Вопросы хирургического лечения острого билиарного панкреатита

З.Э. Эльдарова[1], И.А. Каприн[1], д.м.н. А.Г. Мыльников[2], профессор В.П. Глабай[1]

[1]ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
[2]ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ», Москва

РЕЗЮМЕ

В статье представлен обзор отечественной и зарубежной литературы по вопросам лечения больных острым панкреатитом с оценкой и систематизацией существующего опыта хирургического лечения острого билиарного панкреатита (ОБП). Проведенный авторами обзор специальной литературы преследовал цель осветить современные подходы к ведению пациентов с ОБП. Отмечается, что билиарная этиология является одной из наиболее частых в структуре острого панкреатита, в связи с чем особенно актуальной представляется задача поиска оптимальных методов лечения ОБП. Обсуждаются различные гипотезы патогенеза ОБП. В настоящее время в многочисленных исследованиях подтверждена эффективность и безопасность ранней холецистэктомии при ОБП легкого течения, однако проблема оптимизации хирургической тактики при средней и тяжелой степени данного заболевания требует дальнейшей серьезной проработки. По мнению авторов, в этом вопросе многое зависит от адекватной оценки роли эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии с эндоскопической папиллосфинктеротомией в лечении тяжелого течения ОБП в зависимости от сопутствующего поражения желчных протоков, а также сроков выполнения холецистэктомии.

Ключевые слова: *хирургия, острый панкреатит, острый билиарный панкреатит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, инфицированный панкреонекроз, виды оперативных пособий.*

Для цитирования: *Эльдарова З.Э., Каприн И.А., Мыльников А.Г., Глабай В.П. Вопросы хирургического лечения острого билиарного панкреатита. РМЖ. 2022;7:32–35.*

ABSTRACT

Issues of surgical treatment of acute biliary pancreatitis

Z.E. Eldarova[1], I.A. Kaprin[1], A.G. Mylnikov[2], V.P. Glabai[1]

[1]I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow
[2]V.V. Vinogradov City Clinical Hospital, Moscow

The article presents a review of national and foreign literature on the diagnosis and treatment of patients with acute pancreatitis with an assessment and systematization of the existing surgical treatment in acute biliary pancreatitis (ABP). The review of the special literature conducted by the authors was aimed at highlighting modern approaches to the management of patients with ABP. It is noted that biliary etiology is one of the most common in the structure of acute pancreatitis, and, therefore, the task of finding optimal methods for the treatment of ABP is of particular relevance. Various hypotheses of the ABP pathogenesis are discussed. At present, numerous studies have confirmed the efficacy and safety of an early cholecystectomy in mild ABP, however, the problem of optimizing surgical treatment tactics in moderate and severe cases of this disease requires further careful study. According to the authors, much depends on an adequate assessment of the role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography with endoscopic papillosphincterotomy in the treatment of severe ABP, depending on the concomitant damage to the bile ducts, as well as the cholecystectomy implementation date.

Keywords: *surgery, acute pancreatitis, acute biliary pancreatitis, endoscopic papillosphincterotomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, infected pancreatic necrosis, surgical aids.*

For citation: *Eldarova Z.E., Kaprin I.A., Mylnikov A.G., Glabai V.P. Issues of surgical treatment of acute biliary pancreatitis. RMJ. 2022;7:32–35.*

Введение

Острый билиарный панкреатит (ОБП) является распространенным заболеванием, встречающимся у 25–30% от общего числа больных острым панкреатитом (ОП), и в 15–25% случаев протекает в тяжелой форме [1, 2]. Главными причинами развития ОБП служат желчнокаменная болезнь (ЖКБ), особенности анатомических взаимосвязей общего желчного и главного панкреатического протоков, микролитиаз, вклинение и миграция камней через большой дуоденальный сосочек (БДС). На сегодняшний день обсуждается несколько гипотез патогенеза ОБП: обструкция фатеровой ампулы и внутрипротоковая гипертензия, формирование «общего канала», билиарно-панкреатический рефлюкс, анатомические особенности билиарного дерева, а также генетические факторы [3]. По всей видимости, данные механизмы могут участвовать в развитии ОБП, взаимно усугубляя друг друга. В настоящее время пропагандируется активная хирургическая тактика лечения ЖКБ, широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии и эндоскопической ретроградной панкреато- и холангиографии с возможностью выполнения папиллотомии и экстракции камней. При тяжелых формах ОБП летальность до-

стигает 15–30%, в связи с чем поиск эффективных методик хирургического лечения этого заболевания представляет собой чрезвычайно актуальную задачу [3, 4].

Проведенный нами обзор специальной литературы преследовал цель осветить современные подходы к ведению пациентов с ОБП.

Современные подходы к лечению острого панкреатита

Панкреатит (воспаление поджелудочной железы) может быть острым или хроническим. Как известно, только за последние десятилетия он стал встречаться у взрослых в 3 раза, а у подростков в 4 раза чаще, чем раньше [5]. При этом степень остроты и фаза течения заболевания являются ключевыми факторами, определяющими общие подходы к его лечению независимо от этиологии [2]. Согласно современным рекомендациям для ранней фазы ОП достаточна методика интенсивного консервативного лечения. Последняя включает в себя инфузионную терапию, голод, зондирование и аспирацию желудочного содержимого, местную гипотермию, использование анальгетиков и спазмолитиков. При среднем и тяжелом течении требуется коррекция органной недостаточности, в особых случаях — методы экстракорпоральной детоксикации [6, 7]. Для инфузионной терапии, которая является критически важной в первые часы заболевания, рекомендуется использовать раствор Рингера. При этом количество и скорость восполнения жидкости должны подбираться индивидуально с учетом частоты сердечных сокращений, среднего артериального давления и диуреза, поскольку избыточная гидратация ухудшает исходы у пациентов с тяжелым ОП [8–11]. Питание пациентов при легком панкреатите возможно возобновить после регресса болевого синдрома и при условии положительной динамики лабораторных показателей; у пациентов со среднетяжелым и тяжелым ОП рекомендуется использовать энтеральное питание через назогастральный или назодуоденальный зонд, а парентеральное — только в качестве второй линии при непереносимости энтерального [7].

Хирургические вмешательства, преимущественно лапароскопические, в ранней фазе развития ОП оправдано использовать при необходимости дифференциальной диагностики с другой острой хирургической патологией, перитонеальном синдроме и УЗ-признаках свободной жидкости в брюшной полости [6]. Инвазивными методами, применяемыми при абдоминальном компартмент-синдроме, являются чрескожная аспирация перитонеального выпота, срединная или билатеральная лапаростомия или подкожная фасциотомия белой линии живота с сохранением большого сальника [12].

В фазе формирования перипанкреатического инфильтрата основным методом лечения ОП также является интенсивное консервативное лечение, в то время как хирургические вмешательства показаны только при развитии медикаментозно не корригируемых осложнений, например желудочно-кишечного кровотечения или кишечной непроходимости [13]. В поздней стадии, или стадии секвестрации (II фаза ОП) при стерильном панкреонекрозе, согласно рекомендациям экспертной группы Российского общества хирургов, показанием к плановому хирургическому вмешательству является формирование панкреатической псевдокисты крупных (более 5 см) размеров [6].

Другими показаниями к хирургическому вмешательству выступают осложнения псевдокисты (инфицирование, кровотечение в полость кисты, перфорация с развитием перитонита или сдавление соседних органов с развитием механической желтухи или кишечной непроходимости). Согласно рекомендациям IAP/APA и рекомендациям Американской гастроэнтерологической ассоциации помимо сдавления соседних органов, показанием к отсроченным оперативным вмешательствам по поводу стерильного панкреонекроза являются сохраняющаяся симптоматика (например, болевой синдром, тошнота или рвота, невозможность принимать пищу), формирование свищей, сохраняющаяся системная воспалительная реакция, персистирующий ОП, а также полное пересечение панкреатического протока с жидкостными скоплениями при отсутствии признаков инфицирования и сроке более 8 нед. после атаки ОП [6, 7].

Некоторые исследователи отмечают возможность консервативного ведения пациентов при условии слабо выраженной симптоматики и стабильного состояния пациента. Однако, вероятнее всего, консервативное ведение возможно далеко не у всех пациентов [14]. Что касается инвазивных методов, применяемых при ОП, то их можно разделить на закрытые (чрескожные и эндоскопические) и открытые [1, 15]. Также существует более сложная классификация хирургических вмешательств при ОП, обозначаемая аббревиатурой VRP (Visualization, Route, Purpose), согласно которой вмешательства делятся по методам визуализации (открытые, радиологические, эндоскопические, гибридные и др.), путям (пероральные транспапиллярные и трансмуральные, чрескожные ретро- и трансперитонеальные и др.) и целям их проведения (дренаж, лаваж, фрагментация, дебридемент и др.) [16]. Несмотря на то, что недостатками чрескожного дренирования и других закрытых методов могут быть неадекватное дренирование из-за обтурации дренажей некротическими массами, развитие свищей и невозможность визуального контроля [1], данные метаанализов указывают на достаточную их эффективность для лечения инфицированного панкреонекроза, поскольку применение чрескожного дренирования позволяет избежать проведения хирургических вмешательств у 35–50% пациентов [17]. Также использование закрытых вмешательств, в особенности чрескожного дренирования, является методом выбора у пациентов в тяжелом состоянии [18].

С учетом данных по эффективности и риску осложнений после открытых хирургических вмешательств при инфицированном панкреонекрозе, согласно современным рекомендациям, методами первой линии являются чрескожное ретроперитонеальное дренирование или эндоскопическое транслюминальное дренирование. При невозможности выполнения или неэффективности закрытых дренирующих вмешательств прибегают к некрсеквестрэктомии, которая может выполняться эндоскопически или хирургически (с использованием мини-инвазивных или стандартных открытых доступов) [18]. Использование мини-инвазивной хирургической или эндоскопической некрсеквестрэктомии имеет некоторые преимущества перед классическим открытым способом [19], в связи с чем в отдельных клинических рекомендациях предпочтение отдается данным методам [20]. При необходимости открытых вмешательств секвестрэктомию следует проводить максимально щадящим способом, осуществлять санационные программированные релапаротомии каждые 24–72 ч, что позволяет минимизировать риск осложнений [21, 22].

Для современной хирургии стало обычным применение этапных подходов к ведению инфицированного панкреонекроза [3, 7]. При этом в качестве первого этапа лечения выполняется чрескожное или эндоскопическое дренирование с последующей некрсеквестрэктомией, для которых показаны лучшие исходы, чем при использовании открытой или мини-инвазивной некрсеквестрэктомии [23]. Однако однозначного подтверждения преимуществ отдельных методов (чрескожного или эндоскопического дренирования и разных вариантов некрсеквестрэктомии) в рамках этапного подхода на настоящий момент не получено [20].

Эндоскопический этапный подход реже приводил к развитию свищей по сравнению с другим этапным подходом, сочетающим чрескожное дренирование и ретроперитонеальную некрэктомию, и был ассоциирован с меньшей длительностью госпитализации. Однако в отношении риска смерти или других осложнений различий между двумя этапными подходами обнаружено не было [19]. В относительно небольшом рандомизированном клиническом исследовании (РКИ) (n=20) при сравнении эндоскопической и хирургической некрсеквестрэктомии показано снижение частоты развития полиорганной недостаточности и формирования панкреатических свищей у пациентов, которым проводили эндоскопические вмешательства [24].

На выбор метода хирургического вмешательства влияет и локализация области панкреонекроза: эндоскопические транслюминальные вмешательства позволяют эффективно дренировать область некроза только у 60% пациентов с центральным расположением некротических масс или их локализацией в проекции малого сальника, в то время как при расположении некротических масс в боковых отделах живота или глубоко в ретроперитонеальном пространстве методом выбора являются чрескожное дренирование и эндоскопия через синусы или видеоассистированная некрэктомия через укороченный субкостальный доступ [20, 25]. Ряд исследователей предлагают использовать двойные подходы к дренированию (сочетание чрескожного и эндоскопического транслюминального дренирования). По ретроспективным данным, они уменьшают длительность госпитализации по сравнению со стандартными подходами и предотвращают развитие таких осложнений, как панкреатические свищи [26]. Однако вопрос целесообразности рутинного использования двойных подходов у всех категорий пациентов требует дальнейшего научного обоснования.

Остается актуальным вопросом определение оптимального срока инвазивных вмешательств. Согласно современным рекомендациям при инфицированном панкреонекрозе предпочтительны отсроченные вмешательства (более 4 нед.), когда зона некроза уже является отграниченной [7, 18]. Однако эти рекомендации получены из ранних исследований, в которых были использованы открытые вмешательства. Вместе с тем до сих пор существует дефицит данных относительно оптимальных сроков закрытых вмешательств [20]. С другой стороны, некоторые исследования показывают, что применение закрытых вмешательств возможно у пациентов с ранним развитием инфицированного панкреонекроза в остром периоде. Возможность раннего использования чрескожного и эндоскопического катетерного дренирования является предметом проводимого в настоящее время мультицентрового РКИ POINTER, в котором сравнивается немедленное (в течение 24 ч) и отсроченное катетерное дренирование, при необходимости дополняемые минимально инвазивной некрэктомией после отграничения зоны некроза [27]. Возможно, после получения его результатов рекомендации относительно времени вмешательства при инфицированном панкреонекрозе будут скорректированы.

Острый билиарный панкреатит

При ОБП требуется лечение, основанное на анализе его этиологии и патогенеза. К одному из сценариев развития ОБП принято относить формирование в желчном пузыре билиарного сладжа [28–31]. Однако не все исследователи склонны однозначно утверждать, что именно билиарный сладж является предварительной стадией образования желчных камней.

В настоящее время считается, что хирургическое лечение ЖКБ с помощью холецистэктомии должно выполняться у пациентов с легкой формой ОБП в течение госпитализации по поводу этого заболевания [17, 31–34]. Более того, раннее (в первые 48–72 ч) проведение холецистэктомии у данных пациентов не ассоциировано с повышенным риском осложнений, а также уменьшает длительность госпитализации по сравнению с отсроченным выполнением (после нормализации панкреатических ферментов и симптоматики) [35, 36]. Эта методика должна корректироваться с учетом факторов, участвующих в обострении билиарного панкреатита: проникновения инфекции и токсических веществ из органов гепатобилиарной системы лимфогенным путем, а также сосудистых поражений, сопровождающихся изменениями в поджелудочной железе [5, 28, 37].

Выполнение холецистэктомии в первые 24 ч от момента госпитализации также ассоциировано с меньшей длительностью госпитализации и потребностью в эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), которая считается одним из наиболее современных и эффективных методов медицинской диагностики. Однако при этом может увеличиться риск «малых» осложнений [38]. Также следует отметить, что отсроченное более чем на 2 нед. выполнение холецистэктомии ассоциировано с более высокой сложностью вмешательства по сравнению с ранней холецистэктомией [32].

Пациентам с ОБП средней степени тяжести и тяжелым ОБП при наличии перипанкреатического инфильтрата рекомендуется отсроченное (через 6 нед.) выполнение холецистэктомии [7], поскольку безотлагательное проведение может увеличивать риск инфицирования [39]. При наличии псевдокист рациональным представляется одномоментное проведение отсроченной (интервальной) холецистэктомии и дренирования псевдокисты [40]. Риск осложнений отсроченной холецистэктомии в группе данных пациентов статистически значимо не отличался от такового у пациентов с легким ОБП [41].

Еще одним спорным вопросом современной хирургии является использование эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у пациентов с ОБП. Первоначально в основе использования ЭПСТ при рассматриваемом заболевании лежало представление о ведущей роли вклинения конкремента в БДС. Исследования показывают, что ЭПСТ уменьшает риск рецидива ОБП и других билиарных осложнений у пациентов, которым невозможно проведение холецистэктомии, по сравнению с пациентами, которым не проводилась ЭПСТ, в связи с чем она может использоваться в качестве альтернативной методики [42]. При этом временная установка стента малого калибра

при ЭРХПГ может быть методом «моста» у пациентов, у которых невозможно одномоментное проведение сфинктеротомии [43]. Сочетание же стентирования с ЭПСТ может уменьшать частоту осложнений, регистрируемую при изолированной ЭПСТ. Кроме того, необходимо учитывать более высокий риск осложнения ЭРХПГ панкреатитом у беременных по сравнению с общей популяцией [16].

Установлено, что ЭПСТ уменьшает риск рецидива ОБП, но не других билиарных осложнений (в особенности желчной колики и холецистита), поэтому считается, что данный метод не отменяет необходимости проведения холецистэктомии [17]. Кроме того, в метаанализах подтверждено, что проведение ЭПСТ снижает летальность, а также риск системных и локальных осложнений при холангите и холедохолитиазе [14]. Дополнительное подтверждение нецелесообразности рутинной ЭРХПГ с ЭПСТ при ОБП получено по результатам недавнего исследования больных с острым желчнокаменным панкреатитом (n=232) [44]. Выявлено, что срочная ЭРХПГ со сфинктеротомией у этих больных не снижает конечную точку серьезных осложнений или смертности по сравнению с консервативным лечением. Результаты данного исследования подтвердили, что консервативная стратегия с ЭРХПГ при тяжелом течении ОБП показана только пациентам с холангитом или стойким холестазом [44].

Существует риск осложнений ЭРХПГ и ЭПСТ, в особенности увеличения тяжести ОП вследствие данных вмешательств, а также показанное в ретроспективных исследованиях увеличение риска местных инфекционных осложнений после ЭПСТ при выполнении холецистэктомии [45]. В связи с этим на сегодняшний день проведение ЭПСТ у пациентов с ОБП рекомендуется только в случае сопутствующего холангита или холедохолитиаза независимо от тяжести ОБП, при этом подчеркивается необходимость проведения ЭПСТ специалистами с достаточным опытом [7].

Несколько спорным представляется и вопрос о целесообразности стентирования главного панкреатического протока при ОБП, хотя эта процедура довольно активно применяется на практике [46]. Последние годы отмечается интерес к этой хирургической манипуляции у отечественных хирургов (Ю.В. Васильев, Э.И. Гальперин, В.П. Глабай, В.В. Дарвин, Н.С. Живаева, З.Я. Селезнева, А.В. Шабунин, С.Г. Шаповальянц и др.). Признано оптимальным выполнение стентирования главного панкреатического протока в 2 основных случаях: для дренирования устья с целью снятия протоковой гипертензии поджелудочной железы и для обтурации внутреннего свища при разрыве панкреатического протока. Однако необходимо заметить, что еще в 1985 г. С.Г. Шаповальянц для купирования атаки ОП рекомендовал интубацию главного панкреатического протока после папиллотомии и аспирацию сока поджелудочной железы с целью снятия гипертензии с хорошим ближайшим результатом [47].

Вопрос об оптимальности сроков проведения холецистэктомии после ЭПСТ у пациентов с ОБП остается открытым. По результатам проведенного недавно метаанализа исследований применения сочетания ЭПСТ и холецистэктомии у пациентов с холедохолитиазом показано, что раннее выполнение холецистэктомии после ЭПСТ ассоциировано с меньшим риском развития билиарных осложнений (рецидивы ОБП, желчная колика и холангит) по сравнению с отсроченным вмешательством [48]. В связи с этим есть основание предположить, что подобная тактика вполне может быть оправданной для пациентов с ОБП.

Предлагаются следующие этапы лечения при средней и тяжелой степени ОБП: ранний — ЭПСТ в первые часы поступления после проведения эндоскопического исследования состояния БДС у всех пациентов при вклинении конкремента в БДС, а также при явлениях механической желтухи, холангита и холедохолитиаза; отсроченный — открытая или лапароскопическая холецистэктомия после стихания воспалительных изменений, развивающихся вследствие электротравмы, снижения показателей билирубина и купирования амилаземии [3].

Таким образом, тактика ведения легкого ОБП заключается в оптимальной терапии и раннем выполнении лапароскопической холецистэктомии, в то время как при среднетяжелом и тяжелом ОБП целесообразно ее проведение в отсроченном периоде. При этом оптимальная тактика дренирующих вмешательств у пациентов с инфицированным панкреонекрозом, а также сроки выполнения вмешательств по поводу ЖКБ у данных пациентов требуют дальнейшего исследования.

Заключение

Ведение пациентов с ОБП основано на принципах лечения ОП и включает интенсивную терапию на ранних стадиях, хирургическое лечение по показаниям при стерильном панкреонекрозе, а также этапные вмешательства: чрескожное и эндоскопическое дренирование с проведением, при необходимости, эндоскопической или хирургической (минимально инвазивной и классической открытой) некрсеквестрэктомии при инфицированном панкреонекрозе. Применяются также методы специфического лечения, направленные на лечение ЖКБ с целью профилактики рецидивов ОБП.

В настоящее время в многочисленных исследованиях подтверждена эффективность и безопасность ранней холецистэктомии при ОБП легкого течения. Однако вопрос оптимизации хирургической тактики при ОБП средней и тяжелой степени требует дальнейшей серьезной проработки. Открытым остается такой важный вопрос, как роль ЭРХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией в лечении тяжелого ОБП в зависимости от сопутствующего поражения желчных протоков, а также сроков выполнения холецистэктомии. В связи с этим необходимы исследования, позволяющие определить эффективность различных вмешательств у данной группы пациентов.

Литература

1. Каприн И.А., Эльдарова З.Э., Глабай В.П. Хирургическое лечение и осложнения операций при остром панкреатите тяжелого течения. Исследования и практика в медицине. 2018;5(4):72–81. [Kaprin I.A., Eldarova Z.E., Glabai V.P. Surgical treatment and complications of operations in severe acute pancreatitis. Research'n Practical Medicine Journal. 2018;5(4):72–81 (in Russ.)]. DOI: 10.17709/2409-2231-2018-5-4-7.
2. Федоровский В.В. Современная международная классификация острого панкреатита — очередной пересмотр. Journal of Siberian Medical Sciences. 2015;3:48. [Fedorovsky V.V. Modern international classification of acute pancreatitis — the regular revision. Journal of Siberian Medical Sciences. 2015;3:48 (in Russ.)].
3. Глабай В.П., Гриднев О.В., Башанкаев Б.Н. и др. Хирургическая тактика в острой стадии билиарного панкреатита. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019;11:37–41. [Glabay V.P., Gridnev O.V., Bashankaev B.N. et al. Surgical strategy for acute biliary pancreatitis. Pirogov Russian Journal of Surgery. 2019;11:37–41 (in Russ.)]. DOI: 10.17116/hirurgia201911137.
4. Щепин В.О. Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщение 1. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014;22(2):3–8. [Shchepin V.O. The hospital morbidity and mortality of adult population of the russian federation. Message 1. Problems of social hygiene, public health and history of medicine, Russian journal. 2014;22(2):3–8 (in Russ.)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте http://www.rmj.ru