

*На правах рукописи*



**Эльдарава Заира Эльдаровна**

**Рациональная хирургическая тактика лечения острого  
билиарного панкреатита**

3.1.9. Хирургия

Автореферат

диссертация на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2023

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**Глабай Владимир Петрович**

**Официальные оппоненты:**

**Буриев Илья Михайлович** – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн №3 Департамента здравоохранения города Москвы», заместитель главного врача по хирургии

**Горский Виктор Александрович** – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета, профессор кафедры

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «21» июня 2023 г. в 14:00 часов на заседании диссертационного совета ДСУ 208.001.28 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119991, г. Москва, ул. Трубецкая д.8, стр.2)

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2023 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета ДСУ 208.001.28  
доктор медицинских наук, профессор



Семиков Василий Иванович

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность темы исследования**

Острый билиарный панкреатит (ОБП), является распространенным заболеванием, встречающимся у 25-30 % от общего числа больных острым панкреатитом и в 15-25% протекает в тяжёлой форме [Можейко Л. А., 2018]. Его главными причинами служат существование желчнокаменной болезни, анатомических взаимоотношений общего желчного и главного панкреатического протоков и эмбрионального развития между ними "общего канала", микролитиаз, вклинение и миграция камней через большой дуоденальный сосочек (БДС). 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 ОБП оставляют желать лучшего, поскольку при тяжёлых формах этого заболевания летальность достигает 15-30% [Дибиров М. Д., 2018]. В связи с этим актуально своевременное выявление специфических лабораторных и данных специальных исследований, характерных для ОБП, необходимо обоснование выбора 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. Требуется окончательного решения вопрос о необходимости, эффективности и опасности эндоскопической папиллотомии в условиях осложненного течения, а также определение сроков выполнения холецистэктомии после купирования ОБП различных степеней тяжести.

### **Степень разработанности темы диссертации**

К настоящему времени сформировалось множество теоретических и прикладных вопросов изучения ОБП [Афанасьев А. Н. и др., 2008; Багненко С. Ф.

и др., 2015; Васильев Ю. В. и др., 2011; Глабай В. П. др., 2013; Дибиров М. Д., Косаченко М. В., 2018; Bang et al., 2019; Banks et al., 2013 и др.], методов диагностики патогенеза [Балныков С. И., Петренко Т. Ф., 2010; Глабай В. П. и др., 2019; Грекова Н. М. и др., 2020; Ивануса С. Я. и др., 2017; Bougard et al., 2019; Brunschot et al., 2018 и др.], определения оптимальной консервативной терапии и хирургических способов лечения данной тяжелой патологии [Грекова Н. М. и др., 2020; Каприн И. А. и др., 2018; Noel et al., 2018; Zhang et al., 2020 и др.]. Наиболее спорными вопросами таких исследований являются своевременная профилактика, мониторинг и лечение органных и полиорганных дисфункций, выбор сроков оперативного вмешательства, инфицирование панкреонекроза, методы его лечения, системный воспалительный ответ и сепсис [Глабай В. П. и др., 2019; Ратчик В. М., Гайдар Ю. А., 2013; Vone et al., 1992; Verdonk et al., 2018 и др.]. Требуется дальнейшие исследования для уточнения показаний и противопоказаний, опасности, времени и техники стентирования при лечении ОБП [Дибиров М. Д. и др., 2016; Шановальянц С. Г. и др., 2014; Baal et al., 2011; Lankisch et al., 2015; Santvoort et al., 2010 и др.].

**Цель исследования:** разработка рациональной хирургической тактики лечения больных острым билиарным панкреатитом.

### **Задачи исследования**

1. Определить принципы выбора метода хирургического лечения острого билиарного панкреатита в зависимости от степени тяжести его течения.
2. Обосновать эффективность выполнения папиллотомии у больных с острым билиарным панкреатитом с целью устранения панкреатической и билиарной гипертензии.
3. Определить «интервал безопасности» между эндоскопической папиллотомией и выполняемой холецистэктомией.

4. Усовершенствовать алгоритм выбора оперативного лечения с учетом выявленных изменений желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы, парапанкреатического и забрюшинного пространства.

5. Доказать опасность длительного существования острого билиарного панкреатита и трансформации его в инфицированный панкреонекроз без тенденции к отграничению.

### **Научная новизна**

Изучены результаты хирургического лечения больных различной степени тяжести ОБП и доказана возможность выполнения санационной холецистэктомии в течение одной госпитализации при легком течении панкреатита и подтверждена безопасность холецистэктомии после стихания местных воспалительных изменений при тяжелом течении ОБП. Обоснована эффективность раннего разрешения желчной и панкреатической гипертензии с помощью эндоскопической папиллотомии, что способствует регрессу воспалительного процесса в поджелудочной железе. Определены показания к минимальноинвазивному или «открытому» хирургическому вмешательству при тяжелом течении ОБП.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Обоснованы критерии выбора хирургического вмешательства при тяжелых формах ОБП. Разработаны методы распознавания острого билиарного панкреатита и обоснован тактический алгоритм определения тяжести и прогноза течения острого билиарного панкреатита.

Доказано, что своевременная оценка тяжести состояния и прогноза течения острого билиарного панкреатита позволяет определить оптимальные сроки выполнения хирургического вмешательства, что позволяет снизить летальность.

Установлена возможность выполнения санационной холецистэктомии при легком течении ОБП после эндоскопической папиллотомии в течение одной госпитализации, что исключает риск осложнений ЖКБ в период ожидания

холецистэктомии. Выполнение одноэтапных хирургических вмешательств в этих случаях, также сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

Отсроченная холецистэктомия или этапное хирургическое лечение острого билиарного панкреатита оправдано при тяжелом его течении. Сроки санационной холецистэктомии в этой ситуации определяются индивидуально, исходя из оценки разрешения местных воспалительных изменений гепатопанкреатодуоденальной области.

### **Методология и методы исследования**

Основой методологии диссертационной работы стали данные российских и зарубежных исследований по этиологии, эпидемиологии, патогенезу, особенностям диагностики и хирургического лечения тяжелого острого панкреатита. К методам настоящего исследования относятся интегральная оценка тяжести состояния больных, динамический мониторинг внутрибрюшного давления, анализ брюшной полости с контрастированием. Исследование выполнено с учетом принципов доказательной медицины. Полученные данные обработаны с использованием стандартных методов статистики.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Лечение ОБП основывается на использовании как общепринятых методов терапии ОБП, так и эндоскопического вмешательства на БДС с проведением, при необходимости, «открытого» хирургического вмешательства.

2. Обоснована возможность выполнения холецистэктомии при легком течении билиарного панкреатита в период одной госпитализации больного.

3. Оптимальный интервал между эндоскопической папиллотомией и холецистэктомией после дренирования стерильных или инфицированных скоплений поджелудочной железы определяется тяжестью течения ОБП и степенью выраженности местных воспалительных изменений гепатопанкреатобилиарной зоны.

## **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертационная работа соответствует формуле специальности 3.1.9. Хирургия. Результаты проведенного исследования соответствуют конкретно 1, 2, 3, 4 пунктам паспорта научной специальности.

## **Степень достоверности и апробация результатов работы**

Достоверность результатов диссертации в ретроспективном исследовании основывается на ретроспективном анализе обследования и лечения 378 пациентов ОБП, о чем свидетельствуют записи в медицинских картах стационарных больных, представленные на проверку первичной документации. Сравнение связанных выборок, измеряемых в двух разных условиях, проведено при помощи построения интервальных динамических рядов с показателями темпов убыли.

Материалы диссертации доложены на Конгрессе ассоциации ГПБХ (Ташкент, 2015), Пленуме правления ассоциации ГПБХ (Самара, 2015), Конференции, посвященной 250-летию со дня рождения Е.О. Мухина (Москва, 2016), Конгрессе ассоциации ГПБХ (Санкт-Петербург, 2017), Конференции молодых ученых ГКБ им. В.В. Виноградова (Москва, 2019), Научно-практической конференция «Острый панкреатит. Состояние проблемы» (Москва 2019), Международных онлайн-конференциях «Fundamental science and technology – promising developments XXVII: Proceedings of the Conference. North Charleston, 22-23.11.2021» и «Topical areas of fundamental and applied research XXX: Proceedings of the Conference. Bengaluru, India, 7-8.11.2022».

## **Внедрение результатов в практику**

Результаты проведенного исследования внедрены в практическую деятельность ГКБ им. М.П. Кончаловского (г. Москва). Материалы и результаты проведенного исследования используются при подготовке врачей-хирургов к

аккредитации на кафедре хирургии Института профессионального образования, а также при обучении клинических ординаторов и аспирантов.

### **Личный вклад автора**

Автором диссертации проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников по исследуемой проблеме, сформулированы цели и задачи исследования, обоснованы пути и способы их решения. Клинические наблюдения, представленные в диссертации, систематизированы, обработаны и обобщены лично автором.

### **Публикации по материалам диссертации**

По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, в которых содержатся основные положения диссертации, в том числе 2 научные статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий Сеченовского Университета/Перечень ВАК при Минобрнауки России, 2 статьи в изданиях, входящих в международную базу Scopus; 3 публикации в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций.

### **Объём и структура диссертации**

Диссертационная работа содержит 124 страницы печатного текста, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы. Содержит 5 таблиц и 13 рисунков (диаграмм, графиков и микрофотографий). Список литературы включает 42 работы российских и 135 – зарубежных авторов.



## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материалы и методы исследования

В работе представлен ретроспективный анализ лечения 378 больных острым билиарным панкреатитом, наблюдаемых в клинике за период свыше 10 лет. Из них выделены 2 группы, первая с легким течением заболевания – 304 пациента (80%) и вторая, представляющая наибольший интерес для практической хирургии – со средним и тяжелым течением 74 (20%) пациента. Критерием включения в исследования был доказанный билиарный панкреатит (наличие ЖКБ, повышение амилазы крови в 3 раза выше нормы), из исследования были исключены пациенты, у которых появление приступа наступало после приема алкоголя.

Общепризнано, что билиарным панкреатитом чаще страдают женщины, и известное соотношение 1:1,5 в пользу женщин выявлено и в нашем исследовании. Возраст 378 больных варьировал в широких пределах от 18 до 90 лет, средний возраст больных составил  $52,5 \pm 2,0$  года (медиана =  $48,5 \pm 0,3$  года). Среди 74 пациентов с тяжелой и среднетяжелой формами были пациенты трудоспособного возраста от 20 до 50 лет составляли 84,7% от этого числа больных. Мужчин было 31 (41,9%), женщин 43 (58,1%). Среди 43 женщин было 6 родильниц, 4 из которых знали о заболевании желчнокаменной болезнью, однако им не рекомендовалась профилактическая холецистэктомия перед беременностью.

*Лабораторный анализ* включал:

1. Клинический анализ крови проводился на анализаторе Sysmex XT 4000i в периферической крови. Кровь набиралась в пробирку для клинического анализа крови с этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТА).

2. Общий анализ мочи.

3. Определение содержания показателей в биохимическом анализе крови: (билирубин общий, прямой, амилаза, щелочная фосфатаза, аланинтрансаминаза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), альбумин, общий белок, мочевины, креатинин, глюкозы, электролитного состава, С-реактивного белка, прокальцитонина в сыворотке крови осуществлялось на биохимическом

анализаторе "Ультра", (КОНЕ, Финляндия) с использованием стандартных компьютерных программ и реактивов. Венозная кровь в объеме 3,0 мл собиралась с пробирку с гепарином.

4. Исследование системы гемостаза (тромбоэластограмма, гемостазиограмма).

5. Микробиологическое исследование стерильность биоматериалов, культивирование. Идентификацию выделенных условно-патогенных микроорганизмов проводили классическими методами, а также использовались тест-системы API (BioMerieux, Франция). Антибиотико-чувствительность определяли диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона с использованием набора стандартных дисков с противомикробными препаратами, согласно общепринятым методикам в соответствии со стандартами Национального комитета по клиническим лабораторным стандартам – NCCLS 2002, 2003, 2004 (National Committee for Clinical Laboratory Standarts, USA) и МУК 4.2.1890-04 от 04.03. 2004, МЗ РФ. При определении чувствительности использовали стандартизированные качественные диски фирм Bio-Rad TM и BD TM (США).

Статистика проведённых прикладных медицинских исследований представлена в Таблице 1.

Таблица 1 – Количество выполненных прикладных медицинских исследований

Характер исследования	Число больных (%)
Лабораторное исследование	378 (100)
Микробиологическое исследование	116 (30,7)
УЗИ и в режиме динамического наблюдения	378 (100)
Пункционно-катетеризационные вмешательства под контролем УЗИ	43 (11,4)
Лапароскопия	32 (8,5)
Компьютерная томография	93 (24,6)
Гастро- и дуоденоскопия	237 (86,5)
Ретроградная холангиография и эндоскопическая папиллотомия	27 (7,2)
Магнитно-резонансная холангиопанкреатография	27 (7,2)

## Продолжение Таблицы 1

Эндо-УЗИ	31(8,2)
Всего выполнено исследований	1362

*Источник:* составлено автором

**Статистическая обработка данных** выполнена на индивидуальном компьютере с помощью электронных таблиц "Microsoft Excel", и пакетов прикладных программ "Statistica for Windows" v. 13.3, StatSoft Inc. (США) и SPSS v.26.0. Расчёт выборки был произведён с помощью программы Statistica, при этом было установлено, что размер выборки вполне достаточен для выполнения поставленных задач. Связь между изучаемыми количественными показателями оценивалась по результатам корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции (r) Пирсона и Спирмена и последующим установлением их значимости по критерию t. Показатель корреляции оценивался по шкале Чеддока. Показатель корреляции (r) менее 0,3 считали незначимым, если коэффициент корреляции находился в диапазоне от 0,3 до 0,5 – корреляционная связь умеренной силы, 0,5-0,7 – заметная, более 0,7 – сильная (заметная) корреляционная зависимость.

С помощью ROC-анализа были определены наиболее значимые диагностические маркеры, а также оценивалось качество бинарной классификации. Качество модели в зависимости от AUC (площадь под кривой) определялось исходя из следующей градации: 0,9-1,0 – отличное; 0,8-0,9 – очень хорошее; 0,7-0,8 – хорошее; 0,6-0,7 – среднее; до 0,6 – неудовлетворительное. Оценка прогностической значимости исследуемых показателей проводилась по результатам ROC-анализа.

**Результаты лечения больных с ОБП.** Под наблюдением находилось 378 пациента с ОБП, из которых 304 имели легкое и 74 – среднее и тяжелое течения заболевания.

Лечение больных острым панкреатитом легкой степени тяжести состояло в обезболивании, введении октреотида, антимидакторная терапия ксефокамом, антибиотикотерапии при выявлении лихорадки, спазмолитической терапии,

коррекции водно-электролитных нарушений. Анализ историй болезни этих больных выявил существенное отличие в показателях амилазы крови билиарного панкреатита от алкогольного. Так при билиарном панкреатите обычным было повышение амилазы крови свыше 800 ед/л. У 54 больных легкой степенью тяжести панкреатита нами обнаружена амилаза крови от 1500 до 4000 ед/л, что вынуждало, ввиду опасности развития панкреатогенного шока, госпитализировать подобных больных в реанимационное отделение и проводить терапию, аналогичную при тяжелом остром панкреатите. Серьезным подспорьем в лечении 32 больных данной группы была интубация главного панкреатического протока и аспирация панкреатического секрета, причем у 8 больных из них процедура осуществлена дважды. Такая тактика позволила избежать как общих, так и местных осложнений ОП. Хирургическая тактика у группы больных легкого течения представлена на Рисунке 1.



Рисунок 1 – Алгоритм оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи больным с ОБП легкого течения

Коррекция возникающих нарушений при средней и тяжелой степени острого панкреатита, главным признаком которых является транзиторная или нарастающая полиорганная недостаточность, начиналась с установки центрального венозного катетера, установки назоеюнального зонда с целью деконтаминации кишечника и энтерального питания, эпидурального катетера для проведения анестезии. Проводилась антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия,

профилактика стрессовых язв, обязательна ингибция внешнесекреторной функции поджелудочной железы октреотидом, антимиаторная терапия, экстракорпоральная детоксикация при превышении 15 баллов по шкале APACHE II. Больных последней группы нами наблюдалось 28 среди пациентов с гнойным холангитом (9) и 19 случаев больных с инфицированным панкреонекрозом без тенденции к отграничению. В последние 3 года в комплексе с указанными лечебными мероприятиями применяли антимиаторную терапию ксефокамом с целью подавления цитокиновой атаки. В зависимости от обнаружения изменений функций органов и систем дополнительно осуществлялась их восстановление. Результатом подобной лечебной тактики было успешное предотвращение эволюции панкреатита средней степени тяжести с транзиторной полиорганной недостаточностью в тяжелую степень у 14 больных.

Среди больных острым панкреатитом со средним и тяжелым течением заболевания у 5 выявлено вклинение камня в большой дуоденальный сосочек (БДС), у 9 – деструкция желчного пузыря и стерильное скопление поджелудочной железы, у 9 – деструкция желчного пузыря и инфицированное скопление, у 22 – холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, у 29 – инфицированный панкреонекроз без тенденции к отграничению (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Распределение пациентов со средним и тяжелым течением ОБП

Отдельного обсуждения, прежде всего с точки зрения организации лечения требуют больные с установленным билиарным панкреатитом, вклиниением камня в БДС (5 больных) и холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом (22 больных). Эта группа больных находится под особо пристальным вниманием ввиду того, что "время – это фактор риска" и при длительной обструкции устья главного панкреатического протока и/или внепеченочных желчных протоков возникают трудно устранимые осложнения, чаще всего панкреонекроз и гнойный холангит, а также абсцессы печени.

Поведение больных с вклиниением камня в БДС весьма показательно и напоминает таковых с почечной коликой, т.е. интенсивные постоянные боли, иррадиирующие в спину и больные "не находят себе места". В связи с этим, после кратковременной подготовки больных, как можно раньше следует выполнить эндоскопическую папиллотомию, как правило, игольчатым электродом. В последнее время, по мере роста мастерства эндоскопистов клиники, эту манипуляцию возможно выполнить и в ночное время, в ближайшие 1–2 часа после поступления больного в стационар.

Такой же активный подход необходим к больным у которых наряду с билиарным панкреатитом имеется холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха. Если вклинение камня в БДС и эффективность папиллотомии при этом не вызывает сомнений, то отмеченное второе состояние на протяжении длительного времени имеет как сторонников, так и противников. Надо подчеркнуть, что мы являемся сторонниками активной папиллотомии при билиарном панкреатите, сопровождаемым выявлением микролитиаза или холедохолитиаза, холангитом и механической желтухой и выполняем данную процедуру в первые 24 часа после поступления в клинику. Подтверждением обоснованности подобной хирургической тактики может быть наблюдение за 22 подобными больными, у которых после эндоскопической папиллотомии, литоэкстракции успешно разрешены холангит, желтуха и наступил регресс ОБП. Особо следует подчеркнуть, что из этих 22 больных 7 были переведены после консультации из других лечебных учреждений, где воздерживались от эндоскопической папиллотомии в течение 2-5 суток и продолжали консервативное лечение либо не имелось технической возможности

выполнения эндоскопической папиллотомии и экстракции камней желчных протоков. Летальных исходов в обеих обсуждаемых группах больных не было.

У пациентов, которым выполнялись эндоскопические транспапиллярные вмешательства, не было отмечено серьезного ухудшения состояния и необходимости перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии. При этом следует отметить, что больным, которым выполняли ЭРХПГ и ПСТ, ни в одном случае не регистрировалась нестабильность гемодинамических показателей.

Результаты проведенного анализа частоты осложнений после выполнения ЭРХПГ у пациентов при ОБП отражены в Рисунке 3.

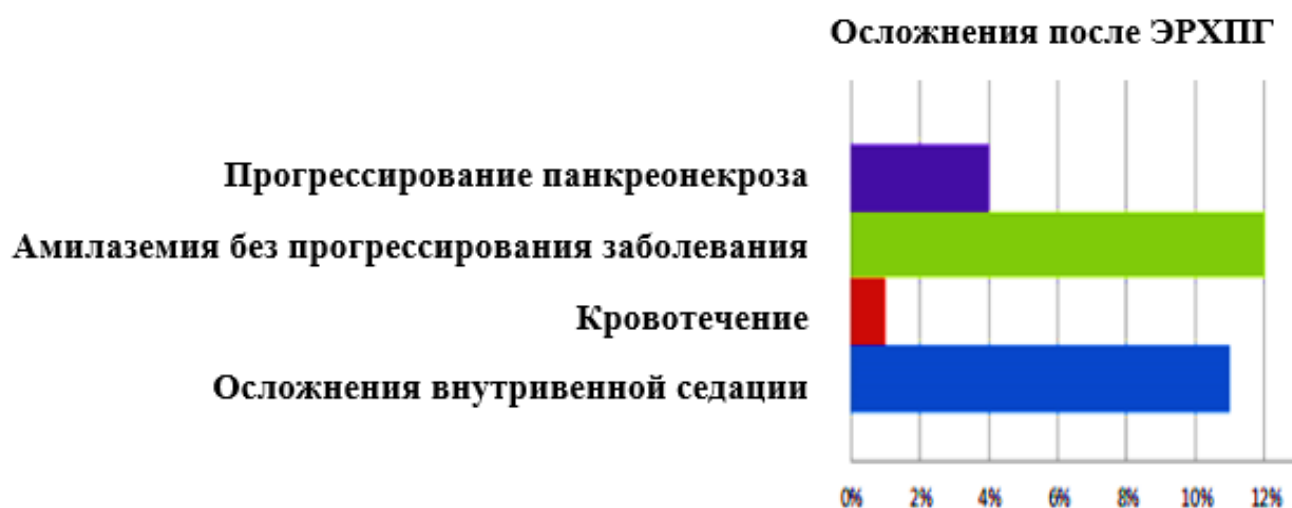


Рисунок 3 – Частота осложнений после выполнения ЭРХПГ у пациентов при ОБП

Из рисунка 3 видно, что риск прогрессирования панкреонекроза после выполнения ЭРХПГ составляет 4%. При этом не отмечалось случаев развития серьезных осложнений с явлениями ПОН у исследуемых пациентов после выполнения эндоскопической ретроградной ЭРХПГ с ЭПСТ.

После проведения эндобилиарных вмешательств у пациентов отмечалась положительная динамика. В 86% случаев не потребовалось проведения повторных вмешательств с целью устранения причин билиарной гипертензии. У данных пациентов наличие внутрипротоковой патологии являлось причиной нарушения оттока желчи и развития панкреатита. После проведения мероприятий,

направленных на устранение внутрипротоковой патологии (ЭРХПГ с ЭПСТ) улучшалось клиническое состояние пациентов, отмечалась нормализация лабораторных показателей – нормализация амилазы, билирубина, трансаминаз, показателей клинического анализа крови, разрешение воспалительного процесса и признаков системно воспалительной реакции, отмечались нормализация размеров поджелудочной железы, диаметра желчных протоков, размера желчного пузыря. Изменения лабораторных и инструментальных показателей у пациентов с острым билиарным панкреатитом до и после выполнения эндоскопического вмешательства представлены в Таблице 2.

Таблица 2 – Изменения лабораторных и инструментальных показателей у пациентов с ОБП до и после выполнения эндоскопического вмешательства

Показатели	Перед выполнением ЭРХПГ с ЭПСТ	На следующие сутки после ЭРХПГ с ЭПСТ	P
Количество признаков ССВР	1,4±0,3	0,9±0,2	< 0,001
Баллы по SOFA у пациентов с ПОН	3,8±0,5	2,2±0,5	0,002
Диаметр холедоха (мм)	11,8±0,6	7,5±0,4	< 0,001
Длина желчного пузыря (мм)	92,6±3,1	67,1±1,5	< 0,001
Головка ПЖ (мм)	35,2±2,1	26,9-1,2	< 0,001

*Источник:* составлено автором

Как видно из полученных нами данных, проведение эндоскопических вмешательств у пациентов с ОБП эффективно, отмечается статистически значимое улучшение объективных параметров состояния здоровья пациентов как лабораторных, так и инструментальных. Для устранения внутрипротоковой патологии у пациентов с ОБП наиболее предпочтительным методом является проведение эндоскопической коррекции.

Из 22 больных данной группы 14 оперированы в ближайшие 2-3 недели после разрешения острого панкреатита, желтухи и холангита, причем в 3 наблюдения выполнена конверсия и «открытая» холецистэктомия. Еще 4 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 в связи с поздним обращением в клинику, однако за это время больной отметил 3 приступа болей в правом подреберье, лечился самостоятельно.

У пациентов с деструкцией желчного пузыря (9) и жидкостными скоплениями проводилось дренирование желчного пузыря и стерильных жидкостных скоплений под УЗИ контролем с последующим выполнением холецистэктомии.

При формировании инфицированных отграниченных скоплений (9) было выполнено пункционно-катетеризационное лечение или «открытое» вмешательство; холецистэктомия после разрешения осложнений.

Развитие стерильных или инфицированных скоплений поджелудочной железы, как правило, требует их дренирования под контролем ультразвукового исследования. Пункционно-катетеризационное вмешательство при стерильных скоплениях показано при их размерах более 10 см или множественных. Пункционно-катетеризационный метод при инфицированных скоплениях, как показали наши наблюдения, эффективен в случаях отграниченных, одиночных и содержащих не более 100 мл гноя. В противном случае их разрешение данным методом оказываются неэффективными и вынужденно приходится прибегать к «открытой» операции.

Коррекция возникающих нарушений при средней и тяжелой степени острого панкреатита, главным признаком которых является транзиторная или нарастающая полиорганная недостаточность, начиналась с установки центрального венозного катетера, установки назоеюнального зонда с целью деконтаминации кишечника и энтерального питания, эпидурального катетера для проведения анестезии. Проводилась антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия, профилактика стрессовых язв, обязательна ингибция внешнесекреторной функции поджелудочной железы октреотидом, антимиаторная терапия, экстракорпоральная детоксикация при превышении 15 баллов по шкале APACHE II.

Нами наблюдалось 29 больных с инфицированным панкреонекрозом без тенденции к отграничению. В зависимости от обнаружения изменений функций органов и систем дополнительно осуществлялась их консервативное восстановление. Результатом подобной лечебной тактики было успешное предотвращение эволюции панкреатита средней степени тяжести с транзиторной полиорганной недостаточностью в тяжелую степень у 14 больных.

В 22 наблюдениях из 29 с инфицированными скоплениями без тенденции к отграничению, распространением некротических изменений на парапанкреатическое, левое, правое или оба забрюшинных пространств, большой сальника был выбран метод «открытого» живота и выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия и Т-дренирование желчных протоков. «Открытый» живот применен и в других 7 случаях, однако осуществить холецистэктомию и вмешательство на желчных протоках из-за выраженности инфильтративных изменений оказалось невозможно. Поэтому вынужденно использованы холецистолитотомия и холецистостомия.

При описанных изменениях парапанкреатического и забрюшинного пространства, большого сальника рассчитывать на успех консервативной терапии или минимальноинвазивных вмешательств вряд ли будет обоснованно. Полагаем, что целесообразно использовать следующие разработанные в клинике принципы ведения подобных больных:

- двухподреберный доступ, подреберный слева или справа в зависимости от локализации некротических масс;
- широкое вскрытие сальниковой сумки и мобилизация правого и/или левого изгибов ободочной кишки;
- вскрытие правого и /или левого забрюшинного пространства;
- абдоминализация поджелудочной железы;
- максимальное сохранение поджелудочной железы;
- вскрытие всех гнойных затеков и удаление только свободно лежащих секвестров, отказ от насильственной некрэктомии, ограничение показаний к резекции поджелудочной железы;
- тампонирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства, отказ от дренажных трубок;
- сужение раны провизорными швами;

– отказ от релапаротомий по «требованию» и выполнение этапных санаций каждые 48-72 часа.

Обращает на себя внимание срок заболевания у данной группы больных, от 7-12 суток до 2-3 недель до поступления в клинику.

Использование разработанной в клинике стратегии хирургического лечения инфицированного панкреонекроза без тенденции к отграничению позволило достичь вполне обнадеживающих результатов лечения этой исключительно тяжелой группы больных. Так из 29 подобных больных умерло 5, что составляет 17% в рассматриваемой когорте больных.

## ВЫВОДЫ

1. Решающее значение при выборе рациональной тактики ведения при остром билиарном панкреатите имеют тяжесть состояния больного, показатели лабораторного исследования, выявление органических изменений билиарного тракта, поджелудочной железы, вовлеченность в воспалительный процесс брюшинного пространства. Эти данные позволяют установить показания к эндоскопической папиллотомии, экстракции камней желчных протоков, а также к разрешению гипертензии желчных и панкреатических протоков, дренированию жидкостных скоплений или «открытой» операции.

2. Эндоскопическая папиллотомия при остром билиарном панкреатите не рекомендуется при отсутствии холедохолитиаза, механической желтухи, холангита и обструкции билиарного дерева. Данная процедура эффективно разрешает обструкцию желчных и панкреатических протоков при остром билиарном панкреатите и устраняет протоковую гипертензию, являющиеся основной причиной гнойного холангита и некротического панкреатита.

3. Холецистэктомию, как правило, лапароскопическую, целесообразно выполнять после консервативного разрешения легкого билиарного панкреатита в ближайшие 3-7 суток после атаки без выписки из стационара, в том числе и ввиду опасности рецидива заболевания. После выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллотомии оправдано выполнение холецистэктомии также без выписки из стационара, если процедура вы-

полнена без осложнений. При остром билиарном панкреатите, осложненном стерильным или инфицированным жидкостными скоплениями, холецистэктомия 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 99 избежать летальных исходов во всех случаях, кроме острого билиарного панкреатита, осложненного одно- или двусторонней флегмоной забрюшинного пространства.

5. 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 29 больных. Наиболее эффективным оперативным пособием в этих наблюдениях оказалось применение метода «открытого живота».

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. У 10% больных с острым билиарным панкреатитом, прошедших первичное обследование после поступления в клинику, холелитиаз не выявлялся, а потому требуются повторные их обследования в ближайшие часы.

2. Для острого билиарного панкреатита, в отличие от алкогольного, характерно повышения амилазы крови в момент атаки свыше 800 ед., у ряда больных – свыше 1500-4000 ед. Эта группа больных, ввиду опасности развития панкреатогенного шока и системных осложнений, требует госпитализации в реанимационное отделение и лечебной тактики как при тяжелом остром панкреатите.

3. При вклинении камня в большой дуоденальный сосочек рекомендуем эндоскопическую папиллотомию в первые часы, при холедохолитиазе, механической желтухе, холангите и остром билиарном панкреатите - эндоскопическую папиллотомию и литоэкстракцию, выполненную в первые сутки после поступления пациента в клинику.

4. Легкая степень острого билиарного панкреатита позволяет выполнение холецистэктомии, как правило, лапароскопической в течение 3-7 дней после атаки панкреатита, т.е. в течение одной госпитализации. Это исключает опасность осложнений желчнокаменной болезни в период ожидания санационной холецистэктомии.

5. При тяжелой степени острого билиарного панкреатита холецистэктомию следует выполнять после разрешения воспалительных изменений гепатопанкреатобилиарной зоны, в основном через 4-6 недель после атаки этого заболевания.

6. Целесообразно широкое использование пункционно-катетеризационных методов при возникновении стерильных или инфицированных жидкостных скоплений поджелудочной железы и холецистостомию при одновременном остром холецистите.

7. При обоснованных подозрениях на инфицированный билиарный панкреатит без тенденции к отграничению в диагностических целях рекомендуется использовать тонкоигольную пункцию, бактериоскопию и посев пунктата.

8. Следует учитывать, что длительное течение, консервативное лечение, запоздалое и малоэффективное оперативное лечение острого билиарного панкреатита приводит к таким же изменениям поджелудочной железы, парапанкреатического и брюшинного пространства, как и при алкогольном остром панкреатите.

9. При остром инфицированном билиарном панкреатите без тенденции к отграничению наиболее эффективным приемом лечения показал себя метод «открытого живота».

**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Эльдарова З.Э., Каприн И.А., Мыльников А.Г., Глабай В.П. Вопросы диагностики и хирургического лечения острого билиарного панкреатита (обзор литературы) // **Русский Медицинский Журнал**. – 2022. – №30(12). – С.48-56.
2. Каприн И.А., Эльдарова З.Э., Глабай В.П. Хирургическое лечение и осложнения операций при остром панкреатите тяжёлого течения // **Исследования и практика в медицине**. – 2018. – Т.5, №4. – С. 72-81. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-7.
3. Глабай В.П., Гриднев О.В., Башанкаев Б.Н., Быков А.Н., Крылов А.В., Каприн И.А., Эльдарова З.Э., Варьясова А.А. Хирургическая тактика в острой стадии билиарного панкреатита // **Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова**. – 2019. – № 11. – С. 37-41. DOI: 10.17116/hirurgia201911137 [**Scopus**].
4. Васильченко М.И., Ратчик В.М., Эльдарова З.Э. Инструментальная и лабораторная диагностика раннего периода осложнений у больных с острым панкреатитом // **Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология**. – 2022. – № 204 (8). – С. 107-112. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-204-8 [**Scopus**]
5. Glabay V.P., **Eldarova Z.E.** Issues of diagnosis of acute biliary pancreatitis // Topical areas of fundamental and applied research XXX: Proceedings of the Conference. Bengaluru, 7-8.11.2022. – Bengaluru, Karnataka, India: Pothi.com, 2022: 26-32.
6. Glabay V.P., **Eldarova Z.E.** Rational tactics of surgical treatment of patients with acute biliary pancreatitis // Fundamental science and technology – promising developments XXVII: Proceedings of the Conference. North Charleston, 22-23.11. 2021. Vol.2. – Morrisville, NC, USA: Lulu Press, Inc. 2021: 29-31.
7. Ratchyk V.M., **Eldarova Z.E.** The questions of diagnosis of early complications in acute pancreatitis // Fundamental science and technology – promising developments XXVII: Proceedings of the Conference. North Charleston, 22-23.11.2021. Vol.2. – Morrisville, NC, USA: Lulu Press, Inc. 2021: 24-28.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

APACHE II – Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation

BISAP – Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis

CTSI – Computed Tomography Severity Index

DBCAPS – Determinant-Based Classification of Acute Pancreatitis

IAP/APA – International Association of Pancreatology/American Pancreatic Association

SOFA – Severity of Organ Failure Assessment

suPAR – Soluble urokinase plasminogen activator receptor

VRP – Visualization, Route, Purpose

АД – артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспаратаминотрасфераза

БДС – большой дуоденальный сосочек

ДИ – доверительный интервал

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

ИЛ – интерлейкин

КТ – компьютерная томография

ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации

ЛПНП – липопротеиды низкой плотности

МРТ – магнитная резонансная томография

МРХПГ – магнитная резонансная холангиопанкреатография

ОБП – острый билиарный панкреатит

ОН – органная недостаточность

ОП – острый панкреатит

ПОН – полиорганная недостаточность

РОХ – Российское общество хирургов

СВР – системная воспалительная реакция

СРБ – С-реактивный белок

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЭДТА – этилендиаминтетрауксусная кислота

Эндо-УЗИ – эндоскопическое ультразвуковое исследование

ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия