

УДК 616.37-002.1-089-06

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА****Ибраимов Д.С., Токтосунов А.С., Чапыев М.Б., Жусуп уулу У., Сапаров С.Ш.***Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек,  
e-mail: myktybek@rambler.ru, chapyev75@mail.ru*

В статье представлена тактика ведения группы больных при билиарном панкреатите и оценка результатов их лечения. Под наблюдением было 19 больных с билиарным панкреатитом, из них 3 мужчин, 16 женщин, возраст колебался от 42 до 80 лет ( $57,5 \pm 12,6$  лет), давность желчнокаменной болезни  $3,2 \pm 1,12$  лет, а срок появления признаков острого панкреатита от 2 до 7 суток ( $3,5 \pm 1,21$  суток). С острым холециститом было 13 и с хроническим калькулезным – 6. Диагноз острого панкреатита основывался на результатах УЗИ (увеличение железы, размытость контуров, изменение структуры, состояние протоков) и лабораторных исследований. В лечении больных использовали оперативное вмешательство: папиллосфинктеротомия с последующей холецистэктомией у 3, эндоскопическое извлечение конкремента из холедоха у 2 с последующей холецистэктомией, с наружным дренированием холедоха у 7 и только холедохотомия у 7. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа выполнена у 7 и лапароскопически у 12 больных. Оперативное лечение сочеталось с медикаментозным лечением, которое помимо базисной терапии включало 5-фторурацил и ронколейкин. В послеоперационном периоде у 2 отмечено нагноение послеоперационной раны, у одного желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно. Летальных исходов не было. В лечении билиарных панкреатитов необходимо использовать оперативное лечение на желчных протоках, которое способствует снижению давления в холедохе и улучшает течение острого панкреатита.

**Ключевые слова:** билиарный панкреатит, синдром системной воспалительной реакции, диагностика, осложнения, пожилой возраст

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BILIARY PANCREATITIS****Ibraimov D.S., Toktosunov A.S., Chapyev M.B., Zhusup uulu U., Saparov S.Sh.***Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek,  
e-mail: myktybek@rambler.ru, chapyev75@mail.ru*

The article presents the tactics of managing a group of patients with biliary pancreatitis and assessing the results of their treatment. There were 19 patients under observation with biliary pancreatitis, including 3 men, 16 women, age ranged from 42 to 80 years ( $57.5 \pm 12.6$  years), and the duration of cholelithiasis was  $3.2 \pm 1.12$  years, and the term for the appearance of signs of acute pancreatitis is from 2 to 7 days ( $3.5 \pm 1.21$  days). With acute cholecystitis there were 13 and chronic calculous – 6. The diagnosis of acute pancreatitis was based on the results of ultrasound (enlargement of the gland, blurring of the contours, changes in the structure, condition of the ducts) and laboratory tests. In the treatment of patients, surgical intervention was used: papillosphincterotomy followed by cholecystectomy in 3 patients, endoscopic removal of the calculus from the choledochus in 2 patients, followed by cholecystectomy, with external drainage of the choledochus in 7 patients, and only choledochotomy in 7 patients. Surgical treatment was combined with drug treatment, which, in addition to basic therapy, included 5-fluorouracil and roncoleukin. In the postoperative period, 2 had suppuration of the postoperative wound, one had bile leakage, which stopped on its own. There were no lethal outcomes. In the treatment of biliary pancreatitis, it is necessary to use surgical treatment on the bile ducts, which helps to reduce pressure in the choledochus and improves the course of acute pancreatitis.

**Keywords:** biliary pancreatitis, systemic inflammatory response syndrome, diagnosis, complications, old age

Острый панкреатит – распространенное заболевание органов брюшной полости, причиной которого являются многочисленные факторы, из которых ведущие – алиментарно-алкогольный фактор и желчнокаменная болезнь [1, 2]. На долю панкреатита, причиной которого является ЖКБ, приходится от 20 до 60% среди общего числа наблюдений [3, 4]. Определение «билиарный панкреатит» указывает на связь возникновения острого панкреатита с патологией желчных протоков, когда имеет место нарушение оттока панкреатического секрета, возникновение билиарно-панкреатического рефлюкса, вследствие повышения давления в желчных путях [5, 6].

В диагностике билиарного панкреатита основным методом является анамнез, а так-

же в диагностике выявляются причины и используются клинические признаки, данные лабораторно-инструментальных исследований и наиболее информативными являются УЗИ, КТ, МРТ, а из лабораторных исследований – определение уровня амилазы в сыворотке крови, так как при билиарном панкреатите содержание амилазы самое высокое по сравнению с другими заболеваниями [7], а также необходимо обратить внимание на количество клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции, при прогрессировании которого развивается сепсис и полиорганная недостаточность [8].

В лечении билиарного панкреатита используются оперативные методы и комплекс медикаментозных средств, направленных на основные звенья этиопатогенеза этой

патологии, но среди хирургов нет единого подхода к лечению этого заболевания, а поэтому и судить об эффективности затруднительно. Идут разработки методов, которые позволили бы определить оптимальную тактику в лечении билиарного, панкреатита, так как при тяжелой форме летальность составляет 20–30%.

Цель работы – представить тактику при билиарном панкреатите и оценить результаты лечения.

### Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 19 больных с билиарным панкреатитом, из них 16 женщин, 3 мужчин, возраст колебался от 42 до 80 лет, в среднем 57,5±12,6 лет, но большинство были пожилого возраста (15 из 19) сроки существования желчнокаменной болезни (ЖКБ) составляли 3,2±1,12 лет, а сроки появления признаков панкреатита колебались от 2 до 7 суток (3,5±1,21 дней), что подтверждает позднее поступление больных в хирургическую клинику.

При поступлении пытались как можно быстрее определить причину заболевания и оценить тяжесть. Для определения характера заболевания использовали анамнез, УЗИ, а в неясных случаях КТ, лабораторные методы (общий анализ крови с вычислением ЛИИ, уровень амилазы, СРБ, прокальцитонин), и внимание было уделено выявлению числа признаков «синдрома системной воспалительной реакции» (ССВР), которая включала температуру тела выше 38 °С, частоту пульса более 90 уд/мин, дыхание более 20 или апноэ и количество лейкоцитов более 12,0x10<sup>9</sup>).

Полученные результаты исследования обрабатывали с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) и ошибки ряда (m), а степень достоверности – по t-критерию таблицы Стьюдента.

### Результаты исследования и их обсуждение

В результате осмотра пациентов при поступлении обращали внимание на то, что их беспокоит, на поведение из-за выраженного болевого синдрома, все они отмечали неоднократное появление боли, при которой применяли болеутоляющие средства и спазмолитики. У 12 больных отмечена легкая желтушность кожных покровов, у остальных выраженная желтуха. При УЗИ у всех поступивших обнаружено увеличение поджелудочной железы, неоднородность структуры, нечеткость контуров железы, а у 9 больных – скопление жидкости в паренхиме железы. На основании этих данных определен острый панкреатит.

Также при УЗИ острый калькулезный холецистит обнаружен у 13 и хронический у 6. Наличие конкрементов в холедохе обнаружено у 6 при УЗИ и при КТ еще у 3. Из 19 поступивших лишь у 2 было выявлено два признака ССВР, еще у 6 – три признака, а у остальных (10 чел.) – четыре признака, что подтверждало тяжесть состояния поступивших.

При поступлении больных с билиарным панкреатитом нами была применена следующая тактика: всем проводили медикаментозное лечение, которое включало обезболивающие средства, спазмолитики, подавляющие секрецию поджелудочной железы препараты, и в этот период уточняли причину возникновения острого панкреатита у 5 больных, у которых обнаружили конкременты в терминальном отделе холедоха у 2 из них конкременты удалены эндоскопически, а у 3 произведена папиллотомия – конкременты удалены, им продолжена медикаментозная терапия с включением антибиотиков, 5-фторурацила и ронколейкина. 5-фторурацил назначали в дозировке 10–15 мг/кг массы тела, а также интраоперационно орошали сальниковую сумку, а ронколейкин в дозировке 0,5–1 мг, разведенный 0,9% физиологическим раствором натрия хлорида, вводили внутривенно медленно один раз в три дня в зависимости от тяжести состояния больных и лабораторных показателей. После ликвидации воспалительного процесса выполнили лапароскопическую холецистэктомию, послеоперационный период протекал благоприятно.

Еще у 7 больных при остром панкреатите выполнили холецистэктомию с наружным дренированием, это были больные с деструктивным холециститом и наличием панкреатита, выполненные операции позволили улучшить состояние больных и добиться улучшения течения панкреатита.

Еще у 7 больных нами была выполнена холецистэктомию, учитывая то обстоятельство, что у больных довольно часто возникало обострение панкреатита, а в данное время были ярко выражены признаки панкреатита и хронического калькулезного холецистита.

После выполнения операции мы проследили за основными лабораторными показателями (табл. 1).

До операции количество лейкоцитов было на одинаковом уровне при любом типе операции, на 3 сутки более существенное снижение было в первой группе, где конкременты удалены эндоскопически, на 6 сутки в этой группе их содержание было снижено. Подобная динамика отмечена и ЛИИ, билирубина и прокальцитонина.

Таблица 1

## Лабораторные показатели до и после операции

Тип операции	Всего больных	X	Количество лейкоцитов	ЛИИ	Амилаза	Прокальцитонин	Билирубин
Эндоскопическое извлечение конкрементов и папиллотомия	5	1	14,2±0,97	5,2±0,03	2160±212,2	3,1±0,01	68,4±2,12
		2	9,0±0,47	4,1±0,01	–	2,2±0,02	51,4±1,13
		3	6,1±0,32	2,1±0,01	1051±118,4	0,7±0,01	13,1±1,21
Холецистэктомия + наружное дренирование	7	1	12,4±1,1	4,7±0,03	2520±21,8	3,4±0,02	72,4±1,31
		2	10,4±1,1	3,1±0,01	–	2,1±0,04	50,3±1,22
		3	7,2±0,91	1,7±0,01	720±68,4	1,4±0,01	15,4±0,91
Холецистэктомия	7	1	12,7±1,17	4,1±0,02	1070±74,0	3,0±0,02	31,2±1,12
		2	11,2±0,9	2,9±0,03	–	1,8±0,01	20,4±1,31
		3	8,4±0,72	1,4±0,02	720±72,0	0,6±0,01	14,4±0,74
Всего	19						

Примечание. X: 1 – при поступлении, 2 – через 3 дня после операции, 3 – через 6 дней после операции.

Обращает на себя внимание, что в момент поступления было повышение количества лейкоцитов, а после операции идет постепенное их снижение, но на 6 сутки еще не у всех достигает нормы. Позитивная динамика имеет место и в ЛИИ, до операции он был повышен во всех группах больных, и его уровень быстро снижался после любого оперативного лечения. Показатели и прокальцитонина до операции подтвердили остроту панкреатита, а после операции шло постепенное снижение. Уровень билирубина был повышен более существенно, когда была нарушена проходимость холедоха, а после операции он достиг нормы.

Мы определили признаки ССВР не только при поступлении, но и в послеоперационном периоде (табл. 2).

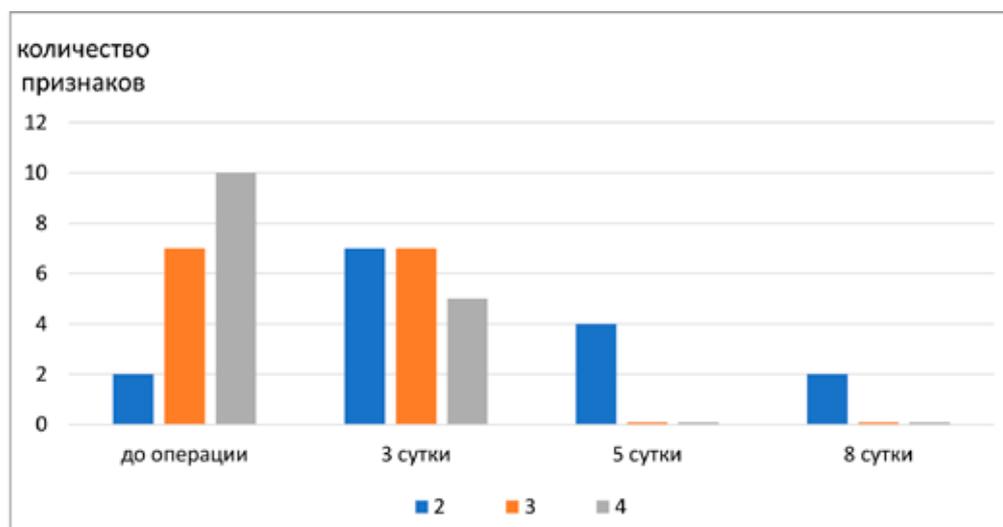
При рассмотрении показателей ССВР отмечено, что в момент поступления у боль-

шинства выявлено четыре признака, на 3 сутки наблюдалось уменьшение числа пациентов с четырьмя признаками, на 5 сутки лишь у 4 обнаружены два признака, а на 8 сутки у 2 два признака (рисунок).

Таблица 2

## Динамика синдрома системной воспалительной реакции до и после операции

Признаки	Количество признаков		
	2	3	4
До операции	2	7	10
3 сутки	7	7	5
5 сутки	4	–	–
8 сутки	2	–	–



Количество признаков в динамике

Следовательно, при индивидуальном подходе к лечению билиарного панкреатита с использованием комплекса медикаментозной терапии и оперативного вмешательства можно добиться удовлетворительных результатов. Из 19 оперированных после операции у 2 отмечено нагноение раны, а у одного после холецистэктомии с наружным дренированием наблюдалось желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно.

Билиарный панкреатит заслуживает внимания тем, что протекает тяжело и в процессе участвуют поджелудочная железа и желчные протоки. При этой патологии выбор метода лечения должен быть строго индивидуальным и оперативное лечение должно включать комплексную медикаментозную терапию [1, 3, 9]. В своем исследовании мы использовали не только методы, направленные на ликвидацию повышенного давления в желчных протоках, но и холецистэктомию при наличии конкрементов в желчном пузыре, и при этом больные указывали на частое обострение панкреатита. Учитывались результаты исследования, выполненного В.И. Подолужным [8], Ю.С. Винник и соавт. [10], которые изучили микроорганизмы на желчных конкрементах, внутренних оболочках желчного пузыря и установили, что желчный камень является резервуаром микрофлоры. Бактерии на конкрементах показали устойчивость к действию антибиотиков. Учитывая это, наличие конкрементов в желчном пузыре будет способствовать обострению панкреатита, поэтому мы после ликвидации острого процесса в поджелудочной железе выполняли холецистэктомию, в основном лапароскопически. Наши наблюдения малочисленны, но они показывают возможность улучшения результатов лечения билиарного панкреатита, исследования в этом направлении будут продолжены [11].

В заключение отметим, что постановка диагноза острый панкреатит у нас не вызвала никаких затруднений, особенно когда пациент обращался в первые 6 часов от момента заболевания. Подробный анамнез заболевания (появление болей после того как приняли жирную, обильную пищу, чрезмерное и частое употребление спиртных напитков и другие факторы, неукротимая рвота, вздутие живота) позволил уже поставить диагноз плюс инструментальные и лабораторные методы исследования. Трудности были при определении формы (отечная, стерильный, инфицированный панкреонекроз) панкреатита. Выходом в этих случаях были результаты инструментальных и лабораторных методов исследования.

При лечении больных с острым панкреатитом с момента поступления сразу учиты-

вали форму панкреатита и начинали с выполнения консервативной терапии, и она всегда была комплексной – состояла из базисного лечебного комплекса (голод, зондирование желудка с активным его промыванием и аспирацией содержимого желудка, местная гипотермия, введение спазмолитиков, анальгетиков и проведение инфузионной терапии). Но базисную терапию при необходимости усиливали антимицробной, антисекреторной и антиферментной терапией, а при отсутствии положительной динамики включали в комплекс лечения и специализированную терапию, которая направлена на блокирование секреции поджелудочной железы, коррекцию метаболических нарушений, усиливали антибактериальную терапию и назначали препараты с целью профилактики эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, применение антигипоксантов, иммуностимуляторов и посиндромную терапию.

Анализ результатов лечения больных показал, что использования стандартного комплексного лечения больных острым панкреатитом недостаточно, необходим пересмотр выбора объема медикаментозной терапии и подхода к оперативному лечению. При отечной форме панкреатита организм справляется при выполнении комплекса медикаментозных средств, направленных на снижение интоксикации. При стерильном панкреонекрозе уже необходима антиферментная, антисекреторная и усиленная детоксикационная терапия.

При инфицированном панкреонекрозе необходима тщательная оценка состояния больного для выбора лечения, при выявлении симптомов перитонита и развившихся осложнениях показано оперативное лечение с выполнением комплексного и специализированного лечения в послеоперационном периоде.

Необходимо также отметить, что выполнение УЗИ в динамике позволяет оценить результаты лечения. При отечной форме уже на 3 сутки от начала лечения отмечается положительная динамика в показателях эхоморфометрии отделов поджелудочной железы, а уже более четко положительные сдвиги наблюдаются на 7–8 сутки. Отсутствие уменьшения железы является плохим прогностическим показателем, при стерильном панкреонекрозе на 3 сутки показатели эхоморфометрии железы и показатели крови улучшаются значительно позже в сравнении с отечной формой, и все же нужно отметить, что лишь при отечной форме при своевременной госпитализации и выполнения комплексной терапии можно добиться положительных результатов,

а при панкреонекрозах, необходимо динамическое наблюдение, чтобы своевременно выявить осложнения, а при необходимости выполнить операцию.

### Заключение

В диагностике билиарного панкреатита необходимо использовать клинические показатели ССВР, лабораторные и инструментальные методы исследования.

В хирургическом лечении необходима коррекция протоковой гипертензии и применение комплекса медикаментозной терапии, направленной на влияние на основные звенья этиопатогенеза панкреатита.

### Список литературы

1. Глабай В.П., Гризнев О.В., Башанкаев Б.Н., Башков А.Н., Крылов А.В., Каприн И.А., Эльдарова З.Э., Варьясова А.А. Хирургическая тактика в острой стадии билиарного панкреатита // Хирургия. 2019. № 11. С. 37–42.
2. Совцов С.А. Оптимизация хирургической тактики лечения больных со стерильным панкреонекрозом и использованием эндохирургических технологий. // Эндоскопическая хирургия. 2019. Т. 25. № 2. С. 21–24.
3. Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П., Елисеев А.В., Бояринов Д.Ю. Современные представления о патогенезе, диагностике и хирургическом лечении билиарного панкреатита // Вестник хирургии. 2017. Т. 176. № 1. С. 120–124.
4. Алмазов А.А., Пустыльняк Ю.А., Бадаев Е.А., Севостьянова К.С. Влияние билиарно-зависимого панкреатита на течение калькулезного холецистита // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. Бишкек. 2018. Т. 18. № 6. С. 11–16.
5. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите // Анналы хирургической гепатологии. 2011. Т. 16. № 4. С. 71–76.
6. Fusaroli P., Kyprailos D., Caltì G. Pancreatobiliary endoscopic ultrasound: a systematic review of the levels of evidence, performance and outcomes. *Gastroenterol.* 2012. Vol. 18. No. 3. P. 4243–4256.
7. Скутова В.А., Данилов А.И., Феоктистова Ж.А. Острый панкреатит: актуальные вопросы диагностики и комплексного лечения // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016. Т. 15. № 2. С. 78–84.
8. Подолужный В.И. Острый панкреатит: Современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. Т. 2. № 4. С. 62–71.
9. Rowila P., Bandare S.S., Velliparoli A.R. Infectious etiology of acute pancreatitis. *Gastroenterology research.* 2017. Vol. 10. No. 3. P. 153–158.
10. Винник Ю.С., Теплякова А.В., Перьянова О.В., Тяпкин С.И., Соседова Е.В., Адгезивная активность микроорганизмов в выборе дренажного полимера и местных антисептиков при инфицированном панкреонекрозе. // Анналы хирургической гепатологии. 2013. Т. 18. № 4. С. 100–108.
11. Ибраимов Д.С. Современные подходы к лечению больных с острым панкреатитом и его осложнениями: дис. ... докт. мед. наук. 14.01.17. Бишкек, 2018. 188 с.