

## К ВОПРОСУ О ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ушаков А.А., Овчинников В.И., Бабушкин Д.А.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Екатеринбург, e-mail: alexeyushakov82@mail.ru

В статье приводятся обзор литературных данных по ведению больных с острым билиарным панкреатитом. Острый панкреатит билиарного происхождения встречается у каждого третьего больного с данной патологией. Автором описываются диагностические возможности инструментальных методов исследования при данной нозологии, таких, как, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография – халаңгиография, эндо-ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Приведены рекомендации X съезда хирургов России, в которых отмечено, что эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия показаны при билиарном панкреатите с механической желтухой и/или холангитом с учетом визуализации расширенного в диаметре желчного протока по данным ультразвукового исследования и неэффективности комплексной консервативной терапии в течение двух суток.

**Ключевые слова:** острый билиарный панкреатит, диагностика острого билиарного панкреатита

## THE ISSUE OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Ushakov A.A., Ovchinnikov V.I., Babushkin D.A.

Ural state medical university of Ministry of Health of the Russian Federation,  
Ekaterinburg, e-mail: alexeyushakov82@mail.ru

The article gives an overview of the literature data on the management of patients with acute biliary pancreatitis. Acute pancreatitis of biliary origin is found in every third patient with this pathology. The author describes the diagnostic possibilities of instrumental methods for this nosology, such as ultrasonography, magnetic imaging rezonanstnaya – halangiografiya, endo-ultrasound, endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Recommendations X Congress of Russian surgeons, which noted that endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic papillosphincterotomy indicated for biliary pancreatitis with obstructive jaundice and/or cholangitis based visualization enlarged diameter of the bile duct by ultrasound and the ineffectiveness of complex conservative treatment for two days.

**Keywords:** acute biliary pancreatitis, diagnosis of acute biliary pancreatitis

Острый панкреатит билиарного происхождения встречается в 35, 0% случаев [8–11]. Из них каждый второй больной с повторными приступами острого панкреатита по данным холангиограмм имеют билиопанкреатический рефлюкс. Острый билиарный панкреатит возникает в результате желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, возникающей, как правило, вследствие холелитиаза, а также других причин: дивертикула, папиллита, описторхоза. Билиарный панкреатит может развиваться и в ранние и в поздние сроки, как в отечном, так и в некротизирующем вариантах вне зависимости от вклинения камня, запускающего процесс, не влияя на прогрессирование заболевания.

Независимо от причины, тяжесть острого панкреатита и его прогноз в наибольшей степени зависят от изменений в забрюшинной клетчатке, их выраженности и распространенности. [5, 6, 7]. Для оценки тяжести процесса при различных заболеваниях используются интегральные показатели, рас-

считываемые на основе данных инструментальных и лабораторных методов [3, 4].

Ультразвуковое исследование позволяет выявить желчные камни. При негативных результатах скрининга желчных камней показана магнитно-резонансная томография – халаңгиография, эндо-ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с целью выявления деструкции поджелудочной железы (pancreas divisum), стриктуры панкреатических протоков, юкта – ампулярных или перипапиллярных дивертикулов 12 – перстной кишки, также приводящих к рецидивам острого панкреатита. Отсутствие при этом сонографических данных о холелитиазе в качестве причины заболевания и рецидивов не исключает микролитиаз, выявляемый в 75% случаев. Таким больным после купирования острого панкреатита показана плановая холецистэктомия с холангиографией. В противном случае возможны рецидивы панкреатита, которые в первые шесть месяцев после выписки регистрируются

у каждого второго пациента, а в течение года – у девяти из десяти больных.

Ранняя декомпрессия билиарного тракта путем эндоскопической папиллосфинктерометрии сокращает частоту осложнений и уменьшает показатель летальности. Она позволяет избежать ревизии желчного протока, а у больных с высокой степенью риска – воздержаться от холецистэктомии.

Вместе с тем, любое эндобилиарное вмешательство потенциально несет риск развития острого панкреатита от «бессимптомной гиперамилаземии» (каждый второй случай) до развернутой клинической картины (1–5% > перенесших вмешательство). Летальность больных панкреатитом, этиологически связанным с эндоскопической ретроградной холангиопанкреографией, достигает 27%. Поэтому S.T. Fan et al. рекомендуют проводить неотложную эндоскопическую ретроградную холангиопанкреографию не позже 24 час после поступления больного при тяжелом течении билиарного панкреатита, а раннюю – при прогностически легком течении его не позже 72 часов [13]. При таком подходе частота осложнений от вмешательства составляет 3%; летальных исходов, связанных с процедурой, не зарегистрировано; общая летальность – 1%.

J.P. Neoptolemos et al. в случае обнаружения холелитиаза считают необходимым сочетать эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию со сфинктеротомией при уровне сывороточного билирубина выше 40 mmol/l [12].

Вместе с тем, поскольку холангиопанкреатография в сочетании с папиллосфинктеротомией, хотя и снижает частоту билиарного сепсиса, но не влияет на показатель летальности и частоту местных и/или системных осложнений, её рекомендуется проводить лишь «при необходимости».

По рекомендации IAP эндоскопическая сфинктеротомия альтернативна холецистэктомии при остром панкреатите желчнокаменного происхождения, если вмешательство невозможно из-за воспаления поджелудочной железы. Следует учитывать и риск инфицирования ткани при стерильном панкреонекрозе.

Срочная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и сфинктеротомия при билиарном панкреонекрозе показана при отсутствии положительного эффекта от консервативной терапии в течение 48 часов и должна выполняться под «прикрытием» антибиотиков.

Согласно рекомендациям X съезда хирургов России (2000) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

и эндоскопическая папиллосфинктеротомия показаны при билиарном панкреатите с механической желтухой и/или холангитом с учетом визуализации расширенного в диаметре желчного протока по данным ультразвукового исследования и неэффективности комплексной консервативной терапии в течение 48 часов.

Вместе с тем, основным патогенетическим механизмом деструктивного панкреатита является активация ферментных систем, а временной интервал, в течение которого развитие панкреатита может быть оборвано посредством сфинктеротомии и экстракции конкремента заканчивается раньше попадания в лечебное учреждение большинства больных.

Формирование панкреонекроза обычно происходит в течение трех суток от начала заболевания. Применение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии рекомендуется при тяжелом билиарном панкреатите при ухудшении показателей функции печени и признаках холангита (лихорадка, озноб, положительная проба на гемокультуру).

Однако есть и уточнения – в течение 72 часов при «тяжелом» остром панкреатите при симптомах обструктивной желтухи из-за подозреваемого/ подтвержденного холелитиаза (и при отсутствии ее) при невозможности холангиопанкреатографии пользоваться дренированием желчных протоков альтернативными методами.

U.R. Folsch et al. показали, что у больных острым билиарным панкреатитом без механической желтухи ранняя эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия не влияют на течение и исход заболевания. Частота осложнений одинакова в сравниваемых группах, но при инвазивном лечении осложнения тяжелее [14].

В целом, тактика ведения больных при тяжелом панкреатите определяется наличием/отсутствием некроза поджелудочной железы. По данным E.J. Balthazar et al., лишь немногие случаи тяжелого панкреатита, у которых при компьютерной томографии выявлено нормальное контрастное усиление паренхимы, в дальнейшем прогрессируют в панкреонекроз и/или осложняются поздней инфекцией. Чем тяжелее процесс, тем быстрее выявляются характерные макроскопические и компьютерно – томографические признаки. При персистирующей инфекции (вопреки заключению бактериолога о стерильности очага по аспирационному материалу) показано хирургическое вмешательство.

Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном (12–24 часов) восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ с литоэкстракцией, после которой, при наличии возможностей, желательно выполнять дренирование главного панкреатического протока. При вклиненном камне БДС и при остром панкреатите ЭПСТ нежелательно и опасно производить контрастирование протоков [2].

Все описанные методики декомпрессии желчных путей применимы в практической деятельности. Выбор способа декомпрессии зависит от квалификации врача и технического оснащения стационара.

#### Список литературы

1. Габазов Х.М., Лимонов А.В., Столин А.В., Чернядьев С.А. Хирургическое лечение некротизирующего панкреатита // Медицинский вестник МВД. – 2007. – № 1 (26). – С. 43–44.
2. Диагностика и лечение острого панкреатита (Российские клинические рекомендации, приняты на совместном заседании Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, совещание главных хирургов Северо-Западного Федерального Округа по рассмотрению вопроса национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита. Санкт-Петербург, 30 октября 2014 г.).
3. Засорин А.А., Гусев Е.Ю., Чернядьев С.А., Макарова Н.П., Григорьев Н.Н. Оценка эффективности озонотерапии с помощью интегральных показателей системной воспалительной реакции при гнойных заболеваниях мягких тканей у военнослужащих // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – № 4 (32). – С. 106–109.
4. Засорин А.А., Макарова Н.П., Чернядьев С.А., Берснев С.Г., Григорьев Н.Н., Сандалов Е.Ж. Проблема гнойновоспалительных заболеваний мягких тканей у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 331. № 9. – С. 53–57.
5. Козлов В.А., Чернядьев С.А., Макарович А.Г., Айрапетов Д.В. Влияние дооперационной терапии синтетическими аналогами соматостатина на результаты лечения больных панкреонекрозом // Заболевания поджелудочной железы: тезисы докл. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 3. – С. 77.
6. Левит А.Л., Малкова О.Г., Галимзянов Ф.В., Крашенинников С.В., Лейдерман И.Н., Чернядьев С.А. Интенсивная терапия больных с тяжелым абдоминальным сепсисом и полиорганной недостаточностью // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 10. – С. 29–32.
7. Макарович А.Г., Чернядьев С.А., Айрапетов Д.В. Применение низкочастотного ультразвука при программированных санациях очагов панкреатогенной инфекции // Медицинский альманах. – 2012. – Т. 1. № 20. – С. 100.
8. Цап Н.А., Попов В.П., Чернядьев С.А., Карлов А.А., Огарков И.П. Интеграционная модель организации оказания экстренной хирургической помощи детям по опыту // Свердловской области Медицина катастроф. – 2009. – № 4. – С. 39–40.
9. Чернядьев С.А. Научное обоснование и разработка системы организации неотложной медицинской помощи больным панкреонекрозом на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Екатеринбург, 2008. – 43 с.
10. Чернядьев С.А., Шестков Н.Г. Особенности распространения и динамика острого панкреатита в современных условиях // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. – № 4. – С. 64–68.
11. Чернядьев С.А., Назаров В.И. Опыт организации экстренной медицинской помощи детям при неотложных хирургических состояниях Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. – № 4. – С. 68–73.
12. Neoptolemos J.P. Acute pancreatitis. Lancet. – 1993 Oct 23. – № 342(8878). – P. 1061. No abstract available.
13. Fan S.T., Lai E.C., Mok F.P., Lo C.M., Zheng S.S., Wong J.N. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy // J Med. – 1993 Jan 28. – № 328(4). – P. 228–32.
14. Fölsch U.R. The role of ERCP and sphincterotomy in acute biliary pancreatitis // Endoscopy. – 1998 Nov. – № 30(9). – P. A253-5. Review. No abstract available.