

ХІРУРГІЯ

УДК 616.37-002-036.12-036.65-089.819

В.В. Бойко, І.А. Кулик, В.Г. Грома, С.А. Павличенко*, О.В. Шадрін*
*Харківський національний медичний університет
ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України», м. Харків
*КЗОЗ «Харківська міська лікарня швидкої та невідкладної
медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова»*

ЕНДОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО ПАНКРЕАТИТУ

Представлені результати обстеження і хірургічного лікування 62 хворих (41 чоловіка і 21 жінки) у віці від 21 до 80 років, які перебували на лікуванні в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України» та КЗОЗ «Харківська міська лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова» з приводу хронічного рецидивуючого панкреатиту. Показаннями для виконання ендоскопічних транспаплярних втручань був псевдотуморозний панкреатит, ускладнений механічною жовтяницею, псевдокісти за наявності зв'язку з головною панкреатичною протокою, протоковий панкреатит з больовим синдромом, вірсунголітіаз, вірсунгорагія. Летальності, пов'язаної з виконаними ендоскопічними втручаннями, не відмічено. Це дозволило зробити висновок, що ендоскопічні втручання повинні стати основним етапом лікування пацієнтів з хронічним рецидивуючим панкреатитом.

Ключові слова: хронічний рецидивуючий панкреатит, ендоскопічні втручання.

Хронічний панкреатит (ХП) за поширеністю, ростом захворюваності, тимчасової непрацездатності та інвалідизації є важливою соціально-економічною проблемою. У структурі захворювань органів шлунково-кишкового тракту він становить від 5,1 до 9,0 %, а в загальній клінічній практиці – від 0,2 до 0,6 % [1, 2].

За останні 30 років відмічена загальносвітова тенденція до збільшення захворюваності гострим і хронічним панкреатитом більше ніж у 2 рази [2–4]. В Україні відмічений більш інтенсивний рівень зростання захворюваності на ХП як серед дорослого [1], так і дитячого населення [4–6]. Поширеність ХП у дітей становить 9–25 випадків [5–7], у дорослих – 27,4–50,0 випадків на 100 тис. населення [2].

Зазвичай ХП розвивається у осіб працездатного віку (35–50 років). У розвинених країнах ХП помітно «помолодшав»: середній вік з моменту встановлення діагнозу знизився з 50 до 39 років, серед захворілих на 30 % збільшилася частка жінок [8]; первинна інвалідизація хворих сягає 15 % [9].

Летальність після первинного встановлення діагнозу ХП становить до 20 % протягом перших 10 років і більше 50 % – через 20 років [10, 11], що в середньому 11,9 % [3]. 15–20 % хворих з ХП гинуть від ускладнень, пов'язаних з атаками панкреатиту, інші – внаслідок вторинних порушень травлення та інфекційних ускладнень [12]. Частота ХП, за даними аутопсії, варіює від 0,01 до 5,4 %, складаючи в середньому 0,3–0,4 % [4, 9, 13].

© В.В. Бойко, І.А. Кулик, В.Г. Грома та ін., 2013

Елементи патогенезу не ясні до цих пір. Можливо, це зумовлено безліччю етіологічних факторів розвитку панкреатиту, частина з яких має різні патогенетичні особливості, без урахування яких висувалися і спростовувалися гіпотези. Більшість існуючих теорій мають багато загальних елементів, розрізняючись окремими аспектами патогенезу. Багатьма дослідниками визнається патогенетичне значення внутрішньопротокової гіпертензії та інтрадуктальних білково-кальцієвих преципітатів, проте механізми їх розвитку, на думку різних авторів, розрізняються.

В даний час ендоскопічне лікування відіграє одну з провідних ролей у лікуванні панкреатиту, маючи широкий спектр можливостей для лікувального впливу – ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), дилатація стриктур і ендопротезування проток, видалення холедохоцеле, літотрипсія і літоекстракція з термінального відділу холедоха і головної панкреатичної протоки (ГПП). Перераховані методи характеризуються хорошими клінічними результатами, порівнянними з такими при проведенні інвазивних оперативних втручань [6, 7].

При встановленні біліарної етіології панкреатиту (камені позапечінокових жовчних проток, стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) та термінального відділу холедоха (ТВХ) хворому показано виконання ЕПСТ. Для її проведення використовуються діатермічні ножі, джерела високочастотного струму й інші інструменти для черезпапілярних операцій. В останні роки з'явилися відомості про ефективність ендоскопічної резекції ВСДК (ампулектомії) як альтернативи об'ємним хірургічним втручанням при м'якотканинних утвореннях ВСДК, які є однією з можливих причин ХП.

Ендоскопічне лікування показано при розвитку стриктури і конкрементах ГПП. При стриктурах, викликаних запальними та рубцевими змінами тканин ПЗ, проводиться стентування строком від 2 до 6 міс, у разі неможливості встановлення стента спочатку проводять балонну дилатацію стриктури з наступним встановленням стента протеза [3, 5, 8]. При конкрементах ГПП проводиться ЕПСТ з можливою спробою літоекстракції. Є дані про успішне видалення панкреатичних конкрементів після ЕПСТ – від 27 до 100 % [10, 11]. Розроблено комплексний

підхід до ендоскопічного лікування панкреатогенних псевдокіст.

Торакоскопічна спланхнотомія – одна з досить нових малоінвазивних методик. Методика виявилася ефективною при купуванні вираженого больового абдомінального синдрому у хворих на ХП [10]. У більшості пацієнтів, підданих торакоскопічній спланхнотомії, вдалося позбутися або зменшити добові дози опіатів, істотно підвищивши при цьому якість життя [9, 14].

У сучасній науковій літературі активно обговорюється роль ендоскопічного дренивання і літоекстракції в лікуванні калькульозного ХП як альтернативи дренирующим операціям. У той же час відмічається недостатня кількість порівняльних досліджень ендоскопічних і хірургічних методик лікування ХП. Як і раніше, залишаються невирішеними тактичні підходи в лікуванні кістозних утворень ПЗ: немає чітких показань до застосування мініінвазивних технологій, не визначені критерії вибору адекватного обсягу лапаротомних втручань. Тому вибір способу операції при кістах ПЗ, як і раніше, залишається актуальним з позиції етіології захворювання, локалізації та розмірів кісти, морфофункціональних змін тканин залози, стану її протокової системи. Суперечливі дані публікованих робіт, відсутність порівняльної оцінки методів хірургічного та ендоскопічного лікування обумовлюють необхідність ретельного вивчення безпосередніх та віддалених результатів найбільш перспективних видів операцій.

Матеріал і методи. Представлені результати обстеження і хірургічного лікування 62 хворих, які перебували на лікуванні з приводу хронічного рецидивуючого панкреатиту у відділеннях ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України» та КЗОЗ «Харківська міська лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова», в лікуванні яких використовувалися ендоскопічні втручання. Показаннями для виконання транспапілярних втручань був псевдотуморозний панкреатит, ускладнений механічною жовтяницею, псевдокісти за наявності зв'язку з ГПП, протоковий панкреатит з больовим синдромом, вірсунголітіаз, вірсунгорагія. У досліджуваній групі були 41 чоловік і 21 жінка у віці від 21 до 80 років. Анамнестично напади гострого панкреатиту

з болями в епігастрії при стаціонарному лікуванні виявлені у 60 (96,8 %) пацієнтів. Всі пацієнти з тривалим анамнезом неодноразово лікувалися стаціонарно з діагнозом гострий панкреатит і хронічний панкреатит. Лише у 4 хворих, що надійшли в клініку, вперше виявлені хронічні зміни підшлункової залози. У 42 (67,8 %) пацієнтів виявлявся обтяжуючий алкогольний анамнез.

Основними методами обстеження хворих були: збір анамнезу, огляд і оцінка супутньої патології, клінічний і біохімічний аналізи крові, визначення рівня онкомаркерів СА-19-9 у сироватці крові, визначення експресії загальнолейкоцитарних і активаційних маркерів лімфоцитів у периферійній крові (CD3, CD4, CD8 та HLA-DR), езофагогастроуденоскопія, УЗД у динаміці, КТ, МРТ, ЕРХПГ і черезшкірна тонкогolgкова тканинна біопсія під контролем УЗД за потребою.

Клінічні та лабораторні ознаки механічної жовтяниці відмічені у 21 (33,8 %) пацієнта. Крім того, у 13 (20,9 %) пацієнтів ознаки механічної жовтяниці виявлені анамнестично.

Ознаки гострого панкреатиту за клінічними, лабораторними та інструментальними даними на момент надходження пацієнтів виявлені у 48 (77,4 %) пацієнтів. Супутня патологія відмічена у 22 хворих (35,5 %). При цьому у 8 (12,9 %) з них виявлено два супутніх захворювання і більше. Розподіл пацієнтів за тяжкістю супутньої патології проводили у відповідності до шкали ASA. Як показав аналіз, хворі з тяжкою супутньою патологією (III і IV клас ASA) становили 27,8 % пацієнтів.

Аналіз причин розвитку ураження ПЗ свідчив про переважання зловживання алкоголем як провідного етіологічного чинника розвитку і прогресування хронічного панкреатиту та його ускладнень, а також як пускового моменту для виникнення гострої атаки панкреатиту, в тому числі й некротизуючого.

Результати та їх обговорення. Всім пацієнтам досліджуваної групи з приводу хронічного рецидивуючого панкреатиту виконані ендоскопічні транспаплярні втручання. Всього виконано 219 втручань у 62 хворих. Виконано 58 ЕПСТ у 56 пацієнтів. У один етап ЕПСТ проведена 53 (85,5 %) пацієнтам. Виконання ЕПСТ у два етапи знадобилося у 3 (4,8 %) пацієнтів. Всього повторне розсікан-

ня в подальшому було потрібно у 9 пацієнтів для виконання балонної дилатації стриктур та ендопротезування жовчних проток і проток підшлункової залози.

Проведення ЕПСТ не знадобилося 6 пацієнтам досліджуваної групи, всім їм раніше виконана адекватна ЕПСТ.

Супутня вірсунготомія (ВТ) проведена у 24 (38,7 %) пацієнтів. При цьому ВТ у 9 хворих стала основним доступом у ГПП для виконання подальших втручань в обсязі балонної дилатації, ендопротезування ГПП, цистоназального і назопанкреатичного дренивання. У 4 пацієнтів ВТ виконувалася для поліпшення дренивання ГПП і в 1 хворого з хронічним панкреатитом – з метою канюляції і контрастування ГПП через виражені рубцеві зміни тканин ВСДК. Ознаками стенозу гирла ГПП вважали: розміри гирла менше 1 мм з утрудненням проведення через нього інструменту, панкреатикоектазію більше 5 мм в голівці залози з уповільненням евакуації контрастної речовини з ГПП більше 10 хв, а також наявність щільних рубцевих тканин у гирлі ГПП після виконання ЕПСТ. Вірсунготомію проводили також у разі розташування гирла ГПП в краї розрізу після ЕПСТ (у 6 пацієнтів), тому що як вважали, що розвивається посттравматичний набряк тканин ВСДК, який може викликати здавлення гирла протоки і спровокувати розвиток панкреатиту. Вірсунготомія також була виконана 6 пацієнтам з пухлинною обструкцією. Показанням до виконання ВТ була неможливість селективної канюляції жовчних проток, а надсичення по гирлу ГПП дозволило виявити в подальшому гирло холедоха. Довжина розрізу при ВТ у нашому спостереженні дорівнювала від 4 до 12 мм і відповідала довжині інтрамуральної частини ГПП. Після виконання адекватної ВТ у всіх випадках відмічалися надходження світлої опалесцюючої рідини з ГПП і швидка евакуація контрастної речовини (менше 5 хв) з просвіту протоки, за даними рентгеноскопії.

Після виконання ЕПСТ у 16 хворих проведена біопсія тканин ВСДК та термінального відділу холедоха. При цьому морфологічні ознаки аденоматозу або аденоміоза виявлені в 4 випадках, тубулярної аденоми – у 3 пацієнтів. У всіх інших випадках відмічався виражений фіброз тканин ВСДК і ТВХ.

Балонна дилатація термінального та інтрапанкреатичного відділів жовчних проток виконана 3 пацієнтам, різних відділів ГПП і санторинієвої протоки – 17 хворим. Всього виконано 43 сеанси балонної дилатації жовчних проток і протоків підшлункової залози у 31 пацієнта (50 %). Основними показаннями для виконання дилатації були: наявність біліарної або панкреатичної стриктури, а також полегшення проведення ендопротезів та дренажів у протоки. Всього дренажальні втручання виконані у 42 випадках: назопанкреатичне дренивання проведено 7 хворим, цистоназальне дренивання – 6 пацієнтам, біліарне ендопротезування – 14 хворим, панкреатичне ендопротезування – 15 пацієнтам.

Виконано 45 біліарних ендопротезувань у 14 пацієнтів, у всіх випадках досягнутий позитивний результат – купіювання клінічних і лабораторних ознак механічної жовтяниці.

У післяопераційному періоді всім пацієнтам в обов'язковому порядку проводили інтенсивну інфузійну терапію, застосовували розроблені схеми антиоксидантної, мембраностабілізуючої, імунокоригуючої терапії і антибіотикотерапії.

Застосування цистоназального дренивання привело до зменшення порожнини кісти або повного її спадіння у 5 пацієнтів. Використання панкреатичного стентування привело до поліпшення стану пацієнтів і нормалізації лабораторних показників у всіх хворих, у тому числі у 1 пацієнта – до загоєння зовнішньої панкреатичної нориці. В усіх випадках біліарного стентування у пацієнтів даної групи досягнутий позитивний результат – купіювання клінічних і лабораторних ознак механічної жовтяниці.

Список літератури

1. *Калинин А. В.* Хронический панкреатит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика : метод. рекомендации / А. В. Калинин. – М., 1999. – 45 с.
2. Chronic pancreatitis caused by an autoimmune pancreatitis. Proposal of the concept of autoimmune pancreatitis / K. Yoshida, F. Toki, T. Takeuchi [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* – 2005. – V. 40. – P. 1561–1568.
3. *Кокуева О. В.* Лечение хронического панкреатита / О. В. Кокуева // *Клин. медицина.* – 1999. – № 8. – С. 41–46.
4. Rabeprazole 10 mg is equivalent to esomeprazole 20 mg in control of gastric pH in healthy volunteers / K. Baisley, B. Tejura, A. Morocutti [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2001. – V. 96. – P. 148.
5. *Гребенев А. Л.* Хронические панкреатиты : руководство по гастроэнтерологии / А. Л. Гребенев / под ред. Ф. И. Комарова, А. Л. Гребенева. – М. : Медицина, 1996. – Т. 3. – С. 81–112.

Летальності, пов'язаної з виконаними ендоскопічними втручаннями, не відмічено. Це дозволяє дійти висновку, що ендоскопічні втручання повинні стати основним етапом лікування пацієнтів з хронічним рецидивуючим панкреатитом. Виконання ендоскопічних транспапільярних втручань супроводжувалося позитивним клінічним ефектом у переважній кількості спостережень.

Висновки

Ендоскопічні транспапільярні втручання при хронічному панкреатиті складні, часто багатоетапні і вимагають певної кваліфікації; для їх проведення потрібна складна апаратура і набір спеціальних інструментів, анестезіологічне забезпечення. Для остаточної оцінки ролі ендоскопічних втручань при панкреатиті необхідне проведення подальших досліджень, що включають порівняльну оцінку. Отримані дані показали, що ендоскопічні транспапільярні втручання при хронічному панкреатиті дозволяють, з одного боку, діагностувати зміни з боку протокової системи (стриктури, наявність протокової гіпертензії, конкрементів, зв'язок кісти з протоковою системою), а з іншого – ліквідувати явища протокової гіпертензії з відновленням адекватного відтоку панкреатичного соку, жовчі, виконати внутрішнє дренивання псевдокісти, зменшити больовий синдром. Подальше вдосконалення техніки виконання ендоскопічних транспапільярних операцій, поява нових інструментів і методик втручань дозволять скоротити до мінімуму інвазивність втручання і підвищити результативність ендоскопічних операцій в технічно і тактично складних ситуаціях.

6. *Губергриц Н. Б.* Клиническая панкреатология / Н. Б. Губергриц, Т. Н. Христин. – Донецк : ООО «Лебедь», 2000. – 416 с.
7. *Комаров Ф. И.* Отечественная гастроэнтерология: прошлое, настоящее, будущее / Ф. И. Комаров, В. Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. – 1997. – № 6. – С. 6–10.
8. *Мишушкин О. Н.* Хронический панкреатит / О. Н. Мишушкин // Кремлевская медицина. – 1998. – № 4. – С. 24–28.
9. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А. А. Шалимов, В. В. Грубник, Дж. Горовиц и др. – К. : Здоров'я, 2000. – 255 с.
10. Некоторые вопросы эпидемиологии хронического панкреатита И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Ю. А. Кучерявый [и др.] // Клинико-эпидемиологические и этноэкологические проблемы заболеваний органов пищеварения : Материалы Третьей Восточно-Сибирской гастроэнтерологической конференции / под ред. проф. В. В. Цуканова. – Красноярск, 2003. – С. 49–52.
11. *Минько А. Б.* Комплексная лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы // А. Б. Минько, В. С. Пручанский, Л. И. Корытова. – СПб. : Гиппократ, 2001. – 134 с.
12. *Arcidiacono P. G.* Celiac plexus neurolysis / P. G. Arcidiacono, M. Rossi // JOP. J. Pancreas. – 2004. – V. 5 (4). – P. 315–321.
13. *Пальцев А. И.* Хронический панкреатит / А. И. Пальцев. – Новосибирск, 2000. – 106 с.
14. *Симаненков В. И.* Возвращаясь к проблеме хронического панкреатита / В. И. Симаненков, Г. Ю. Кнорринг // Клини. медицина. – 2001. – № 10. – С. 54–59.

В.В. Бойко, И.А. Кулик, В.Г. Грома, С.А. Павличенко, О.В. Шадрин
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Представлены результаты обследования и хирургического лечения 62 больных (41 мужчины и 21 женщины в возрасте от 21 до 80 лет), находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» и КУОЗ «Харьковская городская больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова» по поводу хронического рецидивирующего панкреатита. Показаниями для выполнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств был псевдотуморозный панкреатит, осложненный механической желтухой, псевдокисты при наличии связи с вирусным протоком, протоковый панкреатит с болевым синдромом, вируснолитиаз, вирусногеморагия. Летальности, связанной с выполненными эндоскопическими вмешательствами, не отмечено. Это позволило сделать вывод, что эндоскопические вмешательства должны стать основным этапом лечения пациентов с хроническим рецидивирующим панкреатитом.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий панкреатит, эндоскопические вмешательства.

V.V. Boyko, I.A. Kulyk, V.G. Groma, S.A. Pavlichenko, O.V. Shadrin

ENDOSCOPIC INTERVENTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT PANCREATITIS

The results of the examination and surgical treatment of 62 patients (41 men and 21 women aged from 21 to 80 years) who were treated at the «Institute of General and Emergency Surgery of NAMN of Ukraine» and «Kharkiv city hospital emergency medical care behalf of prof. A.I. Meshchaninov» for chronic relapsing pancreatitis. The indications for performing endoscopic intervention was transpapillary pseudotumor pancreatitis complicated by obstructive jaundice, pseudocyst due to the presence of Wirsung duct, pancreatitis with ductal pain, viruscolitias, virushemorrhage. Mortality associated with endoscopic interventions were observed. This led to the conclusion that endoscopic intervention should be a major step in the treatment of patients with chronic relapsing pancreatitis.

Key words: chronic recurrent pancreatitis, endoscopic intervention.

Поступила 27.03.13