суток, антиоксиданты, иммуностимуляторы, выполняли плазмаферез, спинномозговую эпидуральную анестезию. При билиарном панкреатите в течение 12–24 часов проводили подготовку к оперативному лечению.

Эндоскопические ретроградные вмешательства (ЭРВ) выполнялись в рентгеноперационной под эндотрахеальным наркозом с применением рентгентелевидения и включали в себя следующее: больным после ЭРХПГ выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) (рис. 2), при необходимости стентирование протоков. Выполняли следующие виды ЭПСТ: у 4 – субтотальная с литотрипсией и лито-



экстракцией с сохранением верхней части собственно сфинктера общего желчного протока, у 12 – ограниченная с литоэкстракцией корзинкой Dormia, у двоих – папиллотомия, при этом почти полностью сохранялась автономия всего сфинктера терминального отдела холедоха. У двоих пациентов произведено стентирование холедоха (рис. 3, 4), еще у двоих – стентирование панкреатического протока. На этом этапе проводили декомпрессию билиарной системы, панкреатических протоков, устраняли проявления механической желтухи, печеночной недостаточности, холангита, панкреатита, выполняли коррекцию нарушений функционального состояния печени и поджелудочной железы, а также других органов и систем организма.



Рис. 2. ЭПСТ. Рассеченный большой дуоденальный сосочек

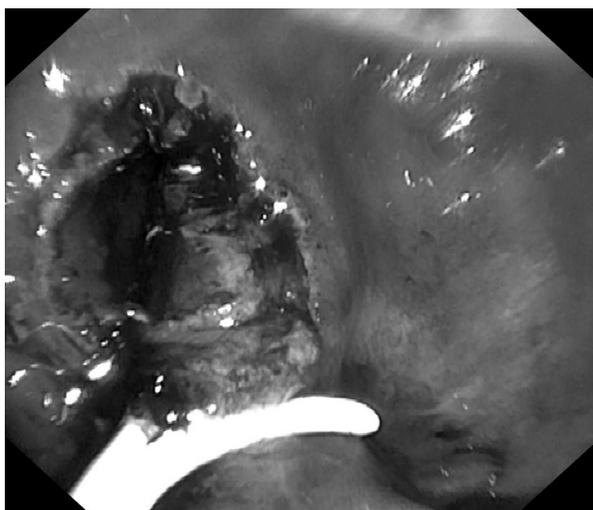


Рис. 3. Стент в холедохе



Рис. 4. Стент в холедохе по которому поступает темная желчь

С целью лечения холангита применяли санацию билиарной системы 0,4% электролизноводным раствором гипохлорита натрия совместно с целенаправленной антибактериальной терапией.

Результаты исследований

Анализ полученных результатов выполненных малоинвазивных эндоскопических ретроградных вмешательств проводился с учетом длительности и тяжести заболевания, клинических, лабораторных и инструментальных данных. Принимались во внимание анатомические особенности области Фатерова сосочка, характера механического препятствия, количества, размеров, расположения конкрементов. В зависимости от ситуации выполнялись папиллотомия, ограниченная, субтотальная папиллосфинктеротомия. Наиболее результативными были ЭПСТ при ущемленном камне в канале БДС. У 10 пациентов камни буквально вываливались в просвет двенадцатиперстной кишки. У 3 больных, вследствие дислокации конкрементов в просвет холедоха, произведено низведение камней в двенадцатиперстную кишку корзинкой Дормиа. Тем самым была проведена профилактика последующего вклинения и блокирования терминального отдела холедоха. У 3 пациентов большие камни были раздроблены эндоскопическим литотриптором, крупные фрагменты низведены корзинкой, мелкие – вымыты в просвет двенадцатиперстной кишки (рис. 5).

Двоим больным со стенозирующим папиллитом, явлениями холангита ввиду технических трудностей выполнены папиллотомии со стентированием холедоха и протока Вирсунга (рис. 6).

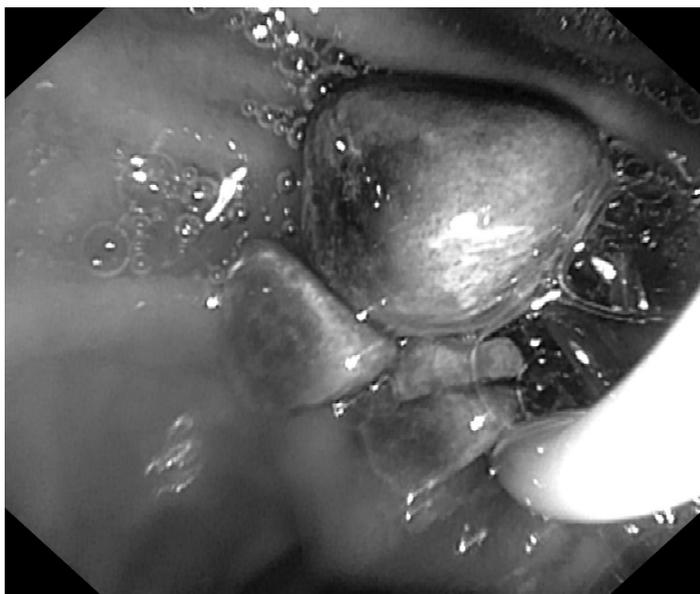


Рис. 5. Крупный и мелкие конкременты низведены в 12-перстную кишку



Рис. 6. Двойное стентирование

У пациентов с холедохолитиазом, в 11 наблюдениях был одиночный камень, в остальных случаях конкрементов было несколько. Размеры конкрементов колебались от 2–3 до 14 мм.

Положительная динамика в течение заболевания была отмечена уже в первые сутки после выполненных эндоскопических вмеша-



тельств, что было подтверждено как субъективными ощущениями больных и регрессом клиники патологии, так и нормализацией лабораторных показателей и морфологической картины, полученной с помощью инструментальных методов исследования уже ко вторым-третьим суткам.

Было отмечено одно (5,6 %) осложнение после папиллосфинктеротомии в виде кровотечения из зоны рассечения, которое удалось ликвидировать коагуляцией и консервативными мероприятиями. Из 13 больных с отечной формой острого панкреатита после выполнения ЭПСТ летальных случаев не наблюдалось. Отмечалась быстрая нормализация клинико-лабораторных показателей, уже в течение первых 12 часов после процедуры купировался болевой синдром, исчезали диспепсические явления. Выполнение ЭРЭБВ ни в одном случае не спровоцировало переход отечной формы в деструктивный панкреатит.

Наряду с быстрой нормализацией клинической картины и показателей анализов крови аналогичная тенденция отмечена при инструментальном контроле морфологических и метрических показателей поджелудочной железы и желчевыводящих протоков. Так, если при поступлении у больных отмечалось увеличение всей ПЖ или отдельных ее анатомических частей, паренхима органа была разнородной, гиперэхогенной, Вирсунгов проток был дилатирован, отмечался отек органа и парапанкреатической клетчатки, то после выполнения ЭРЭБВ уже на первые сутки нормализовалась картина гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны. Уже в течение первых суток после ЭПСТ при исходном среднем значении холедоха $12,2 \pm 0,9$ мм отмечалась нормализация показателей холедоха ($7,6 \pm 0,7$ мм). Синхронно этому изменялись размеры поджелудочной железы. Головка уменьшилась до $31,4 \pm 2,4$ мм (при исходном значении $48,2 \pm 3,1$ мм), тело — до $28,9 \pm 1,5$ мм ($35,5 \pm 1,7$ мм), хвост — до $16,5 \pm 1,4$ мм ($22,1 \pm 1,3$ мм).

У одного пациента, поздно поступившего в стационар, отмечалась картина тотального панкреонекроза со значительными морфологическими изменениями при УЗИ и КТ, были зафиксированы высокие показатели билирубина и амилазы крови. Несмотря на проводимую терапию в условиях реанимационного отделения, адекватно выполненную ЭПСТ с литоэкстракцией, прогрессировали явления панкреатогенного шока, развилась полиорганная недостаточность с исходом в летальный исход. Летальность составила 5,6 % (1 наблюдение).

После выполненных первым этапом эндоскопических ретроградных эндобилиарных вмешательств приступы острого холецистита удалось купировать, 16 больных были оперированы в плановом порядке в сроки от 1 до 3 месяцев. Вторым этапом им была произведена лапароскопическая холецистэктомия. У двоих пациентов через год и полтора года были отмечены явления острого панкреатита легкой степени, который был расценен уже как алиментарный, связанный с нарушением диеты. Эти приступы удалось купировать обычным курсом консервативной терапии.



Обсуждение результатов

Эффективность применения ЭРЭБВ при ОБП зависит от длительности заболевания, выраженности желтухи, печеночной недостаточности и панкреатита. В одном наблюдении, когда отмечен летальный исход, анамнез заболевания к моменту поступления пациента в стационар составил 5 суток, показатель билирубина равнялся 378,5 мкмоль/л, амилазы крови – 2500 ед. В двух случаях причиной рецидива острого уже алиментарного панкреатита было нарушение диеты, при длительном предыдущем анамнезе и тяжелом панкреатите. Этот тезис подтверждают и другие авторы [13; 14].

Основным этиологическим и патогенетическим моментом в развитии острого билиарного панкреатита является гипертензия в панкреатических протоках вследствие того или иного вида механической обструкции желчной и панкреатической протоковой системы. Вот почему при данном виде панкреатита, в отличие от других, показаны оперативные методы лечения, направленные на ликвидацию обструкции [1; 4; 7; 12; 15].

По мнению одних авторов [3; 8], при отечном панкреатите и очаговом поражении поджелудочной железы ЭРЭБВ являются весьма результативным хирургическим вмешательством, а при диагностированном тотально-субтотальном панкреонекрозе операции на большом дуоденальном сосочке не показаны. Однако имеются суждения [1; 4; 7; 10; 12–15], что при любой форме ОБП целесообразно выполнение папиллосфинктеротомии, которая создает необходимую разгрузку билиарной системы и устраняет гипертензию в желчных и панкреатических протоках.

Естественно, чем раньше начато лечение, тем лучше его результаты при любой патологии. Хирургические вмешательства на начальных стадиях острого панкреатита позволяют ликвидировать внутрипротоковую гипертензию, предотвратить проникновение панкреатического сока в межацинарное пространство, повреждение клеток и дальнейший деструктивный процесс паренхимы поджелудочной железы, тем самым и другие осложнения панкреатита [1; 4; 7; 12; 15].

В свою очередь, ЭРЭБВ как малоинвазивные способы лечения явились щадящими методами, особенно у больных с тяжелой соматической патологией, в то же время патогенетически обоснованными при сохранении всей своей адекватности, полноценности и эффективности. Об этом говорят полученные результаты.

Мы считаем, что в любом случае ОБП надо выполнять мероприятия, направленные на ликвидацию желчной и панкреатической гипертензии, восстановление нормального пассажа желчи и панкреатического сока, это будет патогенетически обоснованно для прерывания патологической цепи заболевания. Причем чем раньше начато лечение, тем лучше результаты, при этом предотвращается переход отечной формы в деструктивные процессы в ПЖ. Варибельное использование расши-



ренного арсенала методик ЭРЭБВ, их техническое усовершенствование позволит увеличить возможности этих малоинвазивных, но радикальных методов при ОБП [10; 12–14].

Заключение и выводы

Таким образом, эндоскопические ретроградные эндобилиарные вмешательства являются методом выбора при любой форме билиарного панкреатита.

Рано начатое хирургическое лечение в виде малотравматичных ЭРЭБВ позволяет быстрее ликвидировать внутрипротоковую гипертензию, предотвращает прогрессирование панкреатита, развитие деструктивных форм и других тяжелых осложнений заболевания.

При лечении ОБП эффективность ЭРЭБВ выше у пациентов с недлительным анамнезом, при невыраженной механической желтухе, амилаземии, при отечной форме панкреатита.

При полном устранении блока, восстановлении нормального пассажа желчи и панкреатического сока можно ограничиться ЭПСТ. В противном случае, в том числе при холангите, необходимо выполнять стентирование протоков.

Список литературы

1. Дыньков С.М., Насонов Я.А., Кузнецов А.А. и др. Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита // *Анналы хирургии*. 2000. №2. С. 30–35.
2. Редькин А.Н., Филипцова Л.А., Иваненков А.В. Эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии при остром билиарном панкреатите // *Эндоскопическая хирургия*. 2001. №4. С. 39–42.
3. Farkas G., Marton J., Mandy Y., Szederkenyi E. Surgical strategy and management of infected pancreatic necrosis // *British Journal of Surgery*. 1996. Vol. 83, №7. P. 930–933.
4. Paye F. Acute pancreatitis: diagnosis and therapeutic principles // *La Revue du Praticien*. 2002. Vol. 52, №14. P. 1554–1560.
5. Вашетков Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. СПб., 2000.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. М., 2003.
7. Панцырев Ю.М., Мельников А.Г., Федоров Е.Д. и др. Острый билиарный панкреатит: возможности диагностики и лечения // *Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии*. 1999. №2. С. 73–80.
8. Нестеренко Ю.А., Лантев В.В., Михайлуков С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. М., 2004.
9. Паньков А.Г., Чернякевич П.Л. Значение эндоскопических методов в диагностике и лечении острого билиарного панкреатита // *Российский медицинский журнал*. 1996. №1. С. 33–36.
10. Галимов О.В., Шарафутдинов А.Н., Зиангиров Р.А. и др. Эндоскопические методики в комплексном лечении больных с острым панкреатитом // *Хирургия*. 2002. №9. С. 37–40.
11. Батиг Е.В., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Перунова Д.Н. Особенности лечения холедохолитиаза при остром билиарном панкреатите // *Биомедицинский журнал Медлайн.ру*. 2015. Т. 16. С. 885–903.



12. Ушаков А.А., Овчинников В.И., Бабушкин Д.А. К вопросу о ведении больных с острым билиарным панкреатитом // Международный журнал экспериментального образования. 2016. №4, ч. 3. С. 424–426.

13. Дронов А.П., Насташенко И.Л., Горлач А.И., Цимбалюк Р.С. Острый и хронический панкреатит // Актуальные вопросы эндоскопии. VII Всероссийская науч.-практ. конф. СПб., 2016. С. 223–224.

14. Родоман Г.В., Соколов А.А., Шалаева Т.И. и др. Эндобилиарные вмешательства при остром некротическом панкреатите // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). 2014. №4). С. 40–45.

15. Семкичев В.А., Микрюков С.Р., Ершова Е.В., Сергеев П.В. Острый билиарный панкреатит. Тактика лечения. СПб., 2011. URL: http://orit1.narod.ru/наука/bili_panc.doc (дата обращения: 18.06.2021).

Об авторах

Виктор Леонидович Ким — д-р мед. наук, проф., заместитель главного врача по хирургии, ГБУЗ Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Россия.

E-mail: viktrleokim@yandex.ru

Евгений Дмитриевич Любивый — д-р мед. наук, проф., главный врач, ГБУЗ Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Россия.

E-mail: lubiviy@mail.ru

Алексей Валерьевич Евтихов — врач отделения хирургии, ГБУЗ Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Россия.

E-mail: evtikhov_av@mail.ru

Олег Бахтиерович Назаров — заведующий отделением эндоскопии, ГБУЗ Калининградской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Россия.

E-mail: kserks79@gmail.ru

The authors

Viktor L. Kim, State budgetary institution of health care of the Kaliningrad region, City Clinical Emergency Hospital, Kaliningrad, Russia.

E-mail: viktrleokim@yandex.ru

Evgeny D. Lyubivyy, State budgetary institution of health care of the Kaliningrad region, City Clinical Emergency Hospital, Kaliningrad, Russia.

E-mail: lubiviy@mail.ru

Alexey V. Evtikhov, State Budgetary Healthcare Institution of the Kaliningrad Region, City Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Kaliningrad, Russia.

E-mail: evtikhov_av@mail.ru

Oleg B. Nazarov, State Budgetary Healthcare Institution of the Kaliningrad Region, City Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Kaliningrad, Russia.

E-mail: kserks79@gmail.ru