

Василюк С.М., Іванина В.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Ефективність раннього операційного втручання при гострому біліарному панкреатиті

Резюме. Проведене клінічне обстеження і лікування 126 хворих на гострий біліарний панкреатит. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 32 (25,4 %), жінок — 94 (74,6 %). Виходячи з причин розвитку гострого біліарного панкреатиту, нами було виділено три групи пацієнтів: перша — 65 хворих, у яких спостерігався ізольований холецистолітаз (42 — гострий калькульозний холецистит, 23 — хронічний калькульозний холецистит), друга група — 35 хворих, у яких були дрібні конкременти у різних відділах жовчовивідних шляхів, що не спричиняли обтурації загальної жовчної протоки, і третя — 26 пацієнтів, у яких були обтурувальні конкременти загальної жовчної протоки, у тому числі вклинені у великий дуоденальний сосок. У пацієнтів першої групи виконували лапароскопічну холецистектомію, у пацієнтів другої і третьої груп — ендоскопічну транспапільярну декомпресію спільної жовчної протоки і за необхідності — лапароскопічну холецистектомію. У терміні до 48 годин операції були проведені у 78,6 % пацієнтів усіх груп. При аналізі було встановлено, що активна хірургічна тактика дозволяє вірогідно лікувати респіраторний ($p = 0,01$; $OR = 4,0$), гемодинамічний ($p = 0,02$; $OR = 5,69$), ентеральний ($p = 0,04$; $OR = 3,50$) синдроми, SIRS ($p = 0,04$; $OR = 3,50$) та синдром гіперферментемії ($p = 0,07$; $OR = 4,79$). Також у цих пацієнтів відмічали нижчу частоту розвитку специфічних ускладнень гострого біліарного панкреатиту: гострих перипанкреатичних неінфікованих рідинних скупчень ($p = 0,03$; $OR = 0,15$), перипанкреатичних абсцесів, постнекротичних кіст підшлункової залози ($p = 0,05$; $OR = 0,18$) і постхолецистектомічного синдрому ($p = 0,05$; $OR = 0,27$).

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит; лапароскопічна холецистектомія; ендоскопічна папілото- мія; ускладнення

Вступ

Діагностика і лікування поєднаних уражень біліарної системи і підшлункової залози — одне з найбільш проблемних питань абдомінальної хірургії [3]. Питома вага хворих на гострий біліарний панкреатит у стаціонарах абдомінальної хірургії становить від 15 до 25 %. Майже у 85 % випадків біліарний панкреатит є ускладненням холелітіазу. Летальність залежно від тяжкості панкреатиту становить від 3,2 до 55,5 %, а післяопераційна летальність при тяжкому інфікованому панкреонекрозі — 31,5 % [4, 7].

Згідно з думкою ряду авторів, гострим біліарним панкреатитом слід вважати поєднання гострого панкреатиту з хронічними або гострими захворюваннями жовчовивідних шляхів. Останнє є широким поняттям, що об'єднує всі патологічні стани

жовчовивідних шляхів, у тому числі і без запалення жовчного міхура (холедохолітіаз, стенози дистального відділу спільної жовчної протоки, стеноз чи вклинений конкремент великого дуоденального соска, функціональні дискінетичні розлади позапечіночних жовчних проток і дванадцятипалої кишки) [3]. З практичної точки зору до поняття гострого біліарного панкреатиту включають стани, при яких є явища гострого панкреатиту, поєднані з гострим чи хронічним калькульозним холециститом, пояснюючи це тим, що навіть наявність безсимптомного хронічного запалення в одному з органів панкреатогепатодуоденальної зони має важливе патогенетичне значення [5].

Незважаючи на поширеність поєданого ураження біліарної системи і підшлункової залози, чимало

питань тактики лікування залишаються не вирішеними. У доступній літературі ми не виявили єдиного алгоритму лікування гострого біліарного панкреатиту. Поряд із цим не викликає сумнівів, що адекватне лікування цієї патології повинне поєднувати хірургічну і консервативну складові, які будуть визначатися особливостями патологічних процесів у жовчовивідних шляхах і підшлунковій залозі [1, 2].

Мета роботи: оцінити ефективність активної хірургічної тактики у хворих на гострий біліарний панкреатит.

Матеріали та методи

Нами проведено клінічне обстеження і 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 %). Такий розподіл за статтю був закономірним з огляду на вищу частоту різних форм жовчнокам'яної хвороби в осіб жіночої статі. Більша частина пацієнтів була віком від 41 до 60 років (59,5 %). Серед чоловіків не зустрічались особи, молодші за 30 років. Хворі віком понад 61 рік становили 13,4 %.

Виходячи з даних об'єктивного обстеження, результатів лабораторних та інструментальних досліджень, нами було виділено три групи хворих. До першої дослідної групи увійшли 65 хворих на гострий біліарний панкреатит, у яких спостерігався ізольований холецистолітаз. Серед них у 42 був діагностований гострий калькульозний холецистит, у 23 — хронічний калькульозний холецистит. Другу групу становили 35 пацієнтів із гострим біліарним панкреатитом, у яких було верифіковано наявність дрібних конкрементів у різних відділах жовчовивідних шляхів, що 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 обтурувальні конкременти загальної жовчної протоки, у тому числі вклинені у великий дуоденальний сосок. Серед них у 7 був відсутній жовчний міхур у результаті проведеної в анамнезі холецистектомії.

Дев'яносто дев'ять пацієнтів (78,6 %) усіх груп були прооперовані в терміні до 48 годин. Такий підхід вважали патогенетично обґрунтованим. У пацієнтів першої групи не проводили ендоскопічне чи зовнішнє дренування спільної жовчної протоки (табл. 1). Відсутність іктеричності шкіри та склер, нормальний діаметр спільної жовчної протоки вказували на збереження відтоку жовчі в просвіт кишечника. Поєднання лапароскопічної холецистектомії з адекватним консервативним лікуванням дозволяло швидко ліквідувати набряк підшлункової залози, що в подальшому знижувало компресію інтрамуральної частини спільної жовчної протоки. У хворих другої та третьої груп також вважали за доцільне проводити ендоскопічну декомпресію спільної жовчної протоки в межах 48 годин, за необхідності — виконувати лапароскопічну холецистектомію впродовж наступної доби.

Клінічними критеріями, що дозволяли оцінити ефективність ранньої операції у хворих на гострий біліарний панкреатит, були показники, що характеризували фізіологічну реакцію організму в післяопераційному періоді (температурна реакція, регресія запальних змін у загальному аналізі крові, больовий синдром та ін.), частоту інфекційних ускладнень гострого панкреатиту, емоційний і фізичний комфорт пацієнта, тривалість стаціонарного лікування.

Результати та обговорення

Температурна реакція у пацієнтів, які були прооперовані впродовж 48 годин, нормалізувалася в межах $2,2 \pm 0,8$ доби, тоді як у хворих, яким оперативне втручання проводили в більш пізні терміни, —

Таблиця 1. Характеристика операційних втручань залежно від термінів у хворих на гострий біліарний панкреатит різних дослідних груп

Вид операційного втручання	Перша група (n = 65)		Друга група (n = 35)		Третя група (n = 26)	
	< 48 год	> 48 год	< 48 год	> 48 год	< 48 год	> 48 год
Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ)	49	16	–	–	–	–
Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРПХГ) + ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ)	–	–	2	2	–	–
ЕРПХГ + ЕПСТ + екстракція конкрементів	–	–	2	3	10	2
ЕРПХГ + ЕПСТ + ЛХЕ	–	–	3	1	–	–
ЕРПХГ + ЕПСТ + екстракція конкрементів + ЛХЕ	–	–	19	3	14	–
Усього	49	16	26	9	24	2

через $3,0 \pm 0,7$ доби. Проведення раннього оперативного втручання в усіх групах пацієнтів позитивно впливало на регресування клінічних ознак гострого біліарного панкреатиту та паралітичної кишкової непрохідності. У пацієнтів, прооперованих в перші 48 годин, явища парезу кишечника ліквідувались в межах 12 годин після операції, більш тривалим цей період був тільки у хворих, в яких діагностували тяжкий панкреатит.

При аналізі регресії типових синдромів гострого панкреатиту нами було встановлено, що раннє оперативне втручання дозволяє вірогідно ліквідувати респіраторний ($p = 0,01$; OR = 4,0), гемодинамічний ($p = 0,02$; OR = 5,69), ентеральний ($p = 0,04$; OR = 3,50) синдроми, SIRS ($p = 0,04$; OR = 3,50) та синдром гіперферментемії ($p = 0,07$; OR = 4,79) (табл. 2). Вірогідної різниці у регресії клініко-лабораторних проявів перитонеального ($p = 0,6$; OR = 1,74), метаболічного ($p = 0,3$; OR = 2,29), гемокоагуляційного ($p = 0,8$; OR = 1,24) та синдрому печінкової ($p = 0,1$; OR = 2,54) і ниркової ($p = 0,3$; OR = 2,02) дисфункції залежно від термінів операції нами виявлено не було.

При аналізі частоти розвитку специфічних ускладнень гострого панкреатиту нами було встановлено наступне (табл. 3). У хворих, які були прооперовані до 48 годин, була вірогідно нижчою частота фор-

мування гострих перипанкреатичних неінфікованих рідинних скупчень ($p = 0,03$; OR = 0,15). У них рідше діагностували перипанкреатичні абсцеси ($p = 0,02$; OR = 0,12) та постнекротичні кісти підшлункової залози ($p = 0,05$; OR = 0,18). Гіперглікемія в терміни спостереження до одного місяця зустрічалася з невірогідною різницею ($p = 0,8$; OR = 0,53). Поряд із цим функціональні чи механічні порушення з боку жовчовиділення або запальні зміни гепатопанкреатодуоденальної зони, які ми об'єднували терміном «постхолецистектомічний синдром», зустрічалися вірогідно рідше серед пацієнтів із перенесеним гострим біліарним панкреатитом, в яких оперативне втручання було проведено в межах 48 годин ($p = 0,05$; OR = 0,27).

Висновки

1. Біліарний панкреатит є захворюванням, яке тісно пов'язане з органічними чи функціональними порушеннями жовчовивідної системи, що патогенетично обґрунтовує необхідність включення до комплексного хірургічного лікування операційних втручань, спрямованих на ліквідацію патологічного вогнища чи корекцію розладів жовчовиведення.

2. Операційне втручання, проведене в терміні до 48 годин, дозволяє вірогідно ліквідувати респіраторний ($p = 0,01$; OR = 4,0), гемодинамічний ($p = 0,02$;

Таблиця 2. Регресія клінічних проявів типових синдромів гострого панкреатиту у ранньому післяопераційному періоді залежно від термінів проведення оперативного втручання (%)

Синдром	< 48 год	> 48 год	p	χ^2	OR
Респіраторний	88,90 ± 3,16	66,7 ± 9,1	0,01	6,27	4,0
Гемодинамічний	91,90 ± 2,74	66,7 ± 9,1	0,02	9,53	5,69
Ентеральний	90,90 ± 2,89	74,1 ± 8,4	0,04	4,01	3,50
Перитонеальний	90,90 ± 2,89	85,2 ± 6,8	0,6	0,26	1,74
SIRS	90,90 ± 2,89	74,1 ± 8,4	0,04	4,01	3,50
Гіперферментемії	91,90 ± 2,74	70,4 ± 8,8	0,07	7,05	4,79
Печінкової дисфункції	87,90 ± 3,28	74,1 ± 0,4	0,1	2,17	2,54
Ниркової дисфункції	89,90 ± 0,03	81,5 ± 7,5	0,3	0,74	2,02
Метаболічний	92,90 ± 2,58	85,2 ± 6,8	0,3	0,77	2,29
Гемокоагуляційний	93,90 ± 0,40	92,6 ± 5,0	0,8	0,04	1,24

Таблиця 3. Частота розвитку специфічних ускладнень гострого панкреатиту залежно від термінів проведення оперативного втручання (%)

Синдром	< 48 год	> 48 год	p	χ^2	OR
Гострі перипанкреатичні неінфіковані рідинні скупчення	5,1 ± 2,2	25,9 ± 8,4	0,03	8,44	0,15
Перипанкреатичні абсцеси	2,00 ± 1,41	14,8 ± 6,8	0,02	5,10	0,12
Постнекротична псевдокіста	3,00 ± 1,72	14,8 ± 6,8	0,05	3,59	0,18
Гіперглікемія	4,00 ± 1,98	7,4 ± 5,0	0,8	0,05	0,53
Постхолецистектомічний синдром	7,10 ± 2,58	22,2 ± 8,0	0,05	3,75	0,27

OR = 5,69), ентеральний (p = 0,04; OR = 3,50) синдроми, SIRS (p = 0,04; OR = 3,50) та синдром гіперферментемії (p = 0,07; OR = 4,79).

3. Активна хірургічна тактика забезпечує зниження частоти розвитку специфічних ускладнень гострого біліарного панкреатиту, зокрема гострих перипанкреатичних неінфікованих рідинних скупчень (p = 0,03; OR = 0,15), перипанкреатичних абсцесів, постнекротичних кіст підшлункової залози (p = 0,05; OR = 0,18) та постхолецистектомічного синдрому (p = 0,05; OR = 0,27).

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Василюк С.М., Іванина В.В. *Міні-інвазивне хірургічне лікування гострого біліарного панкреатиту* // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2016. — № 1(2). — С. 276-279.

2. Дронов О.І., Ковальська І.О., Коваленко А.П. *Особливості застосування динамічної лапароскопії та етапної некректомії заочеревинного простору у хворих, опе-*

рованих з приводу гострого некротичного панкреатиту / О.І. Дронов, І.О. Ковальська, А.П. Коваленко // *Клінічна хірургія*. — 2009. — № 7–8. — С. 21-22.

3. Cremer A., Arvanitakis M. *Diagnosis and management of bile stone disease and its complications* // *Minerva Gastroenterol. Dietol.* — 2016 Mar. — № 62(1). — P. 103-29.

4. Sarno G., Al-Sarira A.A., Ghaneh P., Fenwick S.W., Malik H.Z., Poston G.J. *Cholecystectomy-related bile duct and vasculobiliary injuries* // *British Journal of Surgery*. — 2012. — № 99. — P. 1129-1136.

5. Parmar A.D., Sheffield K.M., Adhikari D., Davee R.A., Vargas G.M., Tamirisa N.P., Kuo Y.F., Goodwin J.S., Riall T.S. *PREOP-Gallstones: A Prognostic Nomogram for the Management of Symptomatic Cholelithiasis in Older Patients* // *Ann. Surg.* — 2015 Jun. — № 261(6). — P. 1184-90.

6. Vasylyuk S.M., Ivanyina V.V. *Diagnosis of Acute Biliary Pancreatitis* // *Ukrainian Journal of Surgery*. — 2016. — № 1–2. — P. 30-31; 60-63.

7. Xu H., Li Y., Yan J., Cai Y., Yang H., Liu J., Zhang Q., Ji M., Lu J., Zou J., Jin Z. *Severity analyese of acute pancreatitis based on etiology* // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. — 2014 Nov 11. — № 94(41). — P. 3220-3.

Отримано 13.10.2017 ■

Василюк С.М., Іванина В.В.

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», г. Івано-Франківськ, Україна

Эффективность раннего операционного вмешательства при остром билиарном панкреатите

Резюме. Проведено клінічне обстеження і лікування 126 пацієнтів з острым билиарним панкреатитом. Среди обстежених пацієнтів чоловіків було 32 (25,4 %), жінок — 94 (74,6 %). Исходя из причин развития острого билиарного панкреатита нами было выделено три группы пациентов: первая — 65 больных, у которых наблюдался изолированный холецистолитиаз (42 — острый калькулезный холецистит, 23 — хронический калькулезный холецистит), вторая — 35 больных, у которых были мелкие конкременты в разных отделах желчевыводящих путей, которые не вызывали обтурации общего желчного протока, и третья — 26 пациентов, у которых были обтурирующие конкременты общего желчного протока, в том числе вклиненные в большой дуоденальный сосок. У пациентов первой группы выполняли лапароскопическую холецистэктомию, у пациентов второй и третьей групп — эндоскопическую транспапиллярную декомпрессию общего желчного протока и при необходимости — лапароско-

пическую холецистэктомию. В сроки до 48 часов операции были проведены у 78,6 % пациентов всех групп. При анализе было установлено, что активная хирургическая тактика позволяет достоверно ликвидировать респираторный (p = 0,01; OR = 4,0), гемодинамический (p = 0,02; OR = 5,69), энтеральный (p = 0,04; OR = 3,50) синдромы, SIRS (p = 0,04; OR = 3,50) и синдром гиперферментемии (p = 0,07; OR = 4,79). Также у этих пациентов отмечали низкую частоту развития специфических осложнений острого билиарного панкреатита: острых перипанкреатических неинфицированных жидкостных скоплений (p = 0,03; OR = 0,15), перипанкреатических абсцессов, постнекротических кист поджелудочной железы (p = 0,05; OR = 0,18) и постхолецистектомического синдрома (p = 0,05; OR = 0,27).

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит; лапароскопическая холецистэктомия; эндоскопическая папиллотомия; осложнения

S.M. Vasylyuk, V.V. Ivanyina

Higher State Education Institution "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk, Ukraine

Efficiency of the early surgery in acute biliary pancreatitis

Abstract. Background. The evaluation of the effectiveness of active surgical tactics in patients with acute biliary pancreatitis was the purpose of our study. **Materials and methods.** A clinical examination and treatment of 126 patients with acute biliary pancreatitis has been performed. Among the examined patients, there were 32 men (25.4 %),

and 94 women (74.6 %). Based on the causes of acute biliary pancreatitis, we identified three groups of patients: the first one — 65 individuals with isolated cholelithiasis (42 — with acute calculous cholecystitis, 23 — with chronic calculous cholecystitis), the second one — 35 patients with small concretions in different departments

of the biliary tract, which did not cause obturation of the common bile duct, and the third one — 26 persons, who had torsion concretions of the common bile duct, including those wedged into major duodenal papilla. Patients in the first group underwent laparoscopic cholecystectomy, in the second and third groups — endoscopic transpapillary decompression of the common bile duct and, if necessary, laparoscopic cholecystectomy. In up to 48 hours, surgeries were performed in 78.6 % of patients in all groups. **Results.** During the analysis, it was found that the temperature response in patients, who were operated for 48 hours, was normal within 2.2 ± 0.8 days, whereas in patients, who had surgical intervention at a later date, — after 3.0 ± 0.7 days. Early operative intervention in all groups of patients positively influenced the regression of clinical signs of acute biliary pancreatitis and paralytic intestinal obstruction. Active surgical tactics allowed to reliably eliminate respiratory ($p = 0.01$; odds ratio (OR) = 4.0); hemodynamic ($p = 0.02$; OR = 5.69); enteral ($p = 0.04$; OR = 3.50) syndromes, systemic inflammation response syndrome

($p = 0.04$; OR = 3.50) and an increased level of enzymes in the blood ($p = 0.07$; OR = 4.79). We had not found significant differences in regression of clinical and laboratory manifestations of peritoneal ($p = 0.6$; OR = 1.74), metabolic ($p = 0.3$; OR = 2.29), hemocoagulation ($p = 0.8$; OR = 1.24) and liver syndrome ($p = 0.1$; OR = 2.54) and renal ($p = 0.3$; OR = 2.02) dysfunction, depending on the terms of the operation. Also, these patients noted a lower incidence of specific complications of acute biliary pancreatitis: acute peripancreatic uninfected fluid clusters ($p = 0.03$; OR = 0.15), peripancreatic abscesses, postnecrotic cysts of the pancreas ($p = 0.05$; OR = 0.18) and postcholecystectomy syndrome ($p = 0.05$; OR = 0.27). **Conclusions.** In patients with acute biliary pancreatitis, surgery on the bile duct system for up to 48 hours can significantly improve the regression of the main clinical manifestations of the disease, is pathogenetically substantiated and should be used more frequently.

Keywords: acute biliary pancreatitis; laparoscopic cholecystectomy; endoscopic papillotomy; complications