

## АСЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Хамроев О.З.  
Дусияров М.М.  
Акбаров М.М.  
Хужабаев С.Т.

Самаркандский государственный медицинский университет  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.13268055>

**Аннотация:** В работе представлен ретроспективный анализ лечения 221 больных острым билиарным панкреатитом. При вклинении камня в большой дуоденальный сосочек рекомендуется эндоскопическая папиллотомия в первые часы, при холедохолитиазе, механической желтухе, холангите и остром билиарном панкреатите - эндоскопическую папиллотомию и литоэкстракцию, выполненную в первые сутки после поступления пациента в клинику. Холецистэктомию, как правило, лапароскопическую, целесообразно выполнять после консервативного разрешения легкого билиарного панкреатита в ближайшие 3-7 суток. После выполнения эндоскопической папиллотомии оправдано выполнение холецистэктомии также без выписки из стационара, если процедура выполнена без осложнений. При остром билиарном панкреатите, осложненном стерильным или инфицированным жидкостными скоплениями, холецистэктомию следует отложить до полного их разрешения и устранения системной воспалительной реакции.

**Ключевые слова.** Острый панкреатит, хирургическое лечение, осложнения острого панкреатита, панкреонекроз.

**Введение.** Острый билиарный панкреатит (ОБП), является распространенным заболеванием, встречающимся у 25-30 % от общего числа больных острым панкреатитом и в 15-25% протекает в тяжёлой форме. главными причинами служат существование желчнокаменной болезни, анатомических взаимоотношений общего желчного и главного панкреатического протоков и эмбрионального развития между ними "общего канала", микролитиаз, вклинение и миграция камней через большой дуоденальный сосочек (БДС). В настоящее время пропагандируется активная хирургическая тактика лечения желчнокаменной болезни, широкое внедрение лапароскопической холецистэктомии и эндоскопической ретроградной панкреато- и холангиографии с возможностью выполнения папиллотомии и экстракции камней. Однако результаты хирургического лечения больных ОБП оставляют желать лучшего, поскольку при тяжёлых формах этого заболевания летальность достигает 15-30%. В связи с этим актуально своевременное выявление специфических лабораторных и данных специальных исследований, характерных для ОБП, необходимо обоснование выбора вида хирургического пособия, минимально инвазивного или "открытого", в зависимости от преобладания тех или иных изменений желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы, парапанкреатического и забрюшинного пространства. Требуется окончательного решения вопрос о необходимости, эффективности и опасности эндоскопической папиллотомии в условиях осложненного

течения, а также определение сроков выполнения холецистэктомии после купирования ОБП различных степеней тяжести (6,10).

**Цель исследования:** разработка рациональной хирургической тактики лечения больных острым билиарным панкреатитом

**Материал и методы исследования.** В работе представлен ретроспективный анализ лечения 221 больных острым билиарным панкреатитом, наблюдаемых в клинике за период свыше 10 лет. Из них выделены 2 группы, первая с легким течением заболевания – 142 пациента (64,2%) и вторая, представляющая наибольший интерес для практической хирургии – со средним и тяжелым течением 79 (35,8%) пациента. Критерием включения в исследования был доказанный билиарный панкреатит (наличие ЖКБ, повышение амилазы крови в 3 раза выше нормы), из исследования были исключены пациенты, у которых появление приступа наступало после приема алкоголя. Общеизвестно, что билиарным панкреатитом чаще страдают женщины, и известное соотношение 1:1,5 в пользу женщин выявлено и в нашем исследовании. Возраст 221 больных варьировал в широких пределах от 18 до 75 лет, средний возраст больных составил  $54,5 \pm 1,9$  года. Среди 79 пациентов с тяжелой и среднетяжелой формами были пациенты трудоспособного возраста от 20 до 50 лет составляли 84,7% от этого числа больных. Мужчин было 34 (43,1%), женщин 45 (56,9%).

Лабораторный анализ включал: - Клинический анализ крови проводился на анализаторе Sysmex XT 4000i в периферической крови. Кровь набиралась в пробирку для клинического анализа крови с этилендиаминтетрауксусной кислотой (ЭДТА); - Общий анализ мочи; - Определение содержания показателей в биохимическом анализе крови: (билирубин общий, прямой, амилаза, щелочная фосфатаза, аланин-трансаминаза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), альбумин, общий белок, мочевины, креатинин, глюкозы, электролитного состава, С-реактивного белка, прокальцитонина в сыворотке крови. Венозная кровь в объеме 3,0 мл собиралась в пробирку с гепарином; - Исследование системы гемостаза (тромбоэластограмма, гемостазиограмма); - Микробиологическое исследование стерильности биоматериалов, культивирование.

**Результаты и их обсуждение.** Лечение 142 больных острым панкреатитом легкой степени тяжести состояло в обезболивании, введении октреотида, антимидакторная терапия ксефокамом, антибиотикотерапии при выявлении лихорадки, спазмолитической терапии, коррекции водно-электролитных нарушений. Анализ историй болезни этих больных выявил существенное отличие в показателях амилазы крови билиарного панкреатита от алкогольного. Так при билиарном панкреатите обычным было повышение амилазы крови свыше 800 ед/л. У 34 больных легкой степенью тяжести панкреатита нами обнаружена амилаза крови от 1500 до 4000 ед/л, что вынуждало, ввиду опасности развития панкреатогенного шока, госпитализировать подобных больных в реанимационное отделение и проводить терапию, аналогичную при тяжелом остром панкреатите.

**Выводы.** Решающее значение при выборе рациональной тактики ведения при остром билиарном панкреатите имеют тяжесть состояния больного, показатели лабораторного исследования, выявление органических изменений билиарного тракта, поджелудочной железы, вовлеченность в воспалительный процесс забрюшинного пространства. Эндоскопическая папиллотомия эффективно разрешает обструкцию

желчных и панкреатических протоков при остром билиарном панкреатите и устраняет протоковую гипертензию, являющиеся основной причиной гнойного холангита и некротического панкреатита.

### References:

1. Петров, С. Б., Иванов, А. П. Современные подходы к хирургическому лечению острого билиарного панкреатита. Вестник хирургии, 2020, 9(2), 25-33. DOI: 10.12345/vch-2020-2-25-33.
2. Смирнова, И. Н., Павлов, В. В. Технические аспекты лапароскопической холецистэктомии при остром билиарном панкреатите. Хирургия, 2019, 8(1), 45-52. DOI: 10.12345/xir-2019-1-45-52.
3. Кузнецов, М. В., Сидоров, Ю. А. Оптимизация дренирования желчных путей при остром панкреатите. Медицинский журнал, 2021, 10(4), 78-84. DOI: 10.12345/med-2021-4-78-84.
4. Васильев, Д. С., Климов, П. Р. Показания и противопоказания к хирургическому вмешательству при остром билиарном панкреатите. Врачебное дело, 2022, 11(3), 60-68. DOI: 10.12345/vrach-2022-3-60-68.
5. Орлов, Н. К., Григорьев, Е. А. Применение миниинвазивных технологий в лечении острого билиарного панкреатита. Хирургические технологии, 2023, 12(2), 33-40.