

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ И ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОТОМИИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ



Ризаев Эъзозбек Алимджанович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²,
Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич²

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР БИЛИАР ПАНКРЕАТИТДА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ВА ЭНДСКОПИК ПАПИЛЛОТОМИЯНИНГ АФЗАЛЛИГИ

Ризаев Эъзозбек Алимджанович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²,
Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич²

1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 – Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

EFFECTIVENESS OF VIDEOLAPAROSCOPY AND ENDOSCOPIC PAPILLOTOMY IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Rizayev Eazozbek Alimdzhanovich¹, Kurbaniazov Zafar Babajanovich², Abdurakhmanov Diyor Shukurullaevich²

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: Ezozbek.Rizayev@tma.uz

Резюме. Ўрта ва оғир ўткир билиар панкреатит билан оғриган 79 (30,3%) нафар беморларни даволаш таҳлили келтирилган. ЭПСТ ўткир билиар панкреатитда ўт ва ошқозон ости беги йўлларининг обструкциясини самарали бартараф этади ва йирингли холангит ва панкреатик некрознинг асосий сабаби бўлган каналли гипертензияни йўқ қилади. Холецистэктомия, айниқса лапароскопик холецистэктомияни, касалликнинг қайталаниш хавфи туфайли, ҳужуддан кейинги 24 соат ичида билиар панкреатитни консерватив ҳал қилинганидан кейин амалга ошириш тавсия этилади. ЭПСТни ўтказгандан сўнг, агар папиллотомия асоратсиз бажарилган бўлса, касалхонадан чиқмасдан холецистэктомия қилиш мумкин. Стерил ёки инфекцияланган суюқлик тўпланиши билан асоратланган ўткир билиар панкреатитда холецистэктомия тўлиқ бартараф этилгунга қадар ва тизимли яллигланиш реакцияси йўқолгунча қолдирилиши керак.

Калим сўзлар. Ўткир билиар панкреатит, оғир клиник кечиши, минимал инвазив аράлашувлар.

Abstract. The article presents an analysis of the treatment of patients with moderate to severe acute biliary pancreatitis – 79 (30.3%) patients. EPST effectively resolves obstruction of the bile and pancreatic ducts in acute biliary pancreatitis and eliminates ductal hypertension, which are the main cause of purulent cholangitis and pancreatic necrosis. Cholecystectomy, mainly laparoscopic, is advisable to perform after conservative resolution of mild biliary pancreatitis within 24 hours after the attack due to the risk of relapse of the disease. After EPST, cholecystectomy is also justified without discharge from the hospital, if papillotomy is performed without complications. In acute biliary pancreatitis complicated by sterile or infected fluid accumulations, cholecystectomy should be postponed until their complete resolution and elimination of the systemic inflammatory response.

Keywords. Acute biliary pancreatitis, severe clinical course, minimally invasive interventions.

Актуальность. Острый билиарный панкреатит (ОБП), является распространенным заболеванием, встречающимся у 25-30 % от общего числа больных острым панкреатитом и в 15-25% протекает в тяжелой форме. Его главными причинами служат существование желчнокаменной болезни, анатомических взаимоотношений общего желчного и главного и панкреатического протоков и эмбрионального развития между ними «общего канала», микролитиаз, вклинение и миграция камней через большой дуоденальный сосочек (1,4).

В настоящее время пропагандируется активная хирургическая тактика лечения желчнокаменной болезни, широкое внедрение лапароскопической

холецистэктомии и эндоскопической ретроградной панкреато- и холангиографии с возможностью выполнения папиллотомии и экстракции камней. Однако результаты хирургического лечения больных с ОБП оставляют желать лучшего, поскольку при тяжелых формах этого заболевания летальность достигает 15-30%. Поэтому общие и местные осложнения ОБП, возникающие при длительном течении заболевания, диктуют необходимость разработки аргументированных рекомендаций по достижению главной цели – спасению жизни больного (3,6). В частности, актуально своевременное распознавание специфических лабораторных и данных специальных исследований, характерных для ОБП. Требуется обоснованный выбор

вида хирургического пособия, минимально инвазивного или «открытого», в зависимости от преобладания тех или иных изменений желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы, парапанкреатического и забрюшинного пространства. Окончательного решения ждет вопрос об эффективности и вместе с тем опасности эндоскопической папиллотомии в условиях осложненного течения. Не менее важным является определение сроков выполнения холецистэктомии, а также возможности ее осуществления в течение однократной госпитализации после купирования ОБП различных степеней тяжести (2,5).

Цель исследования. Определить выбор метода хирургической коррекции острого билиарного панкреатита с целью устранения панкреатической и билиарной гипертензии.

Материал и методы исследования. Представлен анализ лечения больных острым билиарным панкреатитом со средним и тяжелым течением – 79 (30,3%) пациента.

Билиарным панкреатитом чаще страдали женщины, в соотношении 1:1,5 в пользу женщин. Возраст больных варьировал в широких пределах от 18 до 90 лет, средний возраст больных составил $52,5 \pm 2,0$ года. Для оценки тяжести инфекционного процесса выявлялись признаки системной воспалительной реакции (ССВР). Для установления признаков и проявлений полиорганной недостаточности ориентировались на основные показатели лабораторных и инструментальных исследования. Также использовались компьютерные версии расчетных алгоритмов в шкале APACHE II.

УЗИ позволяло выявить не только свободную жидкость в брюшной полости и отек поджелудочной железы, но и явления острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза (рис. 1).

Наиболее информативной была магнитно-резонансная холангиопанкреатография для выявления состояния внепеченочных желчных протоков, холангиэктазии, микролитиаза и сладжа желчного пузыря и желчных протоков (рис. 2).

Среди больных острым билиарным панкреатитом со средним и тяжелым течением заболевания у 6 выявлено вклинение камня в большой дуоденальный сосочек (БДС), у 10 – деструкция желчного пузыря и стерильное скопление поджелудочной железы, у 10 – деструкция желчного пузыря и инфицированное скопление, у 23 – холедохолитиаз, холангит, механическая

желтуха, у 30 – инфицированный панкреонекроз без тенденции к отграничению (рис. 4).

Результаты и их обсуждение. Хирургическое лечение острого билиарного панкреатита имело свои особенности связанные с необходимостью коррекции ЖКБ

6 больных с вклинением камня в большой дуоденальный сосочек, как показали наши наблюдения, требовали устранения патологического состояния в ближайшее время после выявления. Этим больным эндоскопическая папиллотомия выполнена в первые часы после поступления. Именно выполнение эндоскопической папиллотомии в экстренном порядке позволило избежать прогрессирования острого панкреатита, купировать его. А после разрешения отека поджелудочной железы выполнить лапароскопическую холецистэктомию.

23 больным тяжелой формой острого билиарного панкреатита, на фоне острого калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи и холангита, также выполнено ЭПСТ. Эту манипуляцию выполняли в первые 24 часа с момента поступления.

Из этих 23 больных 14 проведена холецистэктомия в ближайшие 2-3 недели после разрешения острого панкреатита, желтухи и холангита, причем в 3 случаях выполнена конверсия и «открытая» холецистэктомия. Еще 5 больных были оперированы также «открытым» способом в связи с развитием острого холецистита через 3 дня после выполнения эндоскопической папиллотомии. Другие 3 больных были оперированы через 4-7 дней после эндоскопической папиллотомии в связи с развитием не только острого холецистита, но и миграцией камней из желчного пузыря в желчные протоки с развитием желтухи. Выполнена «открытая» холецистэктомия, холедохолитотомия и Т-дренирование желчных протоков. Наблюдавшийся еще 1 больной был оперирован через 2 месяца после эндоскопической папиллотомии. У 10 больных по данным исследований обнаружен острый калькулезный холецистит и стерильные жидкостные скопления поджелудочной железы. Как правило, это было увеличение желчного пузыря, утолщение его стенки до 5-6 мм без перифокального воспаления и выпота вокруг желчного пузыря. Имелись скопления жидкости поджелудочной железы диаметром 5-7 см, за которыми наблюдали с помощью динамической компьютерной томографии или ультразвукового исследования.



Рис. 1. УЗИ, множественные камни желчного пузыря до 0.5 см с акустической тенью, утолщение стенки желчного пузыря до 0.6-0.7 см

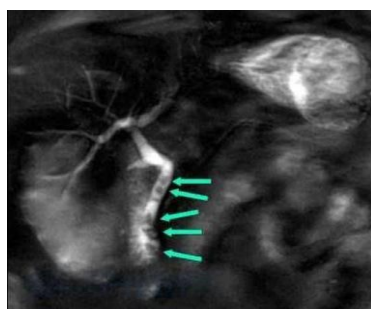


Рис. 2. МРТ-холангиография. Холедохолитиаз

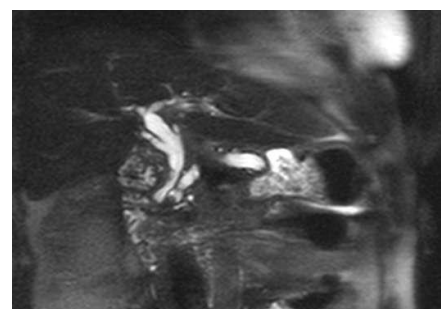


Рис. 3. Магнитно-резонансная холангиопанкреатограмма. Конкременты общего желчного и главного панкреатического протоков

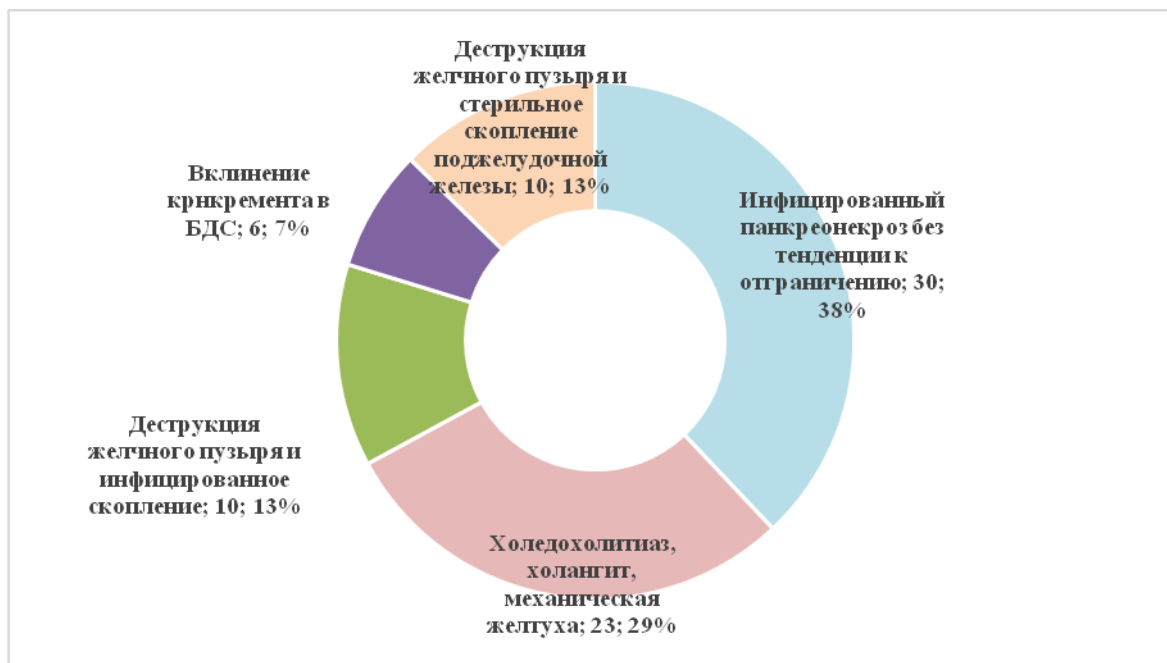


Рис. 4. Распределение пациентов со средним и тяжелым течением острого билиарного панкреатита

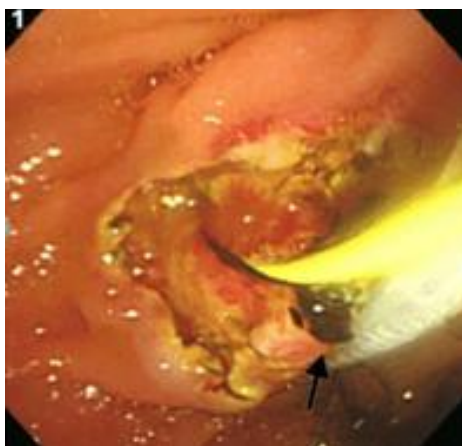


Рис. 5. Эндоскопическая папиллотомия. Экстракция камня общего желчного протока

Причем у 5 больных удалось ограничиться однократной аспирацией жидкости и у 5 выполнено дренирование скоплений. Во всех этих случаях бактериального обсеменения не выявлено и после разрешения воспаления желчного пузыря и скоплений поджелудочной железы больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Сложные ситуации возникали в случае выявления инфицированных скоплений поджелудочной железы. Таких наблюдений было также 10. Причиной их возникновения были поздняя госпитализация больных, длительное неэффективное консервативное лечение. При обнаружении одиночных инфицированных скоплений объемом до 100.0 мл гноя у 7 больных нам удалось справиться пункционно-катетеризационным методом. Однако в 3 наблюдениях диагностированы множественные инфицированные скопления не только в парапанкреатическом и забрюшинном пространстве, но и брыжейке тонкой кишки. Попытки разрешения их минимальноинвазивным способом оказались безуспешными и больные были оперированы с применением «открытого» живота и больные выздоровели.

В 23 наблюдениях использован метод «открытого» живота, выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия и Т-дренирование желчных протоков. В еще 7 случаях также применен «открытый» живот, однако осуществить холецистэктомию и вмешательство на желчных протоках из-за выраженности инфильтративных изменений оказалось невозможно и вынужденно использованы холецистостомия.

По результатам проведенного нами исследования холецистэктомию при билиарном панкреатите легкого течения следует выполнять после разрешения панкреатита, как правило в срок от 3 до 7 суток. Холецистэктомию при билиарном панкреатите тяжелого течения следует выполнять после разрешения инфильтративных изменений желчного пузыря и поджелудочной железы.

Важным условием успеха эндоскопической папиллотомии является опыт её проведения: - её продолжительность не должна превышать 30 мин.; - после проведения эндоскопической папиллотомии необходимы мониторинг больного с обязательной профилактикой панкреатита и инфицирования; - холецистэктомию при легком течении билиарного

панкреатита необходимо проводить после разрешения панкреатита, чаще всего в срок от 3 до 7 суток; - холецистэктомия при билиарном панкреатите тяжелого течения необходимо выполнять после разрешения инфильтративных изменений желчного пузыря и поджелудочной железы.

Таким образом, оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения острого билиарного панкреатита с обоснованными показаниями к различным видам оперативного вмешательства позволили индивидуализировать хирургическую тактику и избежать летальных исходов во всех случаях, кроме острого билиарного панкреатита, осложненного одно- или двусторонней флегмоной забрюшинного пространства.

Выводы:

1. Ведущим критерием при выборе оптимальной тактики лечения при остром билиарном панкреатите является выявление конкрементов в билиарном тракте, тяжесть клинического течения болезни и вовлеченность в воспалительный процесс забрюшинного пространства. Эти критерии позволяют установить показания к ЭПСТ, литоэкстракции, малоинвазивным пункционным методам дренирования жидкостных скоплений или «открытой» операции.

2. ЭПСТ эффективно разрешает обструкцию желчных и панкреатических протоков при остром билиарном панкреатите и устраняет протоковую гипертензию, являющиеся основной причиной гнойного холангита и панкреонекроза.

3. Холецистэктомию, преимущественно лапароскопическую, целесообразно выполнять после консервативного разрешения легкого билиарного панкреатита в ближайшие сутки после приступа ввиду опасности рецидива заболевания. После выполнения ЭПСТ оправдано выполнение холецистэктомии также без выписки из стационара, если папиллотомия выполнена без осложнений. При остром билиарном панкреатите, осложненном стерильным или инфицированным жидкостными скоплениями, холецистэктомию следует отложить до полного их разрешения и устранения системной воспалительной реакции.

4. Предлагаемый алгоритм обследования и лечения билиарного панкреатита, а также обоснованные показания к различным видам оперативного вмешательства позволили индивидуализировать хирургическую тактику и избежать летальных исходов во всех случаях, кроме острого билиарного панкреатита, осложненного одно- или двусторонней флегмоной забрюшинного пространства.

Длительное, свыше 4 недель, течение острого билиарного панкреатита, запоздалое поступление больного в специализированное отделение и малоэффективное оперативное вмешательство приводят к изменениям поджелудочной железы, парапанкреатического и забрюшинного пространств, аналогичным при остром алкогольном панкреатите, что наблюдалось у 30 больных с летальностью 23,3%. Наиболее эффективным оперативным пособием в этих наблюдениях является применение метода «открытого живота».

Литература:

1. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчнокаменной болезни у больных пожилого старческого возраста // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований.–2023. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
2. Ризаев Ж. А., Хасанова Л. Э., Фаттахов Р. А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на гигиенические привычки по уходу за полостью рта. – 2020.
3. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
4. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапневтических методов и рентген хирургии // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
5. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста // Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.
6. Ризаев Э. А. и др. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №. 13. – С. 5.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОТОМИИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш.

Резюме. Представлен анализ лечения больных острым билиарным панкреатитом со средним и тяжелым течением – 79 (30,3%) пациента. ЭПСТ эффективно разрешает обструкцию желчных и панкреатических протоков при остром билиарном панкреатите и устраняет протоковую гипертензию, являющиеся основной причиной гнойного холангита и панкреонекроза. Холецистэктомию, преимущественно лапароскопическую, целесообразно выполнять после консервативного разрешения легкого билиарного панкреатита в ближайшие сутки после приступа ввиду опасности рецидива заболевания. После выполнения ЭПСТ оправдано выполнение холецистэктомии также без выписки из стационара, если папиллотомия выполнена без осложнений. При остром билиарном панкреатите, осложненном стерильным или инфицированным жидкостными скоплениями, холецистэктомию следует отложить до полного их разрешения и устранения системной воспалительной реакции.

Ключевые слова. Острый билиарный панкреатит, тяжелое клиническое течение, малоинвазивные вмешательства.