

Острый холецистопанкреатит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

Острый холецистопанкреатит является одной из актуальных проблем современной хирургии, что обусловлено как значительной частотой его возникновения, так и высокими показателями летальности, особенно при осложненных и деструктивных формах заболевания. Приведены основные данные, касающиеся этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: панкреатит, холецистит, острый холецистопанкреатит, билиарный панкреатит, желчнокаменная болезнь.

Холецистопанкреатит - сочетанное поражение желчного пузыря и поджелудочной железы. На XXVIII Всесоюзном съезде хирургов (1967) (26) было принято решение о выделении этого заболевания в качестве самостоятельной нозологической формы. В МКБ-10 указанная нозологическая форма не выделяется, однако в клинической практике этот термин широко используется.

Следует отметить, что при изучении различных литературных источников обращает на себя внимание расхождение в понимании и использовании термина острый холецистопанкреатит (ОХП). Так, по мнению ряда авторов (23,29) острым холецистопанкреатитом следует считать сочетание острого панкреатита (ОП) с острым холециститом (ОХ), как калькулезным, так и бескаменным. Острое воспаление поджелудочной железы (ПЖ), вызванное хроническими заболеваниями желчевыводящих путей, в том числе хроническим калькулезным холециститом, носит название билиарного панкреатита (билиопанкреатита) (23).

По мнению некоторых авторов (10) ОХП является частным случаем билиарного панкреатита – понятия более широкого, объединяющего все патологические состояния желчевыводящих путей, в том числе и без воспаления желчного пузыря (ЖП) (холедохолитиаз, тубулярный стеноз дистального отдела d. choledochi, стеноз или вклиненный камень большого дуоденального сосочка, функциональные дискинетические расстройства внепеченочных желчных протоков и двенадцатиперстной кишки (ДПК)), приводящие к развитию ОП.

Ряд авторов (14,24) придерживаются мнения о том, что к ОХП можно отнести состояния, при которых имеются явления острого панкреатита и хронического калькулезного холецистита в стадии ремиссии (или наоборот), объясняя это тем, что наличие хронического процесса в одном из органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, даже не проявляя себя клинически, имеет огромное патогенетическое значение.

Отсутствие единого понимания в определении термина острый холецистопанкреатит чрезвычайно затрудняет, а в ряде случаев делает невозможным должную интерпретацию имеющихся в литературе данных по указанной проблеме.

В целом, в настоящее время острый холецистопанкреатит рассматривается как осложнение острого холецистита. Под обобщенным понятием ОХП зачастую подразумевается сочетание любой формы острого панкреатита с любой формой и стадией воспаления желчного пузыря (7).

Диагностика и лечение острых сочетанных поражений желчного пузыря и поджелудочной железы – один из наиболее проблемных разделов абдоминальной

хирургии, что обусловлено как значительной частотой возникновения ОХП, так и высокими показателями летальности при этом заболевании. Судя по данным литературы, удельный вес больных ОХП в стационарах неотложной абдоминальной хирургии составляет 24-25% (2,24). Летальность в зависимости от формы заболевания колеблется от 3.2 до 55.5%, а послеоперационная летальность при тяжелом и осложненном ее течении достигает 31.5% (15,19).

В настоящее время не вызывает сомнений связь возникновения ОХП с наличием желчнокаменной болезни (ЖКБ). Указывается, что в 85% случаев ОХП является осложнением ЖКБ, а у 15% больных, наоборот, отмечаются вторичные ферментативные холециститы (27). Удлинение сроков заболевания ЖКБ увеличивает вероятность развития деструктивных форм острого панкреатита (4).

Особое значение в возникновении ОХП в настоящее время придается микролитиазу, когда диаметр конкрементов составляет 1-4 мм (1,36). Наиболее опасными в отношении развития ОП и атак хронического рецидивирующего панкреатита (ХРП) являются мелкие и очень мелкие камни (микролиты) (36). Так, частые рецидивы ХРП имеют место у больных, у которых при УЗИ и холецистографии в желчном пузыре (ЖП) или общем желчном протоке выявляются не камни, а желчная «замазка» (билиарный «ил» - sludge). Камни диаметром 1-1.9 мм именуют «гравием», а камни диаметром более 2 мм считают «обычными» (11).

При ЖКБ к вышеперечисленным факторам присоединяется раздражение сфинктера Одди микролитами, что приводит к его дискинезии (28,30). Это, наряду с анатомо-функциональными особенностями гепатопанкреатодуоденальной области, способствует возникновению билиарно-панкреатического, панкреато-билиарного, дуодено-билиарного и дуодено-панкреатического рефлюксов, что играет существенную роль в механизме развития этой патологии. Гипертонус сфинктера приводит к протоковой гипертензии, а недостаточность – к дуодено-панкреатическому рефлюксу и внутриорганной активации протеолитических ферментов энтерокиназой (5,15,16).

Высказывается мнение, что к факторам, способствующим возникновению ОХП, относятся латентно протекающие хронические воспалительные процессы в органах гепатопанкреатодуоденальной системы (5,16,24). Экспериментально (24) доказано значение рефлюкса желчи и гипертензии в желчевыводящих путях, а также роль микротравм большого дуоденального сосочка (БДС) и связанной с ними внутрипротоковой активации ферментов поджелудочной железы в генезе ОХП.

Основное значение в патогенезе этого заболевания придается теории «общего канала», в основу которой положены особенности анатомического взаимоотношения между общим желчным протоком и протоком поджелудочной железы (ПЖ). При закупорке конкрементом дистального отдела общего желчного протока или при воспалительном процессе в желчных путях давление в них повышается, и желчь забрасывается в проток ПЖ. При этом активируются фосфолипазы, образуя из лецитина желчи высокотоксичный лизолецитин. Одновременно в ряде случаев в проток ПЖ попадает и патогенная флора из инфицированной желчи. В результате общности лимфатических путей печени и ПЖ, инфекция из желчных протоков может распространяться не только интраканаликулярно, но и по лимфатическим сосудам (3).

Отдельные работы свидетельствуют о значимости изменений иммунного статуса больного в процессе развития ОХП. Так, имеются указания, что при ОХП развиваются серьезные нарушения иммунной системы, выражающиеся в развитии вторичных

иммунодефицитных состояний, активизации сенсibilизации организма, что свидетельствует о роли аллергизирующего фактора в определении степени тяжести заболевания (22). Р.В. Вашетко и соавт. (3) указывают, что при холецистопанкреатите происходит сенсibilизация организма тканевыми антигенами. Последнее в сочетании с расстройством интраорганного кровообращения создает благоприятные условия для активации условно-патогенной микрофлоры, нарушения гистогематических барьеров и усиливает воспалительную реакцию.

XXVIII Всесоюзный съезд хирургов принял классификацию, согласно которой холецистопанкреатит разделен на острый, хронический и хронический с периодическими обострениями. Единой классификации ОХП нет. Предложены различные варианты классификаций ОХП, в основе которых находятся значимые с точки зрения авторов моменты патогенеза и особенности морфологических изменений в ЖП и ПЖ (14,15,18,24).

Авторы всех приведенных работ согласны с использованием морфологической классификации, предусматривающей выделение катарального, флегмонозного, гангренозного холецистита, и панкреатита – отечного и деструктивного (жирового или геморрагического панкреонекроза).

Формирование различных форм ОХП происходит при перекрестном сочетании указанных изменений в желчных путях и поджелудочной железе.

Клиническая картина заболевания является чрезвычайно вариабельной и зависит от ряда моментов: длительности анамнеза; наличия камней и инфекции в желчном пузыре и желчных путях; желтухи; функциональных и морфологических изменений сфинктера Одди, дистальных отделов общего желчного и панкреатического протоков; нарушений в ДПК и окружающих ее тканях. В зависимости от формы проявления ОХП, преобладают симптомы поражения желчного пузыря или поджелудочной железы. Следует учесть, что при ОХП развивается синдром взаимного отягощения поражения органов, приводящий к деструктивным изменениям в поджелудочной железе и ферментативным процессам в желчном пузыре (12).

Преобладание деструктивных изменений в желчном пузыре свидетельствует о первичном холецистите с реактивным панкреатитом, как правило, нетяжелом. При тяжелом панкреонекрозе ОХ чаще является вторичным, ферментативным и может быть бескаменным. На ферментативный характер поражения желчного пузыря указывают зеленоватое пропитывание его стенки, желчный перитонеальный экссудат и высокая активность панкреатических ферментов в пузырной желчи (23).

Указывается, что клиническая картина ОХП характеризуется болевым синдромом, диспептическими расстройствами, явлениями динамической непроходимости кишечника, гемодинамическими, метаболическими нарушениями, ферментной токсемией, выраженность которой определяется характером патоморфологических изменений в ПЖ (2).

Особенностей клинической картины, строго характерных для ОХП, в доступной нам литературе не обнаружено. Указываются лишь некоторые черты клинического течения этого заболевания. К ним относятся: более частое острое начало заболевания, проявляющееся внезапным болевым приступом, сочетанной локализацией болей как в эпигастрии, так и в правом подреберье. Отмечается, что в ряде случаев вследствие наличия у пациента билиарной патологии клиника панкреатита как бы маскируется, скрывается на втором плане, что создает определенные трудности в диагностике (6).

Был выделен синдром т.н. «малых признаков», наличие которых может свидетельствовать о возникновении панкреатита, связанного с патологией желчевыносящих путей. К ним относятся: внезапно начавшиеся острые интенсивные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, сопровождающиеся диспептическим синдромом, болезненность и напряжение в правом подреберье и эпигастрии при пальпации, желтуха, диспептическим синдром (5). Однако, не вызывает сомнений, что оценка клинической картины с целью своевременного и точного распознавания острого сочетанного поражения желчного пузыря и поджелудочной железы без учета данных лабораторной и инструментальной диагностики является явно недостаточной.

Обследование больных ОХП показало, что главными, статистически достоверными лабораторными признаками, являются повышение общего билирубина крови более чем на 10.0% от верхней границы нормы (т.е. более 22.0 ммоль/л), повышение уровня АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, повышение активности амилазы мочи свыше 256 ЕД по Вольгемуту более 1 суток (10). Повышение активности АЛТ может свидетельствовать о нарастании воспалительных явлений в печени и ЖП, повышение активности АСТ – о деструкции ПЖ (24). Ранняя транзиторная гипертрансаминаземия может указывать на билиарную этиологию заболевания (32). Учет этих данных позволяет выделять группы риска развития ОХП, например, среди пациентов с острым и хроническим холециститом. Эти же показатели могут быть использованы и для контроля течения заболевания в процессе лечения. Динамический контроль показал, что наиболее информативными лабораторными данными оказались показатели амилазы в различных средах (моча, выпот, желчь), билирубин крови, щелочная фосфатаза, в меньшей степени - аминотрансферазы, лейкоциты крови, лейкоцитарный индекс интоксикации и другие показатели гомеостаза (10).

В настоящее время наиболее распространенными инструментальными методами диагностики ОХП являются УЗИ, эндосонография, эндоскопический и рентгенологические (ЭРХПГ, КТ) методы.

Наиболее доступной является УЗИ - диагностика, которая позволяет выявить поражение билиарной системы в 95,4 – 99,6% случаев (7) и поражение ПЖ в 40-86% случаев (1,6,10,20).

Значительно более информативным является эндоскопическое УЗИ, позволяющее выявить не диагностированные при УЗИ, КТ и ЭРХПГ патологические образования. Его разрешающая способность в отношении желчных конкрементов выше обычного УЗИ в несколько раз (5).

При эндоскопическом исследовании особенно важна информация о состоянии зоны БДС. Выявление папиллита косвенно указывает на повреждение БДС, возможно, мигрировавшим через него конкрементом. Производится выявление вклиненного конкремента в просвет БДС; оцениваются проходимость БДС по факту поступления желчи в просвет двенадцатиперстной кишки и технические возможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) (1,6).

Одним из наиболее информативных методов диагностики ОХП является ЭРХПГ. При исследовании билиарной системы ЭРХПГ способна дать ценную информацию о состоянии фатерова соска, общего желчного протока, наличии конкрементов, стриктур и прочих факторов, приводящих к нарушению желчеоттока. Одновременно метод позволяет определить изменения диаметра протоков ПЖ, их девиацию, наличие сужений или дилатаций, локализацию обструкций, обнаружить структурные

изменения мелких протоков, интрадуктальные кальцинаты и «белковые пробки», нарушение опорожнения главного протока ПЖ (28).

Не вызывает сомнений ценность использования компьютерной томографии при диагностике ОХП(1,6).

К наиболее часто используемым методам в диагностике ОХП относится также интраоперационная холангиография, производимая с целью выявления холедохолитиаза и иных факторов, препятствующих нормальному желчеоттоку. Данные холангиографии используются с целью выбора дальнейшей лечебной тактики (1).

Несмотря на широкую распространенность сочетанного поражения ЖП и ПЖ, некоторые вопросы тактики лечения остаются не решенными окончательно. В доступной нам литературе мы не обнаружили единого алгоритма лечения ОХП. Вместе с тем не вызывает сомнений, что успешное лечение ОХП основано на использовании адекватного сочетания хирургического и консервативного способов лечения. Лечебная тактика при данной патологии должна определяться особенностями сочетания патологических процессов в желчевыводящих путях и поджелудочной железе. Проблема лечения больных острым панкреатитом билиарного происхождения неразрывно связана с патогенетическим лечением больных желчнокаменной болезнью (4).

По мнению большинства авторов, срочное оперативное лечение показано при: выраженном перитоните; клинике деструктивного холецистита или панкреатита; безуспешности консервативной терапии или нарастании воспалительного процесса. В остальных случаях проводят интенсивную консервативную терапию, как и при остром панкреатите. После затихания острых явлений производится тщательное обследование больного и операция в плановом порядке, если есть патология билиарной системы (27). Одним из обоснований указанного подхода является приводимое в литературе мнение о том, что экстренное широкое и радикальное вмешательство на желчных путях в условиях панкреатита чревато развитием опасных гнойных и полиорганных осложнений (7).

Наряду с указанным выше подходом к лечебной тактике при ОХП в литературе высказывается мнение о целесообразности более активного и раннего оперативного вмешательства (4,37). Указывается, что наличие ОХП является показанием к срочному оперативному вмешательству, которое предпочтительно выполнять эндоскопически (1).

Таким образом, основной вопрос, который приходится решать при лечении больных с ОХП – это вопрос о сроках оперативного вмешательства, решение которого, несомненно, зависит от формы ОХП.

Объем и характер оперативного вмешательства при ОХП в каждом конкретном случае должен быть строго аргументированным - прежде всего фазой заболевания, патоморфологическими изменениями в ЖП и ПЖ, возможными осложнениями (8). Лечение ОХП может быть успешным только в том случае, если удаляется патологический очаг (ЖП, камни), создается свободный отток желчи (21).

По мнению С.И. Леоновича и соавт. (1998) при сочетании деструктивного панкреатита и острого холецистохолангита хирургическое лечение включает раннюю холецистэктомию с санацией и наружной декомпрессией билиарного тракта с целью купирования явлений острого холангита и предупреждения эндогенного билиарного инфицирования ПЖ.

Указывается, что раннее, в течение первых дней, восстановление проходимости желчных протоков и протока ПЖ с комбинированным (системным и местным) введением ингибиторов протеаз и антибиотиков, постоянным промыванием холедоха и сальниковой сумки, является эффективным способом лечения ОХП (25,29).

Холецистэктомия (ХЭ) рассматривается как патогенетический метод хирургического лечения ОХП. Однако, имеются данные, указывающие, что холецистэктомия в некоторых случаях увеличивает риск развития панкреатита из-за рубцового стенозирования конечного отрезка общего желчного протока (5).

Характер оперативного вмешательства на ПЖ зависит от фазы патологического процесса в ней. Согласно мнению ряда авторов, манипуляции должны быть минимальными, радикальные операции на ПЖ при ОХП значительно повышают степень операционного риска (9).

Широкое внедрение в 80-х гг. малоинвазивных и в 90-е гг. видеолапароскопических методов внесли существенные коррективы в хирургическую тактику при ОХП.

По мнению ряда авторов (10,17), основными элементами оперативного лечения ОХП являются: лапароскопическая холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости с обязательным дренированием сальниковой сумки через Винслово отверстие или через желудочно – ободочную связку.

По сообщениям зарубежных авторов т.н. «золотым стандартом» в лечении острого панкреатита желчекаменной этиологии считается ЭПСТ как первый этап лечения (35). Обоснованием указанной тактики служит микролитиаз, обнаруживаемый в 35% случаев. В ряде работ утверждается, что в группе пациентов с предполагаемым тяжелым течением острого билиарного панкреатита, при выполнении ЭРХГ и ЭПСТ отмечается снижение летальности (31). ЭПСТ считается сравнительно безопасной и приемлемой альтернативой холецистэктомии, направленной на предотвращение повторных атак панкреатита (34).

Помимо ЭПСТ, для удаления конкрементов из желчных протоков может использоваться и интраоперационная холедохолитотомия, производимая лапароскопически либо путем открытого вмешательства на протоке. Использование лапароскопической холедохотомии технически сложнее по сравнению с ЭПСТ, но такой вариант восстановления проходимости желчных путей позволяет сохранить сфинктерный аппарат БДС (33).

Учитывая ряд негативных моментов, связанных с ЭПСТ, в литературе высказывается достаточно сдержанное мнение в отношении данного метода. Так, некоторые авторы (1), предлагают считать наличие ОХП показанием к срочному оперативному вмешательству, которое предпочтительнее выполнять лапароскопически. При этом в условиях ОХП достаточным объемом оперативного пособия является холецистэктомия с декомпрессионным дренированием общего желчного протока. Вопрос о необходимости РХПГ с возможной ЭПСТ, по мнению указанных авторов, следует решать в плановом порядке после стихания острых воспалительных явлений, по результатам контрольной фистулографии.

С этим согласуется и высказанное в литературе, что, при необходимости, удаление конкрементов из дистальных отделов холедоха, коррекция морфологических изменений дистального отдела общего желчного протока может осуществляться в «холодном периоде»(10).

Вопросы использования рассмотренных методов в лечении холедохолитиаза, провоцирующего ОХП, еще недостаточно изучены и однозначная оценка их эффективности, по-видимому, еще преждевременна. Авторы большинства работ отмечают значительное преимущество эндовидеохирургии перед традиционной лапаротомией при сочетанном поражении ЖП и ПЖ, обусловленное ее малой инвазивностью и широтой спектра доступной оперативной помощи.

В заключение можно сказать, что, несмотря на различия в тактике ведения больных с ОХП, различных методиках, применяемых при лечении указанной группы пациентов, все авторы сходятся во мнении по следующим моментам:

-залогом излечения больных с ОХП, особенно билиарной природы, является санация желчных путей, производимая в экстренном либо отсроченном порядке;

-наличие признаков билиарной гипертензии является прямым показанием к проведению декомпрессивных вмешательств, целью которых является предупреждение прогрессирования деструктивных изменений в ПЖ, и, т.о., улучшение прогноза заболевания;

-дальнейшие перспективы развития хирургии билиарнопанкреатической зоны, в т.ч. при ОХП, связаны, в частности, с более широким применением методов эндоскопической диагностики и малоинвазивной хирургии;

-в настоящее время отсутствует единый алгоритм лечения больных с ОХП, спорными остаются некоторые тактические вопросы, касающиеся как консервативного так и хирургического их лечения.

Литература:

1. Агафонов Н.П., Башилов В.П. Хирургическое лечение острого холецистопанкреатита//Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2000. - №2. - С.15-25.
2. Василевич А.П., Стрижевский В.Б., Есепкин А.В. и др. Хирургическая тактика при остром холецистопанкреатите// Материалы XXI Пленума Правления общества белорусских хирургов (Брест, 15-16 мая 1997г.): Минск,1997.-390с.
3. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: Руководство для врачей. - СПб: «Питер», 2000.-320с.
4. Вострокнутов И.В. Хирургическое лечение больных острым билиогенным панкреатитом. Автореф. дисс... канд. мед. наук.-Новосибирск, 2004.-20с.
5. Губергриц Н.Б., Христинич Т.Н. Клиническая панкреатология.- Донецк: ООО «Лебедь», 2000.- 416с.
6. Дыньков С.М., Насонов Я.А., Кузнецов А.А. и др. Диагностика и лечение острого билиарного панкреатита//Анналы хирургии - 2000. - №2. - С.30-35.
7. Желчная гипертензия и острый холецистит/ Бебуришвили А.Г.// «50 лекций по хирургии» М: «Медиа Медика», 2003 - С.204-215.
8. Затевахин И.И., Крылов Л.Б., Сабилов Б.У. Острый холецистопанкреатит. – Ташкент: Медицина, 1986. – 138с.
9. Иващенко В.В., Журавльова Ю.И., Ковальчук В.С. Суперечливі питання хірургічної тактики при гострому біліарному панкреатиті// Шпитальна хірургія. – 2001. - №1. – С. 142-148.
10. Иващенко В.В., Журавлева Ю.И. Острый холецистопанкреатит: общепринятое условное определение в экстренной хирургии либо нозологическая единица//Архив клинической и экспериментальной медицины, 2004, №1-2. – С. 107 – 111.

11. Клиническая гастроэнтерология./Н.В.Харченко, Г.А.Анохина, Н.Д.Опанасюк и др. - Киев: Здоров'я, 2000. - 448с.
12. Курс лекций по частной хирургии./А.В.Шотт, В.А.Шотт - Мн.: - ООО «Ансар», 2004 – 528с., ил.
13. Хирургическое лечение деструктивного панкреатита с сочетанным острым воспалением желчевыводящих путей: С.И. Леонович, Ю.М. Гаин, С.С. Леонович и др.// Новости хирургии: - 1998. – С. 79-80.
14. Мидленко О.В.Управляемая симпатическая денервация и направленный транспорт контрикала в лечении больных острым холецистопанкреатитом. Автореф. дис...канд. мед. наук. - Саранск,1999.-20с.
15. Микеладзе К.Д. Острый холецистопанкреатит (патогенез, клиника, диагностика, лечение, отдаленные результаты). Автореф. дис...д. мед. наук - Москва,1975-29с.
16. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.1-Москва: Мед. лит., 2000. - 560с.
17. Перминова Г.И., Острин П.И., Валетов А.И. и др. Лапароскопия при остром холецистопанкреатите/ В кн.: Диагностика и лечение острого холецистита. – Ереван. – 1988. – С. 43-47.
18. Пиковский Д.Л., Кочнев Ю.В. Активно – консервативное и хирургическое лечение острого панкреатита и острого холецистопанкреатита//Сб. науч. тр. Всерос. конф. – Л.: Б. и., 1974. – С.67-68.
19. Прикупец В.Л., Артемьева Н.Г. О диагностике и лечении острого холецистопанкреатита, осложненного обтурационной желтухой// Сов. Медицина, 1990, №11. – С.94 – 98.
20. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект)// Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. – Волгоград. – 2000. – 327с.
21. Солк В.Р. Управляемая декомпрессия в хирургическом лечении холецистопанкреатита/ В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологической и сердечно – сосудистой хирургии. 1 часть. – Таллин. – 1976. – 288с.
22. Ткачева Т.Н., Перельгина Г.М. Иммунные нарушения при холецистопанкреатитах и панкреатитах и их коррекция иммуномодуляторами// Сб. науч. тр. «Экстремальные состояния организма, скорая и неотложная медицинская помощь». – Ростов-на-Дону, 1986. – С.72-73.
23. Толстой А.Д., Ульянов Ю.Н., Бруек А.Н. и др. Этиологические особенности острых панкреатитов (Результаты изучения в специализированной клинике)//Вестник хир.-1996.-№4.-с.11-17.
24. Томашук И.П.Билиарный острый холецистопанкреатит. - Киев: Здоровья, 1992.- 184с.
25. Томашук И.П. Принципиально новая методика оперативного лечения билиарного острого панкреатита// Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – том 3. - №3. – С.107 – 108.
26. Труды XXVIII Всесоюзного Съезда хирургов. Решение по проблеме «холецистопанкреатиты». – Москва, 1967. – С. 592 – 594.
27. Хоронько В.Д., Савченко С.Б. Справочник по неотложной хирургии.- М.: Элиста: АПП «Джангар», 2002. - 464с.

28. Хронический панкреатит: Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения/А.А.Шалимов, В.В.Грубник, Дж. Боровиц и др.- К.: Здоров'я.2000. – 255с.
29. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. - Москва: МЕДпресс-информ., 2003.- 224с.
30. Aguso O.V., Diez C.A., Valverde S.G. Acute biliary pancreatitis: Sphincter of Oddi choledochal pressure//Rev. Esp. Enferm. Dig. - 1998. - Vol.90, №1, P.33-34.
31. Beneficial effects of ERCP and papillotomy in predicted severe biliary pancreatitis/ Besselink M.G., van Minnen L.P., van Erpecum K.J., Bosscha K., Gooszen H.G.// Hepatogastroenterology. – 2005. - №52 (61):37-9.
32. Clinical laboratory assessment of acute pancreatitis/Al-Bahrani A.Z., Ammori B.J.//Clin Chim Acta. – 2005. – Jul 15.
33. Deriel D.J. Complications of cholecystectomy// Surg. Clin. North. Am. – 1994. – V. 74. - №4. – P. 809-823.
34. Endoscopic sphincterotomy for prevention of the recurrence of acute biliary pancreatitis in patients with gallbladder in situ: long-term follow-up of 88 patients/ Vazquez-Iglesias J.L., Gonzalez-Conde B., Lopez-Roses L. et al.// Surg. Endosc. – 2004. - №18 (10): 1442-6.
35. J Toouli et al. // J. Gastroenterol. Hepatol. 2002. – V. 17 (Suppl.) – S 15-S 39.
36. Occult gallbladder disease or microlitiasis in patients with acute pancreatitis: A frequent clinical situation/J.F.Miquel, A.Prado, H.Asahi et al //Rev Med. Chil. - 1997. - Vol.125, №8.-P.869-878.
37. Surgical treatment of necrotizing pancreatitis and complicated forms of cholecystopancreatitis/ Nedev P.I., Uchikov A.P., Novakov I.P. et al//Folia Med (Plovdiv). – 2003. - №45 (2), P.5-8