

# Лечение острого холецистопанкреатита конюляцией круглой связки печени

Ё.Б. Ёров, Н.Д. Мухиддинов

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Под нашим наблюдением находились 148 больных с острым холецистопанкреатитом. У 61,3% из них установлены патологические изменения в поджелудочной железе. У 30,7% – острый холецистит сочетался с панкреатитом отёчной формы, в связи с тесной анатомической связью между жёлчным пузырём и поджелудочной железой.

При заболевании этих органов, в зависимости от выраженности патологического процесса, проводилось консервативное или хирургическое лечение. При консервативном лечении, 64 (43,2%) больным под контролем УЗИ произведена конюляция круглой связки печени с введением антибиотиков, спазмолитиков, ингибиторов протеаз. Хирургические вмешательства выполнены 84 (56,7%) больным с проведением лапароскопической холецистэктомии и дренированием сальниковой сумки, брюшной полости и конюляцией круглой связки печени.

При остром холецистопанкреатите различного генеза конюляция круглой связки печени с применением лекарственных смесей и ингибиторов протеаз является наиболее эффективной, так как значительно быстрее купируется болевой синдром, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре.

**Ключевые слова:** острый холецистопанкреатит, конюляция круглой связки печени, лапароскопическая холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки

**Актуальность.** Жёлчный пузырь и поджелудочная железа анатомически и функционально тесно взаимодействуют между собой. Печеночный сок и жёлчь через ампулярную систему фатерова соска и саморегулирующие механизмы выделяются в двенадцатиперстную кишку, выполняя существенную роль в пищеварении. Возникший патологический процесс в одном органе рано или поздно распространяется на соседние органы. Так, холециститы в 85% случаев являются причиной возникновения панкреатитов, а ферменты поджелудочной железы могут вызывать тяжёлые формы ферментативного холециститов [1-3].

Кроме того, диагностические и лечебные аспекты холециститов и панкреатитов определены, а холецистопанкреатиты – меньше всего описаны в литературе, о них недостаточно информирована практическая медицина, не определена тактика ведения и лечение таких больных. Особенно это касается калькулёзного холецистита [4,5]. Удельный вес больных с острым холецистопанкреатитом (ОХП) в стационарах неотложной абдоминальной хирургии составляет до 25% [7].

При холецистопанкреатите симптомы заболевания протекают с проявлениями как холецистита, так и панкреатита. Такая взаимообусловленность связана с особенностями этих органов – единым эмбриогенезом жёлчного пузыря и поджелудочной железы.

Тесные анатомотопографические и физиологические взаимоотношения, общность крово- и лимфообращения, иннервация, эффекты гастроинтестинальных гормонов и других биологически активных веществ, создают условия при возникновении патологического процесса в одном органе и развитие заболевания в другом [6,8].

**Цель исследования.** Сравнительная оценка комплексного лечения острого холецистопанкреатита различного генеза с применением конюляции круглой связки печени.

**Материал и методы.** В отделении общей хирургии ГКБ №5 имени академика К.Т. Таджиева под нашим наблюдением находились 148 больных с острым холецистопанкреатитом (ОХП) калькулёзного и некалькулёзного генеза.

Больным первой группы (n=84) с острым холецистопанкреатитом калькулёзного генеза выполнена лапароскопическая холецистэктомия с конюляцией круглой связки печени. Пациентам второй группы (n=64) с острым холецистопанкреатитом некалькулёзного генеза проведена консервативная терапия с конюляцией круглой связки печени под контролем УЗИ. Женщин было 104 (70,2%), мужчин – 44 (29,8%). Возраст пациентов варьировал от 23 до 82 лет. Данные больных по полу и возрасту приведены в таблице.



ТАБЛИЦА. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

Возраст	Острый холецистопанкреатит %				Всего
	Калькулёзный (n=84)		Некалькулёзный (n=64)		
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
23 – 30	–	4 (2,7%)	–	3 (2,07%)	7 (4,77%)
31 – 40	2 (1,3%)	11 (7,4%)	5 (3,3%)	6 (4,05%)	16 (10,7%)
41-50	6 (4,05%)	19 (12,8%)	7 (4,7%)	12 (8,1%)	44 (29,6%)
51-60	9 (6,08%)	13 (8,7%)	4 (2,7%)	10 (6,7%)	36 (24,3%)
61-70	4 (2,7%)	9 (6,08%)	3 (2,07%)	8 (5,4%)	24 (16,3%)
71 и выше	2 (1,3%)	5 (3,3%)	2 (1,3%)	4 (2,7%)	13 (8,7%)
Итого	23 (15,6%)	61 (41,2%)	21 (14,1%)	43 (29,1%)	100%

Из данных таблицы следует, что наиболее часто встречается ОХП калькулёзного генеза (56,8%) и особенно среди женщин (43,2%). Больным первой группы выполнена лапароскопическая холецистэктомия в срочном и отсроченном порядке. У всех больных этой группы был выявлен деструктивный холецистит с отёчной формой панкреатита. Среди них катаральная форма холецистита установлена у 17 (20,2%) больных, флегмонозная – у 43 (51,1%) и гангренозная форма – у 24 (28,5%).

Всем больным были проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы диагностики – ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости, обзорно-рентгенография грудной полости и диагностическая лапароскопия, которая являлась последним этапом диагностики и начальным этапом хирургического лечения.

**Результаты и их обсуждение.** Лапароскопическое лечение при наличии осложнений у больных с острым холецистопанкреатитом завершилось конверсией.

Пациенты первой группы были прооперированы в зависимости от сроков поступления в стационар после консервативной предоперационной подготовки. До 3 суток от начала заболевания прооперированы 17 (20,2%) больных, до 7 – 42 (50,0%) и после 7 суток от начала заболевания – 23 (27,3%).

Объём оперативных вмешательств заключался в лапароскопическом удалении жёлчного пузыря с дренированием зоны вмешательства и конюляцией круглой связки печени под контролем видеолапароскопии. Интраоперационных осложнений не отмечалось. В послеоперационном периоде через катетер ввели антисекреторные препараты, антибиотики широкого спектра действия в разовой дозе и 0,25% раствор новокаина в количестве 150-200 мл, а также ингибиторы протеаз: контрикал или гордокс по 20000-40000 ЕИК или 100 тыс. ед. Больных выписывали на 4-7 сутки послеоперационного периода.

Длительность послеоперационного периода определялась наличием воспалительного процесса в поджелудочной железе и зоне вмешательства.

У больных второй группы под местной инфильтрационной анестезией 0,5% новокаином, строго по срединной линии живота на 3-4 см выше пупка, под контролем УЗИ производили катетеризацию круглой связки печени. Знание о высокой частоте и определённой последовательности вовлечения в патологический процесс этих органов может существенно помочь клиницистам для проведения правильной диагностической и лечебной тактики. С этих позиций лечение холецистопанкреатитов содержит в себе много общих черт, а если холециститы и панкреатиты возникают как отдельные заболевания, то необходимо иметь в виду вероятность вовлечения в воспалительный процесс рядом расположенный орган.

Терапия проводилась при тщательном клиническом и лабораторном контроле. Больным назначали постельный режим, в течение 3-5 дней голод и холод в эпигастральной области в сочетании с назначением приёма щелочных минеральных вод. Самыми мучительными для больных с острым холецистопанкреатитом являются боль и рвота, требующие неотложной помощи во избежание развития осложнений (коллапса и шока).

Ведущими причинами болевого синдрома считаются спазм сфинктера Одди и повышенное давление в общем протоке поджелудочной железы и холедохе.

Согласно нашим наблюдениям, для купирования болевого синдрома, наиболее эффективным является применение смеси лекарственных препаратов: изотонический раствор 0,9% хлорида натрия – 500 мл, баралгин – 5 мл, димедрол 1% – 1 мл, промедол 2% – 2 мл, атропин 0,1% – 1 мл, папаверин 2% – 2 мл, серноокислая магнезия 25% – 5 мл, новокаин 0,5% – 50 мл, эуфилин 2,4% – 10 мл, аскорбиновая кислота 5% – 5 мл, кокарбоксилаза – 100 мг внутривенно капельно, по 30-40 капель в минуту.



Наряду с этим, через катетер в круглую связку печени вводили ингибиторы протеаз – контрикал или гордокс, по 20000-40000 ЕИК или 100 тыс. ед., антибиотики широкого спектра действия в разовой дозе – цефтриаксон по 1 г через 12 часов, офлоксацин по 0,4 г – через 12 часов и 0,25% раствор новокаина в количестве 150-200мл – 1 раз в сутки.

При рвотах применяли такие препараты как метоклопрамид, церукал, реглан внутривенно или внутримышечно по 5-10 мг 3-4 раза в сутки. При дуоденостазе проводили непрерывную аспирацию кислого желудочного содержимого с помощью тонкого зонда, внутривенно через каждые 8 часов вводился квамател по 20 мг или фамотидин по 20 мг; внутрь – буферные антациды (маалокс, ремегель, фосфолюгель) через каждые 2-3 часа; внутривенно – полиглюкин – 400 мг/сутки, альбумин 10% – 100 мл/сут, глюкоза 50% – 500 мл/сутки. После купирования выраженного болевого синдрома, обычно с 4 дня от начала лечения назначали дробное (4-6 раз в день) питание, щадящую диету (отварное мясо и рыба, варёные овощи, паровой белковый омлет, творог, каши, отвар шиповника, чёрной смородины, фруктовые соки, печёные яблоки). При каждом приёме пищи принимали полиферментные препараты: креон 10000 или по 1-2 капсулы мезима, блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов омез по 20 мг 2 раза в день.

В комплексную терапию необходимо включать иммуномодуляторы (иммунномодес, генон), комплексные препараты витаминов. В период ремиссии заболевания рекомендовали физиотерапевтические и санаторно-курортные методы лечения. В условиях хирургического стационара имеются все условия для лечения больных с острым холецистопанкреатитом различного генеза с проведением комплексного консервативного и хирургического лечения, решая в каждом конкретном случае последовательность и радикальность их использования.

#### Выводы

1. При остром холецистопанкреатите, наряду с консервативной терапией (антибиотики и симптоматические препараты: спазмолитики, ингибиторы протеаз), следует решить вопрос о хирургическом вмешательстве.
2. При остром холецистопанкреатите калькулёзного генеза показана видеолапароскопическая холецистэктомия с консервативным лечением.
3. В комплексе терапии острого холецистопанкреатита некалькулёзного генеза конюляция круглой связки печени под контролем УЗИ и введение лекарственных препаратов через катетер способствуют значительно быстрее купировать приступ холецистопанкреатита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит / С.Ф.Багненко, А.А.Курыгин, Н.В.Рухляда [и др.] // – С.П. «Питер». – 2000. – 403с.
2. Борисов А.Е. Современное состояние проблемы лечения острого холецистита / А.Е.Борисов, В.П.Земляной, Л.А.Левин [и др.] // Вестник хирургии. – 2011. – №6. – С. 92-95.
3. Дигтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И.Дигтярева, И.М.Берипник // – М.: МИЛ. – 2004. – 613с.
4. Дудченко М.А. Холецистит / М.А.Дудченко // – 2011. – 146с.
5. Малоштан А.В. Лапароскопические технологии в билиарной хирургии / А.В.Малоштан, В.В.Бойко, А.М.Тищенко [и др.] – Харьков. – 2009. – 356 с.
6. Мичитайло М.Е. Минимально инвазивная хирургия патологии жёлчных протоков / М.Е.Мичитайло, В.В.Грубник, А.В.Скумс // – Харьков. – 2005. – 442с.
7. Василевич А.П. Хирургическая тактика при остром холецистопанкреатите / А.П.Василевич [и др.] // Материалы XXI Пленума правления общества белорусских хирургов. – Минск. –1997. – 390с.
8. Williams O.L. Selective operative cholangiography and perioperative emlo-hopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy 1 viable option for choledocholithiasis / O.L.Williams, K.D.Vellacot // Surg. Endosc. – 2002. – Vol.16. – №3. – P. 465-467.





# Summary

## Treatment of acute cholecystopancreatitis by cannulation of round ligament of liver

Yo.B. Yorov, N.D. Muhiddinov

Chair of General Surgery №1 Avicenna TSMU

Under observation were 148 patients with acute cholecystopancreatitis. In 61,3% of these pathological changes found in the pancreas, and in 38,7% - acute cholecystitis combined with pancreatitis edematous type, due to the close relationship between the gallbladder and pancreas.

Depending on the severity of pathological process in these organs the conservative or surgical treatment was performed. In conservative therapy for 64 (43,2%) patients under ultrasound cannulation of round ligament of liver with the introduction of antibiotics, antispasmodics, protease inhibitors was performed. Surgical procedures were performed for 84 (56,7%) patients who had undergone to laparoscopic cholecystectomy and drainage of omental bursa, abdominal cavity and cannulation of round ligament of liver.

In the condition of surgical hospital in all types of acute cholecystopancreatitis cannulation of round ligament of liver using mixtures of drugs and protease inhibitors is the most effective, as it is much faster release the pain, shortening the time of hospitalization.

**Key words:** acute cholecystopancreatitis, cannulation of round ligament of liver, laparoscopic cholecystectomy, drainage of omental bursa

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич –  
ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33  
E-mail: nuridd@mail.ru