

УДК 616.37-002.2-07:616.37-008

Хірургічне лікування хронічного панкреатиту із застосуванням малоінвазивних втручань

О.Б. ЗУБКОВ, Б.С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, В.І. ШИШЛОВ, Ю.М. КОШЕЛЬ, А.О. ВАСИЛЬЄВ,
А.В. СНИСАРЕНКО, О.В. КОЧКАРЬОВ

Одеський державний медичний університет

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS WITH USAGE OF MINI-INVASIVE INTERVENTIONS

O.B. ZUBKOV, B.S. ZAPOROZHCHENKO, V.I. SHYSHLOV, YU.M. KOSHEL, A.O. VASYLYEV, A.V. SNISARENKO,
O.V. KOCHKARYOV

Odessa State Medical University

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 проток підшлункової залози спеціальною композицією, що спіюється. Досвід лікування 8 хворих на хронічний панкреатит за допомогою цієї методики показав, що задовільних результатів 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, яка 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, які мають великий досвід ендоскопічних втручань на великому дуоденальному сосочку.

Mini-invasive interventions is a modern tendency in treatment of chronic pancreatitis. These methods have taken a great spreading thanks to their advantage upon classic surgical operations. Plombage of pancreatic ducts with special composite materials is one of the perspective methods of mini-invasive treatment. On the basis of treatment experience of 8 patients with the chronic pancreatitis, the indications for plombage of ducts are discussed. The special attention is given to morphological changes of a pancreas (fibro-sclerotic changes are required), including a structure analysis and also research of the functional condition by the estimation of a pure pancreatic secret. The low value of pancreatic excretory function permit to use this method of intervention on the organ. Another modern method of surgical treatment of chronic pancreatitis is endoscopic virsungotomy which remove one of the main pathogenic mechanisms of disease. With all the advantages of non-operative instrumental treatment endoscopic virsungotomy allows to remove stenosis of pancreatic ducts about 1 centimeter long without hard complications and lethality absence. The best results of endoscopic treatment of chronic pancreatitis were in 85,7 % patients. So, the application of such endoscopic method of treatment of chronic pancreatitis as virsungotomy should be recommended, in clinics, where endoscopic interventions are widely used.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. 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 залишаються 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 вивчен-

ня морфо-функціональних змін підшлункової залози та даних клінічного спостереження хворих на цю патологію. Серед різних варіантів малоінвазивних втручань розглядаються пломбування проток підшлункової залози та ендоскопічна вірсунготомія.

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

Матеріали і методи. У нас під спостереженням знаходилися 28 хворих на ХП, у яких було ймовірним виконання пломбування проток 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 дванадцятипалої кишки, чи через зовнішню панкреатичну норичку – антеградне пломбування (у 5 випадках). У 3 випадках виконувалося ретроградне пломбування панкреатичних проток після дистальної резекції залози. Обов'язковою умовою такого пломбування є роздільне впадання в дванадцятипалу кишку головної панкреатичної й загальної жовчної проток, щоб запобігти заповненню пломбувальною композицією жовчних шляхів.

Результати досліджень та їх обговорення. Перші спроби пломбування без врахування зовнішньосекреторної функції підшлункової залози супроводжувалися тяжкими післяопераційними ускладненнями і, незважаючи на виконання всіх методичних вказівок пломбування, у 3 хворих у післяопераційному періоді розвинувся тяжкий панкреатит, що вимагав комплексної терапії у реанімаційному відділенні. У 2 із цих спостережень, у зв'язку з некрозом і формуванням абсцесу в ділянці заплomboваного 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 тяжкого 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 погрішностями 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 оцінювали зовнішній вигляд великого дуоденального сосочка (ВДС), дані інструментальної пальпації, можливість і технічні умови катетеризації сосочка, 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 сосочка й ампули, де після розсічення сосочка травмовані тканини останнього не дозволяли знайти звужене устя головної панкреатичної протоки. Причому у всіх випадках після розсічення сосочка 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 травматизації тканин і підвищує ризик виникнення тяжких 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 викликають 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 – кровотечу 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 морфо-функціонального 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 такі висновки.

Щодо пломбування панкреатичних проток, то отримані дані свідчать про необхідність уточнення 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'яз-

ку з тим, що після першої невдалої спроби, повторити процедуру, зазвичай, 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 ен-

доскопічної 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. – 1998. – №3-4. – Т.2. – 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.