

УДК 616.37-002:616.366-089.881

ВЛИЯНИЕ БИЛИАРНОЗАВИСИМОГО ПАНКРЕАТИТА НА ТЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

А.А. Алмазов, Ю.А. Пустыльняк, Е.А. Бадаев, К.С. Севостьянова

Проведен анализ 80 историй болезни у пациентов с желчекаменной болезнью (ЖКБ), осложненной острым билиарнозависимым панкреатитом (ОБП) в Центральной клинической больнице г. Новосибирска. Гендерное соотношение: 44 женщины (56,8 %) и 36 мужчин (43,2 %). Средний возраст пациентов составлял $54,3 \pm 1,24$. Тактика лечения и ведения данной патологии предполагала выполнение 3-х методов лечения. Первый метод – комбинация эндоскопического лечения с выполнением этапного лапароскопического вмешательства в плановом порядке. При нарастании перинеальной симптоматики, появлении в брюшной полости свободной жидкости, диагностированной с помощью ультразвукового исследования брюшной полости (УЗИ БП), прибегали к выполнению экстренного оперативного лечения в виде лапаротомии, холецистэктомии, дренировании холедоха, дренировании брюшной полости. Третьим видом лечения, являлось консервативное ведение пациентов с данной патологией. В результате проведенного сравнительного анализа установлено, что метод эндоскопического лечения с последующей лапароскопической холецистэктомией является предпочтительным для лечения пациентов с билиарнозависимым панкреатитом.

Ключевые слова: панкреатит; холецистэктомия; холедохолитиаз; желчекаменная болезнь.

БИЛИАРГА КӨЗ КАРАНДЫ ПАНКРЕАТИТТИН КАЛЬКУЛЕЗДУК ХОЛЕЦИСТИТТИН ӨНҮГҮҮСҮНӨ ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Новосибирск шаарындагы Борбордук клиникалык ооруканада курч билиарга көз каранды панкреатит менен таалдашкан өттөгү таш оорусу менен ооруган бейтаптардын 80 дарт баянына талдоо жүргүзүлгөн. Гендердик катыш: 44 аял (56,8 %) жана 36 эркек (43,2 %). Бейтаптардын орточо курагы $54,3 \pm 1,24$ жашты түзгөн. Дарылоонун тактикасы жана бул патологияны байкоого алуу дарылоонун 3 методун колдонууну божомолдойт. Биринчи метод – план боюнча тартипте этаптуу лапароскопиялык кийлигишүүнү аткаруу менен эндоскопиялык дарылоонун комбинациясы. Перинеалдык симптоматиканын өсүүсүндө, ич көңдөйүн ультра добуштук изилдөөнүн жардамы менен аныкталган ич көңдөйүндө эркин суюктуктун пайда болушунда лапаротомия, холецистэктомия, холедохту дренаждоо, ич көңдөйүн дренаждоо түрүндө шашылыш ыкчам дарылоону аткарууга киришишкен. Дарылоонун үчүнчү методу мындай патологиядагы бейтаптарды консервативдүү дарылоо болуп эсептелет. Жүргүзүлгөн салыштырма талдоонун жыйынтыгында белгиленгендей, эндоскопиялык дарылоо методу кийинчерээк лапароскопиялык холецистэктомияны пайдалануу менен билиарга көз каранды панкреатит менен ооруган бейтаптарды дарылоо үчүн алгылыктуу метод болуп саналат.

Түйүндүү сөздөр: панкреатит; холецистэктомия; холедохолитиаз; өттөгү таш оорусу.

INFLUENCE OF BILIARY-INDEPENDENT PANCREATITIS ON CALCULUS CHOLECYSTITIS

A.A. Almazov, Yu.A. Pustylnyak, E.A. Badaev, K.S. Sevostyanova

The analysis of 80 case histories in patients with cholelithiasis complicated by acute biliary-dependent pancreatitis (BDP) in the Central Clinical Hospital of Novosibirsk was carried out. Gender ratio: 44 women (56.8%) and 36 men (43.2 %). The mean age of the patients was $54,3 \pm 1,24$. The tactics of treatment and management of this pathology presupposed the implementation of 3 methods of treatment. The first method is a combination of endoscopic treatment with the implementation of stage laparoscopic intervention in a planned manner. With the growth of perineal symptoms, the appearance of a free fluid in the abdominal cavity, diagnosed by ultrasound examination of the abdominal cavity (ultrasound of the BP), resorted to emergency surgery in the form of laparotomy, cholecystectomy, drainage of the choledoch, drainage of the abdominal cavity. The third type of treatment was conservative management of patients with this pathology. As a result of the comparative analysis, it was established that the method of endoscopic treatment with subsequent laparoscopic cholecystectomy is preferred for the treatment of patients with biliary-dependent pancreatitis.

Keywords: pancreatitis; cholecystectomy; choledocholithiasis; cholelithiasis.

Актуальность. Наиболее частой причиной острого панкреатита во многих западных и азиатских странах является холелитиаз, что составляет 35–60 % случаев. Большинство пациентов испытывают относительно доброкачественное течение панкреатита, но 15–20 % пациентов страдают тяжелой формой. У данных пациентов с тяжелой формой панкреатита уровень смертности составляет 20–30 % [1]. Острый панкреатит тяжелой степени тяжести характеризуется наличием полиорганной недостаточности, чаще всего развивающейся в течение ближайших 48 часов. В настоящее время данная категория больных остается трудной для диагностики и выбора тактики хирургического лечения. Нет патогномичного маркера диагностики и прогноза течения болезни. До конца не определен “золотой стандарт” тактики ведения пациентов данной патологии.

В связи с этим диагностика и лечение ЖКБ, осложненной острым билиарнозависимым панкреатитом, является актуальной проблемой абдоминальной хирургии, требующей оптимальной тактики ведения и лечения пациентов.

Диагноз ЖКБ, осложненной ОБП, ставился на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. К клиническим методам относятся: болевой абдоминальный синдром, механическая желтуха. Для оценки тяжести течения ОБП использовалась вербальная рейтинговая шкала оценки боли.

К лабораторным показателям относятся гипербилирубинемия за счет прямого билирубина, гиперамилаземия, лейкоцитоз. Существует ряд неспецифических маркеров ОБП, таких как гипертриглицеридемия и С-реактивный белок. Гипертриглицеридемия конкурентно препятствует выявлению амилазы, таким образом, ложный низкий уровень сывороточной амилазы, можно найти у пациентов, имеющих гипертриглицеридемию. Концентрация С-реактивного белка более 150 г/л часто принимается как предсказатель тяжести течения заболевания. При этом высокий уровень СРБ имеет чувствительность 80–86 % и специфичность 61–84 % для диагностики панкреонекроза в течение первых 48 часов после появления симптомов [2].

Инструментальными методами диагностики являются фиброгастроудоденоскопия (ФГДС), УЗИ БП, магнитно-резонансная томография (МРТ) и спиральная компьютерная томография (КТ). Сонографическими маркерами острого билиарнозависимого панкреатита при выполнении УЗИ БП являются изменение эхоструктуры парапанкреатической клетчатки и поджелудочной железы, ее кон-

туров и размеров, жидкостные скопления в железе и в клетчатке вокруг железы, увеличение диаметра общего желчного протока более 8 мм, холелитиаз [3]. ФГЭС при остром панкреатите обладает низкой диагностической ценностью. Одним из важных маркеров панкреатита билиарного генеза является отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке (у 45–63 % больных), тогда как при остром панкреатите небилиарного генеза желчь присутствует всегда [4]. МРТ и МСКТ являются наиболее безопасными, эффективными и неинвазивными методами визуализации для оценки поджелудочной железы и протоков [5]. В клинических рекомендациях Британского общества гастроэнтерологов при тяжелых панкреатитах в течение 24 часов после госпитализации считается показанной МСКТ брюшной полости. Если при этом не удается установить этиологию острого панкреатита, выполняют МРТ, так как ее чувствительность в выявлении холедохолитиаза, а следовательно, билиарного генеза острого панкреатита выше, чем у МСКТ [5]. Кроме того, МРТ при остром панкреатите может прецизионно визуализировать изменения ткани поджелудочной железы и ее протоков [5].

E.J. van Geenen et al. (2010) в своем систематическом обзоре, посвященном вопросам этиологии и диагностики острого панкреатита, опубликовали таблицу, демонстрирующую чувствительность, специфичность, предсказательную ценность положительных (ПЦПР) и отрицательных результатов (ПЦОР) разных методов диагностики билиарной этиологии панкреатита (таблица 1) [6].

Цель данного исследования – провести сравнительную оценку эффективности различных методов лечения у пациентов с желчекаменной болезнью, осложненной острым билиарнозависимым панкреатитом.

Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 80 пациентов с ЖКБ, осложненной в период с 2016 по 2018 г. в отделении общей хирургии Центральной клинической больницы г. Новосибирска.

В исследование входили 3 группы пациентов с различными методами лечения:

1. Группа пациентов с билиарнозависимым панкреатитом после проведения ретроградной холангиопанкреатографии+ папиллосфинктеротомии, лапароскопической холецистэктомии.
2. Группа пациентов с билиарнозависимым панкреатитом после проведения экстренного оперативного лечения (холецистэктомия, холецистостомия, дренирование холедоха, дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните).

Таблица 1 – Диагностическая ценность инструментальных методов исследования (van Geenen, E.J.M. et al., 2010)

Исследование (локализация камня)	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	ПЦПР (%)	ПЦОР (%)
УЗИ (желчный пузырь)	67–87	93	100	75–80
УЗИ (ОЖП)	20–50	83	67	38,5
КТ (ОЖП)	80–100	83–98	89	71–100
МРТ-ХПГ (ОЖП)	90–100	92	95	85
ЭРХГ (ОЖП)	91–100	85–100	92–98	88–92

3. Группа пациентов с билиарнозависимым панкреатитом после консервативной терапии (оперативное вмешательство не выполнялось). Методы эффективности лечения оценивались по следующим критериям:

- Количество проведенных койко-дней в стационаре.
- Выраженность болевого синдрома (вербальные рейтинговые шкалы оценки боли).

Также оценивались средний возраст и пол пациентов. После проведенного анализа историй болезни с помощью статистического анализа программы Statistica 10 для Windows, оценивалась достоверная вероятность лучшего метода лечения. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью непараметрического метода статистики (U-критерий Манна – Уитни). Было проведено исследование полученных данных исходя из метода выбранного лечения и результатов критериев распределения в трех группах. Соответственно сравнивались 3 метода лечения ЖКБ осложненного ОБП по двум критериям эффективности. Различия считались достоверными при значениях $p < 0,05$. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.

Результаты. Проведен анализ 80 пациентов с диагнозом – ЖКБ, осложненная ОБП. Средний

возраст пациентов составлял $54,3 \pm 1,24$ года. Средний койко-день составлял $15,038 \pm 0,67$. Максимальное количество дней проведенных в стационаре составляет 54 к/д, минимальное количество 2 к/д. Гендерное соотношение: 44 женщины (56,8 %) и 36 мужчин (43,2 %).

Результаты эффективности различных методов лечения по критерию койко-дни представлены на рисунке 1.

Результаты эффективности различных методов лечения по показателю болевой синдром представлены на рисунке 2.

В результате обработки полученных данных были выявлены следующие особенности. У пациентов первой группы после проведения ретроградной холангиопанкреатографии + папиллосфинктеротомии, лапароскопической холецистэктомии отмечалось минимальное количество койко-дней, проведенных в стационаре, в сравнении с двумя другими группами, что говорит об эффективности данного метода лечения. Максимальное количество койко-дней было выявлено в группе консервативного метода лечения. Также выявлено, что самые высокие показатели болевого синдрома отмечались у пациентов второй группы после экстренного открытого оперативного вмешательства.

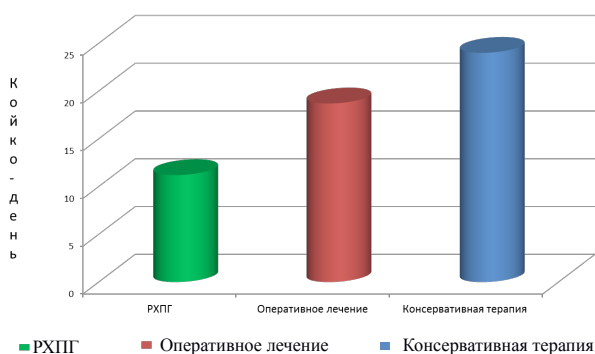


Рисунок 1 – Результаты эффективности различных методов лечения по критерию "койко-дни"

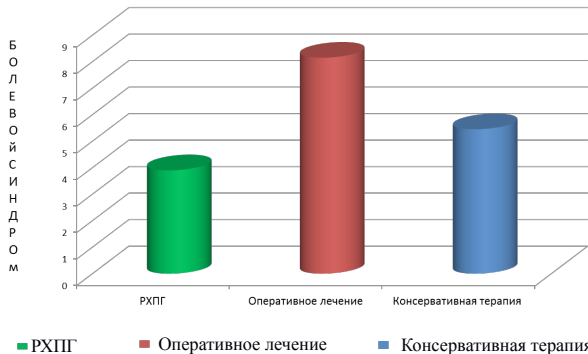


Рисунок 2 – Результаты эффективности различных методов лечения по показателю "болевого синдром"

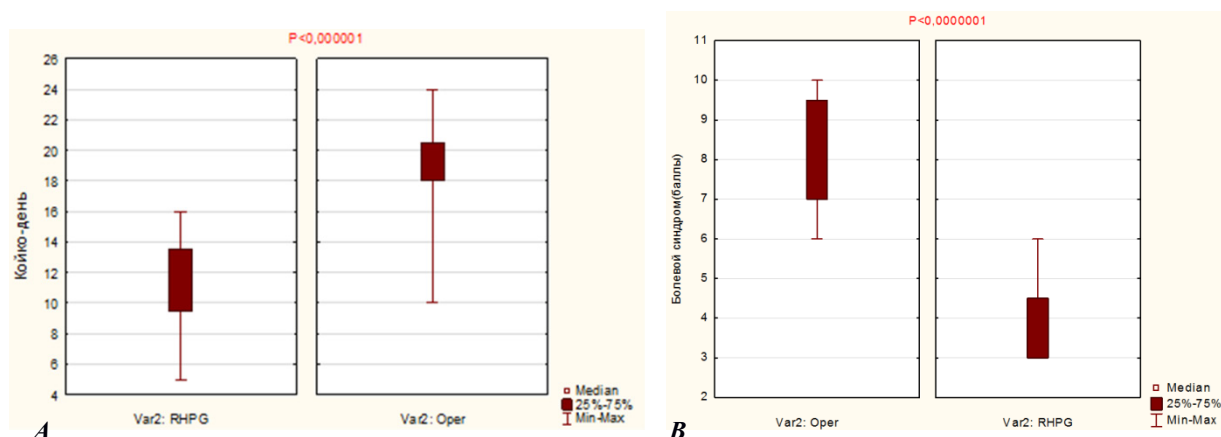


Рисунок 3 – Сравнение эффективности методов лечения РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и лапаротомия по показателям “койко-день” и “болевого синдром”.

А. Сравнение показателя “койко-день” в двух группах. В. Сравнение показателя “болевого синдром” в двух группах RHPG, Oper – условное обозначение 2-х групп выборок

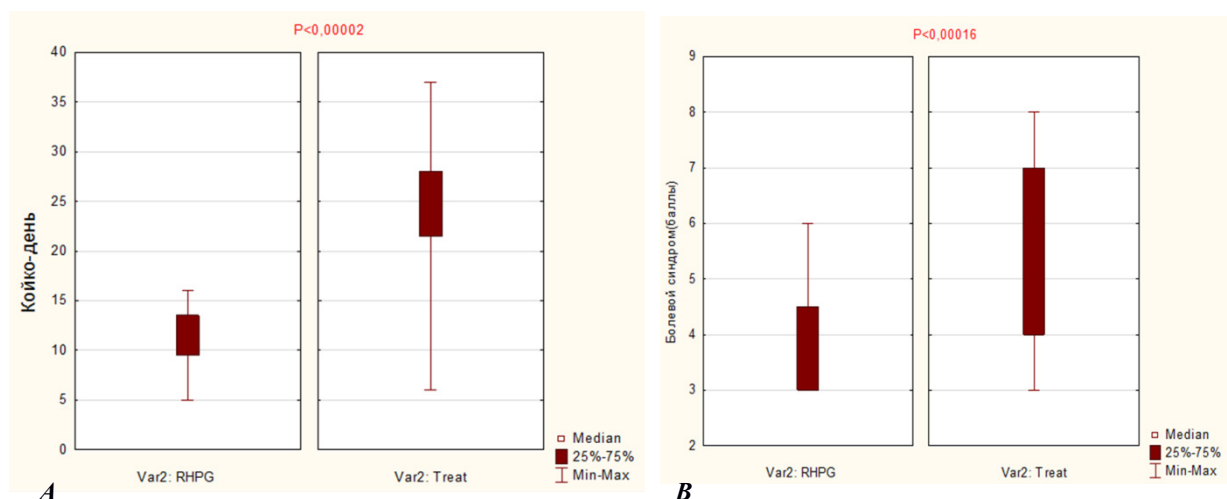


Рисунок 4 – Сравнение эффективности методов лечения РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и консервативная терапия по показателям “койко-день” и “болевого синдром”

А. Сравнение показателя “койко-день” в двух группах. В. Сравнение показателя “болевого синдром” в двух группах RHPG, Treat – условное обозначение 2-х групп выборок

При анализе 3-х групп с помощью U-критерия Манна – Уитни, проводилось попарное непараметрическое исследование методов лечения по показателям койко-дня и болевого синдрома.

Сравнение двух выборок U-критерием Манна – Уитни (РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и лапаротомия) ($P < 0,05$) по показателям койко-день и болевого синдрома (рисунок 3).

Сравнение двух выборок U-критерием Манна – Уитни (РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и консерватив-

ная терапия) ($P < 0,05$) по показателям койко-день и болевого синдрома (рисунок 4).

Сравнение двух выборок U-критерием Манна – Уитни (лапаротомия и консервативная терапия) ($P < 0,05$) (рисунок 5).

Сравнение двух выборок U-критерием Манна – Уитни (РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и холецистэктомия (лапароскопическая)) ($P < 0,05$) (рисунок 6).

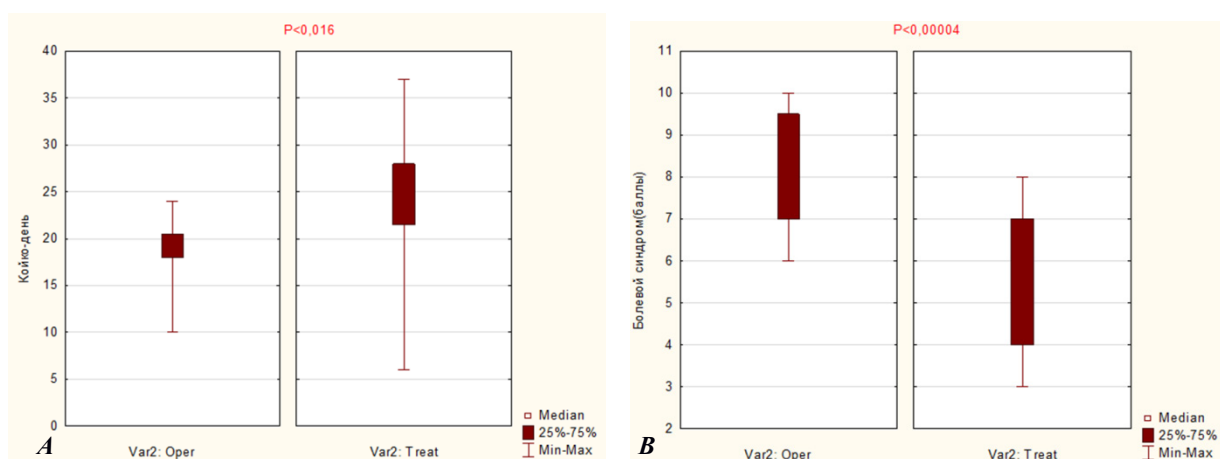


Рисунок 5 – Сравнение эффективности методов лечения РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и консервативная терапия по показателям “койко-день” и “болевого синдром”.

А. Сравнение показателя “койко-день” в двух группах. В. Сравнение показателя “болевого синдром” в двух группах RHPG, Treat – условное обозначение 2-х групп выборок

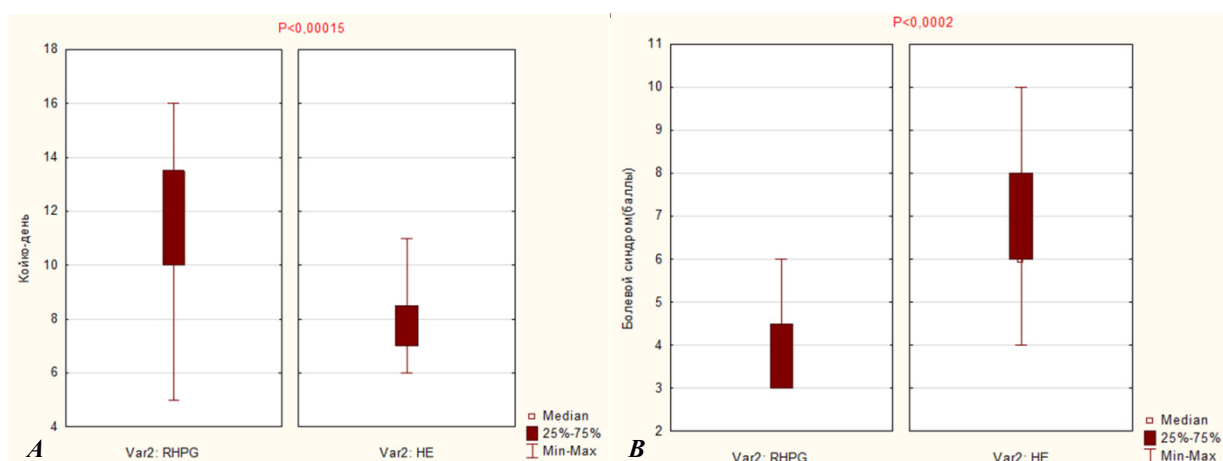


Рисунок 6 – Сравнение эффективности методов лечения РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и консервативная терапия по показателям “койко-день” и “болевого синдром”.

А. Сравнение показателя “койко-день” в двух группах. В. Сравнение показателя “болевого синдром” в двух группах RHPG, Treat – условное обозначение 2-х групп выборок

Выводы

1. Пролечено пациентов 80 человек – РХПГ (33 %), оперативное лечение (33 %), консервативная терапия (33 %).
2. По результатам проведения сравнительного анализа на основании критериев оценки установлено, что метод РХПГ + ПСТ + ЛХЭ является предпочтительным для лечения пациентов с билиарнозависимым панкреатитом.
3. Все полученные результаты являются достоверными:
 - сравнение двух выборок РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и экстренного оперативного лечения по критерию койко-дней, $P < 0,000001$;
 - сравнение двух выборок РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и экстренного оперативного лечения по критерию болевой синдром, $P < 0,00001$;
 - сравнение двух выборок РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и консервативной терапии по критерию койко-дней, $P < 0,00002$;

- сравнение двух выборок РХПГ + ПСТ + ЛХЭ и консервативной терапии по критерию болевой синдром, $P < 0,00016$;
- сравнение двух выборок экстренного оперативного лечения и консервативной терапии по критерию койко-дней, $P < 0,016$.
- сравнение двух выборок экстренного оперативного лечения и консервативной терапии по критерию болевой синдром, $P < 0,00004$.

Литература

1. *Tse F.* Early routine endoscopic retrograde cholangiopancreatography strategy versus early conservative management strategy in acute gallstone pancreatitis / F. Tse, Y. Yuan // *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (1):CD009779.
2. *Lippi G.* Laboratory diagnosis of acute pancreatitis: in search of the Holy Grail / G. Lippi, M. Valentino, G. Cervellin // *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences.* 2012; 49(1):18–31. doi: 10.3109/10408363.2012.658354.
3. *Banks P.A.* Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P.A. Banks, T.L. Bollen, C. Dervenis et al. // *Gut.* 2013; 62:102–111.
4. *Wilcox C.M.* Role of endoscopic evaluation in idiopathic pancreatitis: a systematic review / C.M. Wilcox, S. Varadarajulu, M. Eloubeidi // *Gastrointest. Endosc.* 2006. Vol. 63. P. 1037–1045.
5. *Drake L.M.* Accuracy of magnetic resonance cholangiopancreatography in identifying pancreatic duct disruption / L.M. Drake, M. Anis, C. Lawrence // *J Clin Gastroenterol.* 2012; 46:696–699.
6. *van Geenen E.J.* Etiology and diagnosis of acute biliary pancreatitis / van Geenen E.J., van der Peet D.L. et al. // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2010. Epub. P. 495–502.