



А. О. Рейті, О. В. Головін, І. М. Яцик

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика

Лапароскопічна холецистектомія у лікуванні хворих із легким перебігом гострого біліарного панкреатиту

Вступ. Гострий панкреатит – одна з трьох основних причин шпиталізації в гастроентерології [2]. Загальна летальність від гострого панкреатиту низька (1,0–4,0 %), проте зростає в 5–10 разів, якщо перебіг захворювання ускладнюється органною дисфункцією або інфікованим панкреонекрозом [8]. Тому адекватне лікування хворих на гострий панкреатит не перестає бути актуальним клінічним завданням.

Показники захворюваності на гострий панкреатит підвищуються з віком і становлять від 13 до 50 випадків на 100000 населення [7]. Упродовж останніх декількох десятиліть захворюваність на гострий панкреатит зростає. Частково це пояснюється збільшенням кількості хворих на жовчнокам'яну хворобу, яка є найчастішою причиною панкреатиту і становить 27,0–62,0 % усіх випадків [13], оскільки, як відомо, рефлюкс жовчі або підвищений тиск у протоці підшлункової залози в результаті обструкції жовчаними каменями або мікролітіазом ампули Vater(a) спричинює запалення підшлункової залози [6]. Із огляду на місцеві та системні наслідки гострого біліарного панкреатиту (ГБП), діагностика та лікування таких хворих можуть потребувати значних ресурсів [12].

Згідно з клінічними настановами щодо лікування легкої форми ГБП, рекомендовано виконувати холецистектомію впродовж трьох днів після шпиталізації хворого або, якщо це неможливо, впродовж перших трьох тижнів від початку захворювання [15]. Слід зазначити, що лише 23,0 % пацієнтів виконують холецистектомію під час первинної шпиталізації [14].

Опубліковано тільки два рандомізованих дослідження, які порівнюють ранню і відтерміновану холецистектомію у хворих на ГБП, хоча кожне з них мало різну мету [3].

Аргументи проти виконання ранньої холецистектомії ґрунтуються на нібито великих труднощах у результаті набряку підшлункової залози, вищому рівні конверсії

на відкриту операцію та обмежені можливості оцінки ступеня важкості панкреатиту в цей період [9].

Водночас затримка із холецистектомією зумовлювалася рецидивом панкреатиту у 33,0–63,0 % пацієнтів і вищою частотою повторних шпиталізацій (18,0 %) через ускладнення холелітіазу (жовчна колька, холангіт, холедохолітіаз) [4].

Мета дослідження. Порівняти результати ранньої і відтермінованої лапароскопічної холецистектомії у хворих на легкий гострий біліарний панкреатит на підставі оцінки інтра-, ранніх та віддалених наслідків операційного втручання.

Матеріали й методи дослідження. У рандомізований спосіб проаналізовано результати обстеження та лікування у хірургічному відділенні Київської обласної лікарні №1 145 пацієнтів з ГБП (64 жінки та 81 чоловік віком від 18 до 76 років). В усіх пацієнтів діагностовано перший епізод ГБП на підставі міжнародних критеріїв [1]. Біліарний генез панкреатиту підтверджувався візуалізацією конкрементів або біліарного сладжу в жовчному міхурі ультрасонографічно. Важкість панкреатиту визначали за критеріями J. H. C. Ranson [10]. В усіх пацієнтів діагностовано легкий ГБП.

Хворі були стратифіковані на дві групи: основна – 49 хворих (23 жінки та 26 чоловіків віком від 18 до 72 років), яким лапароскопічну холецистектомію проведено впродовж 72 год після ліквідації явищ гострого панкреатиту; група порівняння – 96 хворих (46 жінок і 50 чоловіків віком від 18 до 76 років), яким операційне втручання виконано через 4–8 тижнів після виписування з лікарні.

Протокол дослідження був схвалений комісією з біоетики, відповідно до норм Гельсінкської декларації; інформовану згоду отримано від усіх пацієнтів до початку дослідження.

Статистичне обчислення показників проводили за допомогою стандартних комп'ютерних програм

(Statistica, Version 6, StatSoft, Inc) із визначенням критерію χ^2 К. Пірсона. Різницю вважали вірогідною, якщо $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінено частоту ранніх ускладнень лапароскопічної холецистектомії (зокрема, виникнення біломи; підтікання крові з ложа жовчного міхура або жовчі з жовчних проток; нагноєння троакарної рани), а також необхідність у дрениванні черевної порожнини, застосуванні додаткових інтраопераційних методів діагностики, проведенні конверсії. Визначали кількість пацієнтів, що потребували переведення у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ).

Віддалені ускладнення операційного втручання оцінювали за частотою виникнення холангіту, жовтяниці, печінкової кольки, повторного епізоду панкреатиту, летальністю.

Після проведення ранньої холецистектомії у хворих на ГБП вірогідно частіше виникала необхідність у дрениванні черевної порожнини й застосуванні додаткових інтраопераційних методів діагностики (табл. 1), що було зумовлене важкими анатомічними умовами. У двох випадках треба було застосувати відкрите операційне втручання ($p < 0,05$). Тому, виконуючи лапароскопічну холецистектомію, ми прагнемо чітко дотримуватися принципу CVS (critical-view-of-safety) [5], стандартизованої операційної техніки для позитивної ідентифікації жовчного міхура, міхурової артерії та протоки. Двох пацієнтів ($p < 0,05$) перевели в післяопераційному періоді у ВРІТ через погіршення стану.

Таблиця 1

Частота інтра- і ранніх післяопераційних наслідків у хворих на гострий біліарний панкреатит після лапароскопічної холецистектомії

Ускладнення	Групи обстежених		p
	Основна група (n = 49)	Група порівняння (n = 96)	
1	2	3	4
Білома та підтікання крові з ложа жовчного міхура	2	1	0,2238
Підтікання жовчі з жовчних проток	1	0	0,1602
Нагноєння троакарної рани	1	0	0,1602

Закінчення табл. 1

1	2	3	4
Необхідність дренивання черевної порожнини	18	10	0,0001
Необхідність застосування додаткових інтраопераційних методів діагностики	10	2	0,0002
Необхідність проведення конверсії	2	0	0,0462
Кількість пацієнтів, що перебували у ВРІТ	2	0	0,0462

Якщо у хворих на ГБП перевагу надавали відтермінованій холецистектомії, то у віддаленому післяопераційному періоді істотно збільшувалася ($p < 0,05$) частка хворих із обструкцією позапечінкових жовчних шляхів і рецидивами гострого панкреатиту, який зазвичай перебігає у важкій формі (табл. 2). Отримані результати підтверджують результати мультицентрового рандомізованого дослідження [11].

Таблиця 2

Частота віддалених післяопераційних ускладнень у хворих на гострий біліарний панкреатит після лапароскопічної холецистектомії

Ускладнення	Групи обстежених		p
	Основна група (n = 49)	Група порівняння (n = 96)	
Холангіт	1	2	0,9864
Жовтяниця	2	16	0,0297
Печінкова колька	2	10	0,1903
Легкий гострий панкреатит	3	1	0,0773
Важкий гострий панкреатит	0	8	0,0376
Летальність	0	1	0,4734

Висновки. Рання холецистектомія у хворих із легким перебігом гострого біліарного панкреатиту запобігає рецидиву біліарного панкреатиту й виникненню інших ускладнень жовчнокам'яної хвороби порівняно з відтермінованим операційним втручанням. Водночас така тактика потенційно небезпечніша щодо інтра- і ранніх післяопераційних ускладнень, що вимагає високої кваліфікації оперуючого хірурга і часто додаткового матеріального забезпечення.

Список літератури

1. Banks P. A. Practice guidelines in acute pancreatitis / P. A. Banks, M. L. Freeman // Amer. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 2379–2400.
2. Burden of Gastrointestinal, Liver and Pancreatic Diseases in the United States / A. F. Peery, S. D. Crockett, A. S. Barritt [et al.] // Gastroenterology. – 2015. – Vol. 149. – P. 1731–1741.
3. Early cholecystectomy safely decreases hospital stay in patients with mild gallstone pancreatitis: a randomized prospective study / A. Aboulian, T. Chan, A. Yaghoobian [et al.] // Ann. Surg. – 2010. – Vol. 251. – P. 615–619.
4. Hwang S. S. Gallstone pancreatitis without cholecystectomy / S. S. Hwang, B. H. Li, P. I. Haigh // J. Amer. Med. Assoc. Surg. – 2013. – Vol. 148, N 9. – P. 867–872.

5. Intraoperative assessment of biliary anatomy for prevention of bile duct injury : a review of current and future patient safety interventions / K. T. Buddingh, V. B. Nieuwenhuijs, L. van Buuren [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2011. – Vol. 25. – P. 2449–2461.
6. Jungst C. Gallstone disease: microlithiasis and sludge / C. Jungst, G. A. Kullak-Ublick, D. Jungst // *Best Pract. Res Clin. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 20. – P. 1053–1062.
7. Lowenfels A. B. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology and prognosis / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve, T. Sullivan // *Curr. Gastroenterol. Rep.* – 2009. – Vol. 11. – P. 97–103.
8. Natural history of acute pancreatitis: along term population-based study / P. G. Lankisch, N. Breuer, A. Bruns [et al.] // *Amer. J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 104. – P. 2797–2805.
9. Nealon W. H. Appropriate timing of cholecystectomy in patients, who present with moderate to severe gallstone-associated acute pancreatitis with peripancreatic fluid collections / W. H. Nealon, J. Bawduniak, E. M. Walser // *Ann. Surg.* – 2004. – Vol. 239. – P. 741–749.
10. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis / J. H. C. Ranson, K. M. Rifkind, D. F. Roses [et al.] // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1974. – Vol. 139. – P. 69–81.
11. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicenter and randomized controlled trial / D. W. da Costa, S. A. Bouwense, N. J. Schepers [et al.] // *Lancet.* – 2015. – Vol. 386, N 10000. – P. 1261–1268.
12. Sterile inflammatory response in acute pancreatitis / R. Hoque, A. F. Malik, F. Gorelick [et al.] // *Pancreas.* – 2012. – Vol. 41. – P. 353–357.
13. The epidemiology of idiopathic acute pancreatitis, analysis of the nationwide inpatient sample from 1998 to 2007 / Y. Chen, Y. Zak, T. Hernandez-Boussard [et al.] // *Pancreas.* – 2013. – Vol. 42. – P. 1–5.
14. Timing of cholecystectomy after mild biliary pancreatitis: a systematic review / M. C. Van Baal, M. G. Besselink, O. J. Bakker [et al.] // *Ann. Surg.* – 2012. – Vol. 255. – P. 860–866.
15. Working Party of the British Society of Gastroenterology, Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, Pancreatic Society of Great Britain and Ireland. UK guidelines for the management of acute pancreatitis // *Gut.* – 2005. – Vol. 54, suppl. 3. – P. 1–9.

Стаття надійшла до редакції журналу 25 лютого 2016 р.

Лапароскопічна холецистектомія у лікуванні хворих із легким перебігом гострого біліарного панкреатиту

А. О. Рейті, О. В. Головін, І. М. Яцик

Здійснено оцінку інтра-, ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень у дібраних у рандомізований спосіб 145 пацієнтів, з першим епізодом легкого перебігу гострого біліарного панкреатиту (64 жінки та 81 чоловік віком від 18 до 76 років). Діагноз визначали на підставі міжнародних критеріїв (Banks P. A., Freeman M. L., 2006), біліарний генез панкреатиту підтверджували візуалізацією конкрементів або біліарного сладжу в жовчному міхурі ультрасонографічно, а важкість панкреатиту хворих визначали за критеріями J. H. C. Ranson (1974). Хворих стратифіковано на дві групи: основна (23 жінки та 26 чоловіків віком від 18 до 72 років), яким лапароскопічну холецистектомію проводили впродовж 72 год після ліквідації явищ гострого панкреатиту; група порівняння (46 жінок і 50 чоловіків віком від 18 до 76 років), яким операційне втручання виконали через 4–8 тижнів після виписування з лікарні.

Оцінювали частоту ранніх ускладнень лапароскопічної холецистектомії, а також необхідність у дрениванні черевної порожнини, застосуванні додаткових інтраопераційних методів діагностики, проведенні конверсії.

Після проведення ранньої холецистектомії у хворих на гострий біліарний панкреатит вірогідно частіше виникала необхідність у дрениванні черевної порожнини і застосуванні додаткових інтраопераційних методів діагностики. Тому, виконуючи лапароскопічну холецистектомію, дотримувалися принципу CVS (critical-view-of-safety), стандартизованої операційної техніки для позитивної ідентифікації жовчного міхура, міхурової артерії та протоки. Якщо ж надавали перевагу відтермінованій холецистектомії, то у віддаленому післяопераційному періоді істотно збільшувалася ($p < 0,05$) частка хворих із обструкцією позапечінкових жовчних шляхів і рецидивами гострого панкреатиту, який зазвичай перебігав у важкій формі.

Рання холецистектомія у хворих із легким перебігом гострого біліарного панкреатиту запобігає рецидиву біліарного панкреатиту й виникненню інших ускладнень жовчнокам'яної хвороби порівняно з відтермінованим операційним втручанням. Водночас така тактика потенційно небезпечніша щодо інтра- і ранніх післяопераційних ускладнень, що вимагає високої кваліфікації оперуючого хірурга і часто додаткового матеріального забезпечення.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, біліарний панкреатит, ускладнення лапароскопічної холецистектомії.

Laparoscopic Cholecystectomy in Patients with Mild Acute Biliary Pancreatitis

A. Reiti, A. Golovin, I. Yatsyk

Introduction. Over the last few decades, the incidence of acute pancreatitis is increasing, partly due to the increasing number of patients with cholelithiasis, which is the reason of 27,0-62,0 % of cases. Therefore, an adequate treatment of patients with acute pancreatitis remains a very important clinical problem.

Purpose of the study. To compare the results of early and delayed laparoscopic cholecystectomy in patients with mild acute biliary pancreatitis, based on the assessment of intra-, early and long-term effects of early surgery.

Materials and research methods. To estimate intra-, early and late postoperative complications in a randomized manner were selected 145 patients with a first episode of mild acute biliary pancreatitis (64 women and 81 men aged 18 - 76 years). Diagnosis was established on the basis of the international standards (Banks P. A., Freeman M. L., 2006), biliary pancreatitis genesis was confirmed by the visualization of the calculus or biliary sludge in gallbladder, using ultrasonography and severity of pancreatitis patients was determined by the criteria of J. H. C. Ranson (1974). All the patients were stratified into two groups: 49 patients (23 women and 26 men aged 18 to 72 years) in the group, for which the laparoscopic cholecystectomy was performed within 72 hours after the elimination of the symptoms of acute pancreatitis; 96 patients in comparison group (46 women and 50 men aged 18 - 76 years), for which surgeries were performed in 4-8 weeks after the discharge from the hospital. Statistical indices calculation was performed using a standard software (Statistica, Version 6, StatSoft, Inc) with determination criterion of K. Pearson - χ^2 . The difference was considered significant, when $p < 0.05$.

Results of the investigation and their discussion. The evaluation of the frequency of early complications of laparoscopic cholecystectomy (in particular, biloma; leakage of blood from the bed of the gallbladder or bile from the bile ducts; trocar festering wounds), as well as the need for drainage of the abdominal cavity, intraoperative use of additional diagnosis methods, carrying out the conversion.

After the early cholecystectomy in patients with acute biliary pancreatitis significantly more often occurred the need of drainage in the abdomen and the use of the additional intraoperative diagnosis methods, that was caused by the severe anatomical terms. In two cases, the transition was required to open surgeries ($p < 0.05$). Therefore, performing laparoscopic cholecystectomy was observed the CVS (critical-view-of-safety) principle, standardized operating techniques for positive identification of the gall bladder, cystic duct and artery. Two patients ($p < 0.05$) were transferred in postoperative period into the intensive care unit and needed intensive care due to the deterioration of their condition. If the doctors of the patients gave preference to delayed cholecystectomy, in the remote postoperative period the proportion of the patients with extrahepatic bile duct obstruction and recurrent acute pancreatitis, which ran normally in severe form was significantly increased ($p < 0.05$).

Conclusions. Early cholecystectomy in patients with mild acute biliary pancreatitis prevent the recurrence of biliary pancreatitis and the occurrence of other complications of gallstones diseases, compared with the delayed surgery. However, this tactic is potentially dangerous due to intra- and early postoperative complications, requiring high qualification of operating surgeon and often additional financial support.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, biliary pancreatitis, complications of laparoscopic cholecystectomy.