



## ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

УДК 616.37–002:616.361–07–089.882

### ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЖОВЧОВІДТОКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

*О. А. Скомаровський, Ю. П. Швець, В. Ю. Уваров, В. І. Федорук, Д. Л. Любенко*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ, Київський центр хірургії печінки, жовчних проток та підшлункової залози*

### DIAGNOSIS AND CORRECTION OF THE BILE OUTFLOW DISORDERS IN PATIENTS, SUFFERING CHRONIC PANCREATITIS

*O. A. Skomarovskiy, Yu. P. Shvets, V. Yu. Uvarov, V. I. Fedoruk, D. L. Lyubenko*

Останні дані статистики свідчать, що захворюваність на первинний хронічний панкреатит (ХП) у світі становить 4–10 на 100 тис. населення з тенденцією до зростання в останні 30 років майже удвічі. Дослідники вважають, що реальна частота цієї патології набагато більша, ніж її діагностують. У 20–30% спостережень відзначають тяжкий перебіг, частота ускладнених форм становить 40–70%, летальність під час системно–токсичної фази досягає 20–45% [1, 2]. Найчастіше захворювання виникає на тлі патології позапечінкових жовчних проток – у 60–70% спостережень [3, 4] та хронічного алкоголізму.

Біліарнозалежний панкреатит у більшості спостережень зумовлений холестазом та холедохолітазом, коли внаслідок зменшення надходження жовчних кислот у дванадцятипалу кишку (ДПК) гальмується моторна функція травного каналу. Виникає дуоденостаз, що зумовлює порушення відтоку панкреатичного секрету, внутрішньопротокову гіпертензію підшлункової залози (ПЗ) і, як наслідок, ХП.

За даними літератури, частота виникнення ХП на тлі холедохолітазу становить 25–65%. Часті рецидиви біліарного панкреатиту спостерігають за умови міграції дрібних камінців з жовчного мішура [5].

Внаслідок часткової або повної непрохідності спільної жовчної протоки (СЖП) виникає надпечінкова жовтяниця, що супроводжується підвищенням рівня білірубину в сироватці крові. При жовчонкам'яній хворобі до цих чинників додається подразнення сфінктера Одді мікролітами, що зумовлює його дискінезію [3, 4, 6].

Одним з шляхів інфікування при ХП є трансдуктальна інвазія мікроорганізмів з біліарного тракту з інфікованою жовчю. На підставі цього тривало існу-

ючу інфекцію в жовчовивідних шляхах вважають етіологічним чинником хронічного біліарного панкреатиту (ХБП).

Тому декомпресія та санація біліарного тракту є принципово важливим заходом профілактики та лікування гнійних ускладнень ХБП.

Діагностика ХП базується на зіставленні клінічних проявів захворювання, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.

До інструментальних методів діагностики ХП належать ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічна ультрасонографія, комп'ютерна томографія (КТ). На сучасному етапі розвитку хірургічної панкреатології найбільш інформативними методами вважають магніторезонансну томографію та ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ).

ЕРХПГ дозволяє діагностувати захворювання ДПК, її великого сосочка (ВС ДПК) і жовчних проток, з якими може бути пов'язане формування вторинного ХП, а також визначити характер змін у протоках і паренхімі ПЗ.

Тяжкість клінічного перебігу ХП зумовлена виникненням ускладнень, основними з них є утворення кіст і кальцифікатів ПЗ, розширення протоки ПЗ з утворенням в ній конкрементів (вірсунголітаз, вірсунгоектазія), холестаз (при стенозі інтрапанкреатичної частини СЖП), обтураційна жовтяниця, холангіт, кровотеча, недостатність зовнішньосекреторної функції ПЗ, панкреатогенний цукровий діабет тощо.

Частою причиною виникнення ускладнень панкреатиту з утворенням ретенційних і постнекротичних псевдокіст, скупчень рідини, обтураційної жовтяниці, гнійного холангіту є гіпертензія в протоковій системі ПЗ.

Тактика лікування ХП передбачає створення адекватних умов для усунення біліарної та панкреатичної гіпертензії, що зумовлюють виникнення больового синдрому. Розроблені різні хірургічні методи дренивання протокової системи ПЗ, найбільш поширеним з них є поздовжня панкреатоєюностомія в модифікаціях різних авторів [5, 7].

Потрапляння патогенної мікрофлори з інфікованою жовчю в протоку ПЗ спричиняє виникнення інфекційних ускладнень (запальні інфільтрати, гнійний холангіт, септичний стан), утворення нориць у ПЗ, ендотоксемію. Тому всім хворим за ускладненого ХП, незалежно від ефективності корекції біліарної гіпертензії, слід проводити антибактеріальну терапію з використанням препаратів широкого спектру дії, сорбційну та імунну терапію.

До загальних принципів лікування хворих на ХП належать: припинення прогресування хронічного запального процесу, зменшення інтенсивності та усунення болю і диспептичних проявів, корекція недостатності зовнішньосекреторної і внутрішньосекреторної функцій ПЗ, детоксикаційна терапія, створення функціонального спокою ПЗ, попередження хірургічних ускладнень, реабілітація хворих.

Показаннями до хірургічного лікування ХП є наявність болю, який не усувається при застосуванні стандартної терапії; виникнення ускладнень, зокрема, утворення псевдокісти ПЗ або закупорювання СЖП при неможливості ендоскопічного лікування; наявність конкрементів у ПЗ; наявність компресійних ускладнень судинних структур, СЖП та ДПК.

Питання щодо обсягу та строків виконання оперативних втручань з приводу ХП є предметом дискусії.

Деякі автори вважають, що за раннього виконання оперативного втручання з приводу ХП підвищується ризик виникнення інфекційних ускладнень, вони рекомендують проводити консервативну терапію з відтермінуванням операції [8–11].

Натомість, інші дослідники наполягають на виконанні ранніх (у строки до 48 год) оперативних втручань з метою усунення етіологічного чинника ХБП, зменшення летальності та запобігання рецидивам.

Мініінвазивні методи, які застосовують для лікування ХП, поділяють на 2 групи: ендоскопічні (без порушення цілісності шкіри) та черезшкірні. До першої групи відносять ЕРХПГ з ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ), назобілярне дренивання, різні варіанти ендопротезування (стентування) жовчних проток.

Другу групу мініінвазивних методів декомпресії жовчних проток складають черезшкірна черезпечінкова холангіографія з черезшкірною черезпечінковою холецистостомією, черезшкірна черезпечінкова холецистостомія під контролем УЗД, КТ, лапароскопа.

Поліпшення після ендоскопічного втручання відзначають у 85% хворих. Показаннями до виконання ендоскопічних втручань є: стискання СЖП збільшеною головкою ПЗ з виникненням холестазу, жовтяниці; папілостеноз, стриктура препапілярного відділу, камені протоки ПЗ; сегментарна обструкція в головці ПЗ внаслідок калькульозу чи стриктури з рівномірною дилатацією проток у дистальному напрямку, обструкція проток головки ПЗ конкрементом чи спричинена фіброзною стриктурою; нориці, кісти і псевдокісти ПЗ.

В останні десятиріччя накопичений досвід виконання ендоскопічних транспапілярних втручань (ЕТПВ), у пацієнтів в хронічній фазі панкреатиту, включаючи панкреатичну сфінктеротомію, дилатацію і стентування проток ПЗ, які в більшості ситуацій використовують як перший етап лікування хворих з приводу ХП, дають можливість усунути больовий синдром, обтураційну жовтяницю і гіпертензію протоки ПЗ. Вони високоєфективні в лікуванні протокового ХП і нориць ПЗ.

Проте, ЕТПВ у 2–9% спостережень зумовлюють загострення перебігу ХП, причому, досить часто його перебіг має вигляд блискавичної форми тотального панкреонекрозу. Виникнення ХП після ЕТПВ зумовлене підвищенням тиску в протоковій системі ПЗ. Протокова гіпертензія виникає за неконтрольованого, швидкого введення контрастної речовини під тиском (під час ЕРХПГ), а також внаслідок обструкції протоки чи ампули ВС ДПК (встановлення стентів, назобілярного чи назопанкреатичного дренажів) з подальшим розривом ацинусів і дрібних проток ПЗ. Внаслідок цього секрет виділяється у міжклітинний простір, активуються ферменти і виникає деструкція ПЗ [2, 8, 11, 12].

Дані літератури свідчать про високі лікувальні можливості ендоскопічної корекції такої складної патології, як стеноз устя протоки ПЗ. Основними перевагами ендоскопічного втручання, крім уникнення лапаротомії, наркозу тощо, є його мала травматичність і відсутність летальності [13, 14].

З мініінвазивних методів лікування ХП, які усувають один з основних його патогенетичних механізмів, застосовують ендоскопічну папіловірсунготомію та ендоскопічне стентування протоки ПЗ.

Ендоскопічну папіловірсунготомію здійснюють за подовженої стриктури вихідного відділу протоки ПЗ, під наркозом проводять бужування, встановлюють стент. Отже, відновлюється відток панкреатичного соку, зникає біль.

За допомогою ендоскопічної вірсунготомії можливо усунути стеноз довжиною до 1 см з мінімальною частотою ускладнень і відсутністю летальності. Поліпшення після ендоскопічного втручання відзначили 85,7% хворих, що зіставне з віддаленими резуль-

татами трансдуоденальних втручань. Таким чином, застосування ендоскопічної вірсунготомії можна рекомендувати в клініках, які мають великий досвід виконання ендоскопічних втручань на ВС ДПК [8, 15].

Маніпуляцію слід контролюватися візуально, а, за можливості, і рентгенологічно — за допомогою ретроградної холангіопанкреатографії, оскільки стеноз устя протоки ПЗ варто розцінювати як одне з імовірних ускладнень ЕПСТ, уникнути якого можна тільки шляхом ретельного дотримання технічних деталей втручання.

За відсутності умов для виконання лапароскопічних операцій, спрямованих на декомпресію та санацію біліарної системи, за високого анестезіологічного ризику виконують черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію (ЧЧМХС) або черезшкірну черезпечінкову холангіостомію (ЧЧХС) під контролем УЗД з подальшою ендоскопічною екстракцією конкрементів. Після цього на тлі комплексної багатокомпонентної консервативної терапії відбувається регрес клінічних і сонографічних ознак ХП, синдрому жовтяниці. На 4—ту добу після ЧЧМХС за допомогою ЕПСТ виконують ЕРХПГ з усуненням мікрохоледохолітіазу.

Виконання невідкладної одномоментної ЕРХПГ з ЕПСТ та ендоскопічною екстракцією конкремента, що може бути доповнене санацією СЖП розчином хлоргексидину біглюконату, діоксидину для профілактики гнійних ускладнень, показане при діагностованій обтураційній жовтяниці, гнійному холангіті, холедохолітіазі. Після виконання ЕРХПГ та діагностування холедохолітіазу конкременти залишають для самостійного відходження тільки за неможливості захопити їх кошиком Дорміа через малі розміри і наявності сприятливих умов (відсутність стриктури, звуження, парафателлярних дивертикулів). В усіх інших ситуаціях доцільно дотримувати активної тактики обов'язкового видалення конкрементів відразу чи в кілька етапів. За наявності "тяжких" конкрементів (невідповідності розмірів дистальних відділів СЖП і конкремента, протяжній стриктурі і звуженні СЖП дистальніше розташування каменя) показане застосування одного з видів літотрипсії: спершу здійснюють спробу механічної літотрипсії (МЛТ), потім, за наявності технічного обладнання, інші види контактної впливу на конкремент: п'єзоелектричну, електрогідролітичну, лазерну літотрипсію.

За технічної неможливості провести ендоскопічну екстракцію конкремента, що виникає у 10% спостережень, здійснюють назобілярне дренивання, дренаж розташовують проксимальніше конкремента. Це сприяє усуненню біліарної гіпертензії, запобігає вклиненню невиданого конкремента в ампулу ВС ДПК. Назобілярне дренивання є методом профілактики кровотечі під час подальшої ЕПСТ, забезпечує

виконання рентгеноконтрастних досліджень для контролю відходження фрагментів зруйнованих конкрементів. У подальшому проводять етапну санацію та крапельний лаваж протокової системи ПЗ на тлі інтенсивної консервативної терапії до нормалізації стану хворого, ехоцильності жовчі.

Далі виконують ранню відстрочену холедохолітотомію або дистанційну черезшкірну ударно—хвильову літотрипсію з ендоскопічною екстракцією конкремента.

Впровадження в клінічну практику різних методів літотрипсії значно розширило можливості ендоскопічного видалення конкрементів з позапечінкових жовчних проток, дало змогу не виконувати тотальну ЕПСТ і, таким чином, попередити виникнення рефлюкс—холангіту. Дуоденобілярний рефлюкс, який виникає в подальшому, бактеріальна контамінація та хронічне запалення жовчних проток спричиняють ускладнення у віддаленому періоді після ЕПСТ, в основному рецидивного холедохолітіазу та висхідного холангіту, які виявляють у 19,5—24% хворих [12, 16].

ЧЧМХС і ЧЧХС, у порівнянні з лапароскопічною холецистостомією, менш травматичні, не спричиняють зрощення жовчного міхура з черевною стінкою, не супроводжуються нагноєнням рани черевної стінки.

В певних ситуаціях (невдачі, ускладнення, протипоказання до застосування тих чи інших видів втручань) здійснюють лапароскопічну холедохолітотомію, можливості якої значно розширюються за умови використання черезміхурової холедохоскопії, холедохолітоекстракції, інтраопераційної контактної МЛТ, ударно—хвильової ендобілярної літотрипсії. Застосування методів фрагментації конкрементів забезпечує виконання дозованої ЕПСТ або ендоскопічної балонної дилатації ВС ДПК, дозволяє частково зберегти функцію його сфінктерного апарату, попередити виникнення рефлюкс—холангіту, знизити ризик виникнення кровотечі [6].

Перевагами мініінвазивних методів лікування ХП вважають меншу травматичність, меншу частоту ускладнень. За мінімальної травми черевної стінки зменшується частота легених ускладнень, післяопераційного парезу кишечника, можлива рання активізація хворих, забезпечується вища якість життя пацієнтів та, відповідно, зменшується тривалість їх лікування у стаціонарі [17, 18].

Застосування мініінвазивних хірургічних втручань запобігає виникненню респіраторного дистрес—синдрому, дає змогу знизити ризик застосування анестезіологічного забезпечення, зумовлює певну асептичність перебігу панкреонекрозу, зменшує вірогідність транслокації мікроорганізмів у зоні деструкції.

Проте, як відкриті, так і мініінвазивні ендоскопічні втручання мають свій діапазон можливостей, тому вимагають диференційованого підходу, обґрунтування показань і протипоказань до їх застосування [19–21].

В літературі існують погляди щодо обмеженої ролі мініінвазивних методів у лікуванні ХП. Деякі дослідники вважають черезшкірне зовнішнє дренажування паліативним втручанням, яке можна застосовувати для підготовки до виконання планової операції. У зв'язку з цим, питання подальшої розробки, вдосконалення і впровадження мініінвазивних втручань для лікування ХП надзвичайно актуальні.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Калинин А. В. Хронический панкреатит: распространенность, этиология, патогенез, классификация и клиническая характеристика этиологических форм (Сообщение первое) / А. В. Калинин // *Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*. — 2006. — № 6. — С. 5 — 15.
2. К вопросу о классификации сочетанных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / Ю. Л. Куницкий, В. Н. Буценко, Л. И. Василенко [и др.] // *Вестн. неотлож. и восстановит. медицины*. — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 432 — 435.
3. Ничитайло М. Ю. Визначення мікрохоледохолітазу при хронічному біліарному панкреатиті / М. Ю. Ничитайло, О. М. Литвиненко // *Арх. клин. и эксперим. медицины*. — 2002. — Т. 11, № 2. — С. 128 — 130.
4. Ничитайло М. Ю. Ідентифікація та медикаментозна корекція мікрохоледохолітазу при хронічному біліарному панкреатиті / М. Ю. Ничитайло, О. М. Литвиненко, Є. Б. Медвецький // *Сучасна гастроентерологія*. — 2004. — № 2. — С. 72 — 74.
5. Лечение осложненных форм хронического панкреатита / В. М. Копчак, И. М. Тодуров, А. И. Дронов, И. В. Хомяк // *Клин. хирургия*. — 2002. — № 5–6. — С. 38 — 39.
6. Сипливый В. А. Оценка методов восстановления желчеоттока при холедохолитиазе с позиций качества жизни пациентов / В. А. Сипливый, А. В. Береснев, Е. А. Шаповалов // *Там же*. — 2007. — № 2–3. — С. 81 — 82.
7. Дренуючі операції при ускладнених формах хронічного панкреатиту / В. М. Копчак, І. М. Тодуров, О. І. Дронов, І. В. Хомяк // *Галиц. лік. вісн.* — 2002. — № 3. — С. 158 — 159.
8. Первый опыт трансторакальной симпатоспланхэктомии в лечении болевых форм хронического панкреатита / В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, А. С. Дюжев, А. А. Петренко // *Клин. хирургия*. — 2003. — № 4–5. — С. 66 — 67.
9. Современные аспекты хирургического лечения хронического панкреатита / В. М. Копчак, И. М. Тодуров, И. В. Хомяк [и др.] // *Там же*. — 2005. — № 4–5. — С. 12.
10. Хирургия хронического панкреатита. Морфофункциональные аспекты / О. Б. Зубков, Б. С. Запорожченко, В. И. Шишлов [и др.] // *Хірургія України*. — 2006. — № 4. — С. 47 — 52.
11. Хирургическое лечение хронического панкреатита / И. А. Криворучко, В. В. Бойко, А. В. Сивожелезов, Н. А. Гончарова // *Клин. хирургия*. — 2007. — № 2–3. — С. 97 — 98.
12. Современные подходы к лечению больных желчнокаменной болезнью, осложненной хроническим панкреатитом / В. В. Стрижелецкий, А. П. Михайлов, С. Н. Мехтиев [и др.] // *Эндоск. хирургия*. — 2005. — № 1. — С. 183 — 184.
13. Охлобыстин А. В. Современные возможности терапии хронического панкреатита / А. В. Охлобыстин, Э. Р. Буклис // *Лечащий врач*. — 2003. — № 5. — С. 32 — 36.
14. Яковенко А. В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита / А. В. Яковенко // *Клин. медицина*. — 2001. — Т. 79, № 9. — С. 15 — 20.
15. Сариян И. В. Опыт эндоскопических транспиллярных вмешательств у пациентов с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной системы / И. В. Сариян, В. В. Соловьев // *Клин. хирургия*. — 2006. — № 9. — С. 68 — 70.
16. Шевчук І. М. Лікування біліарного панкреатиту з синдромом жовтяниці / І. М. Шевчук, О. Л. Ткачук, М. М. Дронюк // *Там же*. — 2003. — № 1. — С. 36 — 37.
17. Евтихова Е. Ю. Отдаленные результаты с оценкой качества жизни больных, оперированных по поводу осложненных форм хронического панкреатита / Е. Ю. Евтихова // *Мед. акад. журн.* — 2010. — Т. 10, № 2. — С. 108 — 113.
18. Yakshe P. Хронічний панкреатит / P. Yakshe // *Медицина світу*. — 2005. — Т. 18, № 2. — С. 77 — 88.
19. Третьяк С. И. Малоинвазивные технологии в лечении ранних осложненных панкреатита / С. И. Третьяк, А. М. Федорук, Е. В. Баранов // *Матеріали ХХ з'їзду хірургів України*. — Тернопіль, 2002. — Т. 2. — С. 187 — 189.
20. Шевчук І. М. Мініінвазивні втручання з приводу поєднаних захворювань позапечінокових жовчних проток та підшлункової залози / І. М. Шевчук, О. Л. Ткачук // *Клин. хирургия*. — 2000. — № 3. — С. 17 — 19.
21. Makoto O. Symposium 3. Chronic pancreatitis: current problems of the diagnostic criteria / O. Makoto // *J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 42. — P. 52 — 54.

