

## ХИРУРГИЯ «ОБРЫВА» ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Мазаник А.В., Блахов Н.Ю., Чуманевич О.А., Пацай Д.И., Трухан А.П.  
ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский  
центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Международные доказательные практические рекомендации по хирургическому лечению острого панкреатита (ОП) в качестве метода выбора окончательного лечения ОП билиарной этиологии (ОПБЭ) определяют холецистэктомия (ХЭ), предпочтительно – лапароскопическую (ЛХЭ). Однако оптимальные сроки ЛХЭ при тяжелом ОПБЭ на сегодняшний день не определены.

**Цель исследования.** Обосновать клиническую целесообразность активной хирургической тактики в лечении тяжелого ОПБЭ, безопасность и эффективность ранней ЛХЭ при данной патологии.

**Материал и методы.** Представлены результаты лечения 66 пациентов с тяжелым (признаки ССВО > 1, APACHE II  $\geq$  8 баллов) ОПБЭ в период с 1 января 2012 г. по 31 декабря 2021 г.

В период до 2017 г. начальное лечение проводили в объеме многокомпонентной интенсивной терапии с выполнением инвазивных вмешательств по показаниям (группа сравнения № 1 - 20 пациентов). С 2017 г. в качестве этапа комплексного лечения ОПБЭ применяли ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду (основная группа № 1 - 46 пациентов). ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду выполнили 44 пациентам, из них в 17 случаях (группа сравнения № 2) - в период текущей госпитализации после купирования острого воспалительного процесса и нормализации функционального состояния пациента (отсроченная ЛХЭ), в 27 случаях (основная группа № 2) - в сроки не позднее 72 ч от начала заболевания (ранняя ЛХЭ).

Раннюю ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду считаем запланированным этапом комплексного лечения ОПБЭ после 12-24-часового периода стационарного наблюдения с целью предоперационной подготовки и для динамической клинико-лабораторной и инструментальной оценки состояния пациента в случаях исключения признаков прогрессирования заболевания. Операцию выполнял штатный сотрудник отделения в дневное время. При выявлении противопоказаний мы обоснованно воздерживались от ее проведения.

**Результаты.** Включение в комплексное лечение тяжелого ОПБЭ ранней ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду способствовало более благоприятному течению заболевания за счет существенного уменьшения частоты развития системных и местных осложнений (и их сочетаний) ( $p = 0,006$ ), стойкой органной/полиорганной недостаточности ( $p = 0,042$ ) и

нуждаемости в инвазивных пособиях ( $p = 0,008$ ), что привело к значимому сокращению продолжительности госпитализации в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР) ( $p = 0,038$ ), общей продолжительности госпитализации среди выписанных пациентов ( $p = 0,040$ ), уровня летальности ( $p = 0,003$ ) и частоты развития рецидивов ОПБЭ ( $p = 0,000$ ).

При всех положительных результатах несколько увеличилась частота инфицирования острых жидкостных скоплений (5% vs 6,5%,  $p = 0,812$ ). Следует отметить, что в 2-х из 3-х случаев начальное ведение пациентов было консервативным. Еще в одном наблюдении у пациента, которому была выполнена ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду на 2-е сутки заболевания (через 17 ч после поступления), на 6-е сутки заболевания сформировалось острое жидкостное скопление с последующим инфицированием и, в итоге, летальным исходом. Этот пациент был единственным из числа тех, кому выполнялась ранняя ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду, у кого в послеоперационном периоде развились системные и местные осложнения и стойкая полиорганная недостаточность.

В совокупной выборке исследования начальное лечение в объеме многокомпонентной интенсивной терапии проводили 39 (59,1%) пациентам, при этом в 20 (51,3%) случаях развились осложнения, потребовавшие применения инвазивных вмешательств, в 2 (5,1%) - летальный исход. Таким образом, эффективность многокомпонентной интенсивной терапии при умеренно тяжелом и тяжелом ОПБЭ составила 43,6%. Кроме того, у 55% пациентов развился рецидив заболевания.

В свою очередь, эффективность комплексного лечения тяжелого ОПБЭ с выполнением ранней ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду составила 96,3% (26/27).

Преимущество выполнения ранней относительно отсроченной ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду определялось существенным сокращением продолжительности госпитализации в ОАР ( $p = 0,003$ ) и общей продолжительности госпитализации ( $p < 0,001$ ) без увеличения сложности операции и послеоперационного ведения пациентов, о чем свидетельствует отсутствие значимого различия сравниваемых групп по основным операционным характеристикам (частота интра- и послеоперационных осложнений, конверсии в открытую ХЭ, продолжительность операции, нуждаемость в послеоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомии).

Обсуждение. Согласно практически единодушному мнению, утвердившемуся в современной литературе, посвященной оперативному лечению ОПБЭ, выполнение ЛХЭ предотвращает рецидивирование ОП, но не влияет на развитие текущего приступа.

Между тем, ряд факторов позволяют патогенетически обосновать целесообразность выполнения ЛХЭ в ранние сроки ОПБЭ. Во-первых, доказанное экспериментально и клинически возможное многократное прохождение мелких конкрементов из желчного пузыря через большой

дуоденальный сосочек (БДС) усугубляет тяжесть текущего приступа. Во-вторых, вероятность сопутствующего обострения хронического калькулезного холецистита, достигающая по данным ряда авторов 49-55%, служит еще одним веским аргументом в пользу ранней ХЭ при ОПБЭ, а операцией выбора в подобных случаях является ЛХЭ с обязательным дренированием холедоха по Холстеду. В нашем исследовании деструктивный холецистит осложнял течение ОПБЭ в 26 (39,4%) случаях. В-третьих, период времени, когда декомпрессия протоковой системы может предотвратить прогрессирование ОП, не превышает 48 ч от начала заболевания. В-четвертых, практически 80% пациентов (по нашим данным – 89,4%) госпитализируются в первые двое суток от начала заболевания, что является одной из доклинических особенностей ОПБЭ и обеспечивает возможность своевременного проведения адекватного, в том числе, радикального оперативного лечения в период управляемости патологическим процессом. И, наконец, многочисленными исследованиями доказаны безопасность и эффективность ранней (в первые 48-72 ч после поступления) ЛХЭ при легком ОПБЭ независимо от купирования боли и нормализации лабораторных показателей.

Продолжающаяся панкреатобилиарная гипертензия является основным фактором прогрессирования ОПБЭ. Ранняя декомпрессия протоковой системы обеспечивает «обрыв» патогенеза ОП и предотвращает развитие тяжелых форм заболевания.

Полученные нами результаты позволяют подтвердить данный тезис. Так, включение в комплексное лечение ОПБЭ ранней ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду способствовало более благоприятному течению заболевания за счет существенного уменьшения частоты развития системных и местных осложнений (и их сочетаний) ( $p = 0,006$ ), стойкой органной/полиорганной недостаточности ( $p = 0,042$ ) и нуждаемости в инвазивных пособиях ( $p = 0,008$ ), что привело к значимому сокращению продолжительности госпитализации в ОАР ( $p = 0,038$ ), общей продолжительности лечения среди выписанных пациентов ( $p = 0,040$ ), уровня летальности ( $p = 0,003$ ) и частоты развития рецидивов ОПБЭ ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Эффективность комплексного лечения ОПБЭ с выполнением ранней ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду (96,3%) значимо ( $p = 0,046$ ) превосходит аналогичный показатель при консервативном ведении этой категории пациентов (43,6%), что обосновывает клиническую целесообразность активной хирургической тактики в лечении тяжелого ОПБЭ.

Выполнение ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду в ранние сроки тяжелого ОПБЭ (не позднее 72 ч от начала заболевания) не приводит к увеличению сложности операции и послеоперационного ведения пациентов, что свидетельствует о ее безопасности.

Ранняя ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду направлена на своевременное и адекватное купирование панкреатобилиарной гипертензии,

профилактику многократного прохождения мелких конкрементов из желчного пузыря через БДС, что может усугублять тяжесть текущего приступа, и устранение источника возможного инфицирования панкреонекроза, что обосновывает ее применение в качестве метода выбора радикального лечения тяжелого ОПБЭ.

ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду должна выполняться независимо от тяжести ОПБЭ в период текущей госпитализации всем пациентам, как только их состояние позволит перенести вмешательство.