

УДК 616.329-089.168.1-071.1

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Дмитриев А.В.

ОАО «Медико-санитарная часть «Нефтяник», 625000 г. Тюмень, ул.Шиллера, docdmiriev@mail.ru

Объектом настоящего исследования стал анализ результатов лечения 480 пациентов с протоковыми осложнениями желчнокаменной болезни и блоком на уровне дистальной части общего желчного протока доброкачественной этиологии за период 2007-2012 гг. Оптимизирована тактика при остром билиарном панкреатите. Доказан положительный клинический и лабораторный эффект выполнения экстренных эндобилиарных вмешательств. Возможно существенно минимизировать уровень осложнений эндобилиарных вмешательств, используя ряд достаточно простых и легко реализуемых организационных и технологических мер: оптимальная срочность вмешательства, общее обезболивание, применение современных технологий эндогемостаза, использование октреотида и ингибиторов протонной помпы.

Ключевые слова: Эндобилиарные вмешательства, холедохолитиаз, блок большого дуоденального соска (БДС), механическая желтуха, острый билиарный панкреатит.

FEATURES OF MEDICAL DIAGNOSTIC TACTICS THROUGH BILIARY PANCREATITIS

Dmitriev A.V.

JSC "Medical Unit" Neftyanik", 625000 Tyumen, Shillera Str., 12, docdmiriev@mail.ru

The object of this study was to analyze the results of treatment of 480 patients with ductal complications of gallstone disease and block at the distal part of the common bile duct benign etiology for the period 2007-2012. Optimized Management of acute biliary pancreatitis. The positive effect of clinical and laboratory endobiliary make emergency interventions formulated principles of prevention of complications. Perhaps significantly minimize the complications endobiliary interventions, using a series of relatively simple and easily implemented organizational and technological measures: optimal urgent intervention, general anesthesia, the use of modern technologies endogemostaza use of octreotide and proton pump inhibitors.

Keywords: endobiliary intervention, choledocholithiasis, block major duodenal papilla (MDP), a mechanical icterus, acute biliary pancreatitis

По данным литературы, в среднем у каждого пятого пациента с холелитазом возникают протоковые осложнения [2,3,5,9,11,13]. Желчекаменная болезнь занимает второе место у мужчин (после алкоголя) и первое место у женщин в этиологии развития острого панкреатита, в том числе и деструктивного [4,6,8,10]. Ведущим способом лечения острого билиарного панкреатита, на сегодняшний день, являются эндобилиарные вмешательства [1,3,8,11,12]. Вместе с тем, существует ряд вопросов, требующих уточнения: оптимальные сроки эндобилиарных вмешательств, необходимые меры по профилактике осложнений [2,3,7,9,10,13]. Сроки вмешательств от момента поступления постепенно трансформируются во все более короткие, и степень гипербилирубинемии уже не имеет линейного влияния на срочность вмешательства [7,10,12]. Актуальной является задача определенной стандартизации эндобилиарных вмешательств, основанная на анализе клинических данных.

Цель и задачи исследования: проанализировать результаты эндобилиарных вмешательств, сформулировать принципы профилактики осложнений эндобилиарных вмешательств.

Материалы и методы

В работе представлен анализ историй болезни 480 пациентов, находившихся в стационарах города Тюмени, с протоковыми осложнениями желчнокаменной болезни и блоком на уровне дистальной части общего желчного протока доброкачественной этиологии. За период 2007-2012 гг.

Всем пациентам выполнялись эндоскопические пособия по экстренным показаниям.

ОАО МСЧ «Нефтяник» - 201 пациент. Эндоскопические исследования и эндоскопические вмешательства выполнялись в отделении эндоскопии (зав. отделением врач высшей категории, к.м.н. А.А.Хойрыш). ОКБ№1 - 77 пациентов. Эндоскопические исследования и эндоскопические вмешательства выполнялись в отделении эндоскопии (зав. тделением врач высшей категории к.м.н. С.В.Борщев). ОКБ№2 202 пациента. Эндоскопические исследования и эндоскопические вмешательства выполнялись в отделении эндоскопии (зав. отделением врач высшей категории к.м.н. Д.В.Иванов). Все больные, включенные в настоящую работу, были взяты подряд без какого-либо отбора или сортировки по каким-либо признакам, что повышает объективность исследования и обеспечивает практическую значимость примененных методик.

Все пациенты были разделены на две группы:

1. Пациенты с синдромом острой блокады БДС (143 пациента): пациенты с ущемленным камнем в БДС, и пациенты с синдромом обструкции БДС доброкачественной этиологии (ОКБ№2 - 43 пациента; МСЧ «Нефтяник» - 100 пациентов).

2. Пациенты с протоковыми осложнениями ЖКБ, не вызывающими блок на уровне БДС (337 пациентов): ОКБ№1 - 77 пациентов; ОКБ№2 - 159 пациентов; МСЧ «Нефтяник» - 101 пациент.

1. Среди оперированных больных МСЧ Нефтяник с синдромом острой Блокады БДС была 81 женщина (81,00%) и 18 мужчин (18,00%) в возрасте от 19 до 91 года (табл.1). Средний возраст больных составил 59 лет. 51 (51,00%) пациент был на момент первого этапа операции в возрасте старше 60 лет, а 34 (34,00%) старше 70 лет. 46 пациентов (46,00%) трудоспособного возраста (категории до 60 лет). Соотношение женщин и мужчин официально трудоспособного возраста (категории до 60 лет) составило 4,75: 1, а в категориях старше 60 лет – 4,1: 1.

2. Среди оперированных больных МСЧ Нефтяник с протоковыми осложнениями ЖКБ, не вызывающими блок на уровне БДС было 74 женщин (73,27%) и 27 мужчин (26,73%) в

возрасте от 21 до 103 лет (табл.1). Средний возраст больных составил 62 года. 63 (62,37%) пациента были на момент первого этапа операции в возрасте старше 60 лет, а 43 (40,59%) старше 70 лет. 37 пациентов (36,63%) трудоспособного возраста (категории до 60 лет). Соотношение женщин и мужчин официально трудоспособного возраста (категории до 60 лет) составило 4, 28:1, а в категориях старше 60 лет – 2,31: 1.

3. Среди оперированных больных ОКБ№1 с протоковыми осложнениями ЖКБ, не вызывающими блок на уровне БДС было 45 женщин (58,44%) и 32 мужчины (41,56%) в возрасте от 22 до 86 лет (табл.1). Средний возраст больных составил 59 лет. 39 (50,64%) пациентов были на момент первого этапа операции в возрасте старше 60 лет, а 19 (24,67%) старше 70 лет. 34 пациента (44,15%) трудоспособного возраста (категории до 60 лет). Соотношение женщин и мужчин официально трудоспособного возраста (категории до 60 лет) составило 1, 83:1, а в категориях старше 60 лет – 0, 95:1.

4. Среди оперированных больных ОКБ№2 с синдромом острой блокады БДС было 38 женщины (88,37%) и 5 мужчины (11,63%) в возрасте от 19 до 89 лет (табл.1). Средний возраст больных составил 59 лет. 22 (51,16%) пациентов было на момент первого этапа операции в возрасте старше 60 лет, а 14 (32,56%) старше 70 лет. 20 пациентов (46,51%) трудоспособного возраста (категории до 60 лет). Соотношение женщин и мужчин официально трудоспособного возраста (категории до 60 лет) составило 9:1, а в категориях старше 60 лет – 6, 33:1.

5. Среди оперированных больных ОКБ№2 с протоковыми осложнениями ЖКБ, не вызывающими блок на уровне БДС было 111 женщин (69,81%) и 48 мужчин (30,19%) в возрасте от 22 до 83 лет (табл.1). Средний возраст больных составил 62 года. 99 (62,26%) пациентов были на момент первого этапа операции в возрасте старше 60 лет, а 63 (39,62%) старше 70 лет. 59 пациента (37,11%) трудоспособного возраста (категории до 60 лет). Соотношение женщин и мужчин официально трудоспособного возраста (категории до 60 лет) составило 2, 27:1, а в категориях старше 60 лет – 2, 41:1.

Эндоскопические исследования и эндоскопические вмешательства выполнялись в отделениях эндоскопии. Использовали видеогастродуоденоскопы ЕД-250хт с цветным видеомонитором фирмы "Fujinon" и оптические гастродуоденоскопы фирмы «Olympus» тип JF-E и Olympus» тип TjF-150, «Evis Extra Olympus» тип TSF-160R. При выявлении признаков вклиненного камня БДС производилось эндобилиарное хирургическое вмешательство – эндоскопическая неканюляционная папиллосфинктеротомия (ЭНПСТ).

Диагноз «острого билиарного панкреатита» устанавливали при выявлении у пациента сочетания, определенных клинических и лабораторных проявлений, таких как: «центральные боли» (носят опоясывающий характер, могут иррадиировать в позвоночник), упорная,

неукротимая рвота; повышение амилазы (>120 ед); расширение диаметра общего желчного протока при ультразвуковом исследовании. При выявлении вышеуказанных признаков выполняли экстренную дуоденоскопию с осмотром БДС, через 30 минут после стандартной премедикации (вводили внутримышечно растворы промедола, сибазона, метацина в стандартных дозировках). В некоторых случаях (настойчивое желание пациента, изначально предполагаемые технические сложности) использовали общий наркоз.

В большинстве случаев 61,2% при сочетании вышеуказанных клинических, инструментальных данных, с наличием гиперамилаземии отмечалось увеличение в размерах большого дуоденального сосочка, его напряжение, отёчность, при инструментальной пальпации умеренная ригидность. При визуальном осмотре в устье БДС, как правило, был виден вклиненный камень. Далее выполнялось ЭНПСТ по одной из трех распространенных методик.

1. Торцевым папиллотомом в режиме «резания» выполняли разрез от устья БДС по конкременту, по крыше ампулы, максимально до поперечной складки.
2. Разрез выполнялся в режиме «резания», по наиболее выступающей части крыши ампулы БДС, и далее продлялся до его устья.
3. В редких случаях, когда увеличенный БДС практически соприкасался с противоположной стенкой ДПК, выше пальпируемого конкремента, делали точечный разрез-прокол, получали отток желчи, БДС сразу же значительно уменьшался в размерах, и далее разрез по крыше ампулы БДС продлялся до его устья.

После выполнения папиллотомии конкремент спонтанно мигрировал в просвет ДПК, что сопровождалось обильным выделением желчи и панкреатического секрета, нередко «замазки», мелких конкрементов. Длина разреза зависела от диаметра вклиненного камня и, в большинстве случаев, составляла от 4-х до 10 мм.

Статистический анализ полученных результатов выполнен на персональном компьютере Acer Aspire 5112 WLMi (AMD Turion 64x2 Mobile Technology TL50) в приложении Microsoft Office Excel 2007 с использованием статистических пакетов STATISTICA (версия 5.7.7.), SPSS for Windows (версия 10.0).

Показатели представлены в виде $M \pm m$ или $P \pm mp$, где M – средняя арифметическая, m – стандартная ошибка средней арифметической, P – относительная величина в %, mp – средняя ошибка относительной величины.

Достоверность различий изучаемых параметров принимали при значении $t \geq 2$ (критерий достоверности Стьюдента). Различие между средними или относительными величинами статистически считали достоверным, если оно в 2 или более раз превышало

корень квадратный из суммы квадратов ошибок этих средних величин (Лисицын Ю.П. и соавт., 1997; Серенко А.Ф., Ермаков В.В., 1984).

Результаты: установлено, что самым частым симптомом острого билиарного панкреатита явилась боль, которая была отмечена у всех без исключения пациентов (100%). Следующими по частоте симптомами были инструментальные и лабораторные признаки билиарной гипертензии (расширение диаметра общего желчного протока при ультразвуковом исследовании более 7мм – в $88,9 \pm 3,0\%$, повышение билирубина более 32 мкмоль/л - в $84,3 \pm 3,5\%$ наблюдений). Клинические и лабораторные признаки панкреатической гипертензии (рвота у $81,5 \pm 3,7\%$ пациентов, и повышение уровня амилазы крови - в $78,7 \pm 3,9\%$ случаев). Таким образом, выявление данных симптомов и их сочетание является наиболее частым и типичным для острой блокады большого дуоденального сосочка и как следствие острого билиарного панкреатита.

Выполнение экстренной неканюляционной папиллосфинктеротомии позволило достоверно снизить у пациентов 8 из 9 основных клинических проявлений острого панкреатита. Такие показатели, как частота болевого синдрома ($t=16$, $p<0.001$), неукротимая рвота ($t=16,7$, $p<0.001$), сухость языка ($t=6,9$, $p<0.001$) уменьшились на порядок. Отмечена достоверная положительная динамика ряда лабораторных параметров: снизился лейкоцитоз более 10 тыс. ($t=2,6$, $p<0.05$), амилаземия более 100 у.е. ($t=3,1$, $p<0.01$), билирубинемия более 32 мкмоль/л ($t=4,6$, $p<0.001$). Данные ультразвукового исследования также выявили положительную динамику - уменьшился отек поджелудочной железы ($t=3$, $p<0.01$) и расширение желчевыводящих протоков ($t=11,8$, $p<0.001$). После выполнения ЭНПСТ мы не имели осложнений, повлекших летальный исход.

Несмотря на то, что все пациенты с вклиненным камнем БДС потенциально относятся к группе риска развития деструктивного панкреатита, из 143 случаев наблюдений, деструктивный процесс в поджелудочной железе развился лишь у одного пациента (0,69%). Болевой синдром как правило купировался на операционном столе. Кровотечения в послеоперационном периоде отмечены в 3,7%. Ретродуоденальная перфорация произошла у одного пациента (0,69%).

Октреотид применили у 37% пациентов, в основном при исходно повышенном уровне амилазы.

В группе пациентов без острой блокады БДС сочетание клинических, инструментальных данных, с наличием гиперамилаземии отмечалось лишь в 17,5% случаев. Давность заболевания до поступления в стационар составила в среднем $3,6 \pm 1,5$ суток, средний срок от поступления в стационар до выполнения ретроградных вмешательств - $1,6 \pm 0,2$ суток. Средний уровень общего билирубина до вмешательств составил 76 ± 7 мкмоль/л.

Во всех случаях выполнялась ЭРХПГ. В 77% была выполнена ЭПСТ, из них в 5 случаях – неканюляционная. Механическая экстракция конкремента произведена в 56% случаев, из них в 22% потребовалась механическая литотрипсия. ЭРХПГ в сочетании со стентированием холедоха выполнено в 36% случаев.

Бессимптомная амилаземия после процедуры отмечена в 34% от общего числа вмешательств. Клинические проявления панкреатита (болевой синдром) без сонографического подтверждения отека поджелудочной железы – в 1,8% случаев, и в 3,7 % случаях амилаземия сопровождалась клиническими проявлениями и соответствующей УЗИ-картиной острого панкреатита. Кровотечения в послеоперационном периоде отмечены в 1,8%. Октреотид применили у 67% пациентов. При исследовании динамики уровня амилазы отмечено достоверно более быстрое и значительное снижение амилаземии при применении октреотида, чем без него.

Выводы:

1. Экстренная (в течение 1-2 часов) эндоскопическая неканюляционная папиллосфинктеротомия и удаление вклиненного камня имеет выраженный лечебный эффект, что проявляется достоверной положительной динамикой клинических, лабораторных и инструментальных показателей. Методику экстренной ЭПСТ следует использовать во всех лечебных учреждениях, оказывающих неотложную хирургическую помощь.
2. Возможно существенно минимизировать уровень осложнений эндобилиарных вмешательств, используя ряд достаточно простых и легко реализуемых организационных и технологических мер: оптимальная срочность вмешательства, общее обезболивание, применение современных технологий эндогемостаза, использование октреотида и ингибиторов протонной помпы.

Список литературы

1. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Амеличкин М.А. Эндоскопическая папиллэктомия при заболеваниях БДС // Эндоскопическая хирургия. №1- Москва 2009.
2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения // Анналы хирургической гепатологии.Т.12. №2. – 2007.
3. Канаян Р.О., Канаян В.Р. Двадцатилетний анализ осложнений после применения ЭРХПГ, ЭПСТ в МЦ «Эребуни» // Вестник Хирургии Армении им. Г.С.Тамазяна – 2011.
4. Климов А.Е., Малюга В.Ю., Габоян А.С., Иванов В.А., Фёдоров А.Г., Давыдова С.В., Бархударов А.А., Куприн А.А., Новосёлова В.В. Непосредственные и отдалённые

результаты хирургического и эндоскопического лечения больных хроническим головчатым панкреатитом // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2011.

5. Кондратенко П.Г., Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Прогнозирование и лечение осложнений транспапиллярных вмешательств // Клинич. хирургия. №7-8. - Донецк 2009.

6. Малюга В.Ю., Климов А.Е., Фёдоров А.Г., Габоян А.С., Давыдова С.В., Бархударов А.А., Куприн А.А. Результаты хирургического и эндоскопического лечения больных хроническим калькулёзным панкреатитом // IV конгресс Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». Материалы конгресса. – Москва 2011.

7. Матвийчук Б.О., Кушнирук А.И., Клецко И.Я., Тумак И.Я. - Комплексная профилактика острого панкреатита после рентгенэндоскопических транспапиллярных вмешательств - Львов, Украина 2013.

8. Меднис А.Н., Габараева Л.Н., Хабицев В.С. и соавт. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия как метод миниинвазивного вмешательства в лечении острого панкреатита // Фундаментальные исследования. – 2009.

9. Толстокоров А. С., Саркисян З. О., Рахнаев Д.Я. Способ профилактики острого панкреатита после выполнении эндоскопической ретроградной панкреатографии – Саратов 2012.

10. Фёдоров А.Г., Давыдова С.В., Климов А.Е. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и способы их профилактики и лечения. Обзор литературы // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – № 3 Москва 2012.

11. Adler D.G., Lichtenstein D., Baron T.H., et al. The role of endoscopy in patients with chronic pancreatitis // Gastrointest Endosc 2009.

12. Brauer B.C., Chen Y.C., Fukami N., Shah R.J. Single-operator EUS-guided cholangiopancreatography for difficult pancreaticobiliary access // GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY - Aurora, Colorado, USA 2009.

13. Moffatt D.C., Coté G.A., Avula H., Watkins J.L., Henry L., Sherman S. Risk factors for ERCP-related complications in patients with pancreas divisum: a retrospective study //GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY - Indianapolis, Indiana, USA; Winnipeg, Manitoba, Canada 2011.

Рецензенты:

Машкин А.М., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Минздрава России, г.Тюмень.

Зайцев Е.Ю., д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО Тюменской государственной медицинской академии Минздрава России, г.Тюмень.