

УДК 616.37-006-089.819-089.12

© М. Ю. НИЧИТАЙЛО, П. В. ОГОРОДНИК, А. Г. ДЕЙНИЧЕНКО

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова

Ендоскопічні хірургічні втручання при хронічному панкреатиті, ускладненому псевдокістами

M. YU. NYCHYTAYLO, P. V. OHORODNYK, A. H. DEYNYCHENKO

National Institute of Surgery and Transplantology

ENDOSCOPIC SURGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED BY PSEUDOCYSTS

Проаналізовано результати ендоскопічного лікування 55 хворих із хронічними псевдокістами підшлункової залози. Трансмуральне дренивання застосовували у 39 (70,9 %) пацієнтів, транспапілярне – у 16 (29,1 %) хворих. Ускладнення спостерігали у 9 (16,4 %), рецидив кісти – у 6 (10,9 %) пацієнтів.

The results of endoscopic treatment of 55 patients with chronic pseudocysts of pancreas were studied. Transmural drainage was used in 39 (70,9 %) patients, and transpapillary drainage – in 16 (29,1 %) patients. Complications occurred in 9 (16,4 %) patients, cyst recurrence – in 6 (10,9 %) patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У літературі останніх років все частіше з'являються публікації на тему ендоскопічного лікування хронічного панкреатиту та його ускладнень [1–3].

Відомо, що при хронічному панкреатиті псевдокісти (ПК) спостерігаються у 20–38 % хворих. Дві третини з них локалізуються в головці підшлункової залози, для них не характерна спонтанна резорбція, та в 50 % випадків вони сполучаються з головною панкреатичною протокою (ГПП) [4].

Більшість дослідників віддає перевагу ендоскопічному методу дренивання хронічних псевдокіст, вказуючи на його високу ефективність, малоінвазивність, добрі безпосередні та віддалені результати лікування [4, 5].

Матеріали і методи. Нами вивчено результати ендоскопічного дренивання 55 хворих із хронічним панкреатитом, ускладненим псевдокістами, які перебували на лікуванні в інституті хірургії та трансплантології за період з 2005 до 2011 року. Панкреатиколітіаз мав місце у 14 (25,5 %) пацієнтів, стриктури ГПП та вірсунгоектазія – у 41 (74,5 %) хворого.

Серед досліджуваних пацієнтів було 26 (47,3 %) жінок та 29 (52,7 %) чоловіків. Середній вік хворих склав (52,1±3,3) року. В комплексному обстеженні використовували клінічні, лабораторні та інструмен-

тальні методи, що включали: ультразвукове обстеження черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію, комп'ютерну томографію, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію, магнітно-резонансну панкреатикохолангіографію та ендодуль-тразвукове дослідження. Ендоскопічні втручання виконували дуоденоскопами JF-1T-40 та TJF, з використанням папілотомів KD-10-Q1, KD-11-Q1 (Olympus), аспіраційних голок, провідників, балонних дилататорів (Boston scientific, Wilson–Cook), назопанкреатичних дренажів та ендопанкреатичних пластикових стентів (Olympus).

Результати досліджень та їх обговорення. Больовий синдром та втрата маси тіла мали місце у 97 % пацієнтів із хронічним панкреатитом, симптоми компресії шлунково-кишкового тракту – в 15 %, обтураційна жовтяниця – у 8 % хворих.

Локалізація псевдокіст була такою: головка – 32, тіло – 15 та хвіст залози – 8 випадків. Середній діаметр ПК склав 9 см (5–21 см). У 42 пацієнтів був відмічений зв'язок кісти з протоковою системою підшлункової залози. Інфіковані кісти з наявністю домішок гною при виконанні дренивання спостерігали у 7 хворих. При виконанні ендоскопії видіме вибухання псевдокісти в порожнину верхніх відділів шлунково-кишкового тракту відмічалось у 39 (70,1 %) пацієнтів.

Всім пацієнтам у передопераційному періоді обов'язково призначали антибіотики широкого спектра дії.

Ендоскопічну цистодуоденостомію виконували у 22 (40 %) хворих в тих випадках, коли псевдокіста інтимно прилягала до цибулини чи стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки, кулеподібно вибухаючи в її просвіт. У 17 (31 %) пацієнтів виконували ендоскопічну цистогастростомію, розсікаючи вибухаючу поверхню задньої стінки шлунка і капсулу кісти. Протипоказанням до виконання трансмурального дренивання ПК вважаємо наявність вільного простору між стінкою порожнистого органа та псевдокістою більше 1 см. У 16 (29 %) випадках, при відсутності видимого вибухання, розмірах ПК менше 6 см та при обов'язковому сполученні кісти з головною панкреатичною протокою виконували ендоскопічну панкреатикосфінктеротомію з транспапільярним ендопанкреатичним стентуванням. З метою попередження рецидивів хронічних псевдокіст особливого значення надавали відновленню прохідності головної панкреатичної протоки. З цією метою панкреатикосфінктеротомію з дилатацією стриктур ГПП та ендопанкреатичним стентуванням застосовували у 41 пацієнта, літоекстракцію при панкреатиколітазі – у 14 хворих.

Методики ендоскопічного дренивання ПК та корекції прохідності ГПП

У рентгеноопераційній під контролем дуоденоскопа в зоні найбільшого вибухання кісти в порожнину травного тракту за допомогою голчастого папілостома чи аспіраційної голки виконували пункцію кісти (рис. 1).



Рис. 1. Пункція псевдокісти.

Оцінювали характер вмісту кісти і виконували його максимальну аспірацію. Після аспірації вмісту і повільного заповнення ПК контрастною речовиною в порожнину останньої вводимо струну-провідник (Jag-wire, Boston-Scientific), формуючи в порожнині кісти петлю 360 градусів (рис. 2).

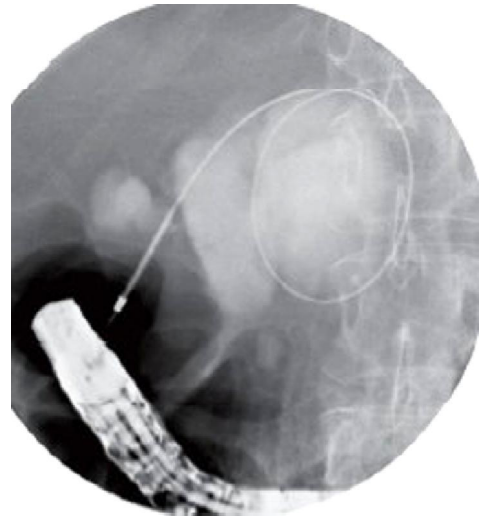


Рис. 2. Контрастування кісти та введення в її порожнину струни-провідника.

Далі по струні вводимо папілотом чи балонний дилататор, формуючи отвір величиною 8–10 мм (рис. 3).

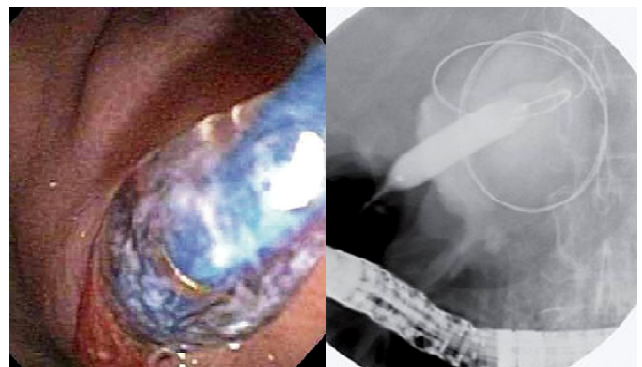


Рис. 3. Балонна дилатація сформованого анастомозу.

Після цього виконуємо дренивання кісти 2 пластиковими стентами doublepigtail 10F (рис. 4).

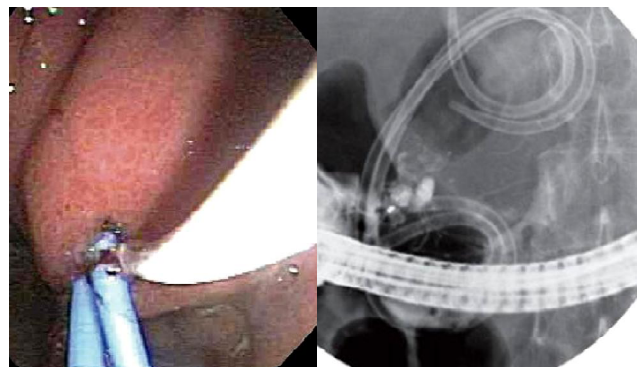


Рис. 4. Дренивання псевдокісти пластиковими стентами.

При інфікованому вмісті ПК додатково між двома стентами встановлюємо цистоназальний дренаж для адекватної санації порожнини кісти в післяопераційному періоді (рис. 5).

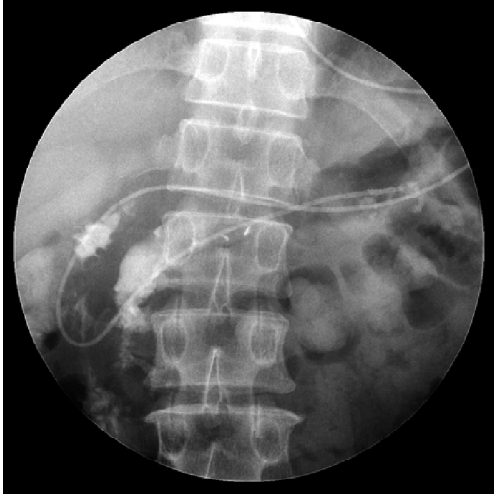


Рис. 5. Цистоназальне дренивання.

При розмірах ПК менше 6 см та сполученні кісти з головною панкреатичною протокою виконували панкреатикосфінктеротомію із встановленням пластикових стентів діаметром 7 F. При цьому проксимальна частина стента повинна міститись в порожнині кісти, або ж пройти за зону стриктури протоки, що в подальшому відновлює її прохідність.

Оптимальна тривалість трансмурального та транспаплярного дренивання повинна становити 6–12 місяців. Клінічним успіхом вважали відсутність первинних симптомів захворювання та відсутність кісти за даними КТ.

Обов'язковою умовою успішного лікування хронічних псевдокіст і попередження їх рецидивування є корекція прохідності протокової системи підшлункової залози (рис. 6).



Рис. 6. Хронічний панкреатит, панкреатиколітіаз.

Канюляція ГПП і виконання панкреатикосфінктеротомії є важливими складовими успіху подальших ендопанкреатичних втручань.

Методики панкреатикосфінктеротомії:

1. Типова канюляційна (напрям розрізу 1–2 год поля зору ендоскопа, довжина розрізу 5–10 мм).
2. Торцева голчата (поетапне препарування тканин сосочка до візуалізації вічка ГПП із подальшим доповненням розрізу канюляційним методом).

Методика дилатації стриктур ГПП: після виконання панкреатикосфінктеротомії зону стриктури протоки проходимо струною-провідником. По струні послідовно виконуємо дилатацію стриктури балонним дилататором 4–6 мм. У більш тяжких випадках застосовуємо бужування стриктури (рис. 7).

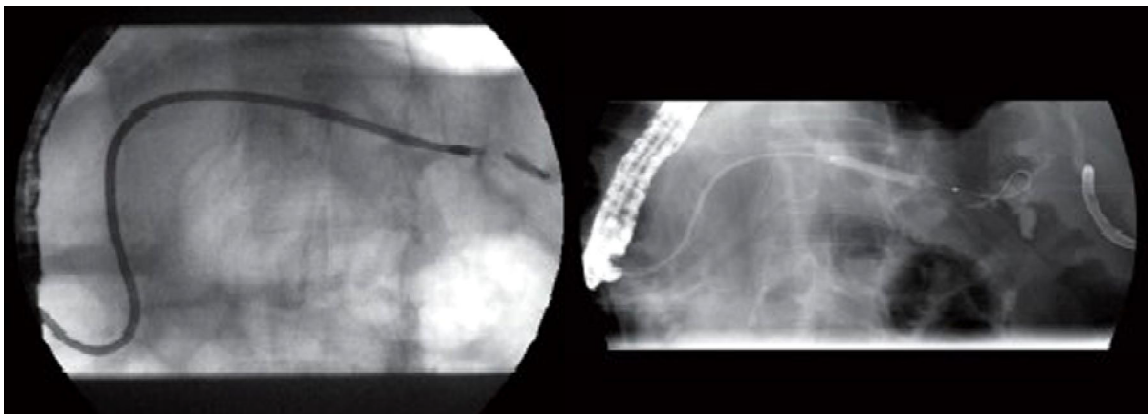


Рис. 7. Бужування та балонна дилатація стриктури ГПП.

Після успішної дилатації головну панкреатичну протоку дрениємо пластиковим ендопротезом pigtail 8,5-10F. Оптимальним вважаємо введення двох пластикових стентів, що, як правило, вдається після застосування 6-міліметрових балонних дилататорів (рис. 8).

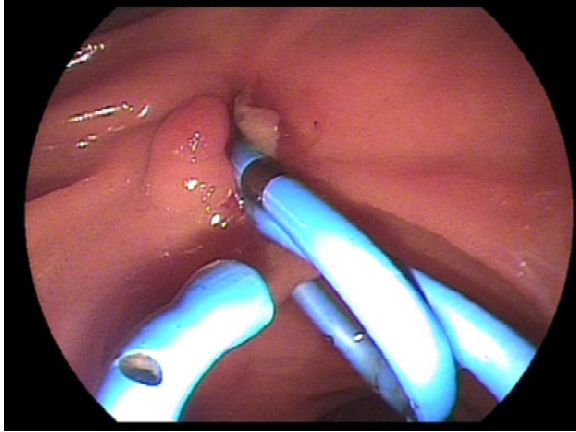


Рис. 8. Ендопанкреатичне стентування.

Критерієм нормальної прохідності ГПП після стентування вважаємо вільне проходження протоки балоном Фогарті, після чого стенти видаляємо. Алгоритм лікування хворих із хронічними псевдокістами представлено на рисунку 9.

Панкреатиколітіаз мав місце у 14 (25,5 %) хворих. Ендоскопічну літоекстракцію виконували після панкреатикосфінктеротомії та балонної дилатації вічка ГПП при розмірах конкрементів панкреатичної протоки менше 7 мм. Після видалення конкрементів у головну панкреатичну протоку встановлювали 1–2 пластикові стенти 8,5-10F, тривалість стентування складала 8–12 місяців.

Більшість хворих вказувала на поліпшення загального стану, зменшення болювого синдрому вже на 1–2 добу після втручання, а на 7–9 добу їх виписували додому під нагляд лікаря-хірурга поліклініки за місцем проживання та подальшим контролем у клініці через 3, 6, 12 та 24 місяці.

Кровотечі після ендоскопічних операцій спостерігали у 9 (16,4 %) хворих. У 3 пацієнтів застосо-

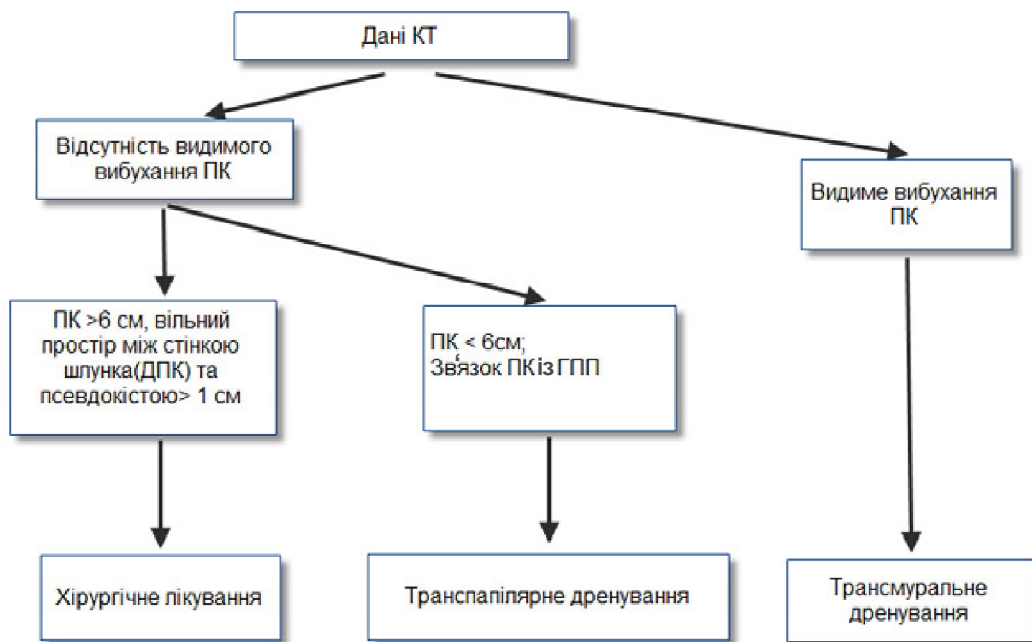


Рис. 9. Алгоритм лікування хронічних псевдокіст.

ували ендокліпування судин, які кровоточили, у 4 – аргано-плазмову коагуляцію, та в 1 хворого – рентгендоваскулярну оклюзію. Випадків перфорації порожнистих органів та летальності серед досліджуваної групи хворих не відмічено.

Рецидив кісти після видалення стентів мав місце в 6 (10,9 %) хворих у терміни 6–4 місяці після ендоскопічного втручання. У 2 пацієнтів виконували

повторне ендоскопічне дренивання та у 4 – оперативне хірургічне лікування.

Висновки. 1. Ендоскопічне дренивання хронічних псевдокіст підшлункової залози є ефективною альтернативою традиційному хірургічному лікуванню, з частотою ускладнень 16,4 % та розвитком рецидиву кісти в 10,9 % випадків.

2. Методом вибору ендоскопічного лікування псевдокіст вважаємо трансмуральний із тривалістю стентування сформованого анастомозу 6–12 місяців.

3. При розмірах псевдокісти менше 6 см та її сполученні з розширеною головною панкреатичною

протокою показано виконання транспапілярного ендопротезування.

4. Основною складовою успішного лікування хронічних псевдокіст та попередження їх рецидивів є корекція прохідності протокової системи підшлункової залози.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Baron T. H. Endoscopic drainage of pancreatic fluid collection and pancreatic necrosis / T. H. Baron // *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* – 2003. – Vol. 13. – P. 743–764.
2. Giovannini M. What is the best endoscopic treatment for pancreatic pseudocysts? / M. Giovannini // *Gastrointest. Endosc.* – 2007. – Vol. 65. – P. 620–623.
3. Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients: a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes / L. C. Hookey, S. Debroux, M. Delhaye [et al.] //

- Gastrointest. Endosc.* – 2006. – Vol. 63. – P. 635–643.
4. Monkemuller K. Endoscopic therapy of chronic pancreatitis / Klaus Monkemuller, Stefan Kahl, Peter Malfertheiner // *Dig. Dis.* – 2004. – Vol. 22. – P. 280–291.
5. Yusuf T. E. Endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts: results of a national and an international survey of ASGE members / T. E. Yusuf, T. H. Baron // *Gastrointest. Endosc.* – 2006. – Vol. 63. – P. 223–227.

Отримано 30.05.11