

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Klinichna khirurgiia. 2018 September;85(9):5-7.

DOI: 10.26779/2522-1396.2018.09.05

Ендоскопічні транспапілярні втручання в лікуванні хронічного панкреатиту

П. В. Огородник, А. Г. Дейниченко, І. С. Терешкевич, С. І. Щербина, Н. А. Єрмак

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Endoscopic transpapillary interventions in treatment of chronic pancreatitis

P. V. Ogorodnik, A. G. Deynichenko, I. S. Tereshkevich, S. I. Shcherbyna, N. A. Yermak

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Реферат

Мета. Оцінити результати застосування мініінвазивних транспапілярних технологій для хірургічного лікування хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали і методи. Досліджені результати ендоскопічного лікування 45 пацієнтів з ХП у клініці Інституту з 2007 по 2018 р.

Результати. Віддалені результати лікування в строки 2 – 8 років простежені у 23 пацієнтів. Хороші та задовільні результати лікування отримані у 19 (83%) пацієнтів. Ускладнення ендоскопічних транспапілярних втручань (ЕТПВ) виникли у 8 (17,8%) хворих.

Висновки. ЕТПВ при ХП є безпечною та ефективною альтернативою стандартним хірургічним операціям, оскільки після їх застосування у більшості хворих зникають явища протокової гіпертензії та зменшується больовий синдром.

Ключові слова: хронічний панкреатит; головна протока підшлункової залози; стентування.

Abstract

Objective. To estimate the results of application of miniinvasive transpapillary technologies for surgical treatment of chronic pancreatitis (CHP).

Materials and methods. The results of endoscopic treatment were investigated in 45 patients with CHP in the Institute clinic in 2007 – 2018 yrs.

Results. Remote results of treatment were followed in terms 2 – 8 yrs in 23 patients. Good and satisfactory results of treatment were obtained in 19 (83%) patients. Complications of endoscopic transpapillary interventions (ETPI) have occurred in 8 (17.8%) patients.

Conclusion. ETPI in CHP constitutes a safe and effective alternative to standard surgical operations, because after their application in majority of the patients the signs of ductal hypertension disappear and the pain syndrome reduces.

Keywords: chronic pancreatitis; main pancreatic duct; stenting.

Хронічний панкреатит (ХП) – прогресуюче дегенеративне захворювання підшлункової залози (ПЗ) з періодичним загостренням та ремісіями, що супроводжується больовим синдромом, розвитком незворотних морфологічних змін у паренхімі та протоковій системі ПЗ з порушенням зовнішньосекреторної та ендокринної функцій органа та високим ризиком малігнізації. Захворюваність на ХП становить від 4 до 7 спостережень на 100 000 населення в рік, поширеність ХП – 1 хворий на 2,4 тисячі населення [1]. Кількість хворих із ХП у світі за останні десятиріччя зростає вдвічі, а первинна інвалідизація сягнула 15% [1, 2].

Високі показники захворюваності на ХП характерні як для бідних держав, де ХП є наслідком недостатнього

харчування, так і для високорозвинених, де до ХП призводить вживання жирів тваринного походження та алкогольних напоїв.

Сучасні методи обстеження, такі як трансабдомінальна ультрасонографія, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія та ендоскопічне ультразвукове дослідження (ендоУЗД), дають можливість виявити навіть незначні зміни в структурі паренхіми та протоковій системі ПЗ й отримати матеріал для подальшого морфологічного дослідження. Хірургічної корекції через неефективність консервативного лікування потребують 35 – 40% пацієнтів з ХП. Інтервенційна терапія при ХП спрямована на усунення вираженого больового синдрому, обтураційної жовтяниці та непрохідності дванадцятипалої

кишки (ДПК). Сучасна хірургія передбачає не лише доказовий принцип необхідності оперативного втручання, а й виконання його максимально мініінвазивним способом. Декомпресію головної протоки (ГП) ПЗ при ХП виконують як хірургічним (повздожня панкреатоеюностомія, операція Фрея), так і ендоскопічним транспапілярним доступом [3, 4]. Сучасне ендоскопічне лікування ХП з протоковою гіпертензією включає: папіловірсунготомію, дилатацію стриктур ГП ПЗ, механічну літотрипсію з вірсунголітоекстракцією, ендопанкреатичне стентування, трансмуральне та транспапілярне дренивання хронічних псевдокіст. При великих, множинних конкрементах ГП ПЗ в останні роки широко застосовують ударно-хвильову дистанційну літотрипсію, результати якої є задовільними у 70 – 95% пацієнтів [5, 6]. За допомогою дистанційної літотрипсії конкременти ГП ПЗ перетворюють на дрібні фрагменти, які потім легко видаляють ендоскопічним транспапілярним доступом у порожнину ДПК.

Мета дослідження: оцінити результати застосування мініінвазивних транспапілярних технологій для хірургічного лікування ХП.

Матеріали і методи дослідження

Ми дослідили результати ендоскопічного лікування 45 пацієнтів з ХП у клініці Інституту з 2007 по 2018 р., серед яких чоловіків було 33 (73,3%), жінок – 12 (26,7%). Середній вік пацієнтів становив $(52,4 \pm 8,2)$ року.

У комплексному обстеженні пацієнтів використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи: ультразвукове дослідження черевної порожнини, езофагогастроудоденоскопію, КТ, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, магнітно-резонансну панкреатохолангіографію та ендоУЗД. Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою дуоденоскопів JF–1T40, TJF–1T10, TJF–160 VR Olympus, конвексного ехоендоскопа Olympus GF–UCT 140 із частотою 6–12 МГц, приєднаного до УЗ–центру Olympus EU–ME1, під контролем рентгенівської установки APELEM EVO–R (Франція). Використовували папілотомі KD–20, KD–22 (Olympus, Японія) і Boston Scientific (США), гнучкі гідрофільні провідники (Jagwire, Dreamwire Boston Scientific, США), пункційні голки (Boston Scientific, США), балонні дилататори B–400N–0830 (Olympus, Японія) або CRE (Boston Scientific, США); для біліарного та ендопанкреатичного стентування – стенти типу «pig tail» діаметром 5 – 10 Fr (Olympus, Японія) або прямі стенти діаметром 5–10 Fr Advanix (Boston Scientific, США, NaviFlex RX Delivery System) та металічні стенти з пам'яттю форми Wallstent RX® Biliary Metal Stent RX Biliary System (Boston Scientific, США), X–Suit NIR® Biliary metallic stent (Olympus, Японія). Застосовували електрохірургічний блок Olympus, аргоноплазмові коагулятори «ЭКОНТ 0701» та «Soring Arco 3000».

Результати

Усіх хворих розподілили на три групи. У 1–шу групу включили 14 пацієнтів із ХП, стриктурою ГП ПЗ та вірсунгоекстракцією; у 2–гу – 15 пацієнтів із ХП, стриктурою ГП ПЗ та вірсунголітіазом; у 3–тю – 16 хворих із ХП та тубулярним стенозом загальної жовчної протоки (ЗЖП).

У 42 (93%) пацієнтів основною скаргою був біль у животі, у 32 (72%) – диспептичні порушення, у 16% (36%) – обтураційна жовтяниця, у 35 (78%) – зниження маси тіла, у 38 (85%) – фізична та психоемоційна астенизація.

Під час фізикального обстеження хворих аналізували стан протокової системи і паренхіми ПЗ, розміри конкрементів ГП ПЗ та їх локалізацію.

Пацієнтам 1–ї групи виконали папілотомію, вірсунготомію, балонну дилатацію стриктур ГП ПЗ з подальшим встановленням ендопанкреатичного стента. Для дилатації стриктур застосовували балонні дилататори (4 – 10 мм) та дилатаційні катетери з експозицією 40 – 60 с.

У 3 хворих із складними стриктурами застосували дилататор Soehendra.

Стент міняли кожні 3 – 4 міс протягом року, далі у більшості пацієнтів стентування припиняли. Лікування вважали завершеним у разі відсутності або значної регресії стриктури за даними панкреатографії, легкого проходження катетера Фогарті 6F через зону стенозу ГП ПЗ та швидкої евакуації контрастної речовини з ГП ПЗ, успішним – у разі задовільного стану пацієнтів та регресії болювого синдрому.

Із 15 пацієнтів 2–ї групи, які мали ХП, ускладнений вірсунголітіазом, одиничні конкременти спостерігали у 8, множинні (2 – 4) – у 7. У 12 хворих конкременти локалізувались у головці, у 2 – в перешийку, у 1 – в тілі ПЗ. Всім пацієнтам виконали папілотомію, вірсунготомію, дилатацію стриктури ГП ПЗ з подальшим видаленням конкрементів кошиком Дорміа та балонними екстракторами. Повну санацію протокової системи констатували у 12 пацієнтів.

Віддалені результати лікування (строки спостереження 2 – 8 років) простежені у 23 пацієнтів 1–ї і 2–ї групи. Хороші результати лікування (відсутність болювого синдрому, збільшення маси тіла) констатували у 14 (61%), задовільні (полегшення болювого синдрому, зменшення потреби в анальгетиках) – у 5 (22%), незадовільні (стійкий болювий синдром, рецидив стриктури ГП ПЗ та вірсунголітіаз) – у 4 (17%) пацієнтів, що стало показанням до виконання їм операції Фрея.

Пацієнтам 3–ї групи виконали папілосфінктеротомію, дилатацію стриктури ЗЖП та ендобіліарне стентування.

З метою повноцінної регресії зони стенозу 8 хворим встановили два ендобіліарні стенти 10F, 2 – нітінолові ендопротези.

Тривалість лікування пацієнтів 3–ї групи становила 12 – 16 міс, пластикові стенти міняли кожні 3 – 4 міс. Віддалені результати лікування простежені у 14 пацієнтів. Рецидив тубулярного стенозу виник у 4 (29%) хворих, яким виконали гепатикоєюностомію на ізольованій за Ру петлі кишечника.

Ускладнення ЕТПВ виникли у 8 (17,8%) хворих. Кровотечу з папіломної рани спостерігали у 2 (4,4%) пацієнтів. Ендоскопічний гемостаз методом аргоноплазмової коагуляції та ін'єкційним способом був ефективним в обох спостереженнях.

Загострення ХП констатували у 6 (13,3%) хворих. У всіх хворих гострий панкреатит вилікували консервативно. Ніхто із хворих не помер.

Обговорення

Хірургічне лікування ХП (повздожня панкреатикоєюностомія, операція Фрея) є ефективним методом полегшення больового синдрому, однак супроводжується високою частотою ускладнень – 6 – 30% та летальністю 0,5 – 2% [3]. Ендоскопічні технології лікування ХП були впроваджені в 1980–х роках як безпечна та мініінвазивна альтернатива хірургічному лікуванню. Використовуючи такі методи, як вірсунготомія, ендоскопічна літоекстракція, дилатація стриктур ГП ПЗ та ендопанкреатичне стентування, вдається досягти задовільних безпосередніх та віддалених результатів лікування у більшості хворих із ХП [2, 3]. Ми отримали хороші та задовільні віддалені результати ендоскопічного лікування у 83% хворих із вірсунголітіазом та стриктурами ГП ПЗ. Незадовільні результати лікування констатували у 4 (17%) пацієнтів, що стало показанням до виконання їм хірургічних дренуючих операцій.

Висновки

1. ЕТПВ при ХП є безпечною та ефективною альтернативою стандартним хірургічним операціям, вони дають змогу у більшості пацієнтів ліквідувати явища протокової гіпертензії та зменшити больовий синдром.

2. Застосування ендоскопічних технологій вірсунголітоекстракції та дренування ГП ПЗ приводить до покращення результатів лікування, мінімізації інвазивності втручань, а також значного скорочення строків стаціонарного лікування пацієнтів.

3. ЕТПВ слід виконувати в спеціалізованих хірургічних центрах, у яких є необхідне технічне забезпечення та досвідчені спеціалісти.

References

1. Adler JM, Gardner TB. Endoscopic Therapies for Chronic Pancreatitis. *Dig Dis Sci.* 2017 Jul;62(7):1729–37. doi: 10.1007/s10620-017-4502-5. Epub 2017 Mar 3. Review. PMID: 28258377.
2. Kwek AB, Ang TL, Maydeo A. Current status of endotherapy for chronic pancreatitis. *Singapore Med J.* 2014 Dec;55(12):613–20. PMID: 25630314.
3. Okuno N, Hara K, Mizuno N, Hijioka S, Kuwahara T, Fujita A, Niwa Y. Advanced technique for the treatment of chronic calculous pancreatitis using endoscopic ultrasound-guided pancreatic duct drainage. *Endoscopy.* 2017 Aug;49(8):197–9. doi: 10.1055/s-0043-110666.
4. Tandan M, Talukdar R, Reddy DN. Management of Pancreatic Calculi: An Update. *Gut Liver.* 2016 Nov 15;10(6):873–80. doi: 10.5009/gnl15555
5. Seicean A, Vultur S. Endoscopic therapy in chronic pancreatitis: current perspectives. *Clin Exp Gastroenterol.* 2014 Dec 17;8:1–11. doi: 10.2147/CEG.S43096.
6. Yang D, Forsmark CE. Chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol.* 2017 Sep;33(5):396–403. doi: 10.1097/MOG.0000000000000377.