

На правах рукописи

ЗВЕРЕВА АННА АЛЕКСАНДРОВНА

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПРИ
ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2019

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

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Андрей Евгеньевич Котовский

Официальные оппоненты:

Солодина Елена Николаевна – доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами президента Российской Федерации (ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой»), заведующий отделением эндоскопии.

Старков Юрий Геннадьевич – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, отделение эндоскопии, заведующий отделением

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Защита диссертации состоится «__» _____ 2019 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.040.03 в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу (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 бульвар, д. 37/1 и на сайте ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) <http://www.sechenov.ru>.

Автореферат разослан «__» _____ 2019 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 208.040.03

доктор медицинских наук, профессор

Шулутко Александр Михайлович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Острый панкреатит (ОП) в течении нескольких лет стабильно занимает второе, а по некоторым регионам – первое место в структуре неотложной хирургической патологии, опережая острый аппендицит и острый холецистит (Гальперин и соавт., 2011; Иванов С.В. и соавт., 2000). Наиболее часто причиной заболевания является злоупотребление алкоголем и желчнокаменная болезнь, у 10-30% больных этиология ОП остается не выясненной (Байчоров Э.Х. и соавт., 2007; Балныков С.И. и соавт., 2010).

За последние 20 лет отмечается неуклонный рост заболеваемости ОП на 15-20% (Савельев С.В., 2006; Шаповальянц С.Г. и соавт., 2009; Banks P.A et al., 2002) По данным зарубежных авторов в США ежегодно госпитализируется около 21000 пациентов с ОП (Mofidi R. et al., 2006; Nathens A.V. et al., 2014). В Российской Федерации ОП является причиной 5-10% госпитализаций в хирургические стационары. В 10-15% случаев развитие ОП носит деструктивный характер, из них в 40-70% случаев происходит инфицирование очагов некротической деструкции (Гостищев В.К. и соавт., 2003; Решетников Е.А., 2005). Категория больных с тяжелым ОП представляет наибольшие проблемы в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах. Анализ летальности при тяжелом ОП, показывает, что за последние 20 лет сделан большой шаг в осознании естественного течения болезни и оценке новых лечебных подходов (Благовестнов Д.А. и соавт., 2004; Бондарев Г.А. 2005, Зубрицкий В.Ф. и соавт., 2010). Однако, за 30 лет изучения и разработки методов лечения панкреонекроза (ПН) вместо коренного улучшения результатов произошло лишь перераспределение летальных исходов из группы «ранней смерти» от полиорганной недостаточности в группу «поздней смерти» от гнойно-септических осложнений (Охлобыстин А.В., 2011).

Несмотря на применение в лечение ПН современных детоксикационных технологий, разработку новых методов хирургических вмешательств, совершенствование медикаментозной терапии, летальность, как в России, так и за рубежом остается неизменно высокой, достигая 20% при стерильном ПН, а при инфицированных формах – 60-80%.

Высокая послеоперационная летальность при ОП привела к активному применению миниинвазивных технологий (Шаповальянц С.Г., 2011; Adamek E. et al., 1997, Balthazar E.J., 2017). Это позволило добиться улучшения результатов лечения и снижения летальности. Однако накопленный опыт показал определенную ограниченность применения, как лапароскопических вмешательств, так и миниинвазивных технологий, что явилось

основанием к поиску алгоритмов применения данных методов. Все это послужило основанием для проведения дальнейших исследований по данному направлению.

Цель исследования Сравнить и определить наиболее эффективные методики ретроградных эндоскопических вмешательств при остром панкреатите и панкреонекрозе с целью уменьшения количества осложнений на этапе ранней диагностики, снижения летальности и улучшения исходов заболевания. В соответствии с поставленной целью сформулированы **задачи исследования:**

1. Изучить состояние слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных острым панкреатитом и панкреонекрозом.
2. Изучить факторы, влияющие на развитие острого панкреатита при ущемленных конкрементах ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).
3. Определить особенности и технологию эндоскопических вмешательств при остром панкреатите, на фоне ущемленных конкрементов ампулы БСДК.
4. Определить лечебно – диагностический алгоритм и возможности эндоскопических операций у больных панкреонекрозом в сравнении с традиционными хирургическими методами лечения.
5. Оценить возможность проведения эндоскопических операций при панкреонекрозе.
6. Разработать технику и показания двойного одномоментного эндоскопического дренирования желчного и панкреатического протоков при панкреонекрозе билиарной этиологии.

Научная новизна исследования

На основании результатов эндоскопических диагностических исследований верхних отделов ЖКТ выявлена закономерность поражения слизистой оболочки при ОП и ПН.

Доказано что при деструктивных формах ОП в 100% случаев имеются изменения со стороны слизистой оболочки желудка, пищевода и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

На основании сравнительного анализа пациентов с ущемленными конкрементами сфинктера Одди, осложненными механической желтухой (МЖ), выяснены причины развития ОП и доказана необходимость раннего использования эндоскопических методов декомпрессии желчных протоков (ЖП). Основным методом лечения является эндоскопическая атипичная папиллосфинктеротомия с обязательным выполнением ретроградной холангиографии и ревизии ЖП. У больных с ПН с поражением в области перешейка поджелудочной железы (ПЖ) требуется эндоскопическая реканализация зоны ПН и дренирования главного панкреатического протока (ГПП). Это манипуляция может входить в комплекс лечебных хирургических вмешательств лечения больных ПН. Впервые изучен объём и сроки поступления панкреатического секрета у больных с ПН. При ПН билиарной этиологии доказана возможность одномоментного назобилиарного (далее НБД) и назопанкреатического дренирования (НПД) в качестве профилактики рецидива МЖ и декомпрессии

панкреатических протоков и развития отграниченных жидкостных образований в области ПЖ, забрюшинной клетчатке и брюшной полости.

Теоретическая и практическая значимость

Обоснована информативность и практическая значимость применения гастродуоденоскопии у всех пациентов с ОП и ПН на этапе госпитализации в стационар, и у больных с инфицированным панкреонекрозом динамического эндоскопического наблюдения за состоянием слизистой оболочки верхних отделов желудочно – кишечного тракта (ЖКТ).

У пациентов с ОП, обусловленной вклиненным конкрементом сфинктера Одди особенно при клинической картине острого гнойного холангита требуется выполнение эндоскопических декомпрессионных вмешательств в первые 4-6 часов от момента поступления в стационар, при этом , если конкремент виден во время дуоденоскопии и пролоббировать в отверстие папиллы, возможно выполнение эндоскопической операции без ретроградного контрастирования ЖП. Однако, у всех больных после эндоскопической литэкстракции требуется проведение ретроградной холангиографии с ревизией магистральных ЖП в первые сутки от момента поступления больного в стационар.

Разработана и усовершенствована техника эндоскопического дренирования ЖП и ПП . Определены сроки выполнения эндоскопических операций в комплексе лечебных вмешательств при ОП и ПН. Раннее дренирование панкреатических протоков при ПН позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений и летальность. Основными критериями дренирования ГПП при панкреонекрозе являются ранние сроки от начала заболевания и возможность реканализации зоны некроза

При билиарном панкреатите обусловленным холедохолитиазом и опасностью миграции конкрементов из ЖП в гепатикохоледах требуется временное стентирование ЖП с целью профилактики рецидива МЖ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Гастродуоденоскопия у пациентов с острым панкреатитом и панкреонекрозом является основным методом изучения состояния слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ и должна выполняться всем пациентам с данной патологией.

2. У пациентов с панкреонекрозом в отличие от острого панкреатита преобладают эрозивно - язвенные поражения слизистой оболочки желудка и ДПК, которые требуют специфического лечения и динамического эндоскопического наблюдения.

3. Основными факторами развития острого панкреатита у больных с ущемленными конкрементами ампулы БСДК и механической желтухой являются наличие хронического панкреатита в анамнезе, гнойный холангит и сроки декомпрессии ЖП.

4. Основным способом лечения больных с ущемленными конкрементами папиллы является неканюляционная супрапапиллярная папиллосфинктеротомия с обязательным выполнением в дальнейшем ретроградной холангиографии и ревизии желчных протоков.

5. Эндоскопические вмешательства направленные на реканализацию зоны панкреонекроза и дренирование панкреатических протоков являются эффективными при сегментарном некрозе в области перешейка поджелудочной железы.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: Научно – практической конференции « Современные подходы к лечению механической желтухи» (Москва, 19 ноября, 2015 год); XIX Съезде РОЭХ (16-18 февраля 2016 года) , VII Всероссийской научно-практической конференции « Актуальные вопросы эндоскопии» (24-25 марта 2016 года); IX Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии» (30 марта-1 апреля 2018 года); Общероссийском Хирургическом Форуме с международным участием(6 апреля 2018 г.). Апробация диссертации проводилась на совместном заседании на кафедры госпитальной хирургии Первый МГМУ им. И.М. Сеченова и сотрудников ГКБ №15 им. О.М. Филатова, ГКБ им. С.С Юдина протокол № 13 от 21 июня 2018 года.

Личный вклад автора

В процессе работы накоплен обширный материал собственных исследований. Автор в полном объеме владеет эндоскопическими методами, ЭРХПГ, ЭПСТ и разработанным способом одномоментного дренирования главного панкреатического протока и общего желчного протоков. Все результаты проведенного исследования подвергались тщательному анализу, количественной оценке, систематизации и статистической обработке. Разработанные методы дренирования ГПП и ОЖП позволяют уменьшить число осложнений у больных с панкреонекрозом в области перешейка поджелудочной железы.

Внедрение результатов исследования в практику

Данный алгоритм лечения пациентов с острым панкреатитом внедрен в практику хирургических отделений и отделения реанимации и интенсивной терапии в ГКБ №15 им. О.М. Филатова, ГКБ им. С.С. Юдина, кафедры госпитальной хирургии Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации и результаты исследования соответствуют пунктам 2,3 и 4 паспорта научной специальности 14.01.17 –Хирургия.

Структура и объем работы

Диссертация изложена на русском языке, на 131 страницах машинописного текста. Состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, списка литературы. Иллюстративный материал включает 19 таблиц и 42 рисунка.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 3 печатные работы, опубликованные в журналах, включенных в перечень ВАК Минобрнауки РФ и Scopus.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

В исследование были включены все больные с ОП, которые проходили лечение в хирургических отделениях ГКБ №15 им. О.М. Филатова в период с 2013 по 2017 год. Критерием включения являлось наличие ОП и ПН у пациентов, подтвержденные по клиническим и лабораторно – диагностическим данным. Критериями исключения явились : онкологические заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны и пациенты у которых не было ОП. Все пациенты поступали в приемное отделение в экстренном порядке или переведены из профильных отделений с клиникой ОП.

Выполнен ретроспективный и проспективный анализ 323 пациентов, из них пациентов с ОП и ПН оказалось 297 пациентов. Все больные были разделены на две группы: больные с ОП (207 больных) и с ПН (90 больных).

Большую часть исследования составили пациенты от 21 до 89 лет. Мужчин было 134 (41%), женщин – 189(59%) . Средний возраст пациентов составил 51,3 +- 2,0 года.

Пациенты поступили в клинику в сроки 24 - 72 часа от начала приступа ОП.

Всем пациентам диагноз ОП был установлен на основании клиники заболевания, лабораторных исследований, данных УЗИ ,ЭГДС,КТ, диагностической лапароскопии.

Основными причинами возникновения ОП и ПН было злоупотребление алкоголем, желчнокаменная болезнь (таблица 1).

Всем пациентам после госпитализации в хирургический стационар выполнялось стандартное клиничко – лабораторное обследование.

Выполнено 358 УЗИ ПЖ как при поступлении, так и в динамике, при котором оценивались размеры, форма, контуры, структура, эхогенность ПЖ, диаметр ГПП, селезеночной вены, оценивалась парапанкреатическое пространство.

Всем пациентам выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости, для исключения перфорации полого органа и острой кишечной непроходимости. А так же

всем пациентам выполнялось эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Таблица 1. Этиологические факторы возникновения острого панкреатита и панкреонекроза

Этиологический фактор	Острый панкреатит n =207 (число пациентов\ %)	Панкреонекроз n=90 (число пациентов\%)
Билиарный	99 (47,8%)	33 (40,7%)
Алкогольный	90 (43,5%)	42 (51,8%)
Послеоперационный	8 (3,8%)	2 (2,5 %)
Травматический	5 (2,4%)	3 (3,7%)
Неясная этиология	5 (2,5%)	1 (1,3%)
всего	207 (100%)	90(100%)

При необходимости уточнения диагноза , а именно визуализации воспалительного процесса в поджелудочной железе , производили компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости при поступлении пациентов на 3-7 сутки от начала заболевания.

Эндоскопические исследования пищевода, желудка и ДПК были выполнены всем больным по общепринятым методикам.

Лапароскопическая диагностика пациентам с острым панкреатитом выполнялась при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями брюшной полости, а также верификации стадии панкреонекроза.

Основные результаты диагностики

В нашем исследовании 297 больным были выполнены эзофагогастродуоденоскопические исследования для оценки изменения состояния слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ при ОП и ПН. С этой целью больные были разделены на две группы: в 1 группу вошло 207 (69,7%) пациентов с острым панкреатитом, а во 2 группу были включены 90 (30,3%) пациентов с панкреонекрозом. В таблице 2 представлены изменения выявленные при исследовании.

По нашим данным эрозивные изменения в первой группе больных носили единичный характер, они представляли собой мелкие, округлой или неправильной формы изъязвления с преимущественной локализацией в антральном и пилорическом отделах желудка.

Пациенты второй группы были разделены на две подгруппы. В подгруппу ПА вошли 54 пациента со стерильным панкреонекрозом, а в группу ПВ вошли 36 пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Таблица 2. Изменения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с острым интерстициальным панкреатитом и панкреонекрозом

Признак	Острый интерстициальный панкреатит группа I (n = 208)	Острый стерильный панкреонекроз группа II A (n = 54)	Острый инфицированный панкреонекроз группа II B (n = 36)
Эзофагит	нет	3 (5,5%)	6(16,7%)
Деформация просвета желудка	-	27 (50%)	21 (58,3%)
Слизистая оболочка желудка отечна, гиперемирована с эрозиями	40 (20 %)	10(18,5%)	25 (69%)
Острые язвы желудка	-	2 (3,7%)	1 (2,8%)
Сдавление просвета и смещение ДПК	-	23 (42,6%)	21 (58%)
Отек слизистой оболочки ДПК, деформация рельефа, поверхностные эрозии	48 (24%)	29 (54%)	9 (25%)
Гиперемия слизистой оболочки ДПК, эрозии	-	16 (31,4%)	20(55,5%)
Резко увеличенная деформированная продольная складка	-	19 (35,2%)	14(38,8%)
БСДК отечен с наличием вклиненного камня	34 (17%)	3(5,5%)	6 (16,7%)
Острые язвы двенадцатиперстной кишки	-	-	3 (8,3%)

У больных острым интерстициальным панкреатитом изменения слизистой оболочки желудка отмечается значительно реже по сравнению с изменениями слизистой оболочки ДПК. В основном изменения слизистой оболочки ДПК были связаны с отеком, папиллитом и сужением просвета кишки.

При анализе изменений слизистой оболочки больных ПН при этом изменения были отмечены во всех верхних отделах ЖКТ. Явления эзофагита при ПН вероятно можно объяснить нарушением моторики и вследствие этого нарушением эвакуации из полости желудка , при этом у больных с инфицированным панкреонекрозом эзофагит,

различные степени выраженности гастрита наиболее часто диагностируются вследствие гнойной интоксикации больного.

При стерильном ПН отмечается незначительное увеличение, деформация просвета желудка, ДПК с нарушением рельефа слизистой оболочки, однако увеличивается количество пациентов с эрозивными изменениями слизистой оболочки как желудка, так и ДПК.

При инфицированном ПН по сравнению со стерильным преобладают более грубые изменения слизистой оболочки ДПК, которые в основном проявляются в виде эрозивно – язвенных поражений. Вероятно, это объясняется тяжестью течения основного заболевания и явлениями интоксикации. К косвенным признакам панкреонекроза можно отнести множественные эрозии слизистой оболочки ДПК, при этом при инфицированном панкреонекрозе они встречаются в 9 раз чаще, по сравнению со стерильным панкреонекрозом. В то время как при остром интерстициальном панкреатите подобные изменения слизистой встречаются в полости желудка. К косвенным признаком панкреонекроза также следует отнести увеличение, деформацию продольной складки ДПК. Во всех группах пациентов встречались изменения со стороны БСДК, по этому признаку невозможно косвенно судить о степени ОП, за исключением пациентов у которых через отверстие БСДК был виден конкремент.

В целом по признакам изменения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ можно судить о степени ОП и предположить сроки развития инфицированного ПН.

Все больные панкреонекрозом требуют проведения специфического лечения направленного на защиту слизистой оболочки ЖКТ.

Острый панкреатит и его предикторы на фоне ущемленного конкремента сфинктера Одди

В результате комплексного обследования больных ОП, у 60 пациентов был диагностирован ущемленный конкремент сфинктера Одди. Диагноз был поставлен на основании данных УЗИ и дуоденоскопии. При этом не у всех больных механической желтухой при ущемлённом конкременте папиллы возникает ОП, поэтому эти пациенты были разделены на две группы. В 1-ую группу вошли 34 пациента с УК БСДК и острым панкреатитом, во вторую – 26 пациентов без поражений ПЖ. Все пациенты поступили в клинику в экстренном порядке с наличием выраженного болевого синдрома на фоне обтурационной желтухи (уровень билирубина сыворотки крови от 120 ммоль/л до 546 ммоль/л). При изучении анамнеза 26 пациентов (76%) 1-ой группы отмечался хронический панкреатит в анамнезе, а из 2-ой группы – у двух пациентов (8%). Клинические признаки острого гнойного холангита были диагностированы у 30

пациентов (88%) из 1-ой группы и у 3 пациентов (12 %) из 2-ой (таблица 3.).

Таблица 3. Характеристика больных различных групп по наличию острого гнойного холангита и хронического панкреатита в анамнезе пациентов с ущемленным конкрементом сфинктера Одди

№ п/п	Группы больных	Острый гнойный холангит (число больных, %)	Хронический панкреатит в анамнезе (число больных, %)
1	ОБП	30 (88%)	26(76%)
2	Без ОБП	3 (12%)	2 (8%)
Р		0,0614	0,0564

В анамнезе указано, что 31 пациенту была ранее выполнена холецистэктомия, а у 3 пациентов – эндоскопическая папиллотомия.

В связи с выраженной механической желтухой всем больным обеих групп вторым этапом обследования была выполнена дуоденоскопия, а КТ исследование не проводилось. Всем пациентам были проведены различные эндоскопические вмешательства с целью декомпрессии и санации ЖП.

Сравнение данных дуоденоскопии двух групп показало, что у больных 1-ой группы были отмечены более выраженные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК, имелись точечные высыпания на слизистой кишки, что косвенно подтверждало диагноз ОП. Складки слизистой оболочки ДПК были рыхлые, увеличенные в размерах, плохо расправлялись при инсуффляции воздухом; отмечалась деформация просвета ДПК за счет сдавления извне увеличенной головкой поджелудочной железы. У всех пациентов наблюдалось увеличение и деформация продольной складки ДПК, явления папиллита, увеличение размеров БСДК до 6-8 мм, и у всех больных из отверстия папиллы определялся конкремент, который полностью обтурировал отверстие БСДК, в связи с чем поступление желчи в просвет ДПК не отмечалось. Следует отметить, что в контрольную группу и группу больных с острым панкреатитом с ущемлённым конкрементом папиллы были включены **только пациенты**, у которых во время эндоскопического исследования был установлен диагноз ущемлённого конкремента БСДК. Другие больные с билиарным панкреатитом не вошли в исследуемую группу, так как тактика лечения таких больных и методика эндоскопических вмешательств принципиально отличаются друг от друга, и поэтому дополнительные КТ и МРТ исследования не проводились (рис. 1а).

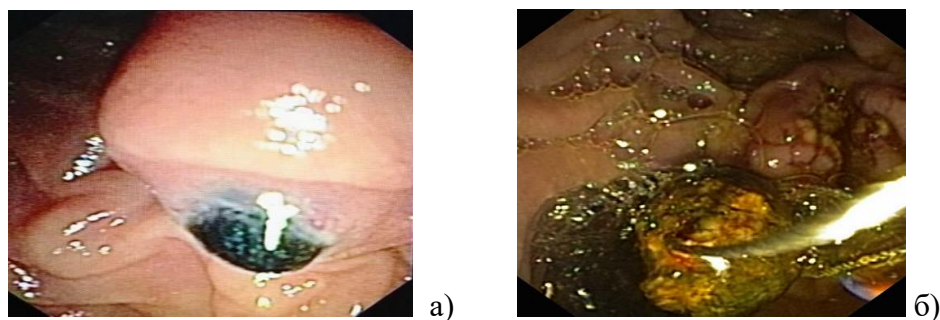


Рисунок 1. Эндофото. а) Ущемленный конкремент БСДК при остром панкреатите;
б) Извлечение конкремента БСДК

Все больные, у которых ущемленный конкремент БСДК был подтвержден визуально, нуждались в проведении экстренной декомпрессии магистральных ЖП. Особенностью эндоскопических операций в таких клинических ситуациях является использование неканюляционных вариантов папиллотомии без предварительно выполненной ЭРПХГ. Поэтому, ориентируясь на анатомические образования ДПК, и в частности, размер и форму продольной складки, можно проводить папиллосфинктеротомию. Разрез начинали в проксимальной части расширенной продольной складки в направлении БСДК. При этом объем ЭПСТ должен был соответствовать размеру конкремента. У 52 пациентов (86%) конкремент отошел в просвет ДПК сразу после рассечения продольной складки, а 8 пациентам (14%) потребовалось выполнение дополнительной литэкстракции корзинкой Дормиа (рис. 1б).

Таблица 4. Характер эндоскопических вмешательств, выполненных больным с ущемленным конкрементом папиллы (n = 60)

Характер вмешательства	Количество вмешательств
Папиллотомия атипичная	60
Назобилиарное дренирование	33
Баллонная дилатация сужений желчных протоков и папиллотомного отверстия	1
Репапиллотомия	2
Эндоскопическая литоэкстракция	8
Частичное удаление камней желчных протоков	1

Сразу после рассечения и отхождения конкремента отмечено активное поступление вязкой, застойной, мутной с хлопьями желчи, при этом у 24 больных (40%) сначала отходил сливкообразный гной.

Результаты папиллотомии в 1-ой группе подтвердили клинический диагноз гнойного холангита. При анализе результатов лечения этих больных было отмечено, что гнойный холангит в 100% процентах случаев сочетался с ОП.

При анализе сроков проведения декомпрессии ЖП от начала заболевания было отмечено, что у наибольшего количества больных, у которых ОП развился на фоне ущемленного конкремента папиллы, декомпрессия ЖП была проведена на более поздних сроках от момента начала развития болевого приступа и МЖ .

Таким образом, отягощающими факторами развития ОП явились наличие хронического панкреатита в анамнезе, гнойный холангит, а также сроки проведения декомпрессии ЖП.

Развитие острого билиарного панкреатита наблюдалось у пациентов, которым была проведена декомпрессия желчных путей позже 12 часов от начала заболевания. У пациентов, которым эндоскопическая папиллотомия и литэкстракция была проведена в ранние сроки (менее 6 часов), острый панкреатит развился только у 4 больных (1,8%). Мы не обнаружили зависимость развития острого билиарного панкреатита от уровня общего билирубина сыворотки крови.

Наибольшее количество случаев развития острого гнойного холангита наблюдалось у пациентов, которым была проведена декомпрессия желчных путей позже 12 часов от момента поступления в клинику. У пациентов, которым эндоскопическая папиллотомия и литэкстракция были проведены в ранние сроки (менее 6 часов), острый гнойный холангит развился только в 4 случаях (12,1%).

33 пациентам (55%) был установлен временный назобилиарный дренаж, который позволил не только адекватно санировать ЖП на фоне острого гнойного холангита, но и провести в последующем контрольные фистулографии для визуализации оставшихся конкрементов в ЖП.

На контрольных фистулохолангиограммах через 2-3 дня с момента эндоскопической операции у 25 больных (41%) были обнаружены разные по форме и диаметру конкременты, которые потребовали дополнительной эндоскопической операции, направленной на литэкстракцию. Сроки выполнения повторных эндоскопических манипуляций зависели от клинической картины заболевания и, в частности, от снижения проявлений признаков ОП с нормализацией биохимических показателей сыворотки крови. Клинические наблюдения показали, что сроки выполнения повторной литэкстракции составили $6 \pm 2,5$ дней. В послеоперационном периоде у трех пациентов (5%) из 1-ой группы острый панкреатит осложнился ПН, при этом у 1 человека

с последующим летальным исходом. Таким образом, общая летальность в обеих группах составила 1,67 %.

Для выполнения декомпрессии желчных протоков при ущемленном конкременте рекомендуется осуществлять нетипичную неканюляционную (игольчатую) папиллотомию, так как «канюляционные» варианты проведения этой операции технически невозможны. При визуализации конкремента или его части в отверстии БСДК возможно осуществление папиллосфинктеротомии без предварительного проведения контрастирования желчных протоков. В этих случаях сфинктеротомный разрез можно начинать как от отверстия папиллы в проксимальном направлении, так и со стороны продольной складки, постепенно продлевая до отверстия БСДК. Как правило, после папиллотомии конкремент самостоятельно отходит в просвет ДПК, и дополнительных эндоскопических манипуляций по его извлечению не требуется.

При отсутствии возможности в ночное время выполнять ретроградную холангиографию, остается неизвестным состояние магистральных ЖП, поэтому всем больным с удаленным вклиненным конкрементом впоследствии необходимо выполнить обязательную холангиографию, чтобы не пропустить оставшиеся конкременты в ЖП. Клинические наблюдения показали, что у 50 больных (83%) был диагностирован множественный холедохолитиаз, который на фоне ущемленного конкремента БСДК потребовал дополнительной эндоскопической литэкстракции, проведенной в плановом порядке. Как показали исследования, ранние сроки декомпрессии ЖП позволяют снизить частоту развития ОП и панкреонекроза, а также быстро ликвидировать явления гнойного холангита. Благодаря такой тактике и технике выполнения эндоскопических операций значительно снижается число послеоперационных осложнений. В то же время, если произошло ущемление конкремента в дистальном отделе холедоха и камень не визуализируется при дуоденоскопии, то выполнение папиллотомии без предварительной холангиографии опасно. Проведение папиллотомии «вслепую» может привести к травме устья ГПП с развитием острого панкреатита вплоть до панкреонекроза. На основании результатов лечения больных с ущемленным конкрементом БСДК в послеоперационном периоде рекомендуется проводить интенсивную инфузионную терапию, направленную на профилактику развития ОП, особенно у больных с гнойным холангитом, у которых в анамнезе имелись признаки хронического панкреатита. Данная тактика лечения позволяет снизить количество послеоперационного ОП и летальность.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ ПРИ ЕГО ЛОКАЛИЗАЦИИ В ОБЛАСТИ ПЕРЕШЕЙКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Важное значение в комплексном лечении больных панкреонекрозом является создание благоприятных условий оттока панкреатического секрета и сохранение неповрежденной паренхимы ПЖ. Это особенно актуально у больных с блокадой ГПП за счет ПН на уровне перешейка ПЖ. В таких ситуациях секрет, вырабатываемый в дистальных отделах ПЖ, не может поступить в просвет ДПК, с чем связано прогрессирование аутолиза ПЖ и проникновение панкреатического сока в парапанкреатическую и забрюшинную клетчатку. С развитием септического состояния больного при присоединении инфекции образуются массивные флегмоны забрюшинной клетчатки, поэтому главная задача дренирования панкреатических протоков (особенно ее дистальных отделов) заключается в сохранении жизнеспособности ткани ПЖ и предотвращении развития инфицирования жидкостных образований.

К вероятным противопоказаниям дренирования ГПП при некрозе в области перешейка ПЖ можно отнести:

- 1) поздние сроки от начала течения заболевания (более 48 часов),
- 2) наличие сформированных секвестров в области головки и перешейка ПЖ,
- 3) панкреонекроз тип II (невозможность реканализации зоны некроза).

В нашем исследовании мы наблюдали 30 пациентов с ПН. Все пациенты были сопоставимы по возрасту, полу и этиологии возникновения. Этиология развития ПН у 16 пациентов была билиарной, а у 14 пациентов была связана со злоупотреблением алкоголя.

У 16 пациентов (53%) были выполнены различные эндоскопические вмешательства на ЖП и ГПП; 14 пациентам (47%) проводились традиционные хирургические методы лечения (диагностическая лапароскопия, дренирование сальниковой сумки, дренирование забрюшинной клетчатки и этапные релапаротомии). В 30% случаев невозможность проведения эндоскопических вмешательств была вызвана различными причинами: невозможностью проведения дуоденоскопа через суженную пилородуоденальную область, выраженным отеком и деформацией ДПК, отсутствием визуализации БДСК, трудностями, вызванными канюляцией отверстия папиллы и проведением проволочного проводника в ГПП. Все пациенты были с ПН типа I (наличие глубокого поперечного некроза и расположенной дистальнее некроза жизнеспособной паренхимы).

Диагноз ПН был установлен на основании клинической картины заболевания, лабораторных данных, результатов УЗИ, КТ брюшной полости и лапароскопии. При этом основным методом явилась КТ с болюсным контрастированием, которое четко

определило границы, размеры, локализацию зоны некроза, а также наличие жидкостных образований в области парапанкреатической клетчатки. Характер эндоскопических вмешательств выполненных больным с ПН представлен в таблице 5.

Таблица 5. Характер эндоскопических манипуляций, выполненных больным с ПН

Виды вмешательств	Количество больных	%
Папиллотомия + реканализация зоны некроза + назопанкреатическое дренирование	4	25
Папиллотомия + реканализация зоны некроза + назопанкреатическое дренирование + назобилиарное дренирование	4	25
Папиллотомия + реканализация зоны некроза + стентирование панкреатического протока	2	12,5
Папиллотомия + реканализация зоны некроза + стентирование панкреатического и желчного протоков	4	25
Папиллотомия + реканализация зоны некроза + назопанкреатическое дренирование + стентирование желчного протока	2	12,5

У 4 больных на ретроградных панкреатикохолангиограммах было отмечено, что изменения со стороны магистральных ЖП не обнаружено. При контрастировании дистальных отделов ПЖ у 1 больного отмечено экставазация контрастного вещества в забрюшинную клетчатку. У остальных 3 больных через дренажную трубку стал поступать в небольшом количестве, каплями панкреатический сок. В последующем у этих пациентов отмечено увеличение поступления панкреатического секрета на фоне улучшения общего состояния пациента, а у больного с экставазацией контрастного вещества поступление панкреатического сока по НПД не было (развилась забрюшинная флегмона, с летальным исходом).

Особый интерес представляет 4 больных с билиарной этиологией панкреонекроза. При этом у всех пациентов имелись клинические и лабораторные данные МЖ. По данным УЗИ и КТ отмечены что в желчном пузыре имеются множественные диаметром 2-3 мм конкременты, гепатикохоledох составил 9-11 мм в его просвете также определялись множественные мелкие камни, при этом в области перешейка ПЖ имелось зона панкреонекроза. Нами разработана и впервые применена в клинической практике методика одномоментного эндоскопического назобилиарного и назопанкреатического дренирования у этой группы больных (рисунок 2).

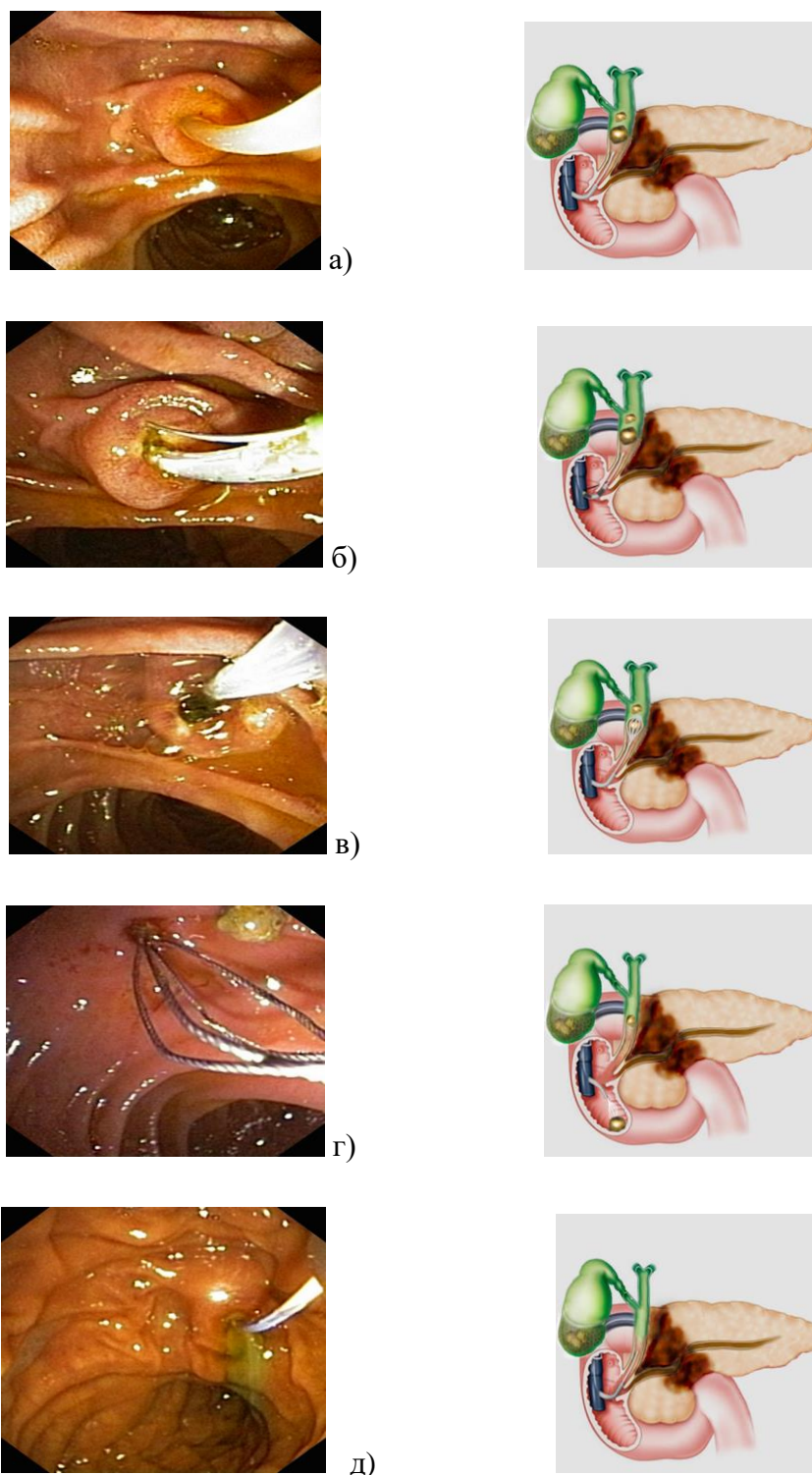


Рисунок 2. Эндофото и схема. Этапы двойного одномоментного назобилиарного и назопанкреатического дренирования при панкреонекрозе билиарной этиологии

- А) канюляция БСДК + установка в просвете ОЖП проволочного проводника
- Б) проведение типичной папиллосфинктеротомии
- В) конкремент в папиллотомном отверстии
- Г) извлечение конкремента корзинкой Дормиа
- Д) поступление гноя из просвета желчных протоков

Показаниями к этой технологии эндоскопического лечения явилось сочетание ПН и МЖ, обусловленной холедохолитиазом, гнойным холангитом и калькулезным холециститом. Результатами этой операции было создание условий для предотвращения миграции конкрементов из ОЖП в магистральные ЖП после папиллотомии, холедохолитотомии и тем самым исключить повторное развитие обтурации протоков конкрементами. Кроме того, через НБД можно осуществлять контроль за качеством и количеством поступающей желчи (все больные с острым гнойным холангитом), адекватно санировать ЖП и ликвидировать холангит. Одновременно требовалось осуществление дренирования панкреатических протоков, установка НПД после реканализации зоны панкреонекроза, обеспечивающего адекватный отток секрета и давала возможность в последующем выполнения этапных фистулопанкреатикографий, целью которых явилось контроль за состоянием ГПП и исключением экстравазации рентгенконтрастного препарата за пределы протоков ПЖ.

После эндоскопической папиллотомии выполняли литэкстракцию по стандартной методике (рисунок 2), при этом заканчивали вмешательство на ЖП оставлением в их просвете проволочного проводника диаметром 0,25 – 0,35 inch

Затем с помощью второго проволочного проводника диаметром 0,21 – 0,25 inch осуществляли его проведение через зону ПН, после чего осуществляли реканализацию зоны некроза и выполняли контрастирование дистальных отделов ПЖ. Заканчивали вмешательство на протоках ПЖ оставлением в просвете протока второго проволочного проводника. (Рисунок 3)

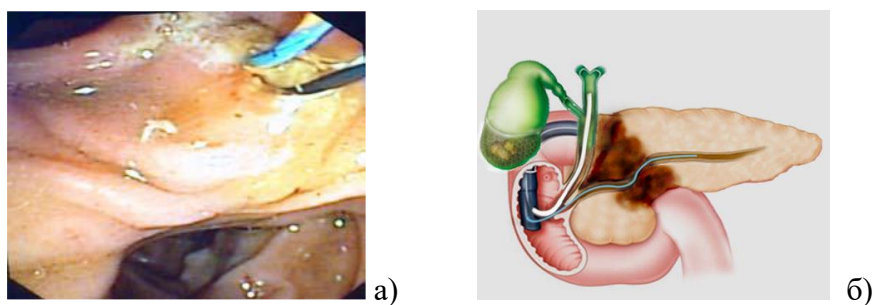


Рисунок 3. Эндофото. а) Установка второго проволочного проводника в ГПП, б) Схема установки второго проволочного дренажа в ГПП

Затем по обоим проводникам параллельно через единственный канал дуоденоскопа устанавливали назобилиарную дренажную трубку диаметром 7 Fr, и назопанкреатическую дренажную трубку диаметром 5 Fr. (рисунок 4)

Наиболее сложным этапом явилось выведение дуоденоскопа, так как в любой момент при его извлечении могло произойти смещение и миграция одной из дренажных

трубок. Поэтому этот этап сложной эндоскопической операции выполняли под обязательным постоянным рентгенологическим контролем с периодически введением по дренажным трубкам небольшого количества рентгенконтрастного вещества. После извлечения дуоденоскопа наружу, дренажи переводились через правый и левый носовые ходы по общепринятой методике. В дальнейшем с помощью дренажных трубок контролировали не только желчеотток и поступление панкреатического секрета, но и осуществляли этапные фистулопанкреатикохолангиографии.

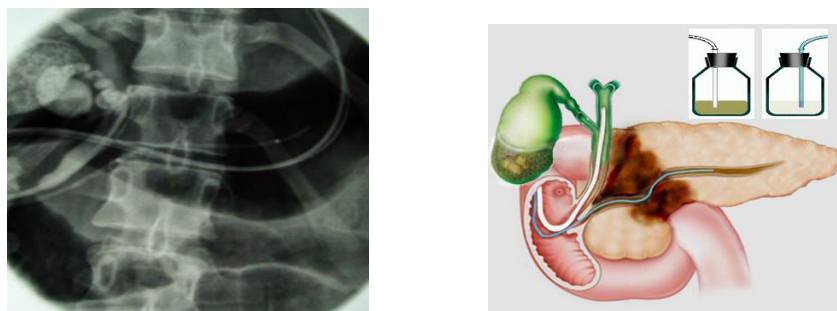


Рисунок 4. Контрольная фистулопанкреатикохолангиограмма. Двойное одномоментное назопанкреатическое и назобилиарное дренирование

Всего НПД было выполнено 10 больным, при этом осуществлялся динамический мониторинг поступления панкреатического сока. (рисунок 5)

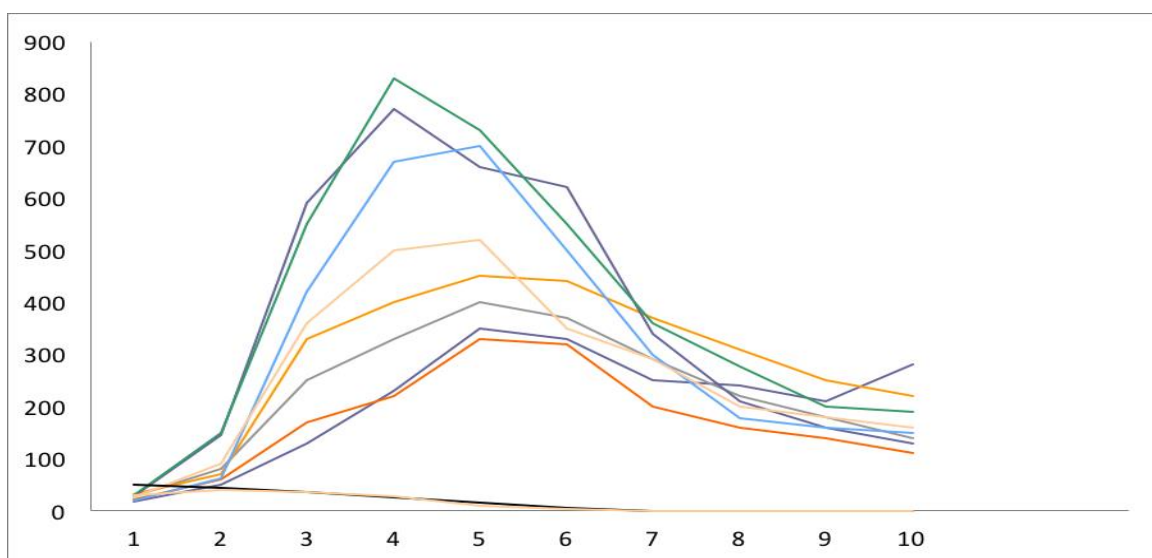


Рисунок 5 .Динамика объёма выделения панкреатического сока при НПД

Сразу после реканализации зоны панкреонекроза и установки в проток назопанкреатического дренажа по нему могут поступать лишь «капли» секрета, что свидетельствует о сохранении функции поджелудочной железы. Постепенно через 1 - 3 суток после дренирования объем панкреатического секрета возрастает, достигая 700 – 900 мл в сутки. На этом фоне резко улучшается клиническое состояние пациентов, исчезают

признаки интоксикации, появляется аппетит. При этом у всех пациентов дренирование протоков производилось в первые 24 – 36 часов от момента начала заболевания.

При дренировании ГПП поджелудочной железы на более поздних сроках (более 48 часов) у 2 больных вмешательство оказалось неэффективным. Именно у этих больных развились обширные флегмоны забрюшинного пространства с летальным исходом.

Сложным вопросом является время извлечения назопанкреатического дренажа. В наших наблюдениях это были 5-6 сутки, при этом мы ориентировались на объём поступления панкреатического секрета. На наш взгляд в момент уменьшения поступления секрета с учетом улучшения общего состояния пациентов, лабораторных показателей, и данных этапных УЗИ или КТ исследований назопанкреатические дренажи можно безопасно извлекать наружу, так как в эти сроки имеет тенденцию к восстановлению функции ПЖ и восстанавливается проходимость ГПП.

Обобщив клинический материал, полученный при обследовании и лечении больных второй группы больных с панкреонекрозом, которым не проводились ретроградные эндоскопические вмешательства, пришли к выводу, что закономерность развития патологического процесса в поджелудочной железе и структура осложнений зависят от первичного масштаба поражения поджелудочной железы. Для изучения эффективности малоинвазивных методов лечения дренирование под УЗИ контролем. Для оценки тяжести состояния и эффективности проводимого лечения и метода дренирования применена динамическая балльная оценка тяжести в динамике.

В этой группе из 14 больных применяли традиционные методы хирургического лечения пациентов с панкреонекрозом (диагностическая лапароскопия, дренирование сальниковой сумки, дренирование забрюшинной клетчатки, этапные релапаротомии). Малоинвазивные методы пункции и дренирования очагов деструкции под УЗИ наведением применялись у 4 пациентов, которые явились завершающим этапом лечения (очаговый ПН) и промежуточным этапом лечения для выполнения более радикального оперативного вмешательства и для стабилизации состояния. Достоверность улучшения физиологических показателей после данной манипуляции на вторые сутки после лечебно-диагностической пункции и дренирования была значимой ($p < 0,05$). Напротив, при проведении в течение первой недели лишь консервативной терапии отмечали ухудшение состояния больных. Позднее выполнение малоинвазивных методов дренирования (более 2-х суток) в контрольной группе привело к развитию гнойных осложнений в 21,4% случаев (таблица 6).

Таблица 6. Виды хирургических вмешательств, выполняемых пациентам с панкреонекрозом

Хирургические вмешательства	Количество пациентов с панкреонекрозом (14 пациентов)	%
Диагностическая лапароскопия	10	71,4
Дренирование сальниковой сумки	6	42,8
Дренирование забрюшинных пространств	4	28,6
Повторные видеолапароскопические санации	3	21,4
Лапаротомии	4	28,6
Повторные этапные релапаротомии	4	28,6

При сравнительном анализе двух групп больных было отмечено снижение количества летальных исходов у группы пациентов, которым было выполнено дренирование дистальных отделов ГПП и реканализация в зоне некроза в области перешейка ПЖ на ранних сроках (менее 48 часов) до 18, 75%, хотя при использовании хирургического метода летальность достигала 35,7%. Так же хочется отметить, что осложнения при панкреонекрозе, которые были на более поздних сроках с применением хирургических методик (диагностическая лапароскопия, дренирование сальниковой сумки, дренирование забрюшинных пространств, повторные лапароскопические санации и др.) составили 72,7%, чем при применении эндоскопических методик - 18,75%.

Результаты лечения больных панкреонекрозом с использованием эндоскопических методов декомпрессии панкреатических протоков зависит от характера поражения поджелудочной железы и времени начала заболевания. Для объективного контроля адекватности дренирования протоков ПЖ целесообразно использовать методику НПД, которые имеет существенные преимущества перед стентированием ГПП, так как позволяет контролировать количество и характер панкреатического секрета, а также выполнять этапные фистулографии.

Таким образом на основании полученных данных для точной диагностики панкреонекроза, мы рекомендуем в первые часы поступления пациента в стационар проводить УЗИ и КТ брюшной полости (первые 2-6 часов). При выявлении и подтверждении диагноза некроза в области перешейка поджелудочной железы

осуществлять эндоскопическую декомпрессию протоков ПЖ, при этом методом выбора может быть НПД или стентирование протоковой системы ПЖ для создания оттока панкреатического секрета из ее дистальных отделов. Эндоскопические технологии дренирования создают более благоприятные условия для сохранения жизнеспособной ткани ПЖ. Подобная тактика комплексного лечения больных с панкреонекрозом с использованием эндоскопических технологий позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений и летальность. Однако следует учитывать, что проведение эндоскопических лечебных вмешательств на желчных и панкреатических протоках в условиях панкреонекроза являются крайне сложной эндоскопической манипуляцией и должны выполняться опытным врачом эндоскопистом в многопрофильном лечебном учреждении.

ВЫВОДЫ:

1. У больных острым панкреатитом в 75,8% случаев имеются изменения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, в основном воспалительного характера. У 100% больных с панкреонекрозом преобладают эрозивно - язвенные поражения слизистой оболочки пищевода, желудка и ДПК, при этом они наиболее выражены у больных с инфицированным панкреонекрозом.
2. Диагностика ущемленного конкремента ампулы БСДК должна основываться на клинической картине заболевания, данных УЗИ и дуоденоскопии.
3. У пациентов с механической желтухой при ущемленном конкременте ампулы БСДК острый панкреатит развивается в 56,7% случаев. Острый панкреатит чаще в 83,3% наблюдается при гнойном холангите, в 72,2% при наличии хронического панкреатита в анамнезе и в 88,9% был обусловлен поздней (более 36 часов) декомпрессией желчных протоков .
4. Диагностика панкреонекроза у больных основывается на клинико-лабораторных исследованиях с обязательным выполнением КТ с болюсным контрастированием, которое определяет тактику эндоскопического лечения.
5. Проведение эндоскопических операций на желчных и панкреатических протоках при панкреонекрозе возможно у 72,7% пациентов, при этом их эффективность зависит от сроков их выполнения и эндоскопической реканализации зоны некроза в перешейке поджелудочной железы.
6. Двойное одномоментное назобилиарное и назопанкреатическое дренирование является сложной эндоскопической операцией и должно выполняться по строгим показаниям у больных с билиарной этиологией панкреонекроза при высоком риске миграции камней

из желчного пузыря в магистральные желчные протоки и сегментарным поражением в зоне перешейка поджелудочной железы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Всем больным с острым панкреатитом и панкреонекрозом необходимо проведение ЭГДС, как с диагностической целью, так и для решения вопроса о проведении терапии, направленной на защиту слизистой оболочки ЖКТ.
2. Больным с ущемленным конкрементом БСДК должна выполняться нетипичная (игольчатая) неканюляционная папиллотомия с обязательным проведением ретроградной холангиографии с целью исключения множественного холедохолитиаза.
3. Эндоскопическая папиллотомия у больных с острым панкреатитом и панкреонекрозом является необходимым доступом к комплексным вмешательствам на желчных и панкреатическом протоках.
4. У больных острым панкреатитом на фоне гнойного холангита требуется установка назобилиарного дренажа.
5. У больных с панкреонекрозом предпочтительнее использовать назопанкреатическое дренирование, которое позволяет контролировать количество и характер поступающего панкреатического секрета, а также осуществлять этапные фистулопанкреатикографии.
6. Удаление назопанкреатического дренажа следует выполнять на 6-7 сутки от момента его установки, на фоне улучшения общего состояния больного и нормализации лабораторных и инструментальных показателей.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Глебов К.Г., Дюжева Т.Г., Сюмарева Т.А, **Зверева А.А.**, Котовский А.Е. Ранние послеоперационные осложнения эндоскопического стентирования желчных протоков у больных механической желтухой // Материалы XIX Съезда РОЭХ 16-18 февраля 2016 года - С. 154
2. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Сюмарева Т.А, Дюжева Т. Г., **Зверева А.А.** Эндоскопические методы диагностики и лечения папиллостеноза // **Вестник хирургии им. И.И. Грекова** - Том 175, №2, 2016 г. - С.21-24
3. **Зверева А.А.**, Глебов К.Г., Дюжева Т. Г., Котовский А.Е. Изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при остром панкреатите и панкреонекрозе // Материалы VII Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии» 24-25 марта 2016 года - С. 143

4. **Зверева А.А.**, Котовский А.Е., Глебов К.Г. Эндоскопические изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с острым панкреатитом и панкреонекрозом// **Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология**. Том 140, №4, 2017г.- С. 22-26
5. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Дюжева Т.Г., Хоконов М.А., Сюмарева Т.А., Завора А.В., Махмудова А.К., **Зверева А.А.** Комплексные ретроградные эндоскопические вмешательства на поджелудочной железе при панкреонекрозе// **Материалы IX Всероссийская научно-практическая конференция « Актуальные вопросы эндоскопии» 29-30 марта 2018 года - С.103**
6. **Зверева А.А.**, Котовский А.Е., Глебов К.Г., Дюжева Т.Г. Факторы, влияющие на развитие острого панкреатита, при ущемленном конкременте папиллы // **Материалы IX Всероссийская научно-практическая конференция « Актуальные вопросы эндоскопии» 29-30 марта 2018года - С.216-217**
7. **Зверева А.А.** ,Котовский А.Е. Дюжева Т.Г., Глебов К.Г. Острый панкреатит при ущемленном конкременте терминального отдела холедоха // **Материалы РОХ 2018 с международным участием - С.174**
8. **Зверева А.А.** ,Котовский А.Е, Дюжева Т.Г., Глебов К.Г. Предикторы, влияющие на развитие острого панкреатита при ущемленном конкременте сфинктера Одди. **Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология**. Том 152, №4, 2018 г. - С. 22-26

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БСДК – большой сосочек двенадцатиперстной кишки
 ГПП – главный панкреатический проток
 ДПК – двенадцатиперстная кишка
 ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
 ЖП – желчные протоки
 КТ – компьютерная томография
 МЖ – механическая желтуха
 МРТ – магнитно – резонансная томография
 НБД – назобилиарное дренирование
 НПД – назопанкреатическое дренирование
 ОБП – острый билиарный панкреатит
 ОП – острый панкреатит
 ПЖ – поджелудочная железа
 ПН – панкреонекроз
 УЗИ – ультразвуковое исследование
 ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия
 ЭРПХГ – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография