

Минимально инвазивные вмешательства в лечении хронического постнекротического панкреатита у лиц молодого возраста

С. Я. Ивануса, И. И. Дзидзава, Д. П. Шершень, М. В. Лазуткин, Р. Ф. Абдурахманов

Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения больных молодого возраста с поздними постнекротическими осложнениями панкреатита с использованием минимально инвазивных методов хирургического лечения.

Материалы и методы. В работе представлен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 117 больных в возрасте от 20 до 45 лет с хроническим постнекротическим панкреатитом, сопровождавшимся органическими изменениями в ткани поджелудочной железы и потребовавшим различных методов хирургической коррекции.

Результаты. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения позволил определить предпочтительные варианты диагностических подходов, которые дают возможность корректировать лечебную тактику, в том числе за счет использования минимально инвазивных хирургических методик. С помощью этих подходов можно получить хорошие результаты более чем у 85% больных.

Заключение. Применение минимально инвазивных вмешательств в диагностике и лечении заболеваний поджелудочной железы позволяет улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: панкреонекроз, осложнения, хирургическое лечение.

Minimally Invasive Interventions in Young Patients with Chronic Postnecrotic Pancreatitis

S. Ya. Ivanusa, I. I. Dzidzava, D. P. Shershen, M. V. Lazutkin, R. F. Abdurakhmanov

S. M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg

В последние 30 лет наблюдается общемировая тенденция роста заболеваемости острым деструктивным панкреатитом с развитием поздних постнекротических осложнений и хронического панкреатита. Распространенность данного заболевания в Европе составляет 25,0–26,4 на 100 000 населения [4, 14]. В России отмечается более интенсивный рост заболеваемости и распространенность составляет 27,4–50 случаев на 100 000 населения [9]. Проблема перехода острого воспалительного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) после перенесенного панкреонекроза в хроническую форму является актуальной и в то же время малоизученной [3, 5].

По данным отечественных и зарубежных авторов, имеет место увеличение частоты возникновения острых и хронических панкреатитов у лиц молодого возраста, они приводят к необратимым последствиям и жизнеугрожающим осложнениям [6, 7, 20]. Прослеживается «омоложение» этих заболеваний: средний возраст постановки диагноза снизился до 35 лет [1, 4, 19].

Быстрый прогресс медицинских технологий в последние десятилетия позволил улучшить результаты обследования больных с панкреатической гипертензией ПЖ [8]. Однако ошибки в диагностике могут составлять до 90% на догоспитальном этапе и до 17% в стационаре. Большое число диагностических ошибок объясняется многосимптомностью

клинических проявлений, малодоступностью ПЖ для физических методов обследования, а также отсутствием четких диагностических алгоритмов [2, 10, 13, 17, 21].

Традиционно основным методом лечения протоковой гипертензии ПЖ остаются открытые оперативные вмешательства, не утратившие своей роли при лечении хронического постнекротического панкреатита [16, 18, 22]. Однако все большее место в лечении поздних осложнений панкреонекроза занимают минимально инвазивные методики [11, 12]. В целом, по данным ряда исследований, эффективность различных методов хирургического лечения у больных с поздними осложнениями панкреонекроза превышает 70% [15, 16, 23].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных молодого возраста с поздними постнекротическими осложнениями за счет внедрения минимально инвазивных методов хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов хирургического лечения 117 пациентов, находившихся в период с 2005 по 2014 г. в Клинике общей хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова по поводу острого тяжелого деструктивного панкреатита. Среди участников исследования было 102 (87,2%) мужчины и 15 (12,8%) женщин. Возраст боль-

Абдурахманов Ринат Фаридович — адъюнкт кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВПО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

Дзидзава Илья Игоревич — д. м. н., доцент, начальник кафедры госпитальной хирургии ФГБВОУ ВПО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

Ивануса Сергей Ярославович — д. м. н., профессор, начальник кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВПО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

Лазуткин Максим Витальевич — к. м. н., доцент кафедры общей хирургии ФГБВОУ ВПО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

Шершень Дмитрий Павлович — к. м. н., начальник хирургического отделения Клиники общей хирургии ФГБВОУ ВПО «ВМА им. С. М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: doctor.ru@rusmg.ru

ных колебался в пределах от 20 до 45 лет. Средний возраст составил $39,1 \pm 2,9$ года.

У данной группы пациентов в сроки от 3 месяцев до 10 лет развились и диагностированы клинические проявления хронического постнекротического панкреатита, сопровождавшиеся органическими изменениями в ткани поджелудочной железы (табл.), требовавшие различных методов хирургической коррекции.

Обследование больных с поздними постнекротическими осложнениями проводилось по алгоритму, включавшему изучение жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и ультразвукографических методов исследования.

Использование ультразвуковой сонографии позволило диагностировать деформацию и изменение размеров ПЖ у 112 (95,7%) пациентов. Паренхиматозные конкременты диагностированы в 16 (13,7%) случаях. У 55 (47,0%) больных стало возможным определение сегментарного характера расширения главного панкреатического протока.

С целью уточнения морфологических изменений протоковой системы ПЖ и желчевыводящих протоков, выявленных при ультрасонографии, у 97 пациентов была проведена МРТ в режиме холангиопанкреатографии. Среди этих пациентов в 86 (88,7%) случаях установлен факт панкреатической протоковой гипертензии. Причиной гипертензии у 53 (54,6%) пациентов служила стриктура главного панкреатического протока, в 11 (11,3%) случаях — вируснолитиаз, в 13 (13,4%) наблюдениях — стриктура общего желчного протока.

Мультиспиральная КТ выполнена в 57 (48,7%) наблюдениях с целью диагностики гиперэхогенных образований, постнекротических свищей и интрапанкреатических кист.

Методика эндоскопической ультрасонографии применена у 24 (20,5%) пациентов, она позволила подтвердить билиарную и панкреатическую гипертензию и более детально оценить характер морфологических изменений ПЖ. Возможность детальной диагностики взаиморасположения кист по отношению к окружающим тканям посредством эндо-УЗИ важна для уточнения показаний к минимально инвазивному и открытому оперативному лечению, а также для выбора оптимального места для трансмурального дренирования.

Таблица

Характеристика поздних осложнений панкреонекроза

Виды поздних осложнений панкреонекроза	Число больных	
	абсолютное	относительное
Киста поджелудочной железы	48	41,0
Панкреатический свищ	16	13,7
Изолированная стриктура главного панкреатического протока	24	20,5
Изолированная стриктура общего желчного протока	18	15,4
Вируснолитиаз	11	9,4
Всего	117	100

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, выполненная 76 (64,9%) пациентам, позволила установить факт и причину протоковой гипертензии ПЖ во всех наблюдениях. Возможность определения показаний к хирургической коррекции во время проведения процедуры способствовала осуществлению одномоментной лечебной манипуляции у 72 (94,7%) больных с поздними осложнениями панкреонекроза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре поздних осложнений панкреонекроза кисты ПЖ выявлены у 48 (41,0%) пациентов. Выбор способа минимально инвазивного хирургического лечения постнекротических кист ПЖ основывался на результатах дооперационного обследования, направленного на оценку проходимости главного панкреатического протока и определения связи полости кисты с протоковой системой железы. Наиболее информативными методами визуализации сообщения полости кисты с панкреатическими протоками стали пункция кистозного образования с последующей фистулографией (n = 15) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (n = 14). Последняя имела преимущество перед пункционной фистулографией в виде возможности выявления сопутствующих патологических изменений общего желчного протока. Сообщение постнекротической кисты с протоковой системой установлено у 5 больных. Стриктуры главного панкреатического протока диагностированы у 18 пациентов.

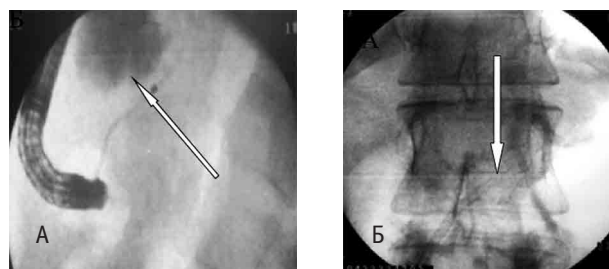
Наличие стриктуры главного панкреатического протока и связи кисты с протоковой системой являлось показанием к эндоскопическому транспапиллярному стентированию главного панкреатического протока у 23 больных (рис. 1). Данная методика оказалась неэффективной в 3 случаях.

Чрескожное пункционное дренирование постнекротических кистозных образований выполнено 19 пациентам, у которых на дооперационном этапе не было выявлено изменений протоковой системы ПЖ. Положительные результаты достигнуты в 18 наблюдениях. Рецидив, возникший вследствие непродолжительного дренирования, имел место у 1 пациента.

Использование в лечебном процессе гастроскопа, оснащенного ультрасонографическим датчиком, позволило выполнить эндоскопическое трансмуральное дренирование кист через стенку желудка. Единственным и обязательным условием для выполнения данного вмешательства являлось интимное прилегание стенки кисты к желудку.

Дренирование было завершено установкой в 5 случаях цистогастрального, а у 1 больного — цистоназального дренажного катетера. Во всех наблюдениях получены хорошие

Рис. 1. Рентгенограммы: А — катетеризация главного панкреатического протока и контрастирование кисты головки поджелудочной железы; Б — стент в главном панкреатическом протоке. Фото авторов



результаты. В связи с неэффективностью минимально инвазивных методов 2 больным выполнены дренирующие операции лапаротомным доступом.

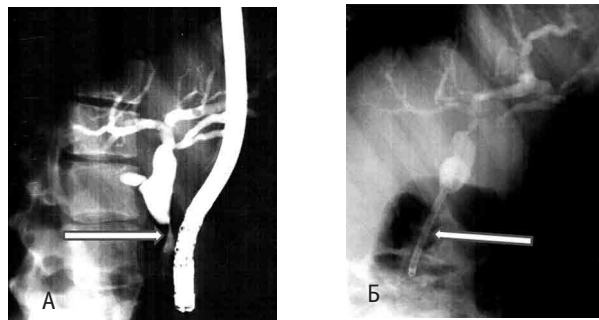
Постнекротические панкреатические свищи диагностированы у 16 больных. В 11 (68,8%) случаях выявлена стриктура главного панкреатического протока. В 3 (18,8%) наблюдениях при рентгенологическом исследовании имели место внутренние свищи, которые существовали бессимптомно и не требовали лечения. При наружных панкреатических свищах изолированное применение консервативной терапии было эффективным у 2 (12,5%) пациентов. Наличие стриктуры вирсунгова протока расценивалось как наиболее вероятная причина функционирования свища и являлось показанием к выполнению эндоскопического транспапиллярного стентирования. В целом стентирование главного панкреатического протока применено в 11 случаях и способствовало ликвидации свища во всех наблюдениях.

Изолированные рубцовые стриктуры главного панкреатического протока отмечены в 24 (20,5%) наблюдениях. Лечение данного вида осложнений начиналось с выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, в ходе которой оценивались протяженность и степень выраженности стриктуры. У 18 (75%) пациентов с одиночными непротяженными (менее 5 мм) протоковыми стриктурами выполнена их одномоментная эндоскопическая коррекция, включавшая в себя во всех случаях папиллосфинктеротомию, баллонную дилатацию и стентирование в 12 наблюдениях. Средний срок нахождения стента в просвете главного панкреатического протока составил 8 недель. Удаление эндопротеза производилось после разрешения стриктуры, которое оценивали с помощью динамической ультрасонографии и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии. В 3 случаях потребовался повторный сеанс баллонной дилатации с заменой панкреатического стента. У всех пациентов достигнут положительный результат лечения.

Множественные стриктуры, сочетавшиеся с множественными конкрементами по ходу главного панкреатического протока, диагностированы у 5 больных. В связи с невозможностью минимально инвазивной коррекции, сформулированы показания к выполнению продольного панкреатикоюноанастомоза на отключенной петле по Ру. У одного пациента выполнена резекция хвоста ПЖ.

Лечение постнекротических стриктур интрапанкреатической части общего желчного протока (18 наблюдений) начинали с выполнения эндоскопической ретроградной холангиографии. По ее результатам у 16 (88,9%) пациентов имелись показания для одномоментной папиллосфинкте-

Рис. 2. Холангиограммы: А — стриктура интрапанкреатической части общего желчного протока; Б — стентирование общего желчного протока. Фото авторов



ротомии, баллонной дилатации и стентированию желчных протоков (рис. 2). В 12 (75%) наблюдениях эндоскопическое лечение было окончательным. У 4 (25%) больных имел место рецидив стриктуры, что потребовало открытого оперативного вмешательства. Следует отметить, что выполненное в предоперационном периоде эндоскопическое стентирование желчевыводящих путей позволило снизить операционный риск за счет купирования механической желтухи.

Постнекротический вирсунголитиаз диагностирован у 11 (9,4%) больных. В 4 случаях, при локализации конкрементов диаметром менее 5 мм в главном панкреатическом протоке, выполнена эндоскопическая литоэкстракция. В 7 (63,6%) случаях удалить конкременты минимально инвазивным способом не представлялось возможным, что послужило показанием к продольной панкреатикоюностомии на отключенной петле по Ру.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о том, что практически у 50% пациентов молодого возраста, перенесших панкреонекроз, формируется панкреатическая гипертензия и, как следствие, формируются постнекротические кисты и свищи поджелудочной железы. Повышение давления в протоковой системе обусловлено развитием стриктур главного панкреатического протока. Использование современных минимально инвазивных хирургических методик, направленных на коррекцию протоковой гипертензии поджелудочной железы, позволяет получить хорошие результаты более чем у 85% больных.

ЛИТЕРАТУРА¹

1. Александрова И. В., Ильинский М. Е., Рей С. И., Киселев В. В. и др. Тяжелый острый панкреатит с ранней прогрессирующей полиорганной недостаточностью // Хирургия. 2013. № 9. С. 29–33.
2. Бурдюков М. С., Нечипай А. М., Юричев И. Н., Чистякова О. В. и др. Тонкоигольная пункция под контролем эндоскопической ультрасонографии в диагностике опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны // Анналы хирург. гепатологии. 2010. Т. 15. № 2. С. 66–71.
3. Королев М. П., Федотов Л. Е., Аванесян Р. Г., Турынич М. М. и др. Постнекротические кисты поджелудочной железы: возможные пути малоинвазивного наружного и внутреннего дренирования // Вестн. хирургии. 2012. Т. 171. № 3. С. 72–77.

4. Маев И. В. Болезни поджелудочной железы: Практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 736 с.
5. Недашковский Э. В. Острый панкреатит: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 272 с.
6. Нестеренко Ю. А., Лаптев В. В., Михайлулов С. В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. М.: БИНОМ-Пресс, 2004. 304 с.
7. Паклина О. В., Сетдинова Г. Р., Чекарева И. А. Морфологическая характеристика кистозных опухолей поджелудочной железы // Анналы хирург. гепатологии. 2012. Т. 17. № 1. С. 26–34.
8. Прыдко А. С., Майстренко Н. А., Ромащенко П. Н., Бойко И. Ю. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении хронического панкреатита // Анналы хирург. гепатологии. 2012. Т. 17. № 2. С. 55–64.

¹ С полным перечнем литературы можно ознакомиться в редакции журнала «Доктор.Ру». — Примеч. ред.