

ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

Проф. Н. Н. Велигоцкий, О. В. Шадрин, доц. С. А. Павличенко, проф. А. Н. Велигоцкий

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изучена эффективность ранней билиарной декомпрессии у больных с острым билиарным панкреатитом с наличием признаков билиарной обструкции. Показано, что использование эндоскопических методик ранней декомпрессии (папиллотомии, баллонной дилатации и назобилиарного дренирования) позволяет улучшить результаты лечения больных с острым билиарным панкреатитом.

ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНИХ ФОРМ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОСКОПІЧНОЇ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ

Проф. М. М. Велигоцький, О. В. Шадрін, доц. С. А. Павліченко, проф. А. М. Велигоцький

Вивчена ефективність ранньої біліарної декомпресії у хворих із гострим біліарним панкреатитом із наявністю ознак біліарної обструкції. Доведено, що використання ендоскопічних методик ранньої біліарної декомпресії (папілотомії, балонної дилатації та назобіліарного дренивання) дозволяє покращити результати лікування хворих з гострим біліарним панкреатитом.

ENDOSCOPIC BILLIARY DECOMPRESSION IN OBSTRUCTIVE FORMS OF ACUTE BILLIARY PANCREATITIS

N. N. Veligotcki, O. V. Shadrin, S. A. Pavlishenko, A. N. Veligotcki

Effectiveness of early billiary decompression in obstructive forms of acute billiary pancreatitis have been studied. Proved, that early billiary decompression (papilotomy, ballon dilatation and nasobiliary drainage) can improve the treatment results in these patients.

Причиной обструкции желчевыводящих путей при остром билиарном панкреатите (ОБП) являются: 1) конкременты холедоха; 2) замазкообразная желчь, микролиты, слизь, которые объединяются понятием «билиарный сладж»; 3) стенозирующие процессы в зоне БСДК [1, 3]. Поэтому одним из методов лечения билиарного панкреатита является выполнение билиарной декомпрессии [2, 4].

Различными публикациями была доказана эффективность эндоскопической билиарной декомпрессии при тяжелых формах ОБП [4, 5, 6, 7]. Для лечения обструктивного билиарного панкреатита в современной клинической практике применяют эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ), что позволяет устранить причину обструкции желчевыводящих и панкреатического протоков [7, 9]. Одной из задач на современном этапе развития миниинвазивной хирургии является внедрение сфинктеросохраняющих эндоскопических ме-

тодик. Эндоскопическая папиллодилатация (ЭПД) в настоящее время рассматривается как альтернатива ЭПСТ при холедохолитиазе, которая позволяет сохранить сфинктерный аппарат при восстановлении проходимости терминального отдела холедоха (ТОХ) [8,10]. Эта процедура сопровождается гораздо меньшим риском возникновения осложнений и в целом считается более безопасной [8, 10]. Использование этой процедуры при лечении острого билиарного панкреатита в доступной нам литературе мы не нашли.

Цель работы — изучение эффективности ранней эндоскопической билиарной декомпрессии с использованием ЭПД ТОХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование основывается на данных обследования и лечения 263-х пациентов с ОБП. Больные были разделены на две группы: I группа — 148

больных, которым выполнялась ранняя билиарная декомпрессия и применялся дифференцированный подход к выбору транспапиллярных эндоскопических методов восстановления проходимости терминального отдела холедоха; II группа (группа сравнения) — 115 больных, которым проводили лечение согласно традиционным схемам и протоколам, а билиарную декомпрессию выполняли при сохранении признаков билиарной обструкции, несмотря на проводимую в полном объеме консервативную терапию ОБП.

Из эндоскопических методов декомпрессии и санации билиарного дерева применялись различные виды транспапиллярных эндоскопических вмешательств: ЭПД, эндоскопическая папилло-

сфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование (НБД) и стентирование ТОХ.

Выбор метода билиарной декомпрессии в I группе представлен на рис. 1, а во II группе — на рис. 2.

Критериями включения пациентов в процесс исследования являлись: наличие уровня амилазы, превышающей в 3 раза норму или трипсиногеновым тестом, а также данными УЗИ острого панкреатита. Повышение уровня билирубина при поступлении выше 35 ммоль/л. Повышение уровня АЛТ более 150 МЕ. Расширение общего желчного протока более 10 мм.

Для оценки эффективности лечения проводилось наблюдение за больными в течение всего процесса лечения. На 3-и сутки оценивалась

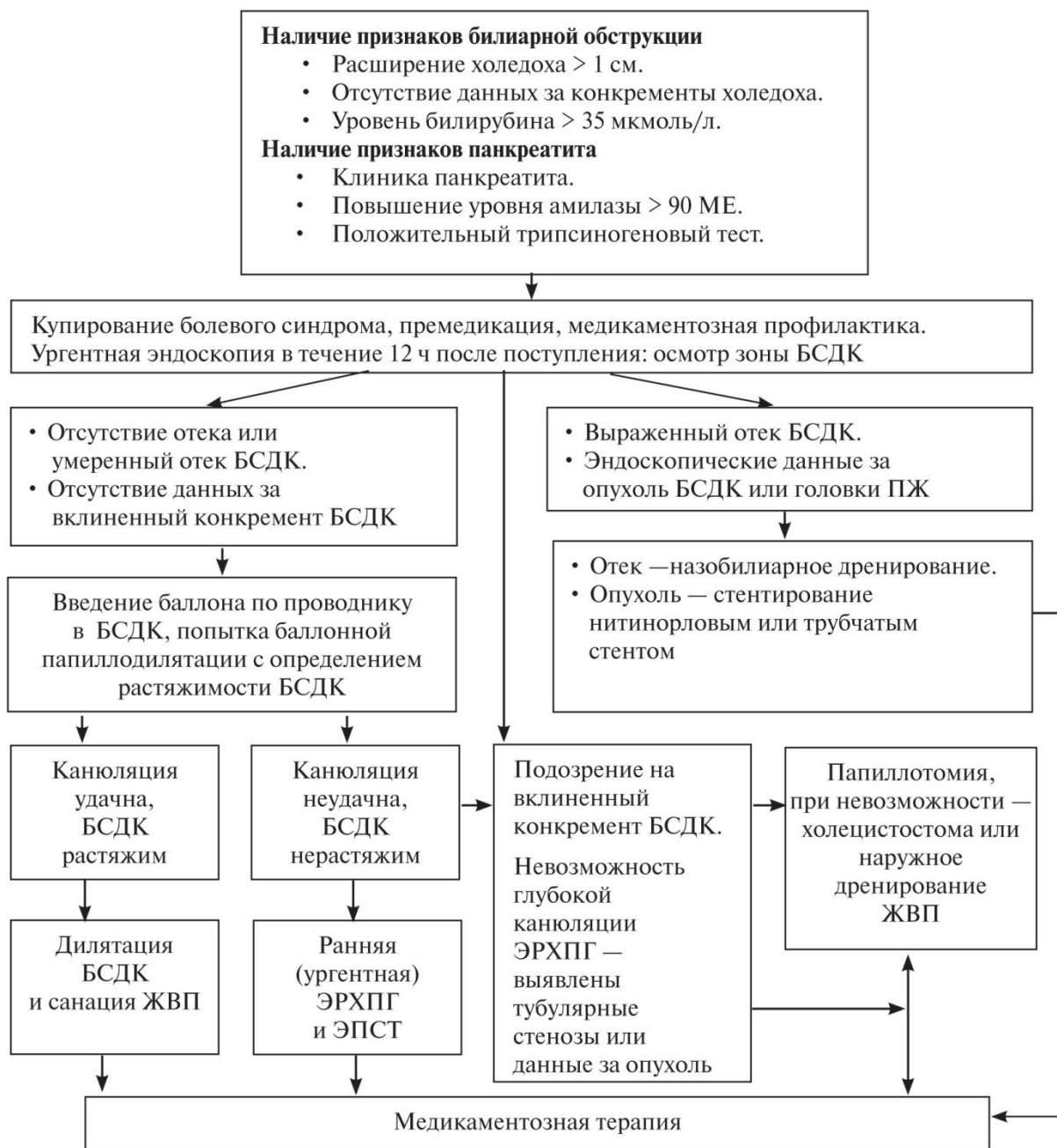


Рис. 1. Выбор метода билиарной декомпрессии в I группе больных



Рис. 2. Выбор метода билиарной декомпрессии во II группе больных

динамика тяжести ОП, которая сравнивалась с данными начальной прогностической оценки по шкале АРАСНЕ II. Для сравнения эффективности лечения в контрольной и основной группах было проведено исследование динамики клинической симптоматики, динамики уровня билирубина, которая характеризовала эффективность восстановления проходимости ЖВП и динамики уровня амилаземии, которая характеризовала активность процесса в поджелудочной железе. Исследовалась динамика уровня лейкоцитов, которая характеризовала степень системной реакции организма на воспалительный процесс в поджелудочной железе. Также нами оценивался общий срок госпитализации пациентов как интегрального показателя, характеризующего эффективность традиционной и разработанной лечебных программ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучено изменение тяжести состояния больных в каждой из групп (рис. 3). Применение ЭПД для декомпрессии и санации ЖВП позволяет достоверно уменьшить частоту развития тяжелых форм ОП с 18,9% до 10,8%, а в сравнении с пациентами II группы, с 27,9%, то есть в 3 раза. Выполнение ранней билиарной декомпрессии позволило уменьшить частоту развития тяжелых форм острого билиарного панкреатита.

Причем в основной группе наблюдалось уменьшение количества больных с тяжелыми формами (с 28-ми до 16-ти). У 12-ти пациентов с прогнозируемыми при поступлении тяжелыми формами заболевания дальнейшее течение заболевания после

билиарной декомпрессии проходило по варианту легкой формы ОБП. У пациентов в контрольной группе напротив отмечалось увеличение количества пациентов с тяжелыми формами, по сравнению с прогнозируемым при поступлении.

Получены данные о средних сроках госпитализации, купировании симптомов, времени нормализации билирубина, амилазы и уровня лейкоцитов у больных с ОБП в основной и контрольной группах у больных с нетяжелыми формами ОБП (табл. 1).

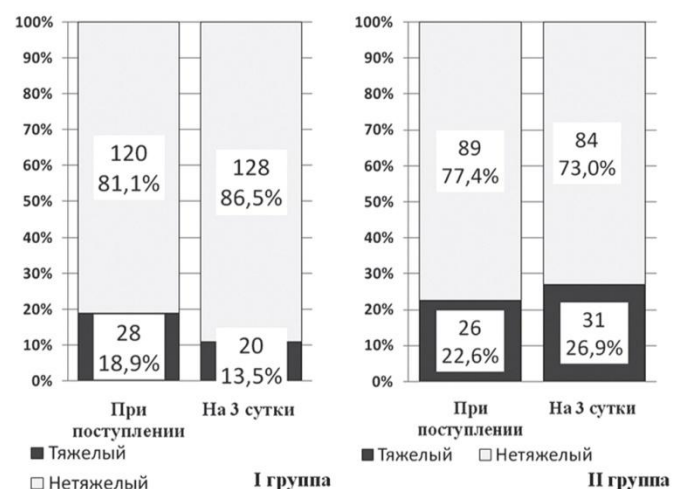


Рис. 3. Оценка тяжести состояния пациентов в I и II группах при поступлении и на 3-и сутки после проведенного лечения

Таблиця 1

Таблиця 2

Динамика показателей, характеризующих эффективность лечения больных с ОБП в основной и контрольной группах

Показатель	Группа		р
	Основная	Контрольная	
Срок госпитализации	5,94 ± 2,26	7,86 ± 2,13	<0,05
Длительность болевого синдрома	4,74 ± 0,5	6,98 ± 1,89	<0,05
Нормализация билирубина	3,35 ± 0,49	6,97 ± 1,89	<0,05
Нормализация амилазы	3,19 ± 0,51	6,7 ± 1,92	<0,05
Нормализация лейкоцитоза	3,13 ± 0,51	5,31 ± 1,64	<0,05

Результаты указывают на то, что использование ранней билиарной декомпрессии и разработанных в клинике подходов к ее осуществлению является эффективным при нетяжелом течении ОБП с явлениями билиарной обструкции, что подтверждается достоверными различиями в динамике купирования болевого синдрома, динамике нормализации уровня билирубина и амилазы, а также нормализации уровня лейкоцитов.

Получены результаты различия между осложненными и неосложненными вариантами течения тяжелой формы ОБП. При этом при наличии неосложненных вариантов отмечена достоверная эффективность ранней билиарной декомпрессии (табл. 2).

Результаты, характеризующие динамику клинических симптомов и лабораторных показателей у больных с тяжелым течением ОБП в I и II группах

Показатель	Группа		р
	Основная	Контрольная	
Срок госпитализации:			
– неосложненный;	8,5 ± 1,8	15,82 ± 2,1	> 0,05
– осложненный	32 ± 7,78	33,14 ± 11,81	< 0,05
Нормализация билирубина:			
– неосложненный;	6,2 ± 1,8	12,56 ± 2,14	> 0,05
– осложненный	10,25 ± 2,65	12,36 ± 3,14	< 0,05
Нормализация амилазы:			
– неосложненный;	5,3 ± 1,2	8,6 ± 2,14	> 0,05
– осложненный	12,5 ± 3,2	16,6 ± 2,9	< 0,05
Нормализация лейкоцитоза:			
– неосложненный;	6,8 ± 2,3	13,16 ± 1,65	> 0,05
– осложненный	20,25 ± 5,65	22,36 ± 6,14	< 0,05

Оперативное лечение больных с ОБП проводилось при наличии осложнений в виде: ферментативного перитонита, при котором выполняли дренирование сальниковой сумки и брюшной полости открытым или лапароскопическим доступом, и инфицирования панкреонекроза, при котором выполнялась люмботомия, либо лапаротомия с дренированием гнойно-некротических очагов (табл. 3).

Таблиця 3

Осложнения тяжелого ОБП и оперативные вмешательства, выполненные в основной и контрольной группах больных

Осложнения и летальность	Группы больных		р
	I группа N = 30	II группа N = 31	
Специфические осложнения:			
– флегмона;	3 (10%)	7 (22,58%)	< 0,05
– псевдокиста	3	7	
Холангит	–	–	
	3 (10%)	7 (22,58%)	< 0,05
Операции:			
Ранние (ферментативный перитонит):	12 (40%)	21 (67,74%)	< 0,05
– лапароскопические;	9 (30%)	18 (58%)	< 0,05
– традиционные	4	13	
	5	5	
Поздние (гнойные осложнения):	3 (10%)	6 (19,35%)	> 0,05
– люмботомия, вскрытие флегмоны;	2	1	
– лапаротомия дренирование	1	5	
Летальность:			
Среди оперированных;	2 (6,66%)	5 (16,12%)	> 0,05
Ранняя	2 (16,66%)	5 (23,81%)	> 0,05
Среди оперированных;	1 (3,33%)	3 (9,67%)	> 0,05
Поздняя	1 (11,11%)	3 (16,66%)	> 0,05
Среди оперированных	1 (3,33%)	2 (6,45%)	> 0,05
	1 (33,3%)	2 (33,3%)	> 0,05

Изучение эффективности лечения у больных с тяжелыми формами ОБП показало, что у пациентов с ранней билиарной декомпрессией меньше частота специфических осложнений (10%), по сравнению с 22,58% в контрольной группе ($p < 0,05$), меньше частота развития холангита (10%), в сравнении с 22,58% в контрольной группе ($p < 0,05$), а также достоверно меньшая потребность в ранних и поздних оперативных вмешательствах. Так, дренирование по поводу ферментативного перитонита потребовалось у 9-ти (30%) больных в I группе и у 18-ти (58%) во II ($p < 0,05$). Оперативные вмешательства по поводу гнойных осложнений ОБП потребовались у 3-х (10%) больных в I группе и у 6-ти (19,35%) — во II ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ

У больных с ОБП при нарушении проходимости терминального отдела холедоха ранняя декомпрессия и санация желчевыводящих путей с применением методов баллонной дилатации сфинктера Одди позволяет достоверно снизить частоту развития тяжелых форм острого панкреатита с 18,9% до 13,5%, в сравнении с традиционными подходами, где наблюдался рост числа тяжелых форм с 22,6% до 26,9%.

У больных с нетяжелыми формами билиарного панкреатита ранняя декомпрессия позволила уменьшить сроки госпитализации при остром билиарном панкреатите с $7,86 \pm 2,13$ до $5,94 \pm 2,26$ сут., время нормализации уровня билирубина с $6,7 \pm 1,92$ до $3,19 \pm 0,51$ сут., длительность гиперамилаземии с $6,7 \pm 1,92$ до $3,19 \pm 0,51$ сут. и сроки нормализации лейкоцитоза с $5,31 \pm 1,6$ до $3,13 \pm 0,51$ сут.

У больных с тяжелыми неосложненными формами билиарного панкреатита ранняя декомпрессия позволила уменьшить сроки госпитализации при остром билиарном панкреатите с $15,82 \pm 2,1$ до $8,5 \pm 1,8$ сут., время нормализации уровня билирубина с $12,56 \pm 2,14$ до $6,2 \pm 1,8$ сут., длительность гиперамилаземии с $8,6 \pm 2,14$ до $5,3 \pm 1,2$ сут., нормализации лейкоцитоза с $13,16 \pm 1,65$ до $6,8 \pm 2,3$ сут.

У пациентов с ранней билиарной декомпрессией меньше частота специфических осложнений, развития холангита, а также достоверно меньшая потребность в ранних и поздних оперативных вмешательствах, что является перспективным в изучении эффективности лечения у больных с тяжелыми формами ОБП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц Н.Б., Христич Т. Н. Клиническая панкреатология. — Донецк: ООО «Лебедь», 2000. — 416 с.
2. Ким В. Л. Ретроградные эндобилиарные вмешательства при остром билиарном панкреатите / В. Л. Ким, М. Ш. Хакимов, Ф. Ш. Каримов // *Анналы хирургии*. — 2005. — № 3. — С. 39–40.
3. Нестеренко Ю. А. Актуальные вопросы диагностики и лечения больных микрохоледохолитиазом. / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, А. Ю. Цкаев // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 62–68.
4. Редькин А. Н. Эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии при остром билиарном панкреатите / А. Н. Редькин, Л. А. Филиппова // *Эндоскопическая хирургия*. — 2001. — № 4. — С. 39–42.
5. Barkun A. N. Early endoscopic management of acute gallstone pancreatitis -an evidence-based review. / A. N. Barkun // *J.Gastrointest. Surg.* — 2001. — Vol. 5. — P. 243–250.
6. Carroll B. J. The early treatment of acute biliary pancreatitis. / B. J. Carroll, E. H. Phillips // *N. Engl. J. Med.* — 1993. — Vol. 329. — P. 58–9.
7. Chang L. Preoperative versus postoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography in mild to moderate gallstone pancreatitis: a prospective randomized trial / L. Chang, S. Lo, B. E. Stabile [et al.] // *Ann. Surg.* — 2000. — Vol. 231. — P. 82–7.
8. Chung J.W. Endoscopic papillary balloon dilation for removal of choledocholithiasis: indications, advantages, complications, and long-term follow-up results / J. W. Chung, J. B. Chung // *Gut. Liver.* — 2011. — Vol. 5. — № 1. — P. 1–14.
9. Fölsch U.R. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis / U. R. Fölsch, R. Nitsche, R. Lütke [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 1997. — Vol. 336. — P. 237–242.
10. Freeman M. L. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy / M. L. Freeman, D. B. Nelson, S. Sherman [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 1996. — Vol. 335. — P. 909–918.