

## ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Ишанкулов Одил Азамкулович, Зайниев Алишер Фаридунович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТ ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТИ СИФАТИДА

Ишанкулов Одил Азамкулович, Зайниев Алишер Фаридунович  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд шаҳри

### ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS AS A COMPLICATION OF CHOLELITHIASIS

Ishankulov Odil Azamkulovich, Zayniyev Alisher Faridunovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [30011987@bk.ru](mailto:30011987@bk.ru)

---

**Резюме.** Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, билиар панкреатит таъхиси унинг юзага келишидаги патогенетик омилларини инструментал ва лаборатор тасдиқлашни талаб қилади. Ошқозон ости бези йўлидаги гипертензияни жарроҳлик йўли билан коррекциялаш, сафро оқими ва ошқозон ости бези секрециясини оптимал функционал натижалар билан нормаллаштиришга патогенетик асосланган ёндашув билиар панкреатитни таъхислаш ва даволашнинг замонавий алгоритминини ишлаб чиқишни талаб қилади.

Калит сўзлар: билиар панкреатит, жарроҳлик даволаш, каминвазив усуллар.

**Abstract.** The analysis of the literature has shown that the diagnosis of biliary pancreatitis requires instrumental and laboratory confirmation of the pathogenetic factors of its occurrence. A pathogenetically based approach to surgical correction of ductal hypertension, normalization of bile flow and pancreatic secretion with optimal functional results requires the development of a modern algorithm for diagnosis and treatment of biliary pancreatitis.

**Keywords:** Biliary pancreatitis, surgical treatment, minimally invasive techniques.

---

В настоящее время билиарный панкреатит трактуется как вторичное воспаление поджелудочной железы вследствие заболеваний желчевыводящей системы, чаще всего осложненного течения желчекаменной болезни. Таким образом, определение «билиарный панкреатит», указывает на связь заболевания поджелудочной железы с патологическими изменениями в билиарной протоковой системе [8].

В патогенезе билиарного панкреатита ведущими факторами являются как непосредственное нарушение оттока панкреатического секрета вследствие блока на уровне ампулы фатерова сосочка, так и возникновение билиарно – панкреатического рефлюкса вследствие повышения давления во внепечёночных желчных путях [18]. В развитии острого билиарного панкреатита основную роль играет билиарный компонент (ущемление камня в большом дуоденальном сосочке, сдавление устья Вирсунгова протока камнем или

его «транзиторным» прохождением, микрохоledохолитиаз) на фоне анатомических изменений (стриктура дистального отдела общего желчного протока (ОЖП), парапапиллярный дивертикул, папиллит) [7, 24].

Хоledохолитиаз является самой частой причиной билиарного панкреатита [30]. Наиболее доступным скрининговым методом диагностики является трансабдоминальная ультрасонография, позволяющая выявить конкременты желчного пузыря, ОЖП, косвенные признаки билиарной обструкции, такие как расширение внутри- и внепечёночных желчных путей. В выявлении конкрементов желчного пузыря чувствительность ультрасонографии составляет около 95% в неосложнённых случаях, и снижается до 67 - 78% при остром панкреатите билиарного генеза из-за пневматоза петель кишечника [29]. Чувствительность трансабдоминальной ультрасонографии при

холедохолитиазе 50 - 80%, специфичность достигает 95% [6].

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) имеет высокую точность в диагностике холедохолитиаза, её чувствительность достигает 92 - 94%, специфичность 99% [6, 23]. Данный метод имеет преимущество неинвазивной визуализации конкрементов, анатомических вариантов желчных путей и признаков сопутствующего острого холецистита в дооперационной оценке пациентов с панкреатитом билиарного генеза [29].

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография наряду с МРХПГ является высокоинформативным методом в диагностике причин билиарного панкреатита [13]. В диагностике холедохолитиаза чувствительность эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) достигает 95% [16]. Из-за риска развития ЭРХПГ-индуцированного панкреатита, существует определенная настороженность в отношении данного исследования. В связи с чем целью проведения ЭРХПГ является уточнение патологических изменений в области большого дуоденального сосочка для окончательной установки показаний к папиллосфинктеротомии, необходимость которой может быть спрогнозирована до начала манипуляции на основании клинических, ультразвуковых и лабораторных признаков [8].

Изменения большого дуоденального сосочка, сопровождающиеся нарушением проходимости дистальных отделов общего желчного и Вирсунгова протоков, занимают существенное место среди заболеваний органов панкреатобилиарной зоны. Особую группу составляют неопухолевые стенозирующие поражения БДС, а также функциональные нарушения деятельности сфинктера Одди. Билиарные дисфункции являются неотъемлемым атрибутом желчекаменной болезни. Нарушения моторики СО способствуют развитию билиарно-панкреатического рефлюкса в результате разницы давления в общем желчном и панкреатическом протоках. Даже при небольшой билиарной гипертензии сфинктер главного панкреатического протока не способен предохранить протоковую систему поджелудочной железы от патологического рефлюкса [22]. В отечественной литературе для определения доброкачественных стенозирующих заболеваний фатерова сосочка употребляются различные термины: папиллостеноз, папиллит, рубцовое сужение терминального отдела холедоха и т. д. Однако эти термины предполагают наличие органических изменений [2, 7, 11]. Зарубежные авторы применяют два понятия: дисфункция сфинктера Одди (ДСО) и предполагаемая дисфункция сфинктера Одди (ПДСО). Термин дисфункция сфинктера Одди используется

для разнородной группы патологических состояний, сопровождающихся болевым синдромом, связанным с динамическим или статическим доброкачественным поражением зоны сфинктера Одди. Понятие предполагаемая дисфункция сфинктера Одди (ПДСО) подразумевает клиническое подозрение о связи болевого синдрома с изменениями в зоне фатерова сосочка, основанное на анамнезе, лабораторных данных и лучевых методах диагностики, без оценки функции сфинктера. ДСО не считается предполагаемой после манометрического подтверждения нарушения функции сфинктера [10]. Клиническая картина ДСО зависит в первую очередь от степени вовлечения в процесс панкреатического или билиарного сегмента сфинктера [25]. В случае изолированного поражения волокон сфинктера в области холедоха развиваются билиарные, а при преимущественном вовлечении в процесс волокон сфинктера Вирсунгова протока – панкреатические проявления заболевания. При нарушении моторики общего сфинктера возникают сочетанные билиарно-панкреатические боли. Для дисфункции сфинктера Одди характерны рецидивирующие приступы сильных или умеренных болей, повторяющиеся в течение 3 и более месяцев. При билиарном типе боль локализуется в эпигастрии или правом подреберье с иррадиацией в спину и правую лопатку, нередко осложняется развитием транзиторной механической желтухи, при панкреатическом типе - в левом подреберье с иррадиацией в спину, при сочетанном типе – опоясывающая [3].

На протяжении многих лет используется классификация дисфункций сфинктера Одди, разработанная Milwaukee Biliary Group в 1988г. (классификация Хогана-Гинена), в последующем модифицированная в 1991г. S. Sherman с соавторами, и применяемая для билиарного типа дисфункции [15, 24]. Международная рабочая группа по совершенствованию диагностических критериев функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (Римский III Консенсус, 2006г.) приняла данную классификацию и разработала аналогичную для панкреатического типа дисфункции [14]. В предлагаемой классификации билиарная и панкреатическая дисфункции сфинктера Одди разделены на основании клинических признаков и объективных данных состояния протоковой системы, с выделением трёх типов [12, 14]: - 1 тип (соответствует стенозу БДС): болевой синдром в сочетании с расширением общего желчного протока более 12 мм, не менее чем двух эпизодов повышения печёночных трансаминаз во время болевых приступов, а также замедленная более 45 минут эвакуация контрастирующего вещества при ЭРХПГ; - 2 тип (соответствует дискинезии сфинктера Одди): болевой синдром в сочетании с одним или двумя признаками – расшире-

ние общего желчного протока, два эпизода повышения печёночных трансаминаз, а также замедленная эвакуация контрастирующего вещества более 45 минут. - 3 тип (соответствует дискинезии сфинктера Одди) предполагает наличие только болевого синдрома без дополнительной клинической картины.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в фармакотерапии панкреатита, основным направлением в лечении панкреатита билиарного генеза является хирургическая коррекция панкреатобилиарной гипертензии [5, 17, 20]. Для устранения всех патологических факторов, провоцирующих заболевание, применяются следующие хирургические вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия, холецистэктомия из минидоступа, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография с папиллосфинктеротомией, стентированием желчного и панкреатического протоков. Развитие миниинвазивных технологий позволило в значительной степени снизить травматичность, операционный риск и показатели летальности по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами [12]. Несмотря на широкий спектр операций, существует проблема выбора оптимальной хирургической тактики в зависимости от этиологической формы и характера клинического течения билиарного панкреатита [8].

Выбор тактики лечения острого билиарного панкреатита зависит от степени его тяжести. По данным литературы, среди пациентов с билиарным панкреатитом средней степени тяжести, лечившихся консервативно, до 95% были госпитализированы повторно с тем же диагнозом в течение 90 суток после выписки. Поэтому при средней степени тяжести многие авторы рекомендуют проведение хирургического лечения, направленного на санацию желчевыводящих путей, в рамках одной госпитализации, после нормализации клинической картины и лабораторных показателей [28].

Активная хирургическая тактика у больных острым панкреатитом билиарного генеза с применением миниинвазивных хирургических технологий лечения является оправданной и приоритетной [9]. Наиболее распространенным эндоскопическим методом коррекции внутрипротоковой гипертензии поджелудочной железы при стриктурах большого дуоденального сосочка является эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока. Внедрение временного стентирования главного панкреатического протока у больных острым панкреатитом билиарного генеза с прогнозируемым тяжелым течением заболевания способствует снижению частоты развития тяжелых форм панкреонекроза, летальности и длительности стационарного лечения [11].

При остром билиарном панкреатите вследствие блокады вклиненным камнем, независимо от формы и степени тяжести панкреатита показано экстренное хирургическое лечение с целью ликвидации желчной гипертензии как фактора риска развития острого панкреатита [10]. Выполненные в течение 1-2 часов эндоскопическая папиллосфинктеротомия и удаление вклиненного камня имеют выраженный лечебный эффект, что проявляется достоверной положительной динамикой клинических, лабораторных и инструментальных показателей, в том числе у пациентов с деструктивными формами [4]. Срочная коррекция гипертензии возможна также путем чрескожной холецистостомии под ультразвуковым наведением, лапароскопическим или лапаротомным доступом, чрескожным чреспечёчным холангиодренированием или эндоскопической папиллосфинктеротомией с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием [9]. В связи с общим тяжелым состоянием больного и наличием выраженной сопутствующей патологии, радикальные операции на желчевыводящих путях (лапароскопическая холецистэктомия) в большинстве случаев откладываются на более поздний срок, необходимый для санации деструкций поджелудочной железы, или выполняются в плановом порядке [15].

Формирование холедохолитиаза и/или стеноза большого дуоденального сосочка и, как следствие, нарушение оттока желчи, не только увеличивает риск возникновения билиарного панкреатита, но и служит ведущим предиктором присоединения холангита [9]. Развитие острого панкреатита билиарного генеза, также как и гнойного холангита, служит показанием к неотложной декомпрессии и санации желчевыводящих путей. В группе пациентов с прогрессированием деструктивных изменений в желчном пузыре и явлениями холангита на фоне острого панкреатита методом выбора является выполнение холецистэктомии с дренированием ОЖП [10, 12]. В послеоперационном периоде, вслед за снижением или ликвидацией бактериохолии, последняя обнаруживается вновь у 20-25% пациентов. На экзогенный путь инфицирования через дренаж общего желчного протока указывает изменение микробного пейзажа желчи [9]. Совместное использование лапароскопии и эндоскопических вмешательств позволяет избежать наружного дренирования гепатикохоледоха [12].

У больных с хроническим панкреатитом билиарного генеза, протекающим на фоне холедохолитиаза, первой задачей хирургического лечения является литоэкстракция с целью купирования панкреатобилиарной гипертензии, в связи с чем основной точкой приложения хирургического вмешательства является желчевыводящая система [1]. Показаниями к оперативному лечению позд-

них осложнений панкреонекроза являются признаки внутрипротоковой гипертензии, включающие: болевой синдром, кисты, стриктуры главного панкреатического протока и ОЖП, свищи, вирусангиолиит [26, 27].

При хронических заболеваниях панкреато-билиарной зоны обоснованно применяются операции на большом дуоденальном сосочке: папиллотомия, папиллосфинктеротомия, папиллохоледохо- и папилловирсунгопластика [1]. В настоящее время папиллосфинктеротомия и вирсунготомия эндоскопическим доступом являются наиболее распространенными способами декомпрессии панкреатобилиарной системы [8, 21]. У значимой части пациентов эти вмешательства позволяют добиться устранения обструкции протоковой системы. В ряде случаев рассечение ампулы большого дуоденального сосочка является первым этапом перед следующими вмешательствами: дилатацией стриктур и эндопротезированием протоков, литотрипсией, литоэкстракцией из терминального отдела ОЖП и главного панкреатического протока. По данным большинства авторов, перечисленные методы характеризуются хорошими клиническими результатами, сравнимыми с таковыми при проведении инвазивных хирургических вмешательств, обладают небольшим количеством осложнений (4 - 17%) и малой долей летальных исходов (0,5-1,5%) [11]. При стриктурах терминального отдела ОЖП в зависимости от локализации стриктуры устанавливаются внутрипротоковые стенты или накладываются панкреатикодигестивные и билиодигестивные анастомозы [1].

В лечении больных с хроническим панкреатитом билиарного генеза на фоне холедохолитиаза рекомендуется активно использовать возможности миниинвазивных технологий [19]. В качестве первого вмешательства предлагается применять лапароскопическую холецистэктомию, холедохотомию с литоэкстракцией, а при конкрементах диаметром менее 1 см холедохотомию с литоэкстракцией заменять эндоскопической папиллосфинктеротомией или баллонной дилатацией большого дуоденального сосочка с низведением конкрементов в двенадцатиперстную кишку [1].

Таким образом, проведенный анализ литературы показал, что диагноз билиарного панкреатита требует инструментального и лабораторного подтверждения патогенетических факторов его возникновения. Изучение изменений морфологической картины желчи перспективно для диагностики желчекаменной болезни и её осложнений на ранней стадии, а также открывает новые возможности в своевременной профилактике билиарного панкреатита, определении показаний к выбору методов лечения, их очередности и срокам выполнения. Патогенетически обоснованный

подход к хирургической коррекции протоковой гипертензии, нормализации тока желчи и панкреатического секрета с оптимальными функциональными результатами требует разработки современного алгоритма диагностики и лечения при панкреатите билиарного генеза.

#### Литература:

1. Будзинский, С.А. Ретроградное транспапиллярное стентирование протока поджелудочной железы в комплексном лечении больных хроническим панкреатитом / С.А. Будзинский, А.Г. Мыльников, П.Л. Чернякевич // *Анналы хирургич. гепатологии*. – 2014. – № 1. – С. 40–49.
2. Данилов, М.В. Проблема панкреатобилиарной хирургии: Жизнь со стентом. Взгляд "традиционного хирурга" / М.В. Данилов, В.Г. Зурабиани, Н.Б. Карпова // *Анналы хирургич. гепатологии*. – 2022. – № 1. – С. 84–91.
3. Диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди после холецистэктомии / Ю.С. Винник, Е.В. Серова, С.В. Миллер [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2012. – № 6. – С. 5–9.
4. Дмитриев, А.В. Особенности лечебно-диагностической тактики при билиарном панкреатите // *Совр. пробл. науки и образования*. – 2021. – № 4. – С. 282.
5. Добров, С.Д. Желчная гипертензия у больных хроническим панкреатитом / С.Д. Добров, А.С. Полякевич, Е.М. Блажитко // *Анналы хирургич. гепатологии*. – 2012. – № 4. – С. 49–56.
6. Зайниев А.А., Абдурахмонов Д.Ш., Абролов Ш.Н., Курбаниязова А.З. "Тактика и хирургическое лечение узлового зоба у жителей, проживающих в йододефицитном регионе" *Достижения науки и образования*, no. 1 (55), 2020, pp. 104-110.
7. Котовский, А.Е. Диагностические и лечебные эндоскопические вмешательства при парапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки / А.Е. Котовский, Г.А. Уржумцева, К.Г. Глебов // *Анналы хирургич. гепатологии*. – 2009. – № 1. – С. 68–74.
8. Кубышкин, В.А. Тактика хирургического лечения больных хроническим панкреатитом / В.А. Кубышкин, А.Г. Кригер, И.А. Козлов // *Хирургия*. – 2013. – № 1. – С. 17–24.
9. Попов, А.В. Профилактика вторичного инфицирования желчных путей после наружного дренирования общего желчного протока у больных билиарным панкреатитом / А.В. Попов, Ю.Н. Маслов, Е.Р. Ганеева, А.И. Ершова // *Здоровье семьи – 21 век*. – 2013. – № 2. – С. 152–160.
10. Похабова, Е.Ю. Современный взгляд на неопухолевые стенозирующие поражения БДС – этиология и патогенез, возможности диагностики.

- Систематический обзор / Е.Ю. Похабова, Г.В. Белова // Эксперим. и клинич. гастроэнтерология. – 2012. – № 4. – С. 35–40.
- 11.Ретроградное стентирование желчевыводящих путей при патологии панкреатобилиарной области / И.М. Сайфутдинов, Л.Е. Славин, А.Ф. Галимзянов [и др.] // Казан. мед. журн. – 2013. – Т. 94, № 3. – С. 311–315.
- 12.Упницкий, А.А. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди: общие принципы диагностики и лечения // Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2010. – № 1. – С. 30–34.
- 13.Cavdar, F. Controversial issues in biliary pancreatitis: When should we perform MRCP and ERCP? / F. Cavdar, M. Yildar, G. Telliđlu // Pancreatology. – 2021. – Vol. 14, № 5. – P. 411–414.
- 14.Dindo, D. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey / D. Dindo, N. Demartines, P.A. Clavien // Ann. Surg. – 2004. – Vol. 240, № 2. – P. 205–213.
- 15.Hwang, S.S. Gallstone pancreatitis without cholecystectomy / S.S. Hwang, B.H. Li, P.I. Haigh // JAMA Surg. – 2013. – Vol. 148, № 9. – P. 867–872.
- 16.Kujawski, K. Qualification for endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis and treatment of extrahepaticcholestasis caused by choledocholithiasis / K. Kujawski, M. Stasiak, J. Rysz // Arch. Med. Sci. – 2015. – Vol. 11, № 6. – P. 1213–1216.
- 17.Kulvatunyou, N. Management of acute mild gallstone pancreatitis under acute care surgery: should patients be admitted to the surgery or medicine service? / N. Kulvatunyou, J. Watt, R.S. Friese // Am. J. Surg. – 2014. – Vol. 208, № 6. – P. 981–987.
- 18.Manuel, P.R. Liver function tests and common biliopancreatic channel kinetics - biliopancreatic reflux / P.R. Manuel, P.V. Úrsula, P.M. Fabián // Cirugía Española (English Edition). – 2015. – Vol. 93, №5. – P. 326–333.
- 19.Matsuoka, L. The minimally invasive approach to surgical management of pancreatic diseases / L. Matsuoka, P. Dilip // Gastroenterol. Clin. North Am. – 2020. – Vol. 41, № 1. – P. 77–101.
- 20.Neal, C.P. Surgical therapy in chronic pancreatitis / C.P. Neal, A.R. Dennison, G. Garcea // Minerva Gastroenterol. Dietol. – 2012. – Vol. 58, № 4. – P. 377–400.
- 21.Oza, V.M. Endoscopic management of chronic pancreatitis / V.M. Oza, M. Kahaleh // World J. Gastrointest. Endosc. – 2013. – Vol. 5, № 1. – P. 19–28.
- 22.Plannels, R.M. Biliary pancreatitis. Liver function tests and common biliopancreatic channel kinetics - biliopancreatic reflux / R.M. Plannels, V.Ú. Ponce, M.F. Piero // Cir. Esp. – 2015. – Vol. 93, № 5. – P. 326–333.
- 23.Polistina, F.A. Accuracy of magnetic resonance cholangiography compared to operative endoscopy in detecting biliary stones, a single center experience and review of literature / F.A. Polistina, M. Frego, M. Bisello // World J. Radiol. – 2015. – Vol. 7, № 4. – P. 70–78.
- 24.Rakhmanov, K. E., Kurbaniyazov, Z. B., Davlatov, S. S., Saidmuradov, K. B., Zainiev, A. F., & Abdurakhmanov, D. S. (2013). Treatment of "fresh" injuries of the main biliary tract.
- 25.Suarez, A.L. Sphincter of Oddi manometry: reproducibility of measurements and effect of sphincterotomy in the episod study / A.L. Suarez, Q. Pauls, V. DurkalskiMauldin, P.B. Cotton // J. Neurogastroenterol Motil. – 2016. – Vol. 22, № 3. – P. 477–482.
- 26.Talukdar, R. Pain in chronic pancreatitis: Managing beyond the pancreatic duct / R. Talukdar, D.N. Reddy // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, № 38. – P. 6319–6328.
- 27.Tan, C.L. Single center experience in selecting the laparoscopic Frey procedure for chronic pancreatitis / C.L. Tan, H. Zhang, K.Z. Li // World J. Gastroenterol. – 2022. – Vol. 21, № 44. – P. 12644–12652.
- 28.Tenner, S. American college of gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis / S. Tenner, J. Baillie, J. DeWitt // Am. J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 108, № 9. – P. 1400–1415.
- 29.Valeriu, S. Imaging tests for accurate diagnosis of acute biliary pancreatitis/ S. Valeriu, S. Adrian, D. Dumitrescu // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20, № 44. – P. 16544–16549.
- 30.Zainiev, A. F., O. T. Yunusov, and Z. S. Suyarova. "Results of surgical treatment of patients with nodular goiter." Bulletin of science and education 1, no. 6 (2017): 30.

### **ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Ишанкулов О.А., Зайниев А.Ф.*

**Резюме.** Приведен анализ литературы показавшей, что диагноз билиарного панкреатита требует инструментального и лабораторного подтверждения патогенетических факторов его возникновения. Патогенетически обоснованный подход к хирургической коррекции протоковой гипертензии, нормализации тока желчи и панкреатического секрета с оптимальными функциональными результатами требует разработки современного алгоритма диагностики и лечения при панкреатите билиарного генеза.

**Ключевые слова:** Билиарный панкреатит, хирургическое лечение, миниинвазивные методики.