

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

ВЕРВЕГА БОГДАНА МИХАЙЛІВНА

УДК: 616.37-002-02]-072.1-089.819.7

**РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ У ДІАГНОСТИЦІ
ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Кімакович Віктор Йосипович**,

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
МОЗ України, завідувач кафедри ендоскопії та малоінвазивної хірургії
факультету післядипломної освіти

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Шевчук Ігор Михайлович**, завідувач кафедри шпитальної хірургії Івано-Франківського державного медичного університету МОЗ України

доктор медичних наук, професор **Шідловський Віктор Олександрович**, завідувач кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, травматологією і ортопедією Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Провідна установа:

Інститут хірургії та трансплантології АМН України, відділення хірургії підшлункової залози і реконструктивної хірургії жовчних шляхів

Захист відбудеться 27 жовтня 2006 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8).

Автореферат розісланий 23 вересня 2006 р.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, професор

Я.Я. Боднар

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Гострий біліарний панкреатит (ГБП) складає 20-68 % від усіх випадків гострого панкреатиту (М.П. Павловський і співавт., 2003) і його кількість продовжує зростати відповідно до збільшення числа хворих на жовчнокам'яну хворобу (Л.Я. Ковальчук і співавт., 2002; М.П. Захараш і співавт., 2003). Результати традиційного хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит залишаються незадовільними, про що свідчать показники післяопераційної летальності, які складають 11,1-35 % (В.М. Копчак і співавт., 2003; M. Schietroma et al., 2001).

Для діагностики гострого біліарного панкреатиту з методів візуалізації широко використовують ультрасонографію у зв'язку з її неінвазивністю і високою інформативністю (А.І. Годлевський і співавт., 2000; М.В. Конькова, 2003; В.О. Шідловський і співавт., 2004; Т.И. Тамм и соавт., 2005). Проте точність сонографічної діагностики холедохолітіазу або будь-якої іншої причини механічної перешкоди в термінальному відділі холедоха сягає лише 20-50 % (А. Chak et al., 1999; J.H. Moon et al., 2005).

Більш точним методом діагностики причини виникнення гострого біліарного панкреатиту прийнято вважати дуоденоскопію з ендоскопічною ретроградною холангіографією (М.Е. Ничитайло и соавт., 2005). При наявності патології папіли або дистального відділу холедоха папілосфінктеротомія може виявитися патогенетичним методом лікування панкреатиту (А.Н. Редькин и соавт., 2001; F. Hagenmüller, M. Keuchel, 2000; J. Werner et al., 2003). Проте у вітчизняній і світовій літературі продовжується обговорення застосування ранньої ендоскопічної ретроградної холангіографії у поєднанні з папілосфінктеротомією в діагностиці і лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит, а оцінка її ефективності коливається від повної підтримки (В.В. Бойко и соавт., 2000; І.М. Шевчук, 2002; G. Maione et al., 1999; G. Borzellino et al., 2002; J. Panek et al., 2002) до заперечення використання цього методу під час гострого періоду (Н.П. Агафонов, В.П. Башилов, 2000; U. R. Fölsch, R. Nitsche, 1999).

Це свідчить про необхідність подальших досліджень у вивченні можливостей та ефективності ендоскопічних ретроградних втручань на великому дуоденальному сосочку і жовчних протоках, опрацювання показань і вибору оптимальних термінів їх виконання у хворих на гострий біліарний панкреатит.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького і є фрагментом наукової теми кафедри факультетської хірургії "Поліорганна недостатність в абдомінальній та ендокринній хірургії" (державний реєстраційний номер 0100U002266, шифр програми ІН. 21. 00. 0002. 00). Виконуючи роботу, автор

самостійно вивчив роль рентген-ендоскопічних методів у діагностиці та лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит.

Тема дисертаційної роботи затверджена вченою радою факультету післядипломної освіти Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького 7.05.2003 року (протокол №22) та проблемною комісією “Хірургія” АМН та МОЗ України 22.09.2003 року (протокол №15).

Мета дослідження – покращити результати комплексного лікування хворих на гострий біліарний панкреатит шляхом вивчення ролі біліарних чинників в розвитку захворювання і розробки діагностично-лікувального алгоритму із застосуванням ендоскопічних методів оперативних втручань на великому дуоденальному сосочку і жовчних протоках.

Завдання дослідження:

1. Вивчити загальні закономірності та особливості клінічного перебігу гострого біліарного панкреатиту залежно від характеру патології жовчних шляхів.
2. За даними мікроскопії жовчі визначити роль мікрохолелітіазу в етіології і перебігу гострого біліарного панкреатиту.
3. Визначити діагностичні можливості дуоденоскопії, ендоскопічної ретроградної холангіографії та опрацювати діагностичний алгоритм в комплексному обстеженні хворих на гострий біліарний панкреатит.
4. Розробити показання та терміни виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії, літоекстракції у хворих на гострий біліарний панкреатит.
5. Розробити показання та терміни виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії при мікрохолелітіазі як одному з основних чинників виникнення гострого біліарного панкреатиту.
6. Провести порівняльний аналіз результатів малоінвазивного і конвенційного лікування хворих на гострий біліарний панкреатит.

Об'єкт дослідження – хворі на гострий біліарний панкреатит.

Предмет дослідження – сонографічні та рентген-ендоскопічні діагностичні критерії, мікро-, макрохолелітіаз, про- та протизапальні цитокіни, показання і терміни виконання рентген-ендоскопічних втручань на великому дуоденальному сосочку й жовчних протоках у хворих на гострий біліарний панкреатит, оцінка ефективності лікування.

Методи дослідження – з метою оцінки загального стану пацієнтів виконували загальноклінічні аналізи (загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові, коагулограма, група крові, цукор крові, загальний аналіз сечі), мікробіологічні (ідентифікація мікроорганізмів, визначення їх чутливості до антибіотиків), мікроскопічне дослідження жовчі (з метою виявлення мікрохолелітіазу), визначення вмісту цитокінів методом твердофазового імуноферментного аналізу (ELISA) (для здійснення оцінки рівнів про- і протизапальних цитокінів при гострому

біліарному панкреатиті та їх динаміки залежно від методу лікування), ендоскопія (для виявлення причини гострого біліарного панкреатиту), рентгеноскопія та рентгенографія (виявлення непрямих ознак панкреатиту та його ускладнень), ультрасонографія (для діагностики гострого біліарного панкреатиту і його ускладнень), комп'ютерна томографія (для уточнення локалізації і поширення деструктивного процесу в підшлунковій залозі та тканинах, що її оточують, при важкому перебігу гострого біліарного панкреатиту).

Наукова новизна одержаних результатів. Дисертаційна робота містить новий підхід до розв'язання наукового завдання, що передбачає покращити результати лікування хворих на гострий біліарний панкреатит із застосуванням малоінвазивних ендоскопічних методів. Опрацьовано діагностично-лікувальний алгоритм при гострому біліарному панкреатиті із застосуванням малоінвазивних ендоскопічних методів. Визначено діагностичні можливості дуоденоскопії та ендоскопічної ретроградної холангіографії в комплексному обстеженні хворих на гострий біліарний панкреатит, обґрунтовано показання та оптимальні терміни застосування цих методів. Визначено роль мікрохолелітіазу в етіопатогенезі гострого біліарного панкреатиту, особливо у ранні (до 48 годин) терміни від початку захворювання. Здійснено оцінку рівнів про- і протизапальних цитокінів при гострому біліарному панкреатиті та їх динаміки залежно від методу лікування. Вперше на клінічному матеріалі доведено, що ендоскопічна папілосфінктеротомія має лікувальний ефект при гострому біліарному панкреатиті лише при її використанні в ранні терміни захворювання (до 48 годин), а в більш пізні терміни може використовуватися для лікування ускладнень холедохолітіазу (механічна жовтяниця, холангіт, холангіогенний сепсис) або профілактики рецидивів панкреатиту. Встановлено показання й терміни оперативних (малоінвазивних і конвенційних) втручань при гострому біліарному панкреатиті залежно від його перебігу, наявності ускладнень і гострого холециститу.

Практичне значення одержаних результатів. Опрацьовано алгоритм діагностики гострого біліарного панкреатиту та його ускладнень із застосуванням неінвазивних та інвазивних рентген-ендоскопічних методів. Даний діагностичний алгоритм дозволив виявити конкретну причину виникнення біліарного панкреатиту і розробити рекомендації щодо оптимальної лікувальної тактики.

У терміни до 48 годин від початку захворювання з метою припинення каскаду реакцій, пов'язаних з обструкцією великого дуоденального сосочка або стійким спазмом його сфінктерів, спровокованим мікрохолелітатами, рекомендовано проведення ранньої ендоскопічної папілосфінктеротомії, яка перериває подальше прогресування гострого панкреатиту і дозволяє відповідно зменшити кількість ускладнень і летальність при цій патології.

Результати дослідження широко використовуються у навчальному процесі на кафедрі ендоскопії та малоінвазивної хірургії факультету післядипломної освіти та кафедрі факультетської

хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, а також у діагностично-лікувальному процесі відділення торако-абдомінальної хірургії 1120 Центрального військового клінічного госпіталю, відділення інвазивних методів діагностики та лікування Волинської обласної клінічної лікарні, відділення гнійної хірургії та проктології Рівненської обласної клінічної лікарні, відділення діагностичної ендоскопії Рівненського обласного клінічного лікувально-діагностичного центру імені В. Поліщука, що підтверджено відповідними актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Мета і завдання дослідження визначені автором. Дисертантом проведено клінічне обстеження практично усіх хворих на гострий біліарний панкреатит, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічних відділеннях №2 і №3 Львівської обласної клінічної лікарні. Опановано методики дослідження, здійснено аналіз та інтерпретацію даних бактеріологічного, мікроскопічного, імунологічного та рентген-ендоскопічного методів обстежень. Розроблено оптимальний алгоритм лікування хворих на гострий біліарний панкреатит із застосуванням малоінвазивних методів.

В роботах, опублікованих у співавторстві, дисертантові належать наукова концепція, збирання та обробка даних, написання тексту роботи, статистична обробка отриманих результатів. Автором самостійно написані всі розділи дисертації. Висновки та практичні рекомендації сформульовано спільно з науковим керівником. У науково-практичній частині актів впровадження використано дані дисертанта.

Апробація результатів дисертації. Результати дослідження та основні положення дисертації оприлюднено на Міжнародній науковій конференції студентів і молодих вчених “Актуальні проблеми клінічної і теоретичної медицини” (Дніпропетровськ, 2001), 60 Jubileuszowy Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich (Warszawa, 2001), Третій Українській школі-семінарі: “Мініінвазивні технології в сучасній хірургії” (Славсько, 2002), науковій конференції “Актуальні питання діагностичної і лікувальної ендоскопії” (Житомир, 2003), П’ятій Українській школі-семінарі: “Мініінвазивні технології в сучасній хірургії” (Славсько, 2004), Першій Всеукраїнській науково-практичній конференції “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії” (Львів, 2004), науково-практичній конференції “Актуальні питання діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини” (Донецьк-Маріуполь, 2005), засіданні кафедри ендоскопії та малоінвазивної хірургії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (2004 р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 9 наукових праць, з них 4 – у наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, і 5 робіт – у матеріалах конференцій та з’їздів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена на 162 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 48 таблицями та 35 рисунками. Структура дисертації складається із вступу, шести розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового та практичного використання здобутих результатів, списку використаних джерел, додатку. Бібліографічний опис літературних джерел включає 192 найменування вітчизняної та зарубіжної літератури.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Проаналізовано результати ретро- і проспективного обстеження та лікування 207 хворих на гострий біліарний панкреатит, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічних відділеннях №2 і №3 Львівської обласної клінічної лікарні в період з 1997 по 2005 рр. Комісією з питань біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол №13 від 20.10.2005 р.) порушень морально-етичних норм при проведенні досліджень в роботі не виявлено.

Серед хворих було 35 (16,9 %) чоловіків і 172 (83,1 %) жінки віком від 20 до 92 років. Середній вік пацієнтів склав $51,4 \pm 1,12$ роки. Діагноз ГБП встановлювали на підставі анамнезу, результатів об'єктивного клінічного, лабораторного обстежень, ультрасонографії, рентгеноскопії, ендоскопії, комп'ютерної томографії. Згідно з Міжнародною класифікацією (Атланта, 1992) у 148 пацієнтів діагностовано легкий (набрякова форма) і у 59 – важкий (некротична форма) перебіг гострого панкреатиту. У термін до 48 годин від початку захворювання поступило 84 (40,6 %) пацієнти.

Всіх пацієнтів поділено на дві групи. У 147 хворих основної групи в процесі обстеження і лікування було додатково застосовано ендоскопічні ретроградні втручання на папілі і біліарній системі. До контрольної групи віднесено 60 хворих, яким рентген-ендоскопічні втручання не проводили. Залежно від терміну і клініко-морфологічних варіантів захворювання пацієнтів основної групи розділено на три підгрупи. До першої підгрупи ми віднесли всіх 38 хворих на ГБП, що були госпіталізовані в терміни до 48 годин від моменту захворювання і в яких за даними ультрасонографічного та рентген-ендоскопічного методів діагностики переважав панкреато-біліарний синдром. До другої – 84 хворих, які поступили пізніше 48 годин від моменту захворювання і яким ми провели рентген-ендоскопічні втручання при наявності таких ускладнень холедохолітазу або панкреатиту, як наростаюча або тривала жовтяниця, холангіт, повторний приступ ГБП, вклинення конкременту в папілі з гострим папілітом. До третьої підгрупи віднесли 25 пацієнтів, яким рентген-ендоскопічні втручання проводили перед холецистектомією або випискою, тобто після ліквідації гострих запальних змін у підшлунковій залозі і парапанкреатичній клітковині.

Для проведення ендоскопічної ретроградної холангіографії (ЕРХГ) використовували ендоскоп моделі JF-1T10 фірми “Olympus” (Японія). Під час ЕРХГ проводили забір жовчі для мікроскопічного (з метою ідентифікації мікрохолелітазу) та бактеріологічного досліджень. У хворих на ГБП визначали рівні медіаторів запальної відповіді (ІЛ-1 α , ІЛ-1 β , ІЛ-1Ра, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-10, ФНП- α) імуноферментним методом на першу, третю, сьому добу госпіталізації та папілосфінктеротомії. При статистичній обробці отриманих даних використано значення середнього арифметичного, дисперсії, критерію Стьюдента (Т), коефіцієнта достовірності (р). Для визначення прогностичної цінності показників використовували такі критерії: чутливість, специфічність, діагностична ефективність.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведена оцінка симптоматики ГБП дозволила нам виділити такі клінічні варіанти перебігу захворювання.

У 116 (56,0 %) пацієнтів при госпіталізації переважала клінічна симптоматика холециститу над симптомами панкреатиту. З них 63,8 % хворих скаржились на оперізуючий біль у верхній половині живота (так званий симптом „обруча”). У 89,0 % хворих пальпували збільшений болючий жовчний міхур. Ці зміни супроводжувалися іктеричністю склер (92,0 %), гіпербілірубінемією (97,4 %) і лейкоцитозом (92,3 %). Перераховані симптоми характеризують біліарно-панкреатичну клінічну форму ГБП, мають високу чутливість (88,8 % - 97,4 %) і є специфічними для даного клінічного варіанту.

У 59 пацієнтів (28,5 %) переважала клінічна симптоматика панкреатиту над симптомами холециститу: виражений больовий синдром в епігастральній ділянці (72,0 %) на фоні тахікардії (78,0 %), лейкоцитоз (69,5 %), підвищена активність діастази в сечі (67,8 %). Це дозволило виділити наступну панкреато-біліарну форму гострого ГБП.

Інтермітуючу клінічну форму гострого біліарного панкреатиту відмічено у 32 (15,5 %) пацієнтів. При цьому переважали загальні симптоми з високим ступенем чутливості: підвищення температури тіла, лихоманка (78,1 %), лейкоцитоз (81,3 %), нейтрофілоз з паличкоядерним зсувом (93,8 %), гіпербілірубінемія (71,3 %) і тахікардія (90,6 %).

Результати загальноновизнаних аналізів, які представлені у таблиці 1, підтвердили наявність ГБП у пацієнтів, серед яких у 134 (64,7 %) були клініко-лабораторні ознаки біліарної гіпертензії. Порівняння результатів досліджуваних груп хворих не виявило статистично значущих відмінностей між ними ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Клініко-лабораторна характеристика хворих га ГБП (n=207)

Ознака	Основна група хворих (n=147)	Контрольна група хворих (n=60)
--------	------------------------------	--------------------------------

Вік (роки)	51,3±1,4	51,8±1,8
Стать (чол./жін.)	2:10	2:9
Легка форма	71,4 %	71,7 %
Важка форма	28,6 %	28,3 %
Жовтяниця	53,1 %	51,7%
Амілаза (г/год.л)	67,7±4,2	63,6±7,0
Білірубін (МкМоль/л)	53,1±5,2	46,5±4,8
АлАТ (МО/л)	2,2±0,1	1,9±0,2
АсАТ (МО/л)	0,9±0,1	0,6±0,1
Лужна фосфатаза (од/л)	216,0±18,8	187,1±16,4

В контрольну групу увійшли 60 пацієнтів, яким рентген-ендоскопічне обстеження не проводили. Середній вік пацієнтів складав 51,8±1,8 років. У 17 (28,3 %) пацієнтів діагностовано важкий (некротична форма) і у 43 (71,7 %) легкий (набрякова форма) перебіг гострого панкреатиту. Після встановлення діагнозу ГБП їм проводили активну консервативну терапію, яка включала введення анальгетиків, спазмолітиків, інгібіторів протеолітичних ферментів (контрикалу, трасилолу, антагозану) та прозапальних цитокінів (пентоксифіліну, 5-фторурацилу), антибіотиків широкого спектру дії, антацидних препаратів в комплексі з детоксикаційною терапією і підтримкою життєдіяльності основних систем організму для профілактики розвитку поліорганної недостатності.

Холецистектомію виконано в 45 (75,0 %) хворих, причому лише у 14 (31,1 %) – лапароскопічним шляхом. Ревізію жовчних шляхів із завершенням різними способами біліарної декомпресії (зовнішній і внутрішній дренаж) застосовано в 22 (48,9 %) хворих. Методом вибору для дренивання біліарного тракту у 11 (24,4 %) пацієнтів була зовнішня холедохостомія. Холедоходуоденоанастомоз накладено у 9 (20,0 %) хворих; у двох хворих накладено холедохо- та гепатикоєюноанастомоз. Обсяг оперативних втручань на підшлунковій залозі включав у 8 (17,8 %) хворих некрсеквестрєктомію, розкриття та дренивання абсцесів підшлункової залози і парпанкреатичних абсцесів; у 3 (6,7 %) – марсупіалізацію, у 2 (4,4 %) – дренивання сальникової сумки. Вісім хворих від холецистектомії відмовилися, двоє з них поступили з повторними загостреннями захворювання і були пізніше оперовані у складі вже основної групи пацієнтів.

Від прогресування поліорганної недостатності померло 3 (5,0 %) хворих, а 11 (24,4 %) хворих мали післяопераційні ускладнення: у 5 – в післяопераційному періоді діагностовано пневмонію, у 1 – внутрішню кровотечу, дуоденальну норіцію та у 3 – септичні ускладнення, ниркову недостатність, ще в 2 – тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок. У 3 хворих у

різні терміни після операції було виявлено холедохолітиаз. Середній ліжкодень становив $22,8 \pm 2,3$ днів.

В основній групі пацієнтів із методів обов'язкового обстеження, окрім ультрасонографії і рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту, усім хворим на ГБП у різні терміни від початку захворювання і госпіталізації виконано дуоденоскопію та ЕРХГ, за результатами яких причиною виникнення захворювання у 106 (72,1 %) хворих був мікро- та макрохоледохолітиаз, у 62 (42,2 %) – папіліт, у 22 (15,0 %) – стеноз великого дуоденального сосочка, у 17 (11,6 %) – навколососочковий дивертикул. На відміну при ультрасонографічному обстеженні конкременти в холедосі спостерігали лише у 24 (16,3 %) пацієнтів, а розширення холедоха – у 86 (58,5 %). Крім цього, у 12 (8,2 %) хворих у зв'язку з метеоризмом візуалізувати холедох не вдалося.

Таким чином, ендоскопічне ретроградне втручання в гострому періоді панкреатиту з високою ступінню достовірності є “золотим стандартом” у визначенні причин ГБП. Рентген-ендоскопічне втручання має ряд особливостей, вимагає максимальної санації пацієнта або наркозу для найшвидшого проведення процедури і запобігання зайвому травмуванню запаленої підшлункової залози. Безпосередньо перед рентген-ендоскопічним втручанням з метою премедикації хворим вводили довенно сібазон і промедол. Для створення гіпотонії дванадцятипалої кишки ми використовували м-холінолітик (гіосцин) і глюконат кальцію. Для додаткової релаксації сфінктера Одді хворий приймав сублінгвально нітрогліцерин, а саму папілу під час огляду зрошували розчином лідокаїну. Інсуфляція повітря була мінімальною. При завершенні ендоскопічного обстеження ми максимально аспірували інсуфльоване повітря, щоб запобігти розвитку або наростанню парезу кишок. Тривалість рентген-ендоскопічного втручання складала від 5 до 27 хвилин.

При ГБП у шлунку та дванадцятипалій кишці виникають умови, які зумовлюють технічні труднощі для рентген-ендоскопічного обстеження. У 42 (28,6 %) хворих у шлунку був застій, що вимагало у 38 з них евакуації рідини промиванням шлунка або ендоскопічною аспірацією. Перешкодою для огляду папіли і ендоскопічному ретроградному втручання іноді була піна у кишці, для ліквідації якої використовували піногасник симетикон у вигляді емульсії еспумізану. Починаючи із третьої доби, а при деструкційних формах ГБП, особливо з локалізацією процесу в головці підшлункової залози, виявлено виражений підслизовий набряк задньої і медіальної стінок дванадцятипалої кишки у 59 (40,1 %). У 29 (19,7 %) пацієнтів спостерігали численні ерозії, які часом створювали вигляд суцільно ерозованої поверхні дванадцятипалої кишки з геморагічним синдромом.

Під час канюлювання великого дуоденального сосочка проводили забір 2 мл жовчі з холедоха шляхом аспірації шприцом, під'єднаним до сухої стерильної стандартної канюлі. Частину отриманої таким чином жовчі посилали для бактеріологічного дослідження (1,0 мл), а

решту – поміщали в центрифужну пробірку та центрифугували протягом 10 хвилин при швидкості 1500 обертів за хвилину. Надосадову рідину зливали, а до осаду додавали 2 краплі 1 % розчину метиленової синьки, витримували 5 хв. Потім готували препарати, які досліджували за допомогою світлового мікроскопа. Гранули білірубінату кальцію ідентифікують на основі їхнього червоно-коричневого забарвлення та здатності до агрегації, кристали моногідрату холестерину – на основі ромбоподібної форми та ворсистості.

Аналіз отриманих матеріалів показує, що мікрохолелітіаз у першій підгрупі зустрічається у 31 (81,6 %) випадку захворювання. Гранули білірубінату кальцію ми виявили у 15 (48,4 %) хворих, кристали моногідрату холестерину – у 3 (9,7 %). В 13 (41,9 %) пацієнтів спостерігали поєднання кристалів моногідрату холестерину та білірубінату кальцію. У другій підгрупі мікрохолелітіаз встановлено у 62 (73,8 %) хворих. Гранули білірубінату кальцію знаходили в 31 (50,0 %) випадку мікрохолелітіазу, кристали моногідрату холестерину – у 4 (6,5 %). Поєднання кристалів моногідрату холестерину та білірубінату кальцію відзначали у 27 (43,5 %) пацієнтів. У третій підгрупі під час мікроскопії жовчі спостерігали значне зменшення кількості випадків мікрохолелітіазу. Гранули білірубінату кальцію ідентифікували лише в 5 (62,5 %) із 7 пацієнтів, а в 3 (37,5 %) хворих спостерігали поєднання кристалів моногідрату холестерину та білірубінату кальцію.

В основній групі усім хворим проведено ендоскопічну ретроградну холангіографію, яку у 137 (93,2 %) пацієнтів завершено ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ). Літоекстракцію виконано 23 (15,6 %) хворим, лаваж жовчних протоків – 17 (11,6 %).

Враховуючи результати наших досліджень, ми розробили діагностично-лікувальний алгоритм при гострому біліарному панкреатиті із застосуванням малоінвазивних ендоскопічних методів.

Усім 38 хворим першої підгрупи, які госпіталізовані в терміни до 48 годин від моменту захворювання, в ургентному порядку проведено рентген-ендоскопічні втручання, які полягали у проведенні ЕРХГ, і відповідно до ендоскопічних знахідок (холедохолітіаз – у 33 (86,8 %) пацієнтів, ознаки гострого папіліту – у 28 (73,7 %), стеноз папіли – у 8 (21,1 %), холангіт – у 5 (13,2 %), парапапілярні дивертикули – у 4 (10,5 %)) у всіх пацієнтів завершено ЕПСТ. Літоекстракція при макро- та середньому холедохолітіазі була виконана у 12 (31,6 %) хворих за допомогою інструментальної ревізії жовчних протоків кошиком Дорміа та балонним екстрактором. Лаваж жовчних протоків проведено в 5 (13,2 %) пацієнтів. Згідно з Міжнародною класифікацією у 29 (76,3 %) хворих діагностовано легкий і у 9 (23,7 %) важкий перебіг гострого панкреатиту. Двом пацієнтам провести ЕРХГ та ЕПСТ технічно не вдалося. У 2 (5,3 %) хворих під час виконання рентген-ендоскопічних втручань виникли ускладнення: кровотеча, яка ще під час втручання самостійно припинилася, і виражений больовий синдром (у другого пацієнта).

У першій підгрупі прооперовано 26 (68,4 %) осіб; із них 24 пацієнтам виконано лапароскопічну холецистектомію і лише 2 – конвенційну холецистектомію. 7 (26,9 %) хворим виконано ранні вимушені оперативні втручання (24-72 год). У плановому порядку прооперовано 19 (73,1 %) хворих. У 3 пацієнтів холецистектомія була виконана раніше (від 7 місяців до 5 років), вони отримували консервативне лікування. В післяопераційному періоді лише в одного пацієнта виникло ускладнення – післяопераційне нагноєння рани. Летальних наслідків не було.

У другій підгрупі, окрім ультрасонографії та рентгеноскопії, 18 (21,4 %) хворим проведено комп'ютерну томографію. Набрякову форму панкреатиту діагностовано у 58 (69,0 %) пацієнтів, некротичну – у 26 (31,0 %). Під час рентген-ендоскопічних втручань у 27 (32,1 %) пацієнтів було виявлено ознаки гострого папіліту, у 7 (8,3 %) – парапапілярні дивертикули. Різні за розміром конкременти знайдено у 67 (79,8 %) хворих, холангіт – у 15 (17,9 %), стеноз папіли – у 13 (15,5 %). Враховуючи ендоскопічні знахідки та результати ЕРХГ, усім 84 хворим було проведено ЕПСТ. 71 (84,5 %) пацієнтові виконали типову папілосфінктеротомію, 13 (15,5 %) – ЕПСТ за допомогою “голчатого” папілотома. Літоекстракція при холедохолітіазі була виконана у 10 (11,9 %) хворих, лаваж жовчних протоків – у 12 (14,3 %). У 8 (9,5 %) хворих під час виконання рентген-ендоскопічних втручань виникли ускладнення: у 6 хворих – кровотеча, в 1 пацієнта – больовий синдром, ще в 1 – транзиторна амілаземія. Трьом пацієнтам провести ЕРХГ та ЕПСТ технічно не вдалося.

Загалом у другій підгрупі прооперовано 49 (58,3 %) осіб. Із них 38 (77,6 %) пацієнтам виконано лапароскопічну холецистектомію, 11 (22,4 %) – конвенційну, яку в двох випадках завершено холедоходуоденостомією. Обсяг оперативних втручань на підшлунковій залозі включав у 3 (6,1 %) хворих розкриття та дренивання абсцесів підшлункової залози і парапанкреатичних абсцесів; у 2 (4,1 %) – секвестректомію, у 1 (2,0 %) – дренивання псевдокісти підшлункової залози. Вісім хворих від холецистектомії відмовилися. В післяопераційному періоді в 4 (8,2 %) хворих розвинулися ускладнення: у 2 пацієнтів виникла зовнішня панкреатична нориця, у 2 – септичні ускладнення. Померло 2 (2,4 %) пацієнтів від поліорганної недостатності.

У 25 хворих третьої підгрупи, в яких не було виражених ознак біліарної гіпертензії і в тих, кому консервативна терапія дала позитивний результат, виконання ЕРХГ носило плановий характер перед лапароскопічною холецистектомією після зникнення симптомів ГБП. Легкий перебіг гострого біліарного панкреатиту діагностували у 18 (72,0 %) хворих, важкий перебіг – у 7 (28,0 %). Проте при ЕРХГ розширення холедоха виявили у 15 (60,0 %) пацієнтів, а конкременти у ньому – у 6 (24,0 %), причому в 83,3 % випадків спостерігали наявність дрібних конкрементів. В 7 (28,0 %) випадках діагностовано папіліт, в 6 (24,0 %) – парапапілярні дивертикули, в 1 (4,0 %) – стеноз папіли. ЕПСТ виконували за типовим способом у 14 хворих. У 1 пацієнта ЕПСТ проводили за допомогою “голчатого” папілотома. Літоекстракція при холедохолітіазі була виконана у 1 (4,0

%) хворого. Під час ЕПСТ у двох пацієнтів виникла кровотеча, яка ще під час втручання самостійно зупинилася.

В третій підгрупі після ліквідації клінічних ознак ГБП 16 (64,0 %) хворих оперували у плановому порядку через кілька днів після проведення рентген-ендоскопічних втручань. В одного пацієнта виконано відтерміноване вимушене оперативне втручання – холецистектомію, розкриття та дренажування псевдокіст підшлункової залози, а рентген-ендоскопічні втручання проведені перед випискою. Лапароскопічну холецистектомію виконали 13 (81,2 %) пацієнтам, конвенційну холецистектомію – лише 3 (18,8 %). Один пацієнт від оперативного лікування відмовився. В 3 пацієнтів, оперованих лапароскопічно, в післяопераційний період виникли ускладнення – підпечінкові абсцеси (2), гіпертермія (1). Летальних наслідків не було.

Результатом ЕПСТ у першій і другій підгрупах було значне суб'єктивне покращання стану хворого у той же день або через добу після втручання, що було особливо виражено у випадках защемлення конкременту в папілі та виконанні ЕПСТ у перші дві доби від початку приступу. Суб'єктивне покращання стану пацієнтів супроводжувалося позитивною динамікою активності амілази, концентрації білірубіну, вмісту прозапальних цитокінів у сироватці крові, що особливо було виражено в першій підгрупі (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка вмісту цитокінів у сироватці крові хворих на ГБП
(перша підгрупа)

Цитокіни	Терміни обстеження			
	при поступленні	1 доба після ЕПСТ	3 доба після ЕПСТ	7 доба після ЕПСТ
ІЛ-1 α (пг/мл)	41,5 \pm 2,03	38,3 \pm 1,54	34,6 \pm 1,33	24,4 \pm 1,77
ІЛ-1 β (пг/мл)	6,76 \pm 0,32	6,2 \pm 0,38	5,8 \pm 0,41	4,16 \pm 0,15
ІЛ-6 (пг/мл)	214,2 \pm 19,99	194 \pm 14,17	156,3 \pm 24,48	93,6 \pm 5,44
ІЛ-8 (пг/мл)	109,2 \pm 7,76	96,3 \pm 5,41	87,1 \pm 6,88	46,9 \pm 2,49
ФНП- α (пг/мл)	8,94 \pm 0,53	8,31 \pm 0,48	7,56 \pm 0,35	5,69 \pm 0,35
ІЛ-1Ra (пг/мл)	8144,1 \pm 264,3	8376,2 \pm 172,8	8535,3 \pm 166,9	8435,4 \pm 128,8
ІЛ-10 (пг/мл)	7,23 \pm 0,24	7,81 \pm 0,25	8,47 \pm 0,29	10,6 \pm 0,26

Про ефективність даного алгоритму свідчить і тривалість госпіталізації, яка становила у першій підгрупі 12,9 \pm 1,1 ліжкоднів, у другій підгрупі – 17,1 \pm 2,3 ліжкоднів, у третій підгрупі – 19,8 \pm 2,9 ліжкоднів, в порівнянні з контрольною групою – 22,8 \pm 2,3. Рівень післяопераційної летальності відповідно знизився з 5,0 % (контрольна група) до 1,4 % (основна група).

Таким чином, у хворих на ГБП у перші 48 годин від початку приступу незалежно від біохімічних показників холестазу і результатів ультрасонографічного обстеження (жовчні протоки починають розширюватися лише через дві-три доби від моменту обструкції) показане рентген-ендоскопічне обстеження в екстреному порядку з метою встановлення точного діагнозу і отримання жовчі для дослідження. Завершення обстеження папілосфінктеротомією можна вважати патогенетичним лікуванням. Ендоскопічна папілосфінктеротомія гарантовано ліквідує біліарну гіпертензію і умови для рефлюксу жовчі у панкреатичну систему (холедохолітаз, папіліт, стійкий спазм папіли, перетискання папіли дивертикулом), запобігає можливому наступному приступу ГБП при новій міграції конкрементів, у тому числі мікролітів. Підтвердженням правильності такої тактики є абортивний перебіг гострого панкреатиту у 11 з 38 (28,9 %) пацієнтів, чого не спостерігали при ЕПСТ у більш віддалені терміни, а також зменшення у подальшому кількості пацієнтів з важким перебігом панкреатиту.

В терміни понад 48 годин від початку захворювання рентген-ендоскопічне обстеження показане пацієнтам з наростаючими або стабільними клінічно-лабораторними та ультрасонографічними проявами біліарної гіпертензії, холангіту, ознаками вклинення конкременту у папілі з метою ліквідації ускладнень з боку біліарної системи, профілактики можливого наступного приступу ГБП. Проте ЕПСТ не впливає принципово на перебіг процесу у самій підшлунковій залозі.

У хворих на ГБП, в яких не було виражених ознак біліарної гіпертензії або консервативна терапія дала позитивний результат, виконання ЕРХГ носить плановий характер перед лапароскопічною холецистектомією після зникнення симптомів ГБП.

ВИСНОВКИ

В роботі представлено обґрунтування застосування рентген-ендоскопічних методів для вирішення завдань покращення лікування хворих на гострий біліарний панкреатит, зменшення кількості ускладнень з боку біліарної системи, попередження розвитку поліорганної недостатності та гнійно-некротичних ускладнень.

1. Гострий біліарний панкреатит найчастіше зустрічається у людей активного працездатного віку – 45-55 років. У 116 (56,0 %) хворих переважала біліарно-панкреатична клінічна форма захворювання, у 59 пацієнтів (28,5 %) – панкреато-біліарна форма і у 32 (15,5 %) пацієнтів – інтермітуюча клінічна форма гострого біліарного панкреатиту.

2. Перебіг гострого біліарного панкреатиту у 71,5 % пацієнтів має легку форму, проте у 28,5 % відзначається важкий перебіг з утворенням некрозів у підшлунковій залозі і парапанкреатичній клітковині, що не залежить від важкості проявів патології жовчних шляхів.

3. Ендоскопічна дуоденоскопія є високоінформативним методом діагностики причини виникнення гострого біліарного панкреатиту. При дуоденоскопії у 62 пацієнтів виявлено гострий папіліт (у 14 хворих був вклинений конкремент у папілі), у 22 – стеноз папіли, у 17 – парапапілярний дивертикул. Доповнення дуоденоскопії ретроградною холангіографією покращило діагностику біліарної гіпертензії і її конкретної причини на 40,0 % в порівнянні з клініко-лабораторним обстеженням та на 30,0 % в порівнянні з ультрасонографією.

4. У 68,7 % хворих при мікроскопічному дослідженні жовчі, отриманої з холедоха, виявлено мікрохолелітаз, який під час пасажу через папілу може не викликати клінічних проявів механічної жовтяниці, проте бути фактором подразнення папіли, її реактивного запалення і стійкого спазму із запуском механізму виникнення панкреатиту.

5. Показання до ендоскопічної ретроградної холангіографії та ендоскопічної папілосфінктеротомії, їх ефективність при гострому панкреатиті біліарного генезу залежать від терміну і змінюються з часом від початку приступу. В терміни до 48 годин папілосфінктеротомія показана всім пацієнтам з гострим біліарним панкреатитом, тому що надійно ліквідує біліарну і панкреатичну гіпертензію як етіопатогенетичний чинник панкреатиту і дозволяє у 28,0 % хворих досягнути абортного перебігу захворювання.

6. У терміни понад 48 годин від початку панкреатиту показанням до ендоскопічної папілосфінктеротомії є наявність клініко-лабораторних ознак біліарної обструкції – механічної жовтяниці, холангіту, вклинення в папілі конкременту.

7. Використання рентген-ендоскопічних втручань у хворих на гострий біліарний панкреатит дозволяє зменшити тривалість госпіталізації у два рази, знизити кількість післяопераційних ускладнень з 24,4 % до 8,8 %, летальність – з 5,0 % до 1,4 %. Поєднання ендоскопічної ретроградної холангіографії з папілосфінктеротомією у ранньому періоді гострого біліарного панкреатиту дозволяє попередити подальший розвиток захворювання, запобігти виникненню і прогресуванню панкреонекрозу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Комплексне обстеження хворих на гострий біліарний панкреатит повинно включати ендоскопічну дуоденоскопію і ретроградну холангіографію.

2. Проведення ендоскопічної ретроградної холангіографії хворим на гострий біліарний панкреатит рекомендується під анальго-седацією або під наркозом. Перед введенням контрасту в холедох слід провести аспіраційну пробу.

3. В терміни до 48 годин від початку біліарного панкреатиту хворим рекомендується виконувати ендоскопічну папілосфінктеротомію незалежно від результатів холангіографії.

4. В терміни понад 48 годин від початку гострого біліарного панкреатиту ендоскопічна ретроградна холангіографія з папілосфінктеротомією рекомендується лише при наявності клініко-лабораторних ознак біліарної гіпертензії: механічної жовтяниці, холангіту, вклинення конкременту в папілі.

5. При неускладненому перебігу гострого панкреатиту біліарного генезу, після зникнення його клінічних ознак хворим показано проведення ендоскопічної ретроградної холангіографії перед виконанням лапароскопічної холецистектомії.

6. У хворих на гострий біліарний панкреатит при відсутності гострого холециститу холецистектомія показана після ліквідації клінічних ознак панкреатиту.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Ендоскопічна папілосфінктеротомія в діагностиці та лікуванні гострого біліарного панкреатиту / В.І. Коломійцев, Б.М. Вервега, І.В. Коломійцев, М.П. Павловський // Практична медицина. – 2002. – №1. – С.41-47. (Провела клінічний підбір хворих, інтерпретувала результати ендоскопічної папілосфінктеротомії у хворих на гострий біліарний панкреатит, здійснила статистичну обробку отриманих даних, сформувала висновки, підготувала статтю до друку).

2. Виявлення мікрохолелітазу у хворих на гострий біліарний панкреатит / В.Й. Кімакович, Б.М. Вервега, В.І. Коломійцев, М.П. Павловський // Acta Medica Leopoliensia. – 2004. – Т. 10, №2. – С.80-82. (Здійснила клінічний підбір хворих, провела забір і мікроскопічне дослідження жовчі, статистичну обробку отриманих результатів, сформувала висновки, підготувала статтю до друку).

3. Рання ендоскопічна папілосфінктеротомія в лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит / В.І. Коломійцев, А.А. Переяслов, С.М. Чуклін, Б.М. Вервега // Хірургія України. – 2005. – №3 (15). – С.37-40. (Здійснила клінічний підбір хворих, встановила особливості виконання ендоскопічної ретроградної холангіографії в гострому періоді панкреатиту, провела аналіз та статистичну обробку отриманих результатів, сформувала висновки, підготувала статтю до публікації).

4. Особливості ендоскопічної ретроградної холангіографії та ендоскопічних ретроградних втручань на біліарній системі в ургентній хірургії / В.І. Коломійцев, Т.І. Шахова, Б.М. Вервега, М.В. Либа, М.П. Павловський // Acta Medica Leopoliensia. – 2005. – Т. 11, №3. – С.41-45. (Здійснила клінічний підбір хворих, провела статистичну обробку отриманих результатів, сформувала висновки, підготувала статтю до друку).

5. Вервега Б., Федорів В., Коломійцев І. Результати ендоскопічного лікування гострого біліарного панкреатиту // Зб. тезів міжнародної наукової конференції студентів і молодих вчених

“Актуальні проблеми клінічної і теоретичної медицини”. – Дніпропетровськ, 2001. – С.108-109. (Обстежувала хворих, провела статистичну обробку та аналіз отриманих результатів, оформила роботу до друку).

6. Kolomiytsev V., Verveha B., Fedoriv V. Peculiarities of the endoscopic retrograde pancreaticholangiography in acute biliary pancreatitis // Abstracts The 60th Jubilee Congress of The Association of Polish Surgeons.- Warshava (Poland), 2001. – P.106-107. (Здійснила клінічний підбір хворих, провела дослідження, провела статистичну обробку отриманих результатів, оформила роботу до публікації).

7. Значення ендоскопії в діагностиці причини та лікуванні гострого біліарного панкреатиту / В.І. Коломійцев, С.М. Чуклін, Ф.П. Інденко, Б.М. Вервега, М.П. Павловський // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2003. – Т. 7, №3. – С.38. (Провела клінічний підбір хворих, інтерпретувала отримані результати, здійснила статистичну обробку отриманих даних, підготувала роботу до друку).

8. Коломійцев В.І., Вервега Б.М., Павловський М.П. Показання до ендоскопічної папілосфінктеротомії при гострому біліарному панкреатиті // Матер. 1-ої Всеукраїнської науково-практичної конференції “Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. – Львів, 2004. – С.123-124. (Провела клінічний підбір хворих, запропонувала алгоритм ендоскопічного обстеження хворих на гострий біліарний панкреатит, здійснила статистичну обробку матеріалу, сформулила висновки, підготувала роботу до друку).

9. Ендоскопічна декомпресія жовчовивідних шляхів у лікуванні хворих на гострий біліарний панкреатит / В.І. Коломійцев, Б.М. Вервега, В.Й. Кімакович, М.П. Павловський // Клінічна хірургія. – 2004. – №4-5. – С.47-48. (Обстежувала хворих, встановила показання до проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії у хворих на гострий біліарний панкреатит, здійснила статистичну обробку матеріалу, оформила роботу до друку).

АНОТАЦІЯ

Вервега Б.М. Роль ендоскопічних методів у діагностиці та лікуванні гострого біліарного панкреатиту. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.03 – хірургія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2006 р.

Дисертація присвячена питанням діагностики та ендоскопічного лікування гострого біліарного панкреатиту. Проаналізовано результати комплексного обстеження та лікування 207 хворих на гострий біліарний панкреатит. Визначено роль мікрохолелітіазу та змін великого дуоденального сосочка в етіопатогенезі даного захворювання. Опрацьовано діагностично-

лікувальний алгоритм із застосуванням рентген-ендоскопічних методів. Встановлено доцільність проведення ендоскопічної ретроградної холангіографії та папілосфінктеротомії усім хворим на гострий біліарний панкреатит протягом 48 годин від початку захворювання. Доведено, що в терміни понад 48 годин, проведення ендоскопічних втручань показане лише пацієнтам з наростаючими клініко-лабораторними та ультрасонографічними проявами біліарної гіпертензії, холангіту, ознаками вклинення конкременту в папілі. У хворих на гострий біліарний панкреатит без виражених ознак біліарної гіпертензії і в тих пацієнтів, кому консервативна терапія дала позитивний результат, виконання ендоскопічної ретроградної холангіографії носить плановий характер після зникнення симптомів панкреатиту перед лапароскопічною холецистектомією. Удосконалення діагностично-лікувального підходу дозволило зменшити кількість ускладнень і тривалість лікування, а також знизити рівень летальності.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, мікрохолелітіаз, біліарна гіпертензія, ендоскопічна ретроградна холангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, лапароскопічна холецистектомія.

АННОТАЦІЯ

Вервега Б.М. Роль ендоскопических методов в диагностике и лечении острого билиарного панкреатита. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2006 г.

Диссертация посвящена вопросам диагностики и эндоскопического лечения острого билиарного панкреатита. Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных на ОБП путем определения роли билиарных факторов в развитии данного заболевания и разработки лечебно-диагностического алгоритма с использованием эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке и желчных протоках.

Проанализировано результаты комплексной диагностики и лечения 207 больных с ОБП. Все больные были разделены на две группы. В основную группу входили 147 человек, в комплекс лечения которых были включены эндоскопические ретроградные вмешательства на папилле и желчных протоках. Контрольную группу составили 60 больных, которым рентген-эндоскопические вмешательства не проводились. Учитывая чрезвычайную изменчивость клинических проявлений острого билиарного панкреатита, мы выделили такие варианты клинического течения заболевания. У 116 (56,0 %) пациентов преобладала билиарно-панкреатическая, у 59 (28,5 %) панкреато-билиарная, у 32 (15,5 %) – интермитирующая форма

заболевания. Анализ лабораторных и клинических показателей, отражающих тяжесть течения заболевания, проводился в динамике.

В контрольной группе у 45 (75,0 %) больных произведено холецистэктомию, при этом только у 14 (31,1 %) – лапароскопическим методом. У 8 (17,8 %) больных выполнили некрсеквестрэктомию, дренирование абсцессов поджелудочной железы и парапанкреатических абсцессов; у 3 (6,7 %) – марсупиализацию, у 2 (4,4 %) – дренирование сальниковой сумки. От прогрессирования полиорганной недостаточности умерло 3 (5,0 %) больных, а 11 (18%) – имели осложнения.

В основной группе всем пациентам была проведена дуоденоскопия и ЭРХГ, за результатами которых причиной возникновения ОБП у 106 (72,1 %) больных был микро- и макрохоледохолитиаз, у 62 (42,2 %) – папиллит, у 22 (15,0 %) – стеноз большого дуоденального сосочка, у 17 (11,6 %) – парапапиллярный дивертикул. Доказана высокая информативность рентген-эндоскопических методов при диагностике ОБП.

При микроскопическом исследовании желчи у 68,7 % больных обнаруживается микрохолелитиаз, который при миграции через папиллу может раздражать ее, приводя к реактивному воспалению и спазму с последующим запуском механизма развития панкреатита.

Анализ клинического материала позволил выработать лечебно-диагностический алгоритм с использованием миниинвазивных эндоскопических методов. Установлено целесообразность проведения ЭРХГ в первые 48 часов от начала заболевания всем больным с ОБП независимо от наличия клинических и лабораторных признаков билиарной гипертензии, что позволяет точно верифицировать диагноз. На ранних этапах развития панкреатита папиллосфинктеротомия устраняет ведущий патогенетический фактор развития заболевания – нарушение оттока желчи и условия для рефлюкса желчи в панкреатическую систему (холедохолитиаз, папиллит, дивертикул), предотвращает возможный следующий приступ панкреатита при последующей миграции конкрементов, в том числе микрохолелитов. В 28,0 % больных после ранней папиллосфинктеротомии отмечается abortивное течение острого панкреатита, уменьшается в последующем количество пациентов с тяжелой формой заболевания.

В сроки свыше 48 часов от начала заболевания ЭРХГ и ЭПСТ показаны пациентам с нарастающими клинико-лабораторными и ультрасонографическими проявлениями билиарной гипертензии, холангита, признаками вклинивания конкремента в папиллу, однако папиллосфинктеротомия не влияет принципиально на ход процесса в самой поджелудочной железе. У больных с острым билиарным панкреатитом, в которых не было выраженных признаков билиарной гипертензии или консервативная терапия произвела хороший эффект, выполнение эндоскопической ретроградной холангиографии носит плановый характер перед лапароскопической холецистэктомией после исчезновения симптомов панкреатита. Применение

разработанного лечебно-диагностического алгоритма у больных с ОБП позволило уменьшить в два раза длительность лечения, частоту послеоперационных осложнений снизить с 24,4 % до 8,8 %, летальность – с 5,0 % до 1,4 %.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, микрохолелитиаз, билиарная гипертензия, эндоскопическая ретроградная холангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, лапароскопическая холецистэктомия.

ANNOTATION

Verveha B.M. Role of endoscopy methods in the diagnostics and treatment of acute biliary pancreatitis. – Manuscript.

Dissertation for conferment of the scientific degree of candidate of medical sciences in the speciality 14.01.03 – surgery. – I.Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University of Ukraine's THP, Ternopil, 2006.

The dissertation is devoted to the problems of diagnostics and endoscopy treatment of acute biliary pancreatitis. Results of complex assessment and treatment of 207 patients with acute biliary pancreatitis have been analyzed. The role of microlithiasis and changes of the large duodenal papilla in etiopathogenesis of the disease have been determined. Diagnostic-therapy algorithm with the employment of radioendoscopy methods has been developed. Endoscopic retrograde cholangiography and sphincterotomy has been established expedient to perform within 48 hours from the onset of the disease in all cases of acute biliary pancreatitis. Endoscopic interventions past 48 hours proved to be indicated for patients with the disease symptoms of increasing intensity clinico-laboratory and ultrasonography manifestations of biliary hypertension, cholangitis, and signs of impacted papillary stone. In acute biliary pancreatitis without pronounced manifestations of biliary hypertension or beneficial results of conservative therapy, retrograde endoscopic cholangiography is performed on the planned basis prior to laparoscopic cholecystectomy after the symptoms of pancreatitis have ceased. Improvement of the diagnostic approach in acute biliary pancreatitis permitted to reduce the incidence of complications, mortality rate and duration of the inpatient treatment.

Key words: acute biliary pancreatitis, microlithiasis, biliary hypertension, endoscopic retrograde cholangiography, endoscopic sphincterotomy, laparoscopic cholecystectomy.