

**УДК 616.329-089.168.1-071.1**

**Исламов Расулжон Дехканович**

**Кафедра онкологии и медицинской радиологии**

**Андижанский государственный медицинский институт**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Резюме;** В статье описаны особенности клинических проявлений данного заболевания у пожилых лиц, приведены сравнения с клинической симптоматикой панкреатита у лиц среднего возраста.

Показаны различия интенсивности, длительности, локализации болей, частоты симптомов диспепсии у больных билиарном панкреатитом различных возрастных групп. При комплексной оценке показателей качества жизни у больных хроническим панкреатитом пожилого возраста выявлено достоверное ухудшение качества жизни этих лиц по большинству шкал общего (SF-36) и специфического опросников по сравнению с показателями у здоровых лиц.

**Ключевые слова:** билиарный панкреатит, геронтология, клинические проявления, качество жизни, связанное со здоровьем.

**Islamov Rasuljon Dehkanovich**

**Department of Oncology and Medical Radiology**

**Andijan State Medical Institute**

## **DIAGNOSTIC TACTICS OF BILIARY PANCREATITIS**

**Resume:** The article describes the features of the clinical manifestations of this disease in the elderly, and provides comparisons with the clinical symptoms of pancreatitis in middle-aged people.

Differences in the intensity, duration, localization of pain, frequency of symptoms of dyspepsia in patients with biliary pancreatitis of different age groups are shown. A comprehensive assessment of quality of life indicators in elderly patients with chronic pancreatitis revealed a significant deterioration in

the quality of life of these individuals according to most scales of general (SF-36) and specific questionnaires compared with indicators in healthy individuals.

**Keywords:** biliary pancreatitis, gerontology, clinical manifestations, health-related quality of life.

**Актуальность.** В современном мире отмечена устойчивая демографическая тенденция к постарению населения. Доказано, что в течение последних 160 лет ожидаемая продолжительность жизни в экономически развитых странах постепенно увеличивалась со средней скоростью 3 месяца в год [2,6,10].

По прогнозам Организации Объединенных Наций к 2025 году численность людей старше 60 лет превысит 1 миллиард, т.е. 15% всего населения планеты; доля пожилых в мире достигает 16% [4,9,11]. Необходимость создания геронтологии как науки, изучающей закономерности процесса старения живых существ, впервые была высказана И.И. Мечниковым в 1903 году.

У пожилых людей питание носит несбалансированный характер, отмечается злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, прием большого количества лекарственных препаратов, они зачастую страдают хронической сердечной недостаточностью, ожирением, сахарным диабетом, атеросклерозом, которые приводят к нарушению кровоснабжения всех органов, в том числе системы пищеварения, — все это способствует развитию патологии соответствующих отделов [1,5,7].

До настоящего времени практически отсутствуют данные об эпидемиологии, клинической симптоматике, лечении больных пожилого и старческого возраста, страдающих хроническим панкреатитом (ХП) [3,4,8]. В связи с этим значительно возрастает актуальность подобных исследований.

**Цель исследования.** Проанализировать результаты эндобилиарных вмешательств, сформулировать принципы профилактики осложнений эндобилиарных вмешательств.

**Материалы и методы исследования.** Объектом настоящего исследования стал анализ результатов лечения 48 пациентов с протоковыми осложнениями желчнокаменной болезни и блоком на уровне дистальной части общего желчного протока доброкачественной этиологии за период 2022-2023 гг.

Оптимизирована тактика при остром билиарном панкреатите. Доказан положительный клинический и лабораторный эффект выполнения экстренных эндобилиарных вмешательств.

Возможно существенно минимизировать уровень осложнений эндобилиарных вмешательств, используя ряд достаточно простых и легко реализуемых организационных и технологических мер: оптимальная срочность вмешательства, общее обезболивание, применение современных технологий эндогемостаза, использование октреотида и ингибиторов протонной помпы.

**Результаты исследования.** Установлено, что самым частым симптомом острого билиарного панкреатита явилась боль, которая была отмечена у всех без исключения пациентов (100%). Следующими по частоте симптомами были инструментальные и лабораторные признаки билиарной гипертензии (расширение диаметра общего желчного протока при ультразвуковом исследовании более 7мм - в 88,9±3,0%, повышение билирубина более 32 мкмольл - в 84,3±3,5% наблюдений). Клинические и лабораторные признаки панкреатической гипертензии (рвота у 81,5±3,7 % пациентов, и повышение уровня амилазы крови - в 78.7±3,9% случаев). Таким образом, выявление данных симптомов и их сочетание является наиболее частым и типичным для острой блокады большого дуоденального сосочка и как следствие острого билиарного панкреатита.

Выполнение экстренной неканюляционной папиллосфинктеротомии позволило достоверно снизить у пациентов 8 из 9 основных клинических проявлений острого панкреатита. Такие показатели, как частота болевого синдрома ( $t=16$ ,  $p<0.001$ ), неукротимая рвота ( $t=16,7$ ,  $p<0.001$ ), сухость языка ( $t=6,9$ ,  $p<0.001$ ) уменьшились на порядок. Отмечена достоверная положительная динамика ряда лабораторных параметров: снизился лейкоцитоз более 10 тыс. ( $t=2.6$ ,  $p<0.05$ ), амилаземия более 100 у.е. ( $t=3$ ,  $p<0.01$ ), билирубинемия более 32 мкмоль/л ( $t=4,6$ ,  $p<0.001$ ). Данные ультразвукового исследования также выявили положительную динамику - уменьшился отек поджелудочной железы ( $t=3$ ,  $p<0.01$ ) и расширение желчевыводящих протоков ( $t=11,8$ ,  $p<0.001$ ). После выполнения ЭНПСТ мы не имели осложнений, повлекших летальный исход.

Несмотря на то, что все пациенты с вклиненным камнем БДС потенциально относятся к группе риска развития деструктивного панкреатита, из 143 случаев наблюдений, деструктивный процесс в поджелудочной железе развился лишь у одного пациента (0,69%). Болевой синдром как правило купировался на операционном столе. Кровотечения в послеоперационном периоде отмечены в 3,7%. Ретродуоденальная перфорация произошла у одного пациента (0,69%).

Октреотид применили у 37% пациентов, в основном при исходно повышенном уровне амилазы.

В группе пациентов без острой блокады БДС сочетание клинических, инструментальных данных, с наличием гиперамилаземии отмечалось лишь в 17,5% случаев. Давность заболевания до поступления в стационар составила в среднем  $3,6 \pm 1,5$  суток, средний срок от поступления в стационар до выполнения ретроградных вмешательств -  $1,6 \pm 0,2$  суток. Средний уровень общего билирубина до вмешательств составил  $76 \pm 7$  мкмоль/л.

Во всех случаях выполнялась ЭРХПГ. В 77% была выполнена ЭПСТ, из них в 5 случаях - неканюляционная. Механическая экстракция конкремента произведена в 56% случаев, из них в 22% потребовалась механическая литотрипсия. ЭРХПГ в сочетании со стентированием холедоха выполнено в 36% случаев.

Бессимптомная амилаземия после процедуры отмечена в 34% от общего числа вмешательств. Клинические проявления панкреатита (болевого синдром) без сонографического подтверждения отека поджелудочной железы - в 1,8% случаев, и в 3,7 % случаях амилаземия сопровождалась клиническими проявлениями и соответствующей УЗИ-картиной острого панкреатита. Кровотечения в послеоперационном периоде отмечены в 1,8%. Октреотид применили у 67% пациентов. При исследовании динамики уровня амилазы отмечено достоверно более быстрое и значительное снижение амилаземии при применении октреотида, чем без него.

**Вывод.** Экстренная (в течение 1-2 часов) эндоскопическая неканюляционная папиллосфинктеротомия и удаление вклиненного камня имеет выраженный лечебный эффект, что проявляется достоверной положительной динамикой клинических, лабораторных и инструментальных показателей. Методику экстренной ЭПСТ следует использовать во всех лечебных учреждениях, оказывающих неотложную хирургическую помощь.

Возможно существенно минимизировать уровень осложнений эндобилиарных вмешательств, используя ряд достаточно простых и легко реализуемых организационных и технологических мер: оптимальная срочность вмешательства, общее обезболивание, применение современных технологий эндогемостаза, использование октреотида и ингибиторов протонной помпы.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Амеличкин М.А. Эндоскопическая папилэктомия при заболеваниях БДС // Эндоскопическая хирургия. №1-Москва 2009.

2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения // Анналы хирургической гепатологии.Т.12. №2. – 2007.

3. Канаян Р.О., Канаян В.Р. Двадцатилетний анализ осложнений после применения ЭРХПГ, ЭПСТ в МЦ «Эребуни» // Вестник Хирургии Армении им. Г.С.Тамазяна – 2011.

4. Климов А.Е., Малюга В.Ю., Габоян А.С., Иванов В.А., Фёдоров А.Г., Давыдова С.В., Бархударов А.А., Куприн А.А., Новосёлова В.В. Непосредственные и отдалённые результаты хирургического и эндоскопического лечения больных хроническим головчатым панкреатитом // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2011.

5. Кондратенко П.Г., Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Прогнозирование и лечение осложнений транспапиллярных вмешательств // Клинич. хирургия. №7-8. - Донецк 2009.

6. Матвийчук Б.О., Кушнирук А.И., Клецко И.Я., Тумак И.Я. - Комплексная профилактика острого панкреатита после рентгенэндоскопических транспапиллярных вмешательств - Львов, Украина 2013.

7. Толстокоров А. С., Саркисян З. О., Рахнаев Д.Я. Способ профилактики острого панкреатита после выполнении эндоскопической ретроградной панкреатографии – Саратов 2012.

8. Фёдоров А.Г., Давыдова С.В., Климов А.Е. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и способы их профилактики и лечения. Обзор литературы // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – № 3 Москва 2012.

9. Adler D.G., Lichtenstein D., Baron T.H., et al. The role of endoscopy in patients with chronic pancreatitis // Gastrointest Endosc 2009.

10. Brauer B.C., Chen Y.C., Fukami N., Shah R.J. Single-operator EUS-guided cholangiopancreatography for difficult pancreaticobiliary access // GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY - Aurora, Colorado, USA 2009.

11. Moffatt D.C., Coté G.A., Avula H., Watkins J.L., Henry L., Sherman S. Risk factors for ERCP-related complications in patients with pancreas divisum: a retrospective study //GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY - Indianapolis, Indiana, USA; Winnipeg, Manitoba, Canada 2011.