

Summary

ANALYSIS OF RESULTS OF VIDEOLAPAROSCOPIC ANTIREFLUX OPERATIONS IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Bychkov M.A., Stasyshyn A.R.

Key words: gastroesophageal reflux disease, pH-metry, videolaparoscopic antireflux surgery.

Introduction. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common gastroduodenal diseases nowadays. GERD is the leading cause of decreased quality of life. It also may result in a number of complications. One of the main mechanisms of GERD is a dysfunction of the esophageal gastric sphincter (90%) and only 10% cases are caused by the dysfunction of the crura of diaphragm. Today laparotomy and laparoscopy are often combined with curoraphy and fundoplication by Nissen or Toupet. Nissen-fundoplication cuff captures abdominal segment of esophagus around. But this can also lead to various complications that arise in the postoperative period.

Objective. The aim of this study was to analyze the results videolaparoscopic antireflux operations in patients with GERD in terms of 24-hour pH-metry.

Materials and Methods. We analyzed the results of 24-hour pH-metry in 35 patients with GERD (19 men, 16 women, mean age – $47,5 \pm 0,8$ years) who operated in the clinic surgery and endoscopy FPDO. Complaints of the patients, medical history, general clinical analyzes, data esophagogastroduodenoscopy and esophageal pH monitoring, X-rays of the gastrointestinal tract and chest were analyzed. Statistical analysis of the obtained material was performed using the computer program Excel. Likely to consider the differences in the level of significance $p < 0,05$.

Results. During the years 2005-2013 in the Clinic of Surgery and Endoscopy FPDO operated on 155 patients with GERD videolaparoscopic way. Among all surveyed reflux esophagitis grade A found in 6 patients (3,9%), the degree of B - in 95 (61,3%), the degree of C - in 40 (25,8%), the degree of D - in 14 (9,0%) individuals as Los Angeles-based classification. Among the complications of GERD, peptic ulcer of the esophagus was diagnosed in 15 (9,7%), peptic esophageal stricture in 3 (1,9%) , Barrett's esophagus in 6 (3,9%), esophageal- gastric bleeding in 18 (11,6%) patients , including Mallory -Weiss syndrome in 8, erosive- ulcer bleeding in 10 people. Hiatal hernia was diagnosed in 145 (93,5%) patients (moving in 128 (88,3%), paraezofahealnu in 3 (2,0%) , mixed in 14 (9,7%) cases). In 128 (82,6%) patients completed videolaparoscopic fundoplication by Nissen, in 22 (14,2%) – by fundoplication Toupet, in 5 (3,2%) patients - fundoplication by Nissen-Rosseti. After antireflux operations videolaparoscopic acid-base status returned to normal esophagus , which in turn leads to the elimination of GERD symptoms and cure the patient. Conducting individual patients pH monitoring mucosa distal esophagus at 12 months after surgery showed no changes in the "sour" side, indicating sufficient efficacy videolaparoscopic antireflux surgical treatment of GERD.

Conclusions. 24-hour esophageal pH monitoring confirms the normalization of acid-base esophageal status in immediate and remote periods of post-surgical treatment of GERD. Videolaparoscopic antireflux surgery is an effective treatment for gastroesophageal reflux disease.

616.37-002-02-092-08

Вервега Б.М.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

У статті викладено результати вивчення ролі біліарних чинників у розвитку гострого панкреатиту і розробки тактики лікування із застосуванням ендоскопічних методів оперативних втручань на великому дуоденальному сосочку і жовчних протоках. Отримані результати свідчать про те, що ендоскопічна папілосфінктеротомія, проведена протягом перших 48 годин від початку захворювання, ліквідовує біліарну гіпертензію і умови для рефлюксу жовчі у панкреатичну систему (холедохолітіаз, папіліт, дивертикул), запобігає можливому наступному приступу панкреатиту при новій міграції конкрементів, у тому числі мікролітів.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, ендоскопічна ретроградна холангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, мікрохолелітіаз, великий дуоденальний сосочок, біліарна гіпертензія.

Вступ

Актуальність проблеми гострого панкреатиту (ГП) у сучасній хірургії зумовлена, з одного боку, зростаючою частотою захворювання, а з другого – незадовільними результатами лікування. У 15-20% спостережень розвиток ГП носить деструктивний характер. За тяжкого перебігу цього

ускладнення смертність сягає 20-80% [3, 4, 7, 9, 14, 15].

Введення в практику ендоскопічних втручань відкриває широкі можливості, що дозволяють протягом останніх років уникнути виконання конвенційних оперативних втручань на великому дуоденальному сосочку (ВДС) [16], і розраховувати на значне покращення результатів ліку-

вання хворих на гострий біліарний панкреатит (ГБП). Володіючи перевагами не операційного інструментального втручання, ендоскопічна папілосфінктеро-томія (ЕПСТ) дає можливість ліквідувати причину ГБП із мінімальною кількістю ускладнень і, відповідно, летальністю [1, 2, 5, 6, 8, 10, 13].

Дослідження, проведені останнім, часом показали, що застосування ЕПСТ попереджує розвиток некрозу та сепсису, дозволяє знизити відсоток проведення хірургічних втручань і летальність [1, 8, 16], попередити приступи панкреатиту у майбутньому [2, 10, 11, 12].

Мета дослідження

Вивчити роль біліарних чинників у розвитку гострого біліарного панкреатиту та розробити тактику лікування із застосуванням ендоскопічних методів оперативних втручань на великому дуоденальному сосочку та жовчних протоках.

Матеріали та методи дослідження

З метою оцінки загального стану пацієнтів проводили загальноклінічні аналізи (загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові, коагулограма, група крові, цукор крові, загальний аналіз сечі), мікроскопічне дослідження жовчі (з метою виявлення мікрохолелітіазу), фіброгастродуоденоскопія (для виявлення патології в ділянці папіли та непрямих ознак порушення моторики дванадцятипалої кишки), рентгеноскопія та рентгенографія (виявлення непрямих ознак панкреатиту та його ускладнень), ультрасонографія (для діагностики ГБП і його ускладнень), ендоскопічна ретроградна холангіографія (ЕРХГ).

Результати дослідження та їх обговорення

До першої групи ми віднесли 38 хворих на ГБП, що були госпіталізовані в терміни до 48 годин від моменту захворювання. Згідно з Міжнародною класифікацією (Атланта США, 1992) у 76,3% хворих першої групи діагностовано легкий (набрякова форма) і у 23,7% важкий (некротична форма) перебіг ГБП. До другої групи ми віднесли 84 хворих, які поступили пізніше 48 годин від моменту захворювання і яким ми провели рентген-ендоскопічні втручання при наявності таких ускладнень холедохолітіазу або панкреатиту, як наростаюча або тривала жовтяниця, холангіт, повторний приступ ГБП, вклинення конкременту в папілі з гострим папілітом. Серед 84 хворих другої групи було 69,0% з легким і 31,0% – з важким перебігом ГБП.

На момент госпіталізації всі пацієнти першої і другої груп скаржились на біль у верхніх відділах живота з іррадіацією в поперекову ділянку, нудоту. У 87,7% пацієнтів спостерігалось одно- чи багаторазове блювання. Здуття живота відзначали у 42,1% хворих першої групи та 61,9% другої, іктеричність шкірних покривів і слизових оболонок відповідно – у 31,6% та 54,8%, гіпер-

термію понад 38°C – у 13,2% та 17,9%. Позитивні симптоми Кера й Ортнера виявлено у 39,5% хворих першої та 29,8% другої групи, відповідно у 60,5% та 67,9% – позитивний симптом Керте. Клінічні ознаки гострого холангіту на час поступлення виявлено у 13,2% пацієнтів першої та 14,3% другої групи.

Усім пацієнтам проводили оглядову рентгеноскопію органів грудної клітки, черевної порожнини і контрастне дослідження травного каналу. Виявили розгорнуту петлю дванадцятипалої кишки у 18,4% пацієнтів першої і 38,1% другої групи, сповільнений пасаж по ній відповідно – у 10,5% і 21,4%, метеоризм – у 15,8% і 28,6%, чаші Клойбера – у 5,3% і 11,9% хворих. За допомогою рентгенологічного методу вдалося виявити непрямі ознаки ГП та його ускладнення у 50,0% хворих першої і другої груп.

При ультрасонографічному обстеженні у 10,5% хворих візуалізувати підшлункову залозу не вдалося. Збільшення розмірів лише головки підшлункової залози спостерігали у 50,0% хворих, дифузне збільшення залози із загальним зниженням її ехогенності – у 35,3%. У 62,9% пацієнтів візуалізували потовщення стінки жовчного міхура, у 34,3% – збільшення його розмірів. Різні за розміром конкременти в жовчному міхурі ідентифікували у 88,6% пацієнтів, причому в 74,2% випадках холелітіазу переважали дрібні конкременти, а конкременти понад 1 см спостерігали лише у 9,7% випадків. Розширення холедоха спостерігали у 71,4% хворих, конкременти у ньому – в 17,1%.

Згідно отриманих нами даних достовірність ультрасонографічного методу обстеження при ГБП та його ускладненнях у першій групі становить 60%.

При ультрасонографічному обстеженні другої групи в зв'язку з метеоризмом у 14,3% пацієнтів візуалізувати підшлункову залозу не вдалося. Збільшення розмірів лише головки підшлункової залози спостерігали у 31,9% хворих, дифузне збільшення залози із загальним зниженням її ехогенності – у 43,1%. Набряк парапанкреатичної клітковини виявлено у 17,9% пацієнтів, навколопанкреатичні накопичення рідини – у 15,5%. Дилатацію панкреатичної протоки з внутрішнім діаметром понад 2 мм спостерігали у 9,5% хворих. У 9,5% пацієнтів жовчний міхур був попередньо оперативно видалений. У 48,7% пацієнтів візуалізували потовщення стінки жовчного міхура, у 31,6% – збільшення його розмірів. У 13,2% хворих виявили камінь у шийці жовчного міхура. Різні за розміром конкременти в жовчному міхурі ідентифікували у 88,2% пацієнтів, причому в 76,1% випадках холелітіазу переважали дрібні конкременти, а конкременти понад 1 см спостерігали у 17,9%.

В зв'язку з метеоризмом у 10,7% пацієнтів не вдалося візуалізувати холедох. Розширення холедоха спостерігали у 62,7% хворих, потовщення стінки холедоха – у 8,0%. Неоднорідний вміст

у загальній жовчній протоці спостерігали у 9,3% пацієнтів, у 8,0% – дрібні, у 4,0% – середні за розміром конкременти.

Клінічні ознаки холангіту (дрощі, фебрильна температура тіла на фоні жовтяниці) і відповідні знахідки при ультрасонографії були у 6,7% пацієнтів. Достовірність ультрасонографічного методу обстеження у другій групі хворих на ГБП становить 62%.

Усім хворим першої групи в ургентному по-



рядку було проведено рентген-ендоскопічне дослідження. При огляді шлунка і початкової частини дванадцятипалої кишки у 18,4% хворих спостерігали різного ступеня ерозивний процес, у 23,7% – виражений підслизовий набряк медіальної і задньої стінок низхідного відділу дванадцятипалої кишки (рис. 1.1а). У 73,7% пацієнтів було знайдено ознаки гострого папіліту (рис. 1.1б), у 10,5% – парапапілярні дивертикули, у 21,1% – стеноз ВДС.

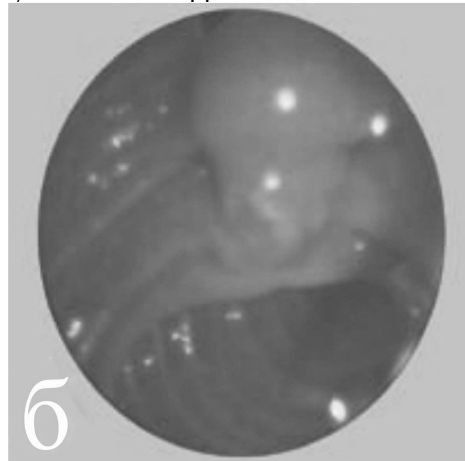


Рис. 1. Ендоскопічні знахідки у хворих на гострий біліарний панкреатит:
а – підслизовий набряк стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки; б – гострий папіліт

Сосочок канюлювали катетером, маркірованим наконечником, який вводили на глибину 1-1,5 см. Канюлювання папіли виконували дуже обережно, уникаючи попадання контрасту у панкреатичну протоку, що вважаємо досить небезпечним в умовах гострого панкреатиту. Аспіраційна проба – поява жовчі в канюлі при аспірації, дозволяє з мінімальним ризиком переконатися у правильності проведення процедури та отримати жовч для мікробіологічного та мікроскопічного дослідження.

В зв'язку з неможливістю відразу заканюлювати папілу, попередня папілотомія була проведена у 28,9% хворих. При ЕРХГ холедох шириною понад 9 мм (у середньому $11,6 \pm 0,4$ мм) виявили у 81,6% хворих, а конкременти різних розмірів у ньому – у 86,8%. Холангіт був у 13,2% пацієнтів, що визначалося за наявністю відходження гною або гнійної жовчі з папіли при її огляді, інструментальній пальпації або після ЕПСТ.

Отже, проведення рентген-ендоскопічних методів діагностики у хворих на ГБП дозволило встановити діагноз у 93% пацієнтів першої групи.

Під час канюлювання ВДС проводили забір жовчі (1,0 мл) з холедоха шляхом аспірації шприцом, під'єднаним до сухої стерильної стандартної канюлі. Жовч 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 дос-

ліджували 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.

Мікрохолелітіаз у першій групі ідентифікували у 81,6% випадках захворювання. Гранули білірубінату кальцію ми виявили у 48,4% хворих, кристали моногідрату холестерину – у 9,7% . В 41,9% пацієнтів спостерігали поєднання кристалів моногідрату холестерину та білірубінату кальцію.

У другій групі під час рентген-ендоскопічного дослідження у 28,6% хворих спостерігали застій у шлунку. Перешкодою для огляду папіли та проведення ендоскопічного ретроградного втручання часом була піна у кишці, для ліквідації якої використовували піногасник симетикон у вигляді емульсії еспумізану. Починаючи з третьої доби, а при деструкційних формах ГБП, особливо з локалізацією процесу в головці підшлункової залози, відзначено виражений підслизовий набряк задньої і медіальної стінок дванадцятипалої кишки у 54,8%. У 21,4% пацієнтів спостерігали численні ерозії, які часом створювали вигляд суцільно ерозованої поверхні дванадцятипалої кишки з геморагічним синдромом. У 32,1% пацієнтів було знайдено ознаки гострого папіліту, у 8,3% – парапапілярні дивертикули, у 15,5% – стеноз ВДС, у 17,9% – холангіт.

При ЕРХГ розширення холедоха виявили у 82,1%, хворих наявність різних за розміром конкрементів – у 79,8%.

Таким чином, рентген-ендоскопічні методи діагностики дозволили встановити діагноз у 92% хворих на ГБП другої групи.

Під час мікроскопічного дослідження жовчі мікрохолелітаз встановлено у 73,8% хворих. Гранули білірубінату кальцію знаходили в 50,0% випадків мікрохолелітазу (рис.2), кристали моногідрату холестерину – у 6,5%. Поєднання кристалів моногідрату холестерину та білірубінату кальцію відзначали у 43,5% пацієнтів.

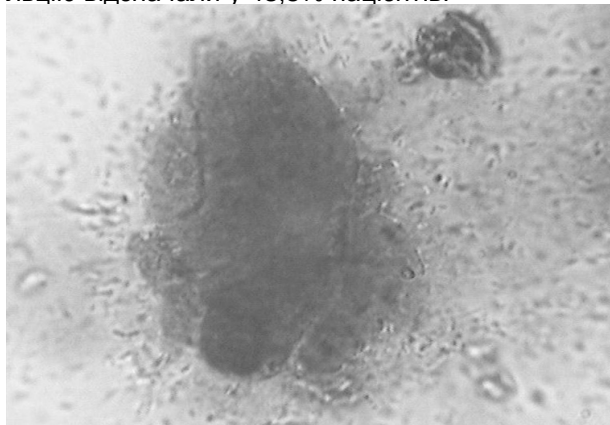


Рис.2. Гранули білірубінату кальцію

У першій групі ЕПСТ виконали за типовим способом у 76,3% хворих (струну папілотому проводили через вічко ВДС до інтрамурального відділу загальної жовчної протоки). У всіх 38 хворих розсікли ВДС на протязі 1-2 см залежно від його розмірів, ступеня розширення поздовжньої складки дванадцятипалої кишки, наявності навколососочкових дивертикулів та особливостей їх розташування (рис.3).

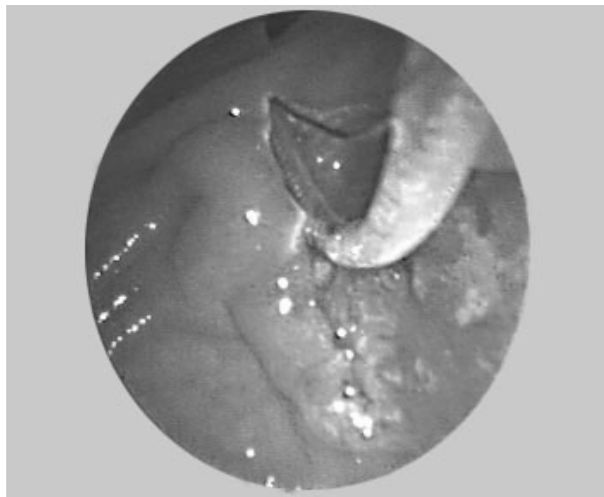


Рис.3. Ендоскопічна папілосфінктеротомія

У 23,7% випадках, при виявленні вклиненого конкремента у папілі, ЕПСТ проводили за допомогою "голчастого" папілостома, розрізаючи зовнішню стінку ампули ВДС по верхньому краю на 11-12 год. за циферблатом, поки конкремент не потрапляв у просвіт дванадцятипалої кишки. ЕПСТ виконували до зняття вічка загальної жовчної протоки, при цьому намагалися максимально зберегти сфінктер її дистального відділу. Широке розсікання ВДС забезпечувало вільне витікання жовчі і панкреатичного секрету, причому характер та темп надходження вмісту з ВДС підтверджували наявність гіпертензії в протоках.

У другій групі типову ЕПСТ провели у 84,5% пацієнтів, у 15,5% – ЕПСТ за допомогою "голчастого" папілостома.

Літоекстракцію при холедохолітазі була виконана у 31,6% хворих першої та 11,9% пацієнтів другої групи (рис. 3).

Об'єм рентген-ендоскопічних втручань у хворих першої та другої групи наведено у таблиці 1.

Таблиця 1
Характер діагностичних і оперативних малоінвазивних втручань у хворих на ГБП

Вид втручання	кількість хворих (перша група)		кількість хворих (друга група)	
	N	%	N	%
ендоскопічна ретроградна холангіографія	38	100	84	100
ЕПСТ	38	100	84	100
літоекстракція	12	31,6	10	11,9
лаваж жовчних протоків	5	13,2	12	14,3

Завершували ендоскопічне обстеження проведенням по провіднику зонда за Трайцеву зв'язку для раннього ентерального харчування хворого. Тривалість рентген-ендоскопічного втручання складала відповідно від 5 до 22 хвилин у першій та від 15 до 27 хвилин у другій групах. До і після проведення ендоскопічного втручання всім хворим проводилася відповідна консервативна терапія ГП.

У 5,3% хворих першої групи під час виконання рентген-ендоскопічних втручань виникли ускладнення: кровотеча, яка ще під час втручання самостійно припинилася, і виражений больо-

вий синдром. У другій групі ускладнення виникли в 9,5% хворих (кровотеча, больовий синдром, транзиторна амілаземія).

Результатом ЕПСТ у першій і другій групах 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 білірубину (табл. 2).

Таблиця 2
Динаміка лабораторних показників на етапах дослідження у хворих на ГБП (М±m)

Показник	Етап дослідження					
	при поступленні		через 1 добу після ЕПСТ		через 3 доби після ЕПСТ	
	I гр	II гр	I гр	II гр	I гр	II гр
Амілаза г/год. л	88,6±7,3	63,2±5,4	46,2±5,5	31,9±4,1	28,3±1,9	25,5±3,6
АсАТ ммоль/год. л	1,2±0,1	0,9±0,1	0,7±0,1	0,7±0,1	0,5±0,04	0,6±0,1
АлАТ ммоль/год. л	2,7±0,2	2,4±0,2	2,1±0,2	1,8±0,2	1,4±0,1	0,9±3,6
Білірубін загальний мкмоль/л	66,6±6,9	56,4±8,3	30,1±5,2	32,5±4,1	16,0±1,4	24,0±3,7
Лужна фосфатаза од.	381,5±51,8	320,1±27,2	363,2±67,8	277,4±28,3	299,1±47,3	266,6±32,4
Глюкоза ммоль/л	6,2±0,4	5,8±0,4	4,4±0,3	4,9±0,4	4,3±0,2	4,6±0,2

У першій групі прооперовано 26 осіб; з них 24 пацієнтам виконано лапароскопічну холецистектомію і лише 2 – конвенційну холецистектомію. 26,9% хворим виконано ранні вимушені оперативні втручання (24-72 год). У плановому порядку прооперовано 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 групі прооперовано – 58,3% хворих; з них 77,6% пацієнтам виконано лапароскопічну холецистектомію. В післяопераційному періоді в 8,2% хворих розвинулися ускладнення (зовнішня панкреатична нориця, септичні ускладнення). Померло 2 пацієнтів від поліорганної недостатності.

Висновки

1. Мікрохолелітіаз під час пасажу через папілу може не викликати клінічних проявів механічної жовтяниці, проте бути фактором її реактивного запалення і стійкого спазму із запуском механізму виникнення панкреатиту.

2. У хворих на ГБП мікрохолелітіаз було виявлено у більшості випадків, особливо у ранні періоди захворювання, що підтверджує доцільність виконання невідкладної ЕПСТ, зокрема й тим хворим, у котрих відсутні вказівки про холедохолітіаз за вислідами ультрасонографічного обстеження та ЕРХГ.

3. В терміни до 48 годин ЕПСТ показана всім пацієнтам з ГБП, тому що надійно ліквідує біліарну і панкреатичну гіпертензію як етіопатогенетичний чинник панкреатиту і дозволяє досягнути абортного перебігу захворювання.

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

Література

1. Грубник В.В. Эффективность лапароскопических вмешательств по поводу острого билиарного панкреатита / В.В. Груб-

- ник, А.С. Дюжев, А.А. Петренко // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С.46.
2. Дейкало І.М. Імунокорекція та екстракорпоральні методи детоксикації в патогенетичному лікуванні гострого деструктивного панкреатиту / І.М. Дейкало, І.В. Чепіль, Р.Д. Левчук [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 2. – С. 27-30.
3. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецьк, 2008. – 352 с.
4. Мартинюк О.В. Деякі питання інтенсивної терапії при гострому панкреатиті та сучасна антибактеріальна терапія (Огляд літератури) / О.В. Мартинюк // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 4(35). – С. 11-18.
5. Ковальчук О.Л. Можливості прогнозування перебігу гострого деструктивного панкреатиту із врахуванням клініко-лабораторних та імунологічних змін / О.Л. Ковальчук, А.Д. Беденюк, О.В. Олійник [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 4. – С. 43-45.
6. Ничитайло М.Ю. Мініінвазивні технології й ендоскопічні втручання у лікуванні деструктивних форм гострого панкреатиту / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, В.А. Кондратюк // Здоров'я України. – 2011. – №2. – С. 15.
7. Ничитайло М.Ю. Ендоскопічні хірургічні втручання при хронічному панкреатиті, ускладненому псевдо кістами / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, А.Г. Дейниченко // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 3. – С. 8-9.
8. Ничитайло М.Ю. Лапароскопічна хірургія гострого панкреатиту / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С.53.
9. Пасієшвілі Л.М. Інструментальна діагностика захворювань підшлункової залози / Л.М. Пасієшвілі, А.А. Заздравнов // Мистецтво лікування. – 2009. – № 2. – С. 3-7.
10. Підмурняк О.О. Стан імунної системи організму при гострому післяопераційному панкреатиті після мініінвазивних та лапаротомічних оперативних втручань на органах гепатобіліарної системи / О.О. Підмурняк // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 4. – С. 19-23.
11. Ткачук О.Л. До питання показань до дренування жовчних шляхів при гострому міліарному панкреатиті / О.Л. Ткачук, В.А. Месоєдова, Р.Я. Федорика // Український Журнал Хірургії. – 2009. – № 2. – С.136-137.
12. Чорномидз А.В. Роль вільних радикалів у прогресуванні перебігу гострого панкреатиту / А.В. Чорномидз // Український журнал хірургії. – 2013. – № 1. – С. 21-26.
13. Шейко В.Д. Оцінка ефективності загальноклінічних обстежень у ранній діагностиці гострого панкреатиту / В.Д. Шейко, О.О. Кизименко, С.П. Кравченко // Украинский журнал хирургии. – 2013. – № 2. – С. 53-58.
14. Mitchell S. Cappell. Common Hepatic Emergencies Acute Pancreatitis: Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Therapy / S. Mitchell Cappell // Medical Clinics of North America. – 2008. – V. 92. – P. 889-923.
15. Thiruvengadam Muniraj. Acute Pancreatitis Acute Pancreatitis / Muniraj Thiruvengadam, Mahesh Gajendran, Sudha Thiruvengadam, Karthik Raghuram [et al.] //Disease-a-Month. – 2012. – V. 58. – P. 98-144.
16. Attasaranya Siriboon. Benign Pancreatic Disorders Endoscopic Management of Acute and Chronic Pancreatitis / Siriboon Attasaranya, Ayman M. Abdel Aziz, Glen A. Lehman // Surgical Clinics of North America. – 2007. – V. 87. – P.1379-1402.

Реферат

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА
Вервега Б.М.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, эндоскопическая ретроградная холангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, микрохолелитиаз, большой дуоденальный сосочек, билиарная гипертензия.

В статье изложены результаты изучения роли билиарных факторов в развитии острого билиарного панкреатита и разработки тактики лечения с применением эндоскопических методов оперативных вмешательств на большом дуоденальном сосочке и желчных протоках. Полученные результаты свидетельствуют о том, что эндоскопическая папиллосфинктеротомия, проведенная в течение первых 48 часов от начала заболевания, устраняет билиарную гипертензию и условия для рефлюкса желчи в панкреатическую систему (холедохолитиаз, папиллит, дивертикул), предотвращает возможный следующий приступ панкреатита при последующей миграции конкрементов, в том числе микрохолелитов.

Summary

MODERN VIEW ON ETIOPATOGENIC TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Verveha B.M.

Keywords: acute biliary pancreatitis, endoscopic sphincterotomy, microlithiasis, papilla, biliary hypertension.

Introduction. The importance of acute pancreatitis in modern surgery is predefined, on the one hand, by the increasing frequency of the disease, and on the other hand, by the unsatisfactory results of the treatment. The introduction into practice of endoscopic surgery opens wide possibilities, which enable to avoid conventional surgical interventions on the papilla, and to expect a significant improvement of the treatment results of patients with acute biliary pancreatitis (ABP).

Objectives. The research was aimed to study the role of biliary factors in the development of ABP and to develop therapeutic algorithm using endoscopic surgical interventions on the papilla and bile ducts.

Materials and research methods: In order to evaluate the patients' general condition universal clinical tests, microscopic examination of bile, upper gastrointestinal endoscopy, X-ray examinations, ultrasonography, endoscopic retrograde cholangiography (ERC) were conducted.

Research results and their discussion. The first group included 38 patients with ABP, who were hospitalized during 48 hours from the onset of the disease. The second group was formed by 84 patients who were taken to hospital later than in 48 hours after the beginning of the attack.

All 38 patients of the first group urgent procedure of X-ray endoscopic intervention was performed, i.e. ERC, and according to the endoscopic findings (choledocholithiasis was detected in 86.8% of patients, symptoms of acute papillitis were observed in 73.7% of cases, cholangitis was in 13.2% of cases, parapapilla diverticulum was in 10.5% of cases) all patients were subjected to endoscopic sphincterotomy (ES). Lithoextraction was performed on in 31,6% of the patients with choledocholithiasis. 5.3% of patients while performing X-ray endoscopic surgery developed some complications: bleeding, which during the intervention stopped by itself, and expressed pain syndrom. During the microscopic examination of bile microlithiasis was found in 81.6% of patients.

In the second group during ERC the signs of acute papillitis were found in 32,1% of patients, and parapapilla diverticulus in 8,3 %. Concrements were found in 79,8 % of patients, cholangitis – in 17,9 %, stenosis of papilla – in 15,5 %. Taking into account the endoscopic findings and the results of ERC, all 84 patients underwent ES. 9,5 % of patients had complications (bleeding, pain syndrome). To conduct ERC and ES on three patients was not possible technically. During the microscopic examination of bile microlithiasis was found in 73.8% of patients.

Conclusions: 1. Microlithiasis, during the passage through pappila may not cause the clinical manifestation of mechanical jaundice, however it may be the factor of pappila irritation, its reactive inflammation and evident cramp with the start of the mechanism of pancreatitis. 2. The results of the study showed high rate in detecting microcrystals in early terms of ABP. 3. ERC and ES has been established expedient to be performed within 48 hours from the onset of the disease in all cases of acute biliary pancreatitis. On the early stages of development of pancreatitis ES eliminates the main factor of the disease development – the disturbances of the bile outflow and the conditions for the bile reflux into the pancreatic system (choledocholithiasis, papillitis, diverticulum), stops the possible next attack of pancreatitis as a result of concretment migration, including biliary sludge. 4. Endoscopic interventions after 48 hours were found to be assigned for patients with the disease symptoms of increasing intensity clinico-laboratory and ultrasonography manifestations of biliary hypertension, cholangitis, and signs of impacted papillary stone.