

©Я. М. СУСАК<sup>1</sup>, Р. С. ЦИМБАЛЮК<sup>1</sup>, М. В. МАКСИМЕНКО<sup>2</sup>, І. О. ТЮЛЮКІН<sup>1</sup>, О. В. ХОДЗИНСЬКИЙ<sup>3</sup>

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця<sup>1</sup>, Київ  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика<sup>2</sup>, Київ  
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги<sup>3</sup>, Київ

## Лапароскопічна холедохолітотомія в лікуванні хворих на гострий панкреатит із жовчною гіпертензією

**Мета роботи:** поліпшити результати лікування хворих на гострий біліарний панкреатит (ГБП) із жовчною гіпертензією (ЖГ) шляхом застосування лапароскопічної холедохолітотомії.

**Матеріали і методи.** У дослідження залучено 50 пацієнтів (6 чоловіків та 44 жінки, середній вік – 58,4 року) з ГБП та ЖГ середнього ступеня тяжкості, спричиненою холедохолітіазом. В усіх пацієнтів біліарне походження панкреатиту діагностовано згідно із критеріями, запропонованими Нідерландською дослідницькою групою з вивчення панкреатиту. Госпіталізація хворих у лікарню відбувалася в строки від 2 до 48 год від початку захворювання. Більшість пацієнтів (60 %) госпіталізовано не пізніше 24 год від початку захворювання. Супутні захворювання виявлено у 36 (72 %) пацієнтів: ішемічну хворобу серця – у 28 (56 %), гіпертонічну хворобу різного ступеня тяжкості – в 27 (54 %), хронічний гепатит – у 15 (30 %), підвищення індексу маси тіла, яке відповідало ожирінню, – в одного (2 %), цукровий діабет – у 2 (4 %), анемію – в одного (2 %). Застосовано персоналізований алгоритм хірургічного лікування, який дав змогу обрати метод усунення біліарної гіпертензії в перші 12–72 год після виникнення больового нападу.

**Результати досліджень та їх обговорення.** В перші 12–72 год захворювання виконали: ФЕГДС з ЕПСТ (n=33), лапароскопічну холецистектомію, холедохоскопію та літоекстракцію із зовнішнім дренажуванням позапечіночних жовчних протоків (n=13), перкутанну черезпечінокову пункцію жовчних шляхів (n=7). Лапароскопічну літоекстракцію виконали в 26 % хворих, що дало змогу одномоментно ліквідувати причину ЖГ та виконати холецистектомію. Летальність становила 2 % (один хворий). Середній термін перебування в стаціонарі – 12,46 доби.

**Ключові слова:** гострий біліарний панкреатит; холедохолітіаз; ендоскопічна папілосфінктеротомія; лапароскопічна холецистектомія; холедохоскопія; дванадцятипала кишка (ДПК).

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Частка гострого біліарного панкреатиту (ГБП) становить від 30 до 55 % від усіх випадків гострого панкреатиту в більшості країн західної Європи [3]. Кількість випадків захворювання на ГБП збільшується. Незважаючи на оновлені підходи до лікування, летальність залишається сталою протягом останніх десятиліть [4, 6, 8]. Ранні ендоскопічні втручання статистично значущо поліпшують результати лікування хворих на ГБП у разі розвитку холангіту та не впливають на результати лікування у випадку його відсутності [9, 10]. Широко використовувані біохімічні, радіологічні та сонографічні маркери холедохолітіазу залишаються ненадійними при прогнозуванні його присутності на ранніх стадіях жовчного панкреатиту [7]. Застосування персоналізованого підходу до вибору хірургічної технології декомпресії жовчних протоків у хворих на гострий панкреатит із синдромом жовчної гіпертензії (ЖГ) дає змогу статистично значущо знизити летальність та кількість інфікованих форм [1, 3].

Поєднання лапароскопічних технологій з відеоендоскопічними (холедохоскопією) у хворих на гострий панкреатит з ЖГ – один із методів декомпресії жовчних протоків у ранній період захворювання.

**Матеріали і методи.** У дослідження залучено 50 хворих на ГБП середнього ступеня тяжкості, котрі перебували на лікуванні в спеціалізованому відділенні Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та Київському міському центрі хірургії захворювань печінки, жовчних протоків та підшлункової залози імені В. С. Земскова у період з 2015 до 2017 р. Серед пацієнтів переважали жінки – 44 (88 %). Середній вік становив 58,4 року. Частка пацієнтів молодого та середнього (працездатного) віку – 54 %, похилого та старечого віку – 46 %.

Госпіталізація хворих у лікарню відбувалася в строки від 2 до 48 год від початку захворювання. Більшість пацієнтів (60 %) госпіталізовано не пізніше 24 год від початку захворювання, що значно розширило лікувально-діагностичні можливості.

Супутні захворювання виявлено у 36 (72 %) пацієнтів: ішемічну хворобу серця – у 28 (56 %), гіпертонічну хворобу різного ступеня тяжкості – в 27 (54 %), хронічний гепатит – у 15 (30 %), підвищення індексу маси тіла, яке відповідало ожирінню, – в одного (2 %), цукровий діабет – у 2 (4 %), анемію – в одного (2 %) хворого.

Діагноз “гострий панкреатит” установлювали відповідно до прийнятої на симпозиумі в Ат-

ланті та переглянутої на міжнародному конгресі у 2012 р. класифікації за наявності принаймні двох із трьох ознак: 1) інтенсивний постійний наростаючий розпираючий біль у мезогастрії з іррадіацією в поперекову ділянку, який супроводжується блюванням і не минає після приймання аналгетиків; 2) концентрація ліпази або амілази у сироватці крові втричі або більше перевищує норму; 3) характерні ознаки гострого панкреатиту, виявлені при ультразвуковому дослідженні, комп'ютерній або магнітно-резонансній томографії [2]. Органу недостатність визначали за допомогою модифікованої шкали Marshall.

Біліарний етіологічний чинник діагностовано в усіх пацієнтів відповідно до критеріїв, запропонованих Нідерландською дослідницькою групою з вивчення панкреатиту, яка рекомендує запідозрити ГБП у випадках, якщо у пацієнта наявний принаймні один з трьох чинників: 1) жовчнокам'яна хвороба (жовчні камені та/або сладж), діагностована при візуалізації; 2) розширення загальної жовчної протоки понад 8 мм у пацієнтів молодше 75 років або понад 10 мм у пацієнтів віком понад 75 років (за відсутності жовчнокам'яної хвороби); 3) концентрація аланінамінотрансферази та аспаратамінотрансферази у сироватці крові вдвічі або більше перевищує максимально допустимі норми [5].

Жовчна гіпертензія виникла внаслідок ускладнення жовчнокам'яної хвороби (холедохолітазом), що спостерігали в 36 (72 %) хворих. У 32

(64 %) пацієнтів ЖГ перебігала з підвищенням рівня білірубіну в крові. У 27 (54 %) осіб виявлено холангіт.

У всіх пацієнтів після збору анамнезу та проведення лабораторних та інструментальних досліджень у повному обсязі було заперечено наявність інших можливих чинників розвитку панкреатиту (аліментарний, алкогольний, ідіопатичний, комбінований тощо).

При госпіталізації прояви транзиторної органної недостатності зафіксовано у 32 (50 %) хворих, що стало причиною їх первинної госпіталізації у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Консервативна терапія при ГБП полягала в лікуванні синдрому поліорганної недостатності (за наявності), адекватній знеболювальній, інфузійній, антисекреторній, спазмолітичній, прокінетичній, профілактичній антибактеріальній терапії.

У всіх пацієнтів застосовано алгоритм хірургічного лікування, який ґрунтувався на персоналізованому підході до вибору методу усунення біліарної гіпертензії в перші 12–72 год після виникнення больового нападу (рис. 1).

Особливості хірургічного лікування гострого біліарного панкреатиту. У хворих із ГБП та обструкцією жовчовивідних шляхів патогенетично обґрунтованим є проведення лікувальних маніпуляцій, спрямованих на ліквідацію ЖГ. Вибір хірургічної техніки декомпресії залежить від чинника, який спричинив обструкцію, загального стану хворого, характеру супутньої патології.

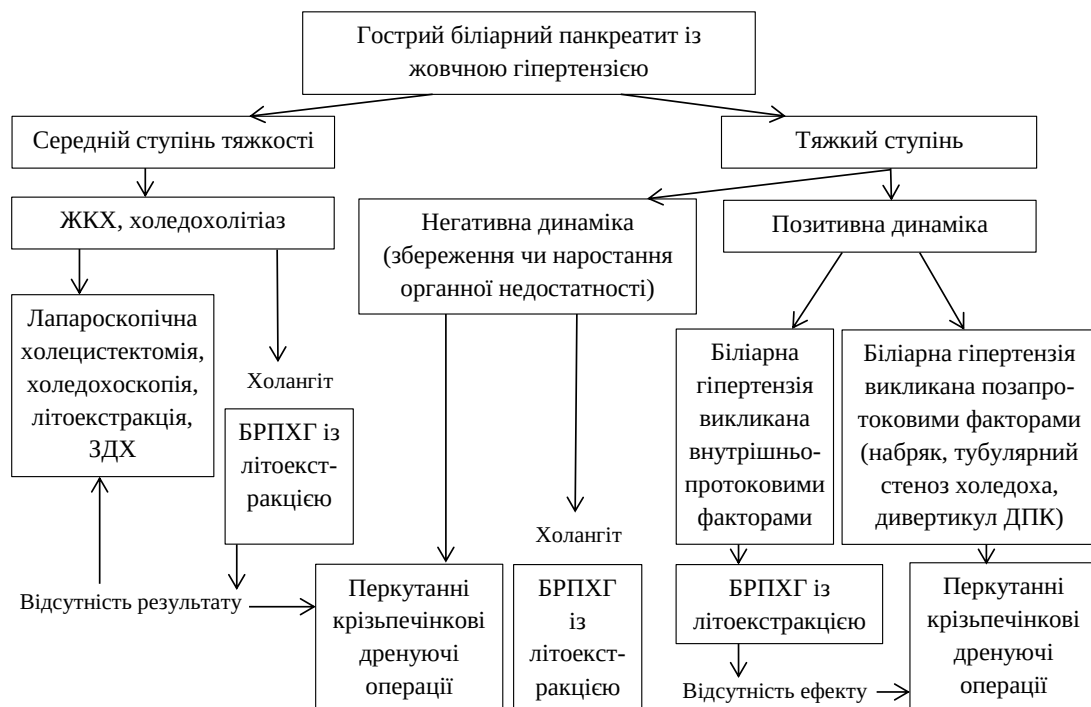


Рис. 1. Алгоритм хірургічної корекції жовчної гіпертензії у хворих на гострий біліарний панкреатит.

Персоналізований алгоритм раннього (до 72 год) хірургічного лікування пацієнтів полягає у проведенні лапароскопічної холецистектомії, холедохоскопії, літоекстракції за відсутності органної недостатності (у разі наявності ЖКХ чи холедохолітазу) та проведенні ургентної ендоскопічної фіброгастродуоденоскопії (ФЕГДС) з ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) та літоекстракцією (та стентування – у разі наявності панкреатичної гіпертензії) пацієнтам з гнійним холангітом чи вклининим конкрементом дистального відділу холедоха. При ЖГ, спричиненій позапротоковими чинниками (стеноз проксимального відділу холедоха), виконували лапароскопічну холецистектомію із зовнішнім дрениванням холедоха та пункційне перкутанне черезпечінкове дренивання жовчних шляхів. У разі наростання органної недостатності та ЖГ перевагу надавали пункційному перкутанному черезпечінковому дрениванню жовчних шляхів, за винятком випадків, коли при проведенні ФЕГДС виявлено ознаки вклинення або запідозрено розвиток гнійного холангіту.

Абсолютними показаннями до проведення ургентного (до 24 год) оперативного (ендоскопічного) втручання є: наявність вклиненого конкременту та/або гострого холангіту [9].

Лапароскопічна літоекстракція є операцією вибору в осіб з:

- набряком (склоподібним) слизової оболонки дванадцятипалої кишки (ДПК);
- парафатеріальними дивертикулами;
- холедохолітазом, спричиненим конкрементом проксимального відділу холедоха;
- тубулярним стенозом дистального відділу холедоха;
- набряковим стенозом інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки.

Пріоритетною хірургічною технікою у хворих на ГБП з обструкцією позапечінкових жовчних проток є лапароскопічна холецистектомія, холедохоскопія та літоекстракція із зовнішнім дрениванням холедоха (за потреби), що дає змогу зменшити частоту як інтраопераційних (кровотеча та пошкодження вірсунгової протоки під час виконання папілосфінктеротомії), так і післяопераційних (порушення пасажу жовчі та розвиток дуодено-холедохіального рефлюксу) ускладнень, завдяки виконанню сфінктерозберігальної відеоасистованої літоекстракції.

Хворим на ГБП, у яких під час проведення інструментального дослідження не було виявлено конкрементів загальної жовчної протоки, а ЖГ була спричинена наявністю мікролітів та/або сладжу в поєднанні з вираженими запальними явищами стінки холедоха після проведення холецистек-

томії, холедохоскопії та санації позапечінкових жовчних проток виконували зовнішнє дренивання холедоха за Піковським.

У пацієнтів, у яких на момент госпіталізації спостерігали ознаки органної недостатності за наявності холедохолітазу, проведення сфінктерозберігальних оперативних втручань (лапароскопічної холедохоскопії та літоекстракції) в перші 72 год від початку захворювання можливе лише у разі регресування органної недостатності на тлі консервативної інтенсивної терапії. Такі втручання не можна застосовувати за наявності у пацієнта після 48 год інтенсивної консервативної терапії:

- 1) підвищеного рівня креатиніну/сечовини;
- 2) порушення моторної функції кишечника, яке проявляється підвищенням внутрішньочеревного тиску понад 18 мм вод. ст.;
- 3) реактивного ексудативного плевриту;
- 4) вираженої супутньої патології серцево-судинної та/або дихальної системи;
- 5) ожиріння (індекс маси тіла більш ніж на 30 % перевищує норму);
- 6) нестабільної гемодинаміки, що потребує застосування адреноміметичних препаратів.

Цей вид хірургічного лікування ЖГ у хворих на ГБП є основою моделі лікування ГБП, ускладненого холедохолітазом та синдромом механічної жовтяниці, у ранній фазі захворювання (патент на корисну модель № 127124), яку ми розробили.

Методика полягає в лапароскопічній візуалізації *a. et d. cysticus* та почерговому їх кліпуванні. Виконують розсічення *d. cysticus* нижче за накладену кліпсу, а в просвіт протоки вводять 3-міліметровий холедохоскоп (в нашому випадку – фірми Karl Storz) через спеціальний провідник, який встановлюють крізь робочий порт у правому підбер'ї. Проводять лапароскопічну холедохоскопію, виявляють причину ЖГ (холедохолітаз, сладж, мікролітаз).

За допомогою кошика Дорміа, яку проводять через робочий канал холедохоскопа, захоплюють конкремент та виконують літоекстракцію обов'язково під візуальним контролем (рис. 2). Операційне втручання завершують лапароскопічною холецистектомією та встановленням зовнішнього дренажу холедоха за Піковським.

Основними операційними втручаннями, виконаними в перші 12–72 год захворювання (таблиця), були:

1. ФЕГДС з ЕПСТ (n=33).
2. Лапароскопічна холецистектомія, холедохоскопія та літоекстракція із зовнішнім дрениванням позапечінкових жовчних проток (n=13).
3. Перкутанна черезпечінкова пункція жовчних шляхів (n=7).



Рис. 2. Виконання літоекстракції методом лапароскопічної холедохоскопії.

Таблиця. Операційні втручання, виконані в перші 12–72 год захворювання у хворих на гострий біліарний панкреатит із жовчною гіпертензією

Втручання	Строк проведення втручання, год			Разом
	12–24	24–48	48–72	
Ендоскопічна фіброгастроуденоскопія з ендоскопічною папілосфінктеротомією, літоекстракція / стентування	14	12	7	33
Лапароскопічна холецистектомія, холедохоскопія та літоекстракція із зовнішнім дрениванням позапечінкових жовчних проток	1	6	6	13
Перкутанна кризпечінкова пункція жовчних шляхів	2	4	1	7
Усього	17	22	14	53

**Результати досліджень та їх обговорення.** ФЕГДС з ЕПСТ та літоекстракцією, обрану пріоритетною методикою у хворих, в яких запідозрено наявність холангіту. Двом хворим, у яких спостерігали асоційовану з біліарною панкреатичну гіпертензію, ЕРХПГ закінчили ендобіліарним стентуванням. У 14 хворих проведено ургентну ФЕГДС та ЕПСТ з приводу гострого холангіту та вклиненного конкременту дистального відділу холедоха.

В одного хворого при проведенні ургентної ФЕГДС з приводу супутнього гострого холангіту відбулася перфорація стінки ДПК з розвитком флегмони заочеревинного простору та розлитого гнійного перитоніту.

У 2 випадках виконання ФЕГДС з ЕПСТ виявилось неефективне через наявність у хворого тубулярного стенозу дистального відділу холедоха (n=1) та склоподібного набряку слизової ДПК (n=2).

Після проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) з ЕПСТ у 2 випадках виникла кровотеча, яку зупинили консервативно.

Лапароскопічну літоекстракцію виконали у 13 (26 %) хворих. У 2 випадках її застосували після неефективної спроби ендоскопічного вирішення проблеми ЖГ.

В одного пацієнта лапароскопічна літоекстракція була неефективна через вклинений конкремент дистального відділу холедоха. В подальшому було успішно застосовано ендоскопічні методики.

Якщо неможливе застосування лапароскопічної методики холецистектомії із зовнішнім дрениванням холедоха, застосовували альтернативну методику холецистектомії з міні-доступу та зовнішнє дренивання холедоха (один випадок).

У разі неефективності застосування ендоскопічних та неможливості проведення лапароскопічних методик декомпресії проводили перкутанну черезпечінкову пункцію та дренивання жовчних шляхів (один хворий).

Ускладнень після проведення лапароскопічної літоекстракції не спостерігали.

Перкутанну черезпечінкову пункцію жовчних шляхів застосовано у 7 пацієнтів.

У 40 (80 %) хворих виявлено інтерстиціальний набряковий ГБП, у 10 (20 %) – некротичний панкреатит, з них у 2 (20 %) відбулося його інфікування.

Гострі рідинні скупчення виникли у 8 хворих. У всіх хворих із гострими рідинними скупченнями застосування міні-інвазивних пункційно-дренувальних технологій було ефективним.

Летальність становила 2 % (один хворий). Середній термін перебування в стаціонарі – 12,46 доби.

**Висновки.** 1. Лапароскопічну літоекстракцію застосовано у 26 % хворих на гострий біліарний панкреатит з жовчною гіпертензією середньо-

го ступеня тяжкості, спричиненою холедохолітазом, що дало змогу одномоментно ліквідувати причину біліарної гіпертензії та виконати холецистектомію.

2. Лапароскопічна літоекстракція є операцією вибору для хворих на ГБП з жовчною гіпертензією середнього ступеня тяжкості з набряком (склоподібним) слизової оболонки ДПК; парафатеріальним дивертикулом; холедохолітазом, спричиненим конкрементом проксимального відділу холедоха; тубулярним стенозом дистального відділу холедоха; набряковим стенозом інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хірургічне лікування хворих з гострим біліарним панкреатитом та жовчною гіпертензією / О. І. Дронов, І. Л. Насташенко, Я. М. Сусак [та ін.] // Клін. хірургія. – 2018. – № 4. – С. 5–8.
2. Класифікація гострого панкреатиту: перегляд інтернаціональним консенсусом у 2012 р. класифікації, прийнятої в Атланти / І. А. Криворучко, В. М. Копчак, О. Ю. Усенко [та ін.] // Клін. хірургія. – 2014. – № 9. – С. 19–24.
3. Early surgical treatment of acute biliary pancreatitis / R. Tsybaliuk, O. Tkachenko, M. Maksimenko [et al.] // *Pancreatology*. – 2018. – Vol. 18 (Suppl. 4). – P. s99.
4. Pancreatitis of biliary origin, optimal timing of cholecystectomy (PONCHO trial): study protocol for a randomized controlled trial / S. A. Bouwense, M. G. Besselink, S. van Brunschot [et al.] // *Trials*. – 2012. – Vol. 13. – 225 p. DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-225>
5. American college of gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis / S. Tenner, J. Baillie, J. DeWitt, S. S. Vege //

- Am. J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 108 (9). – P. 1400e15.
6. Prediction of common bile duct stones in the earliest stages of acute biliary pancreatitis / H. C. Van Santvoort, O. J. Bakker, M. G. Besselink [et al.] // *Endoscopy*. – 2011. – Vol. 43. – P. 8e13.
7. Dutch Acute Pancreatitis Study Group. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography in predicted severe acute biliary pancreatitis: a prospective multicenter study / H. C. Van Santvoort, M. G. Besselink, A. C. de Vries [et al.] // *Ann. Surg.* – 2009. – Vol. 250 (1). – P. 68e75.
8. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidencebased guidelines for the management of acute pancreatitis // *Pancreatology*. – 2013. – Vol. 13 (Suppl. 2). – P. e1e15. DOI: [10.1016/j.pan.2013.07.063](https://doi.org/10.1016/j.pan.2013.07.063)
9. Working Party of the British Society of Gastroenterology, Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, Pancreatic Society of Great Britain and Ireland, Association of Upper GI Surgeons of Great Britain and Ireland. UK guidelines for the management of acute pancreatitis // *Gut*. – 2005. – Vol. 54 (suppl. 3). – P. 1–9.

#### REFERENCES

1. Dronov, O.I., Nastashenko, I.L., Susak, Ya.M., Tsybaliuk, R.S., & Tiuliukin, I.O. (2018). Khirurhichne likuvannia khvorykh z hostryim biliarnym pankreatytom ta zhovchnoiu hipertenziieiu [Surgical treatment of patients with acute biliary pancreatitis and bile hypertension]. *Klin. khirurhiia – Clinical Surgery*, 4, 5-8 [in Ukrainian].
2. Kryvoruchko, I.A., Kopchak, V.M., Usenko, O.Yu., Honcharova, N.M., Balaka, S.M., Teslenko, S.M., & Andreishchev, S.A. (2014). Klyasyfikatsiia hostroho pankreatytu: perehliad internatsionalnym konsensusom u 2012 r. klyasyfikatsii, pryiniatoi v Atlanti [Classification of acute pancreatitis: review by international consensus in 2012 classification adopted in Atlanta]. *Klin. khirurhiia – Clinical Surgery*, 9, 19-24 [in Ukrainian].
3. Tsybaliuk, R., Tkachenko, O., Maksimenko, M., Tiuliukin, I., & Susak, Ya. (2018). Early surgical treatment of acute biliary pancreatitis. *Pancreatology*, 18 (4), s99.
4. Bouwense, S.A., Besselink, M.G., van Brunschot, S., Bakker, van Santvoort O.J., H.C., Schepers, N.J., ... Voerma, D. (2012). Pancreatitis of biliary origin, optimal timing of cholecystectomy (PONCHO trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 225. DOI: <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-225>

5. Tenner S., Baillie, J., DeWitt, J., Vege, S.S. (2013). American college of gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J. Gastroenterol.*, 108 (9), 1400e15.
6. van Santvoort, H.C., Bakker, O.J., Besselink, M.G., Bollen, T.L., Fischer, K., Nieuwenhuijs, V.B., ... & Erpecum, K.J. (2011). Prediction of common bile duct stones in the earliest stages of acute biliary pancreatitis. *Endoscopy*, 43, 8e13.
7. van Santvoort, H.C., Bakker, O.J., Besselink, M.G., Bollen, T.L., Fischer, K., Nieuwenhuijs, V.B., ... & Erpecum, K.J. (2009). Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography in predicted severe acute biliary pancreatitis: a prospective multicenter study. *Ann. Surg.*, 250 (1), 68e75.
8. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. (2013). IAP/APA evidence based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*, 13 (2), e1e15. DOI: [10.1016/j.pan.2013.07.063](https://doi.org/10.1016/j.pan.2013.07.063)
9. Working Party of the British Society of Gastroenterology, Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, Pancreatic Society of Great Britain and Ireland, Association of Upper GI Surgeons of Great Britain and Ireland (2005). UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut*, 54 (3), 1-9.

Отримано 28.09.2018

Електронна адреса для листування: [elia90ua@gmail.com](mailto:elia90ua@gmail.com)

### З ДОСВІДУ РОБОТИ

YA. M. SUSAK<sup>1</sup>, R. S. TSIMBALYUK<sup>1</sup>, M. V. MAKSYMENKO<sup>2</sup>, I. O. TIULIUKIN<sup>1</sup>, O. V. HODZINSKY<sup>3</sup>

O. Bohomolets National Medical University<sup>1</sup>, Kyiv  
P. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education<sup>2</sup>, Kyiv  
Kyiv City Clinical Emergency Hospital<sup>3</sup>

#### LAPAROSCOPIC CHOLEDOCHOLITHOTOMY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS WITH BILE HYPERTENSION

**The aim of the work:** to improve the results of treatment of patients with acute biliary pancreatitis (ABP) with biliary hypertension (BH) by using laparoscopic choledocholithotomy.

**Materials and Methods.** The study involved 50 patients (6 men and 44 women with an average age of 58.4 years) with moderate severity ABP and BH induced by choledocholithiasis. In all patients, the biliary origin of pancreatitis was diagnosed according to the criteria proposed by the Dutch Pancreatitis Research Group. Hospitalization of patients in the hospital took place from 2 to 48 hours from the onset of the disease. Most patients (60 %) were hospitalized not later than 24 hours after the onset of the disease. Concomitant illnesses were found in 36 (72 %) patients: coronary heart disease – in 28 (56 %), hypertensive illness of different severity – in 27 (54 %), chronic hepatitis – in 15 (30 %), increase in body mass index, which corresponded to obesity – in 1 (2 %), diabetes – in 2 (4%), anemia – in 1 (2 %). The personalized algorithm of surgical treatment was applied, which allowed to choose a method of elimination of biliary hypertension in the first 12–72 h after the occurrence of a pain attack.

**Results and Discussion.** In the first 12–72 hours of the disease performed: ERCP (n = 33), laparoscopic cholecystectomy, choledochoscopy and lioextraction with external drainage of extrahepatic bile ducts (n = 13), percutaneous peritoneal puncture of the biliary tract (n = 7). Laparoscopic lioextraction was used in 26 % of patients, which made it possible to simultaneously eliminate the cause of BH and perform cholecystectomy. Mortality was 2 % (1 patient). The average length of stay in a hospital is 12.46 days.

**Key words:** acute biliary pancreatitis (ABP); choledocholithiasis; endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP); laparoscopic cholecystectomy; choledochoscopy, duodenum.

Я. М. СУСАК<sup>1</sup>, Р. С. ЦИМБАЛЮК<sup>1</sup>, М. В. МАКСИМЕНКО<sup>2</sup>, И. О. ТЮЛЮКИН<sup>1</sup>, О. В. ХОДЗИНСЬКИЙ<sup>3</sup>

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца<sup>1</sup>, Киев  
Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П. Л. Шупика<sup>2</sup>, Киев  
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи<sup>3</sup>, Киев

#### ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Цель работы:** улучшить результаты лечения больных острым билиарным панкреатитом (ОБП) с желчной гипертензией (ЖГ) путем применения лапароскопической холедохолитотомии.

**Материалы и методы.** В исследование вовлечены 50 пациентов (6 мужчин и 44 женщины, средний возраст – 58,4 года) с ОБП и ЖГ средней степени тяжести, вызванной холедохолитиазом. У всех пациентов билиарное происхождение панкреатита диагностировано согласно критериям, предложенным Голландской исследовательской группой по изучению панкреатита. Госпитализация больных в больницу происходила в сроки от 2 до 48 ч от начала заболевания. Большинство пациентов (60 %) госпитализированы не позднее 24 ч от начала заболевания. Сопутствующие заболевания выявлены у 36 (72 %) пациентов: ишемическая болезнь сердца – у 28 (56 %), гипертоническая болезнь различной степени тяжести – у 27 (54 %), хронический гепатит – у 15 (30 %), повышение индекса массы тела, которое соответствовало ожирению – у одного (2 %), сахарный диабет – у 2 (4 %), анемия – в одного (2 %). Применен персонализированный алгоритм хирургического лечения, который позволил выбрать метод устранения билиарной гипертензии в первые 12–72 ч после возникновения болевого приступа.

**Результаты исследований и их обсуждение.** В первые 12–72 ч заболевания выполнили: ФЭГДС с ЭПСТ (n = 33), лапароскопическую холецистэктомию, холедохоскопию и литоэкстракцию с наружным дренированием внепеченочных желчных протоков (n = 13), перкутанную чрезпеченочную пункцию желчных путей (n = 7). Лапароскопическую литоэкстракцию использовали в 26 % больных, что позволило одновременно ликвидировать причину ЖГ и выполнить холецистэктомию. Летальность составляла 2 % (один больной). Средний срок пребывания в стационаре – 12,46 сутки.

**Ключевые слова:** острый билиарный панкреатит; холедохолитиаз; эндоскопическая папиллосфинктеротомия; лапароскопическая холецистэктомию; холедохоскопия; двенадцатиперстная кишка (ДПК).