

РАННЯЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Изучены результаты эндоскопического обследования и лечения 150 больных острым билиарным панкреатитом (ОБП). Мужчин было 42 (28%), женщин 108 (72%). Ранее перенесли операции по поводу желчнокаменной болезни 32 (21%) пациента (классическая холецистэктомия выполнена 22 и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) 10 больным). Возрастной диапазон колебался от 27 до 84 лет.

Выявлено, что основным патогенетическим звеном в развитии ОБП явилась полная обтурация ампулярного отдела конкрементами (сладжем) с возникновением внутрипротоковой гипертензии. При этом способствующим фактором были первичные изменения большого дуоденального сосочка (БДС): рубцово-воспалительные изменения, околососочковые дивертикулы, опухоли. Раннее (до 12 часов) применение малоинвазивных эндоскопических вмешательств на БДС и внепеченочных желчных протоках при билиарном панкреатите является высокоэффективным, патогенетически обоснованным и в подавляющем большинстве ведет к abortивному течению данного заболевания. Длительность окклюзии БДС более 24 часов ведет к развитию деструктивных форм панкреатита и гнойного холангита. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет на уровне приемного отделения провести дифференциальную диагностику и определить дальнейшую тактику лечения.

Проблема лечения больных с острым панкреатитом считается одной из самых сложных в хирургической гастроэнтерологии [1,2]. Высокая летальность при панкреонекрозе и большое число неудовлетворительных результатов заставляют искать новые методы ранней диагностики и эндохирургического лечения. В последние десятилетия активно обсуждаются вопросы лечения от крайне консервативного до радикального вмешательства на ранних стадиях болезни [1,5]. По данным всемирной статистики, от 40% до 65% случаев острого панкреатита обусловлены наличием желчных камней [3,5]. В связи с этим своевременное распознавание билиарного генеза острого панкреатита имеет большое значение, определяющее тактику лечения.

Десятилетний опыт лечения больных острым панкреатитом с систематическим осмотром и изучением состояния большого дуоденального сосочка и парапапиллярной зоны позволили выявить патологические изменения, обуславливающие нарушение оттока секрета поджелудочной железы. Основным патогенетическим фактором в развитии острого билиарного панкреатита (ОБП) явилась полная обтурация ампулярного отдела конкрементами или «сладжем» с возникновением внутрипротоковой гипертензии [4]. Именно это обстоятельство, не устраненное на ранних этапах лечения, ведет к развитию острого панкреатита от отечной формы до прогрессирующих деструктивных изменений в органе. При этом способствующим фактором были первичные изменения БДС: рубцово-воспалительные изменения, околососочковые дивертикулы, опухоли.

Основной целью при проведении клинических исследований являлось снижение летальности больных ОБП путем разработки алгоритма диагно-

стики и эндохирургического лечения. При этом предполагалось решение ряда важных, с практической точки зрения, задач: 1. Определить показания и сроки проведения эзофагогастродуоденоскопии; 2. Уточнить и систематизировать эндоскопические признаки ОБП (изменения зоны БДС) с оценкой сопутствующей гастродуоденальной патологии при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС); 3. Оценить эффективность малоинвазивных эндохирургических вмешательств на БДС и желчевыводящих протоках в лечении больных с данной патологией; 4. Определить оптимальные сроки выполнения и показания к методам эндоскопической коррекции патологических изменений БДС и желчевыводящих протоков при ОБП.

При выполнении поставленных задач были изучены результаты эндоскопического обследования и лечения 150 больных ОБП в возрасте от 27 до 84 лет. Мужчин было 42 (28%), женщин 108 (72%). Ранее перенесли операции по поводу желчнокаменной болезни 32 (21%) пациента.

У всех больных, доставленных в приемное отделение, имелась клиническая картина острого панкреатита. Производился тщательный сбор анамнеза, необходимый для выявления возможных причин заболевания. При этом отмечено, что в 6% случаев при анамнестически преобладающей алкогольной этиологии, причиной развития острого панкреатита были желчные камни. По данным лабораторных исследований, отмечалось увеличение уровня ферментативной активности амилазы крови и диастазы мочи. У всех больных были выявлены признаки механической желтухи и уровень гипербилирубинемии в начальной стадии не превышал в среднем 25-40 ммоль/л. Важным моментом было про-

ведение абдоминальной сонографии. По данным УЗИ, в 78% случаях отмечено наличие конкрементов желчного пузыря и в 4% - конкрементов общего желчного протока. Следующим существенным сонографическим признаком было расширение внепеченочных желчных протоков более 7 мм. На этапе приемного отделения всем больным с подозрением на билиарную этиологию панкреатита проводилась ЭГДС с помощью операционных фибродуоденоскопов JF 1T10, JF 1T40 и TJF фирмы «Olympus», имеющих широкий инструментальный канал, что дает возможность, не извлекая из канала инструмент, обеспечить адекватную аспирацию дуоденального содержимого, а в случае возникновения осложнений - более эффективно с ними бороться. При проведении эндохирургических вмешательств использовали специализированный инструментарий для внутриканального проведения: катетеры, канюляционные (струнные) и неканюляционные (игольчатые) папиллотомы, билиарные дренажи, захваты (корзина Дормиа, баллонные экстракторы), механические билиарные лиготрипторы.

При эндоскопическом исследовании выявленные изменения были разделены на две группы: органические и функциональные. Функциональные нарушения характеризовались резким снижением гастродуоденальной моторики. Отмечалась различной степени выраженности недостаточность кардиального и в особенности пилорического сфинктеров, дуоденогастральный рефлюкс с наличием застойного содержимого в просвете желудка. Органические изменения при остром билиарном панкреатите подразделялись на прямые (признаки ампулярной окклюзии) и косвенные. Последние носили характер диффузного гастродуоденита, причем изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки имели более выраженный характер: гиперемия и отек с утолщением её складок, лим-

сгусток фибрина. Продольная складка утолщена. По мере увеличения времени с момента обтурации (более 24 часов) возникает и нарастает имбибция слизистой оболочки парапапиллярной зоны панкреатическим соком.

Замечено, что для развития билиарного панкреатита необходима полная окклюзия ампулы и устья БДС. В этом отношении риск развития напрямую зависит от величины желчных камней и у больных с камнями менее 5 мм риск наивысший (рис. 4). Обтурация протоковой системы наблюдается и при протяженной окклюзии на фоне рубцового папиллостеноза или опухолевого поражения БДС (рис. 5). Более крупные камни БДС и супрапапиллярного отдела могут и не вызывать полной обтурации панкреатического протока, и ведущими клиническими проявлениями в первую очередь становятся признаки холангита и выраженной механической желтухи (рис. 6).

При выявлении обтурации БДС производилась комбинированная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Вначале рассечение выполнялось неканюляционным методом с помощью игольчатого электрода на «11-12 часах» в направлении продольной складки короткими движениями папиллотомы сначала поверхностно, затем разрезая более глубокие слои тканей, до вскрытия ампулярной полости. При этом наблюдалось отхождение вколоченного конкремента. При выраженном рубцовом папиллостенозе обтурация БДС вызывалась группой микролитов, «замазкой» или плотным сгустком желчи. При ликвидации окклюзии отмечалось массивное поступление в просвет кишки желчи и панкреатического сока. В 30% случаев наблюдались явления холангита. Изначально необходимо производить рассечение БДС от устья для широкого доступа к панкреатическому протоку (рис. 4-6).

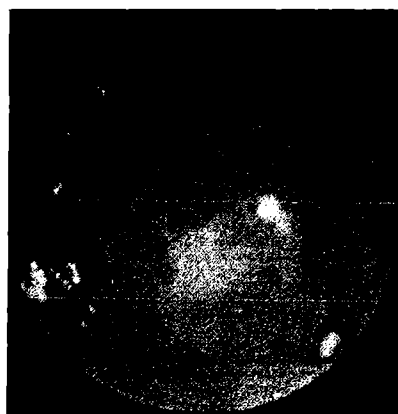


Рис. 1. Эндофото.
Обтурация БДС конкрементом
(в устье сгусток фибрина)

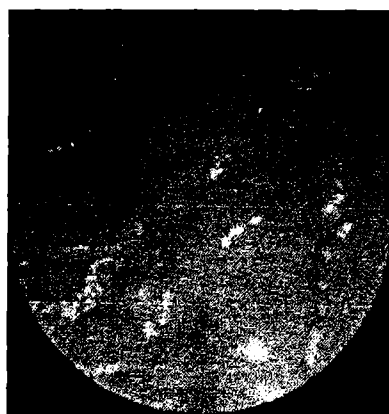


Рис. 2. Эндофото.
Деформация большого дуоденального
сосочка при его окклюзии

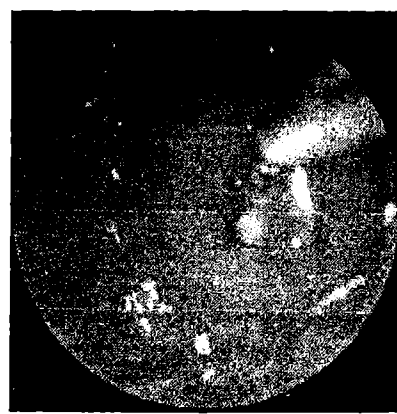


Рис. 3. Эндофото.
Пролабирование конкремента
через устье БДС

фангиозктазии и участки поверхностного эрозирования. Основным признаком билиарного панкреатита является наличие острой окклюзии ампулярного отдела большого дуоденального сосочка желчными камнями (рис. 1-3). При этом наблюдается обтурация устья с полным отсутствием поступления желчи и панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки. Сосочек увеличен в размерах, занимая иногда до 2/3 просвета кишки, напряжен. Иногда через устье пролабирует конкремент или

В нашей практике в 6 случаях осуществлялось эндоскопическое исследование пациентам, ранее перенесшим резекционные вмешательства на желудке. В случае, когда резекция желудка была выполнена по Бильрот-I, существенных трудностей не возникало. При обследовании 5 пациентов после резекции желудка по Бильрот-II выявлено, что с культи желудка анастомозирована длинная петля тощей кишки, из-за этого у 2 больных технически провести эндоскоп в двенадцатиперстную кишку не пред-

ставлялось возможным. У остальных пациентов произведены адекватный осмотр и вмешательство на БДС. При таком типе операции используется ретроградный осмотр сосочка, поэтому исследование проводилось удлиненным аппаратом с торцевой оптикой (GIF-1T20). Достаточно было продвижения эндоскопа на 30-40 см за гастроэнтероанастомоз в приводящую кишку, чтобы достичь культи двенадцатиперстной кишки. Однако непривычное положение конца эндоскопа у фатерова сосочка диктовало некоторые технические особенности при проведении ЭПСТ.

Вторым этапом было проведение селективной холангиографии, при которой выявлялось состояние желчевыводящей системы. В случае обнаружения мелких конкрементов в общем желчном и печеночном протоках осуществлялась их экстракция с использованием захватов и экстракторов. При явлениях гнойного холангита и при наличии крупных (более 8 мм) конкрементов проводилась струнная сфинктеротомия с широким вскрытием общего желчного протока и последующая экстракция конкремента (рис. 10). Крупные конкременты удалялись при купировании симптомов панкреатита, холангита и уменьшении воспалительного процесса в области папиллотомной раны на 3-4-е сутки с использованием метода механической внутрипротоковой литотрипсии (рис. 11). У 6 больных при наличии крупных и множественных конкрементов холедоха, когда естественный отток желчи был неадекватен, про-

водилось назобилиарное дренирование с заведением дренажа за препятствие в проксимальные отделы внепеченочных желчных протоков (рис. 12).

При подозрении на опухолевой процесс в области БДС у 8 пациентов осуществлялся забор материала для гистологического исследования. Во всех случаях была выявлена аденома.

При эндоскопических вмешательствах по ликвидации ампулярной окклюзии у 119 больных с ОБП, выполненных в течение 12 часов от начала заболевания, наблюдалось быстрое купирование симптомов заболевания и нормализация лабораторных показателей. Деструктивных изменений в поджелудочной железе не возникало. Динамика развития панкреатита в зависимости от времени окклюзии приведена в таблице.

Из таблицы следует, что длительность окклюзии БДС более 24 часов ведет к развитию деструктивных форм панкреатита.

У 135 (90%) пациентов после эндоскопического устранения обтурации наступило выздоровление; из них 70 выписаны в удовлетворительном состоянии на 5-7-е сутки. У 68 больных на 3-4-е сутки произведена лапароскопическая холецистэктомия.

Таким образом, эндоскопический метод является основным в диагностике ОБП, связанного с обструкцией на уровне БДС. Желчные камни размерами менее 5 мм, вызывающие обтурацию на уровне устья БДС, наиболее часто способствуют возникновению ОБП. Наличие сопутствующих патологи-

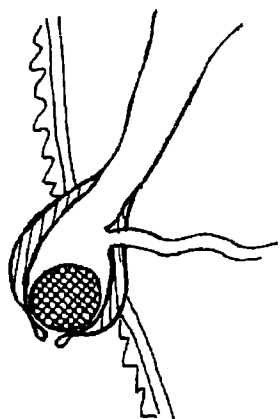


Рис. 4. Обтурация БДС в области устья

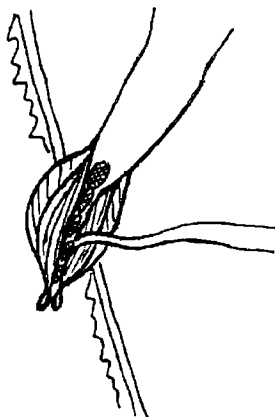


Рис. 5. Протяженная окклюзия ампулы БДС

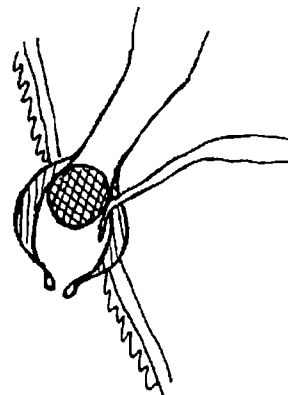


Рис. 6. Супрапапиллярная окклюзия

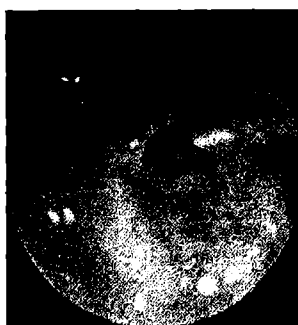


Рис. 7. Эндофото. Протяженный рубцовый стеноз и конкремент БДС



Рис. 8. Эндофото. Конкремент ампулы БДС. ЭПСТ

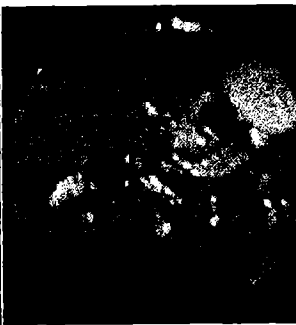


Рис. 9. Эндофото. Ущемленный камень устья БДС. Начальный этап ЭПСТ

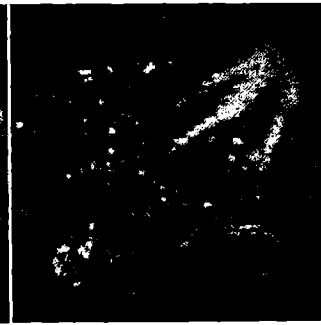


Рис. 10. Эндофото. Экстракция камня из холедоха корзиной Дорна

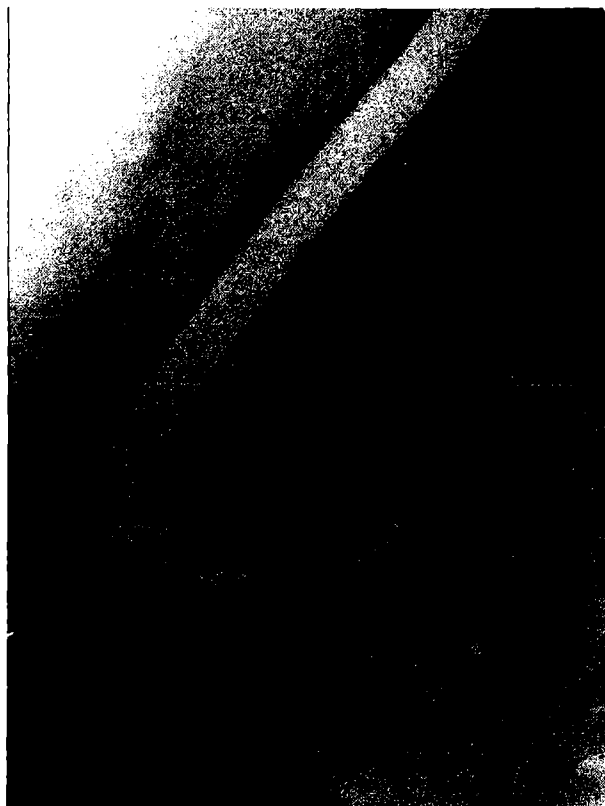


Рис. 11. РХПГ. Механическая литотрипсия



Рис. 12. РХПГ. Проведение дренирующего билиарного катетера выше конкремента

Зависимость формы острого панкреатита от длительности окклюзии БДС

Таблица

Форма панкреатита	Время окклюзии БДС		
	До 12 часов	12-24 часа	Более 24 часов
Интерстициальный	119	24	7
Деструктивный	нет	9	6

ческих изменений БДС (рубцово-воспалительный стеноз, аденома, парапапиллярный дивертикул) является усугубляющим фактором в развитии ОБП. Раннее (до 12 часов) применение малоинвазивных эндоскопических вмешательств на БДС и внепеченочных желчных протоках при билиарном панкреатите является высокоэффективным, патогенетически обоснованным и в подавляющем большинстве случаев ведет к abortивному течению заболевания. Длительность окклюзии БДС более 24 часов обуславливает развитие деструктивных форм панкреатита и гнойного холангита. Наличие резецированного желудка не является заведомо безуспешным, а тем более противопоказанием для осмотра и вмешательства на БДС при ОБП.

Эндоскопические методы должны быть основными в лечении больных с постхолецистэктомическим синдромом и симптомами острого билиарного панкреатита, направленными на устранение рубцово-воспалительного стеноза БДС и холедохолитиаза.

Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет на уровне приемного отделения про-

вести раннюю дифференциальную диагностику ОБП, определить дальнейшую тактику и этиотропное лечение. Ранний эндоскопический метод диагностики и лечения ОБП может быть применен в условиях хирургического отделения городских и центральных районных больниц.

Библиографический список

1. Ермолов А.С., Иванов П.А., Гришин А.В. и др. Современное состояние диагностики и лечения острого панкреатита // IX Всероссийский съезд хирургов. — Волгоград, 2000. С. 45-46.
2. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев В.Ю. Острый панкреатит. — М: Медицина, 1984. С. 223-229.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Острый панкреатит как проблема ургентной хирургии и интенсивной терапии // Consilium medicum. — 2000. №9. — С. 367-374.
4. Acosta J.M., Pellegrini C.A., Skinner D.B., Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis // Surgery. — 1982. — vol. 88. — p. 11-25.
5. Lambert Ch., Malfertheiner P. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei biliärer Pancreatitis // Acta chir. Austriaca. — 1996. — vol. 27. — p. 196-201.

КОЛОКОЛЬЦЕВ Вадим Борисович, заведующий эндоскопическим отделением.

АРЕСТОВИЧ Роман Александрович, заместитель главного врача по хирургии.

Дата поступления статьи в редакцию: 22.12.05 г.
© Колокольцев В.Б., Арестович Р.А.