

УДК 616.37-002.2-07:616.37-008

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Зубков О.Б., Запороженко Б.С., Снісаренко А.В., Васильєв А.О., Кочкарєв О.В.

Одеський державний медичний університет, Миська клінічна лікарня №11

Сучасною тенденцією в хірургії такого поширеного захворювання, яким є хронічний панкреатит стали малоінвазивні втручання. Завдяки своїм перевагам перед класичними хірургічними операціями вони набули досить широкого розповсюдження. Одним з перспективних методів лікування хронічного панкреатиту є пломбування протоків підшлункової залози спеціальною композицією, що спінюється. Досвід лікування 8 хворих на хронічний панкреатит за допомогою цієї методики показав, що задовільні результати такого втручання можна очікувати тільки за умов пригнічення зовнішньосекреторної функції залози на тлі відповідних фіброзно-склеротичних змін її паренхіми. Іншою сучасною методикою хірургічного втручання при хронічному панкреатиті, що усуває один з головних патогенетичних механізмів його виникнення, є ендоскопічна вірсунготомія. Володіючи всіма перевагами неопераційного інструментального втручання, ендоскопічна вірсунготомія дозволяє усунути стеноз довжиною до 1 см з мінімальною кількістю ускладнень і відсутністю летальності. Поліпшення після ендоскопічного втручання відзначили 85,7% хворих, що приблизно відповідає віддаленим результатам трансдуоденальних втручань. Таким чином, вважаємо за необхідне рекомендувати застосування ендоскопічної вірсунготомії в клініках, що мають великий досвід ендоскопічних втручань на великому дуоденальному сосочку.

Ключові слова: хронічний панкреатит; хірургічне лікування; пломбування панкреатичних протоків; ендоскопічна вірсунготомія.

Хронічний панкреатит (ХП) – захворювання, поширеність якого останнім часом неухильно підвищується, в тому числі серед людей молодого та зрілого віку, які складають працездатну частину населення. В літературі немає точних статистичних даних щодо частоти захворюваності на ХП. Багато дослідників вважає, що він зустрічається набагато частіше, ніж діагностується.

Проблема ХП стала особливо актуальною в останні роки у зв'язку з удосконаленням методів діагностики та лікування цієї патології. Незважаючи на значний прогрес у вивченні ХП, багато питань ще залишається нерозв'язаними. Серед цих питань – проблема малоінвазивних хірургічних втручань при ХП.

Мета цієї роботи – удосконалення методів хірургічного лікування ХП, зокрема, малоінвазивних втручань, на основі глибокого вивчення морфофункціональних змін підшлункової залози та даних клінічного спостереження хворих на цю патологію. Серед різних варіантів малоінвазивних втручань розглядаються пломбування протоків підшлункової залози та ендоскопічна вірсунготомія.

Зміст теми

Різноманітні втручання, що базуються на пломбуванні протоків підшлункової залози, стали використовуватися впродовж останнього десятиріччя як самостійне втручання і як фрагмент інших операцій.

У нас під спостереженням знаходилися 28 хворих ХП, у яких було ймовірним виконання пломбування протоків підшлункової залози, із них операція була зроблена у 8 хворих. Оклюзія протокової системи здійснювалася композицією, що спінюється, розробленою Всесоюзним науково-дослідним і випробним інститутом медичної

техніки. Пломбувальна композиція вводилася шприцом через катетер, встановлений у головній панкреатичній протоці з боку 12-палої кишки, чи через зовнішню панкреатичну норичку – антеградне пломбування (у 5 випадках). У 3 випадках виконувалося ретроградне пломбування панкреатичних протоків після дистальної резекції залози. Обов'язковою умовою такого пломбування є роздільне впадіння в 12-палу кишку головної панкреатичної й загальної жовчної протоків, щоб запобігти заповненню пломбувальною композицією жовчних шляхів.

Перші спроби пломбування без обліку зовнішньосекреторної функції підшлункової залози супроводжувалися важкими післяопераційними ускладненнями і, незважаючи на виконання всіх методичних вказівок пломбування, у 3 хворих у післяопераційному періоді розвився важкий панкреатит, що вимагав комплексної терапії у реанімаційному відділенні. У 2 із цих спостережень у зв'язку з некрозом і формуванням абсцесу в області запломбованого хвоста залози, виникла необхідність у повторних втручаннях для санації. Однак у зв'язку з поширенням гнійно-некротичного процесу по заочеревинній клітковині хворі померли. Імовірно, одним із факторів, що призвів до настільки важкого ускладнення була збережена, а, можливо, навіть підвищена секреція підшлункової залози.

Вважаємо за необхідне підкреслити, що в групі хворих, яким пломбування проводилося вже з урахуванням стану зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, тільки у двох випадках у післяопераційному періоді відзначені підвищення активності амілази в крові без клінічних проявів панкреатиту. В інших спостереженнях ускладнень після оклюзії не виявлено. Непоганими були і результати у віддаленому періоді: у

4 хворих больовий синдром був відсутній взагалі, незважаючи на розширення дієти, а в 2 відзначалися нечасті рецидиви болю, пов'язані з погіршеннями в дієті. Динамічне УЗ-дослідження залози після пломбування, що проводилося в 5 випадках, патології не виявило.

Ендоскопічні втручання відкривають нові широкі можливості, що дозволяють розраховувати на значне поліпшення результатів лікування хірургічних захворювань підшлункової залози [1-3].

Методика вірсунготомії аналогічна такій при ендоскопічній папілосфінктеротомії (ЕПСТ) і, як правило, є одним із фрагментів зазначеної процедури. Особливістю розсічення устя панкреатичної протоки є використання діатермічних петель з більш короткою діатермічною струною і, отже, меншим діаметром петлі в натягнутому положенні. Це полегшує селективне розсічення устя вірсунгової протоки. У більшості випадків для оголення останньої потрібне проведення ЕПСТ за звичайною методикою, і лише після цього стає можливим розсічення перегородки між жовчною й панкреатичною протоками, що і є суттю вірсунготомії. Підготовка до втручання й ведення хворих такі самі, як і при ЕПСТ.

Під спостереженням знаходилося 58 чоловік, у яких підставою до виконання ендоскопічних процедур стали явища хронічного біліарного панкреатиту. З цієї кількості 25 чоловік раніше перенесли різні оперативні втручання із приводу хронічного панкреатиту. У 8 пацієнтів слідом за проведенням ендоскопічних процедур були оперативні втручання (у дослідженні - холецистектомія). При обстеженні хворих оцінили зовнішній вигляд великого дуоденального соска (ВДС), дані інструментальної пальпації, можливість і технічні умови катетеризації соска, а також рентгенологічні дані.

Особливий інтерес представляє група хворих з 23 чоловік, раніше оперованих із приводу хронічного панкреатиту. Особливо це стосується операції на жовчовивідних шляхах, оскільки саме ці хворі, з огляду на складність патології, складають значну частину пацієнтів із стенозом устя головної панкреатичної протоки. Ретроспективний аналіз захворювання дозволяє припустити, що в більшості хворих стеноз устя протоки вже мав місце до першого хірургічного втручання і не був коригований, тобто виконання раніше операції не було адекватним з погляду відновлення прохідності панкреатичної протоки.

Слід зазначити, що не у всіх хворих при первинному втручанні на ВДС вдається виконати вірсунготомію під час першої процедури. Так, у дослідженні з 25 хворих, первинно підданих ендоскопічному втручанню на ВДС, у 5 (20%) вірсунготомія в ході першої процедури не вдалася. Це було пов'язано з виникненням кровотечі (у двох випадках) і невеликими розмірами соска й

ампули, де після розсічення соска травмовані тканини останнього не дозволяли знайти звужене устя головної панкреатичної протоки. Причому у всіх випадках після розсічення соска вдавалося катетеризувати загальну жовчну протоку, у той час як спроби виявити протоки підшлункової залози були марними. У зазначених випадках, коли перші спроби катетеризації вірсунгової протоки не призводять до успіху, не рекомендуємо продовжувати наполегливі спроби бужування, оскільки це призводить до зайвої травми тканин і підвищує ризик виникнення важких ускладнень. У той же час, при повторних процедурах через 1,5-2 тижні, коли проходять запально-інфільтративні зміни, катетеризація вірсунгової протоки і розсічення її вже не представляє таких технічних труднощів, у чому була можливість переконатися і на прикладі хворих.

У групі 58 хворих із хронічним панкреатитом після ендоскопічних операцій летальних випадків не було. Традиційні для подібного роду втручань ускладнення - кровотеча і гострий панкреатит - виявили відповідно у 4 (5,4%) і 11 (18,9%) хворих. Як вже вказували, кровотечі, що виникали, звичайно, на етапі розсічення ВДС, перешкоджали продовженню втручання, що призводило до необхідності розділяти процедуру на два етапи. Разом із тим, кровотечі хворих не мали профузного характеру, і гемостаз здійснювався у ході втручання шляхом електрокоагуляції.

У 10 чоловік після вірсунготомії з'явилися явища гострого панкреатиту. Через 4-6 год. після процедури на тлі больового синдрому з'явилися високі показники амілази крові, в одного хворого виникло повторне блювання. Однак у жодному з випадків не було діагностовано деструктивних форм захворювання. У переважній більшості випадків картина панкреатиту була ліквідована протягом двох діб консервативними заходами в умовах загальнохірургічного відділення. Стихання клінічних симптомів відповідало динаміці зниження рівня панкреатичних ферментів у сироватці крові. Будь-яких інших ускладнень, пов'язаних з ендоскопічною вірсунготомією, не відзначили.

Таким чином, поліпшення після ендоскопічного втручання відзначили у 85,7% хворих, що приблизно відповідає віддаленим результатам трансдуоденальних втручань. Слід зазначити, що оцінка клініко-лабораторних показників не виявила будь-яких особливих змін, що могли б бути надійними критеріями оцінки стану хворих. Лише втрата маси тіла і показники копрограми у 5 пацієнтів свідчили про глибоке порушення морфофункціонального стану підшлункової залози. Ніяких відхилень показників активності ферментів у сироватці крові не відзначено.

Висновки

Стосовно наведених в цій статті малоінвазивних методів хірургічного лікування можна зробити наступні висновки.

Щодо пломбування панкреатичних проток, то отримані дані свідчать про необхідність уточненої оцінки зовнішньої секреції підшлункової залози шляхом дослідження чистого панкреатичного соку. Пригнічення зовнішньосекреторної функції є важливою умовою, що дозволяє при відповідних морфологічних змінах (фіброзно-склеротичних) звернутися до пломбування проток підшлункової залози. При збереженій чи підвищеній функції оклюзія проток протипоказана і варто використовувати інші види втручань на підшлунковій залозі. Важливою умовою є також ретельне відпрацювання методики до початку втручання, виконання втручань з використанням одного і того ж матеріалу для пломбування. Це необхідно у зв'язку з тим, що після першої невдалої спроби, повторити процедуру, за звичай, неможливо, тому що не можна видалити із проток той композиційний матеріал, який туди вже потрапив.

Якщо говорити про ендоскопічну вірсунготомію, то необхідно рекомендувати цю методику для застосування в клініках, що мають великий досвід ендоскопічних втручань на ВДС. Маніпуляція повинна у всіх випадках контролюватися візуально, а, якщо можливо, і рентгенологічно –

за допомогою РХПГ, оскільки розвиток стенозу устя вірсунгової протоки варто розцінювати, як одне з імовірних ускладнень ендоскопічної папілосфінктеротомії, уникнути якого можна тільки шляхом ретельного дотримання технічних деталей втручання.

Проте, отримані дані говорять про високі лікувальні можливості ендоскопічної корекції такої складної патології, як стеноз устя головної панкреатичної протоки. Основними перевагами ендоскопічного втручання, крім уникнення лапаротомії, наркозу тощо, є його мала травматичність і відсутність летальності. Поряд із цим, з погляду обсягу і характеру проведеної процедури, ендоскопічна операція не поступається традиційним трансдуоденальним доступам.

Література

1. Грубник Б.В., Кошель Ю.Н., Зубков О.Б., Пустовойт П.И. Хирургическое лечение хронического панкреатита //Анналы хирургической гепатологии. - 1997. - Т.2. - с.84-85.
2. Зубков О.Б. Эндоскопические вмешательства в хирургии поджелудочной железы //Анналы хирургической гепатологии. - Томск. -1998.-Т.3.-С.250.
3. Зубков О.Б., Гойдик В.С. Патогенетичні передвісники хірургічного лікування хронічного панкреатиту //Проблеми екології та медицини. - №3-4. - т.2. - 1998. - С.26-27.
4. Зубков О.Б., Гречко Б.В., Семанів О.М., Гойдик В.С. Патогенетичне обґрунтування хірургічного лікування хронічного панкреатиту //Вісник морської медицини. - 2001. -№2. - с.169-172.

Реферат

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Зубков О.Б., Запороженко Б.С., Снисаренко А.В., Васильев А.А., Кочкарев А.В.

Ключевые слова: хронический панкреатит; хирургическое лечение; пломбирование панкреатичних протоков; ендоскопическая вирсунготомия.

Современной тенденцией в хирургии такого распространенного заболевания, каким является хронический панкреатит стали малоинвазивные вмешательства. Благодаря своим преимуществам перед классическими хирургическими операциями они получили достаточно широкое распространение. Одним из перспективных методов лечения хронического панкреатита является пломбировка протоков поджелудочной железы специальной вспенивающейся композицией. Опыт лечения 8 больных хроническим панкреатитом с помощью этой методики показал, что удовлетворительных результатов такого вмешательства можно ожидать только в условиях угнетения внешнесекреторной функции железы на фоне соответствующих фиброзно-склеротических изменений ее паренхимы. Другим современным методом хирургического вмешательства при хроническом панкреатите, устраняющим один из главных патогенетических механизмов его развития, является эндоскопическая вирсунготомия. Обладая всеми преимуществами неоперационного инструментального вмешательства, эндоскопическая вирсунготомия позволяет устранить стеноз длиной до 1 см с минимальным количеством осложнений и отсутствием летальности. Улучшение после эндоскопической вирсунготомии отметили 85,7% больных, что приблизительно соответствует результатам трансдуоденальных вмешательств. Таким образом, считаем необходимым рекомендовать использование эндоскопической вирсунготомии в клиниках, имеющих большой опыт вмешательств на большом дуоденальном сосочке.

УДК 616.37-006.31]-073.178:616.15

ДИНАМИЧЕСКАЯ МЕЖФАЗНАЯ ТЕНЗИОМЕТРИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Колкин Я.Г., Синяченко О.В., Хацко В.В., Шаталов С.А., Иващенко А.В.

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Проанализированы результаты диагностики и лечения под контролем динамической межфазной тензиометрии крови (ДМТК) 40 больных с хроническим панкреатитом, псевдокистами поджелудочной железы (ХП, ПКПЖ) – 32 мужчин и 8 женщин в возрасте от 32 до 73 лет. Для диагностики применяли следующие методы: клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную