

Миниинвазивные Технологии В Хирургической Коррекции Билиарного Панкреатита

Насимов Абдужалил Махмаюнус угли ¹

Резюме: В структуре причин билиарного панкреатита выявлены следующие этиопатогенетические факторы: холедохолитиаз в 62,9% случаев, дисфункция сфинктера Одди в 22,4%, микрохоледохолитиаз явился причиной в 14,6% случаев. Дифференцированное этапное применение современных миниинвазивных хирургических методик позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в лечении больных с хроническим билиарным панкреатитом в 71,1%. При остром билиарном панкреатите устранение ведущих факторов патогенеза в 66,7% случаев возможно за счёт использования эндоскопических и эндовидеохирургических методик (ЭПСТ, лапароскопические вмешательства). Применение срочной ЭПСТ эффективно в 31,6% случаев.

Ключевые слова: Билиарный панкреатит, хирургическое лечение, миниинвазивные методики

¹ Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность исследования

На долю панкреатита билиарного генеза приходится от 26% до 60% наблюдений острого воспаления поджелудочной железы (2,6). Хронизация острого билиарного панкреатита достигает 43% случаев. Ведущими факторами патогенеза билиарного панкреатита являются нарушение оттока по внепеченочным желчным путям и протоковой системе поджелудочной железы, возникновение билиарно-панкреатического рефлюкса с развитием внутрипротоковой гипертензии. В вопросах верификации вышеуказанных факторов и морфологических причин их формирования на ранней стадии развития заболевания единство взглядов отсутствует (3,4).

В качестве морфологического субстрата возникновения протоковой гипертензии наиболее

часто диагностируются билиарные конкременты, провоцирующие острый панкреатит при «транзиторном» прохождении, либо при ущемлении в большом дуоденальном сосочке. При длительной травматизации слизистой оболочки протоков формируется рубцовая стриктура дистального отдела холедоха, включающаяся в патогенез хронического билиарного панкреатита наряду с конкрементами (1,5).

С учётом постоянного роста числа больных желчекаменной болезнью и панкреатитом билиарного генеза, изучение вопросов диагностики и лечения этих заболеваний, а так же роли эндоскопических и открытых хирургических вмешательств остаются актуальными и требуют дальнейшей разработки. Использование высокоинформативных диагностических и миниинвазивных хирургических технологий привело к значительным изменениям в тактике ведения пациентов с панкреатитом билиарного генеза.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных билиарным панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на основе анализа клинических данных 116 пациентов с острым и хроническим билиарным панкреатитом, находившихся на лечении в многопрофильной клинике Самаркандского государственного медицинского университета с 2012 г. по 2023 г.

Критериями включения пациентов в исследование явились: наличие клинко-инструментального подтверждённого острого панкреатита в сочетании с признаками билиарной гипертензии на фоне холелитиаза, а также вторичных хронических изменений поджелудочной железы с внешнесекреторной или эндокринной недостаточностью на фоне панкреатобилиарной гипертензии, обусловленной желчекаменной болезнью, доброкачественными изменениями области большого дуоденального соска.

Острый билиарный панкреатит диагностирован у 21 (18,1%), хронический – у 95 (81,9%) больного. Оперативные вмешательства выполнены 94 (81,1%) пациентам, консервативное лечение проведено 22 (18,9%) больным. В острой фазе заболевания оперированы 21 пациент. Вмешательства по поводу хронического панкреатита выполнены 73 пациентам.

Средний возраст мужчин составил $52,1 \pm 14,4$ лет, женщин – $55,2 \pm 12,7$ лет (20–90 лет), обследованных общепринятыми методами (клинический осмотр, лабораторная диагностика, ультрасонография, эзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, магнитно-резонансная холангиопанкреатография).

По результатам клинического обследования больных, дополненного лабораторными и инструментальными методами, выделены этиопатогенетические группы пациентов (таблица 1).

Таблица 1 Этиопатогенетические группы пациентов, выделенные в результате обследования с применением диагностического алгоритма

Этиопатогенетические группы		Число больных	
		абс.	отн. %
Билиарный панкреатит на фоне холедохолитиаза	Острый панкреатит	21	18,1
	Хронический панкреатит	52	44,8
Хронический билиарный панкреатит на фоне микрохоледохолитиаза		17	14,6
Хронический билиарный панкреатит на фоне дисфункции сфинктера Одди		26	22,4
Итого		116	100

Результаты и их обсуждение. Оперативное лечение выполнено 94 (81,1%) пациентам. Определение хирургической тактики и выбор вида оперативного пособия основывались на этиологической форме заболевания.

Хирургическое лечение при остром билиарном панкреатите проведено у 25 (11,3%) больных (таблица 2).

Таблица 2 Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита при наличии холедохолитиаза

Вид оперативного вмешательства	Количество больных	
	абс.	отн. %
- ЭПСТ, литоэкстракция	9	42,8
- ЭПСТ + ЛХЭ, литоэкстракция, дренирование ОЖП	1	4,8
- ЛХЭ, литоэкстракция, дренирование ОЖП	4	19,0
- ХЭ, литоэкстракция, дренирование ОЖП	7	33,3
Итого	21	100

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как окончательный метод хирургического лечения выполнена 9 (42,8%) пациентам на фоне механической желтухи вследствие вклиненного камня в дистальном отделе ОЖП. ЭПСТ и холецистэктомия, дренирование ОЖП выполнены симультанно 3 (4,8%) пациентам в первые сутки нахождения в стационаре в связи с наличием острого флегмонозного холецистита и механической желтухи вследствие обструкции камня в Фатеровом сосочке. Во всех случаях получен хороший клинический эффект ЭПСТ в течение первых суток. Холецистэктомия с наружным дренированием ОЖП выполнена 7 (33,3%) пациентам по поводу острого холецистита с явлениями холангита. Лапароскопическим доступом данная операция выполнена 4 (19,0%) пациентам.

Хирургическое лечение при хроническом билиарном панкреатите на фоне холелитиаза проведено у 52 (44,8%) больных (таблица 3).

Таблица 3 Хирургическое лечение хронического билиарного панкреатита при наличии холедохолитиаза

Вид оперативного вмешательства	Кол-во больных	
	абс.	отн. %
Холедохолитиаз		
- ЭПСТ, литоэкстракция	21	40,4
Холедохолитиаз + хронический холецистит		
- ЭПСТ + ЛХЭ, литоэкстракция, дренирование ОЖП	3	5,8
- ЭПСТ, литоэкстракция + ЛХЭ	11	21,2
- ХЭ, литоэкстракция, дренирование ОЖП	9	17,3
- ЛХЭ, литоэкстракция, дренирование ОЖП	2	3,8
- ХЭ, дренирование ОЖП + ЭПСТ, литоэкстракция	6	11,5
Итого	52	100

ЭПСТ, как окончательный метод хирургического лечения выполнена 21 (40,4%) пациентам.

При диагностике на дооперационном этапе у пациентов с хроническим панкреатитом конкрементов как в желчном пузыре, так и во внепеченочных желчных путях, лечение выполнено в следующих вариантах. После ЭПСТ у 14 (26,9%) пациентов возникли показания к повторному хирургическому вмешательству. В связи с наличием множественных крупных конкрементов, либо анатомических особенностей, 3 (5,8%) пациентам выполнена холецистэктомия, литоэкстракция, наружное дренирование ОЖП. Лапароскопическая холецистэктомия без наружного дренирования ОЖП после ЭПСТ выполнена 11 (21,2%) пациентам.

В 9 (17,3%) наблюдениях хронического панкреатита билиарного генеза на фоне холелитиаза с явлениями холангита, комбинированное лечение начинали с холецистэктомии с холангиографией и наружным дренированием желчных протоков. Лапароскопическим доступом данная операция выполнена 2 (3,8%) пациентам. Наличие резидуальных конкрементов в просвете гепатикохоледоха потребовало дополнительного оперативного вмешательства в объеме ЭПСТ и литоэкстракции у 6 (11,5%) пациентов после холецистэктомии с наружным дренированием.

После лапароскопической холецистэктомии с наружным дренированием ОЖП у 12 больных с хроническим билиарным панкреатитом выявлен микрохоледохолитиаз. Пациентам данной группы проведена терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты в течение 4 недель в суточной дозе 500 мг. Перед удалением дренажей всем пациентам выполнена контрольная микроскопия желчи. Отмечена положительная динамика в виде значимого уменьшения количества кристаллов с 3–4-й до 1–2-й степени микролитиаза. Терапия урсодезоксихолевой кислотой по приведенной схеме проведена еще 5 пациентам без хирургического вмешательства.

При изолированной стриктуре БДС в 7 наблюдениях выполнена ЭПСТ, как окончательный метод хирургического лечения. В связи с наличием протяжённой стриктуры выполнено стентирование ОЖП 2 пациентам.

В группе из 17 больных где установлен функциональный характер расстройств сфинктерного аппарата коррекция сужений дистального отдела ОЖП не выполнялась в связи с полной регрессией явлений билиарной гипертензии на фоне консервативной терапии за счёт купирования воспалительного компонента.

Развитие послеоперационных осложнений отмечено у 15 пациентов из 95 оперированных больных, что соответствовало 15,8%.

Таблица 4 Структура осложнений хирургических вмешательств

Осложнения	абс.	отн. %
Осложнения хирургического лечения:		
– Кровотечение из зоны ПСТ	3	3,1
– Транзиторная амилаземия	5	5,3
– Послеоперационный панкреатит	2	2,1
– Внутривентральное кровотечение	1	1,1
– Внутривентральное желчеистечение	2	2,1
– Внутривентральные абсцессы	1	1,1
– Гнойный холангит	1	1,1
– Нагноение п/о раны	2	2,1
– Миграция дренажа холедоха	1	1,1
Общесоматические осложнения:		
– кровотечения ЖКТ	1	1,1
– ТЭЛА	1	1,1
– пневмония	3	3,1
– ОИМ	1	1,1
Всего осложнений*	15	15,8

*у некоторых больных наблюдалось до 2-3 осложнений

Летальность составило 3,1% .

С целью определения эффективности хирургического лечения проведён анализ сроков стационарного лечения при разных видах хирургических вмешательств, а также частоты послеоперационных осложнений.

Средние сроки лечения пациентов при миниинвазивном лечении были наименьшими и составили 10,0 [7,0÷16,0] койко-дней. Длительность лечения при открытых вмешательствах и комбинации различных методик оказалась сопоставима и составила 18,0 [13,0÷24,0] и 19,0 [9,0÷24,0] койко-дней соответственно.

Выводы.

1. В структуре причин билиарного панкреатита выявлены следующие этиопатогенетические факторы: холедохолитиаз в 62,9% случаев, дисфункция сфинктера Одди в 22,4%, микрохоледохолитиаз явился причиной в 14,6% случаев.
2. При хроническом билиарном панкреатите использование миниинвазивных технологий (ЭПСТ, стентирование ОЖП, лапароскопические вмешательства) приводит к уменьшению сроков стационарного лечения.
3. Дифференцированное этапное применение современных миниинвазивных хирургических методик позволяет достигнуть удовлетворительных результатов в лечении больных с хроническим билиарным панкреатитом в 71,1%. При остром билиарном панкреатите устранение ведущих факторов патогенеза в 66,7% случаев возможно за счёт использования эндоскопических и эндовидеохирургических методик (ЭПСТ, лапароскопические вмешательства). Применение срочной ЭПСТ эффективно в 31,6% случаев.

Литература

1. Диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди после холецистэктомии / Ю.С. Винник, Е.В. Серова, С.В. Миллер [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2012. – № 6. – С. 5–9.
2. Кубышкин, В.А. Тактика хирургического лечения больных хроническим панкреатитом / В.А. Кубышкин, А.Г. Кригер, И.А. Козлов // *Хирургия*. – 2018. – № 1. – С. 17–24.
3. Manuel, P.R. Liver function tests and common biliopancreatic channel kinetics - biliopancreatic reflux / P.R. Manuel, P.V. Úrsula, P.M. Fabián // *Cirugía Española (English Edition)*. – 2020. – Vol. 93, №5. – P. 326–333.
4. Matsuoka, L. The minimally invasive approach to surgical management of pancreatic diseases / L. Matsuoka, P. Dilip // *Gastroenterol. Clin. North Am.* – 2022. – Vol. 41, № 1. – P. 77–101.
5. Neal, C.P. Surgical therapy in chronic pancreatitis / C.P. Neal, A.R. Dennison, G. Garcea // *Minerva Gastroenterol. Dietol.* – 2017. – Vol. 58, № 4. – P. 377–400.
6. Small gallstone size and delayed cholecystectomy increase the risk of recurrent pancreatobiliary complications after resolved acute biliary pancreatitis / S.B. Kim, T.N. Kim, H.H. Chung [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* – 2017. – Vol. 62, № 3. – P. 777–783.