

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-180-8-98-102

УДК 616.37–002.2–06–089:616.373–072.1

Успешное излечение осложненного хронического панкреатита эндоскопическим транспапиллярным стентированием главного панкреатического протока

Репин М. В.¹, Трушников Д. В.², Лобанов Д. А.²¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Пермский край, г. Пермь, ул. Петropавловская, 26, 614000)² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница (614990, г. Пермь, ул. Пушкина, д. 85, Россия)

Successful treatment of complicated chronic pancreatitis by endoscopic transpapillary stenting of the main pancreatic duct

M. V. Repin¹, D. V. Trushnikov², D. A. Lobanov²¹ Perm State Medical University named after Academician E. A. Wagner (PSMU) (614000, Perm, st. Petropavlovskaya, 26, Russia)² Perm regional clinic hospital (614990, Perm, st. Pushkin, 85, Russia)

Для цитирования: Репин М. В., Трушников Д. В., Лобанов Д. А. Успешное излечение осложненного хронического панкреатита эндоскопическим транспапиллярным стентированием главного панкреатического протока. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;180(8): 98–102. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-180-8-98-102

For citation: Repin M. V., Trushnikov D. V., Lobanov D. A. Successful treatment of complicated chronic pancreatitis by endoscopic transpapillary stenting of the main pancreatic duct. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;180(8): 98–102. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-180-8-98-102

✉ Corresponding author:

Репин Максим Васильевич,
Maksim V. Repin
max_repin@inbox.ru

Репин Максим Васильевич, кафедра хирургии факультета дополнительного профессионального образования, профессор, д.м.н.

Трушников Дмитрий Владимирович, врач-эндоскопист

Лобанов Дмитрий Андреевич, врач хирург

Maksim V. Repin, Department of Surgery of the Faculty of Additional Professional Education, Professor, MD

Dmitry V. Trushnikov, Endoscopist

Dmitry A. Lobanov, Surgeon

Резюме

Цель работы представить пример успешного применения эндоскопического транспапиллярного стентирования главного панкреатического протока у пациента с тяжелыми осложнениями панкреонекроза, резистентным к хирургическому лечению.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение больного с осложнениями панкреонекроза, которые удалось устранить с помощью эндоскопического транспапиллярного вмешательства.

Результаты. Эндоскопическое транспапиллярное вмешательство позволило уточнить диагноз, подтвердить сообщение протоковой системы с кистой и одновременно восстановить адекватный отток панкреатического сока, что в итоге привело к редукции внутрибрюшных жидкостных скоплений и выздоровлению больного.

Заключение. Эндоскопические методы лечения осложнений острого и хронического панкреатита являются альтернативой традиционному хирургическому лечению и позволяют улучшить его результаты.

Ключевые слова: осложнения панкреонекроза, кисты поджелудочной железы, эндоскопические транспапиллярные операции, стентирование главного панкреатического протока

Summary

The aim of the report is to present the case of successful use of endoscopic transpapillary stenting of the main pancreatic duct in a patient with severe pancreatic necrosis complications resistant to surgical treatment.

Materials and methods. A case report of a patient with complications of pancreatic necrosis treated by endoscopic transpapillary stenting.

Results. Endoscopic transpapillary intervention clarified the diagnosis, confirmed the communication of the pancreatic ductal system with a pancreatic cyst and at the same time restored the pancreatic juice outflow which reduced the abdominal fluid collections and the patient's recovery.

Conclusion. Endoscopic management of complications of acute and chronic pancreatitis are an alternative to traditional surgical treatment and can improve its results.

Keywords: pancreatic necrosis complications, pancreatic cysts, endoscopic transpapillary interventions, stenting of the main pancreatic duct

Введение

Выбор наиболее рационального варианта лечения больных с осложнениями хронического панкреатита (ХП) обстоит одной из наиболее трудных задач в повседневной практике, как гастроэнтерологов, так и хирургов, что обусловлено разнообразием вариантов течения заболевания, особенностями деструктивных изменений в поджелудочной железе и функционально взаимосвязанных с ней органах.

Наиболее тяжелые осложнения ХП развиваются вследствие поражения паренхимы железы с вовлечением протоковой системы, с развитием обструкции и панкреатической гипертензии, которая является причиной нарушения целостности главного панкреатического протока (ГПП) в 18,6% случаев [1]. Подобные изменения могут приводить к возникновению псевдокист, формированию внутренних, наружных или смешанных свищей, пара-

панкреатических и внутрибрюшных жидкостных скоплений [2, 3]. Основным видом лечения больных с подобными осложнениями остаются хирургические операции. Однако, примерно у 20–40% пациентов не удается достичь стойкого положительного эффекта, что требует повторных вмешательств. В настоящее время наиболее перспективным направлением в лечении данной категории больных являются эндоскопические ретроградные методики [3]. Благодаря своей малой инвазивности и достаточно высокой эффективности они становятся окончательным вмешательством у 66,2% пациентов с нарушением целостности ГПП [4, 5].

Цель работы – представить клинический пример успешного применения эндоскопического транспапиллярного стентирования ГПП у пациента с тяжелыми осложнениями ХП, резистентными к хирургическому лечению.

Клиническое наблюдение

Пациент П., 64 года в марте 2019 г перенес приступ острого алкогольного панкреатита, завершившийся образованием несформированных жидкостных скоплений в брюшной полости и сальниковой сумке. Изначально лечился в условиях городской больницы, затем с 7.04. – 19.04. 2019 г. в хирургическом отделении краевой клинической больницы, где консервативное лечение привело к стабилизации общего состояния. Выписан на амбулаторное лечение, наблюдение и оценку течения патологического процесса в динамике. В августе 2019 наступило обострение состояния, обусловленное прорывом кисты в брюшную полость, что потребовало повторной госпитализации с 11.08–19.08 2019 г. При компьютерной томографии (КТ) в брюшной полости обнаружено большое количество жидкости, поджелудочная железа не увеличена, неоднородной структуры в области головки за счет кальцинатов и кистозного образования диаметром 9,5 мм с признаками дренирования в сальниковую сумку и парапанкреатическую клетчатку. Панкреатический проток не расширен, до 3 мм, имеются реактивные изменения стенок желудка, тонкой и толстой кишки. Диагноз: Хронический калькулезный панкреатит, обострение; Постнекротическая киста головки поджелудочной железы с перфорацией

в свободную брюшную полость; Осложнение: ферментативный асцит-перитонит; Сопутствующий: Спаечная болезнь брюшной полости; Единичная мелкая киста печени; Сахарный диабет 2 го типа. 11.08.2019 операция: Лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости, в процессе которой удалено 4500 мл серозно-геморрагической жидкости с содержанием α -амилазы 26700 u/l, разделены рыхлые сращения, обнаружен участок деструкции в области желудочно-ободочной связки, через которую произошел прорыв кисты. Установлены дренажи в поддиафрагмальные пространства, в полость таза и к дефекту в области желудочно-ободочной связки. Состояние пациента улучшилось, через 8 дней дренажи удалены и больной выписан на амбулаторное лечение. Однако через 16 дней его состояние вновь ухудшилось, появились интенсивные боли в животе, вновь госпитализирован с диагнозом: Хронический калькулезный панкреатит, обострение; Постнекротическая киста головки поджелудочной железы с прорывом в брюшную полость; Осумкованное жидкостное скопление в брюшной полости.

По результатам КТ 27.08.2019 г. в плевральных полостях с обеих сторон небольшое количество жидкости, сепарация листков плевры 8 мм. Определяется

больших размеров отграниченное жидкостное скопление, распространяющееся от уровня передних отделов левого поддиафрагмального пространства вдоль передней брюшной стенки в полость малого таза, оттесняя петли кишечника, общей краниально-каудальной протяженностью 355 мм, максимальными аксиальными размерами 145×75 мм. Дополнительно определяются неправильной формы подобные жидкостные образования между петлями кишечника и передней брюшной стенкой, связанные между собой различными по диаметру и протяженности извитыми ходами, в том числе с «осумкованием» в области сальниковой сумки. Поджелудочная железа не увеличена, неоднородной структуры за счет кальцинатов и кистоподобного образования с четкими контурами, ближе к перешейку размером 13 мм, имеющее сообщение с главным панкреатическим протоком и осумкованной полостью сальниковой сумки размером 55×38×38 мм, которая сдавливает выходной отдел желудка и двенадцатиперстную кишку (рис. 1).

28.08.2019 больной экстренно оперирован, проведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, при этом вскрыто жидкостное скопление, распространяющееся между рыхлыми сращениями от левого поддиафрагмального пространства до полости малого таза объемом 1000 мл мутного экссудата с содержанием α -амилазы 120400 ед/л.

После повторной операции состояние больного оставалось тяжелым, обусловленным транзиторной органной дисфункцией, метаболическими и водно-электролитными нарушениями, в том числе в результате экссудации в брюшной и плевральной полостях, потери жидкости при рвоте, по дренажам, а также нарушения питания. В процессе лечения сформировался стойкий панкреатический свищ, который поддерживал экссудацию из брюшной полости с выделением по дренажам 800–1000 мл жидкости за сутки. Учитывая установленное соустье ГПП с кистой поджелудочной железы и жидкостными скоплениями в брюшной полости, решено провести ретроградную холангиопанкреатографию (РХПГ) с целью уточнения возможности транспапиллярного дренирования протоковой системы поджелудочной железы. 02.09.2019 эндоскопическая операция – РХПГ, при которой двенадцатиперстная кишка и большой дуоденальный сосок без особенностей, контрастирован нерасширенный гепатикохоледох, выполнена папиллотомия до поперечной складки, канюлирован ГПП, который на расстоянии 3 см сообщается с полостью размером 15 мм, через которую контрастируется продолжение ГПП и свищевой ход. Непосредственно в полость установлен пластиковый стент 5 см 5Fr (рис. 2).

На следующие сутки количество отделяемого по дренажам уменьшилось вдвое, а через 3 суток

составило 80 мл. Состояние больного быстро улучшилось, живот уменьшился в размерах, интенсивность боли постепенно снизилась, вплоть до полного отсутствия, прекратилась тошнота и рвота, расширился рацион питания и физическая активность. При КТ 04.09.2019 г. по сравнению с предыдущим исследованием 27.08.2019 г. количество свободной жидкости в брюшной полости значительно уменьшилось, сохраняются остаточные скопления жидкости между поперечной ободочной кишкой и петлями тонкой кишки, сообщающиеся между собой и кистой поджелудочной железы, которая также значительно сократилась до 30×16×18 мм, исчезла компрессия выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. ГПП расширен до 4 мм в нем визуализируется стент (рис 3).

Кроме того, при компьютерной томографии на правой стенке среднеампулярного отдела прямой кишки визуализировано полиповидное образование 2 см в диаметре. 11.09.2019 г. произведено эндоскопическое удаление полипа прямой кишки (гистологическое заключение – аденоматозный полип). Выписан в удовлетворительном состоянии 13.09.2019 г. с перспективой удаления стента через 2 месяца.

Поступил 25.11.2019 г. для обследования и извлечения панкреатического стента. Предъявляет жалобы на периодические ноющие боли в эпигастриальной области. Отмечает положительную динамику течения заболевания, масса тела увеличилась на 2 кг, физическая активность восстановилась, соблюдает режим питания и отказ от употребления алкоголя. Общий и биохимический анализы крови без патологических отклонений. При ультразвуковом исследовании поджелудочная железа не увеличена, неоднородно пониженной эхогенности, ГПП 6 мм, свободной жидкости в брюшной полости нет. 26.11.2019 г. при дуоденоскопии виден дистальный конец стента, который частично обтурирован, извлечен. При проверке стента – проходимость отсутствует. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по соблюдению диеты и лекарственной терапии хронического панкреатита. В течение года считает себя абсолютно здоровым, за медицинской помощью не обращался, выполняет посильные физические нагрузки, придерживается предписанной диеты, поправился на 25 кг, масса тела 76 кг при росте 178 см, индекс массы тела 24,5.

Таким образом, очаг панкреонекроза центральной локализации привел к разгерметизации протоковой системы, образованию кисты поджелудочной железы с прорывом ее в брюшную полость, формированию внутреннего, а затем и наружного панкреатического свища. Повторное хирургическое вмешательство оказались неэффективным и лишь транспапиллярное стентирование ГПП способствовало улучшению состояния больного.

Обсуждение

Анализ данных литературы свидетельствует, что эндоскопические методы лечения псевдокист поджелудочной железы становятся альтернативой

традиционному хирургическому лечению и позволяют улучшить его результаты [3, 4, 5]. Наш клинический пример показал, что консервативное



Рисунок 1.
Компьютерная томография, визуализируется жидкостные скопления в брюшной полости и сальниковой сумке, имеющие сообщение с главным панкреатическим протоком.

Figure 1.
Computed tomography, visualized fluid abdominal and omental bursa collections, having communication with the main pancreatic duct.



Рисунок 2.
РХПГ больного, визуализируется стент, установленный через главный панкреатический проток в округлую полость, из которой контрастирован свищ (указан стрелкой).

Figure 2.
Patient's RCPG, a stent is inserted through the main pancreatic duct into a rounded cavity from which the fistula is contrasted (indicated by an arrow).



Рисунок 3.
Компьютерная томография больного после выполнения стентирования главного панкреатического протока: визуализируется стент и сократившееся в размерах жидкостное скопление в сальниковой сумке и в брюшной полости.

Figure 3.
Computed tomography of the patient after stenting of the main pancreatic duct is performed: the stent and the reduced fluid collection in the omental bursa and in the abdominal cavity are visualized.

лечение и хирургические вмешательства не способно в полной мере устранить основные патогенетические механизмы панкреонекроза и восстановить отток панкреатического секрета. Эндоскопическое транспапиллярное вмешательство позволило уточнить диагноз, подтвердить сообщение протоковой системы с кистой и одновременно восстановить адекватный отток панкреатического сока, что в итоге привело к редукции внутрибрюшных жидкостных скоплений. По данным литературы

многие больные требуют этапного лечения, сроки которого составлял от 10 до 28 месяцев, проводят рестентирование через 2–3 месяца или санацию дренажей вирсунгова протока каждые 3–4 месяца [1]. Кроме того, в 6–39% случаев отмечаются осложнения, связанные с выполнением панкреатического стентирования и наиболее частыми являются: острый панкреатит, проксимальная и дистальная миграции стентов, а также образование абсцессов поджелудочной железы [1, 6].

Заключение

В нашем случае панкреатическое стентирование оказалось окончательным методом лечения и способствовало выздоровлению пациента. Следует учитывать, что эндоскопические транспапиллярные вмешательства имеют определенные ограничения,

связанные с особенностями патологических изменений и анатомических условий, кроме того они требуют высокой квалификации персонала, сложной аппаратуры и организационных мероприятий, соответствующих подходам ведущих клиник.

Литература | References

1. Будзинский С. А., Шаповальянц С. Г., Федоров Е. Д. и др. Эндоскопическое ретроградное панкреатическое стентирование при хроническом панкреатите – возможности, ограничения, осложнения. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология* 2014; 103 (3):72–80
Budzinskiy SA, Shapoval'iants SG, Fedorov ED, Myl'nikov AG, Bakaev ZR, Bakhtiozina DV. Possibilities and Limitations of Retrograde Transpapillary Stenting of the Main Pancreatic Duct in the Treatment of Chronic Pancreatitis and Its Complications. *Eksp Klin Gastroenterol.* 2014;(3):72–80.
2. Wilson C., Varadarajulu Sh. Endoscopic therapy for chronic pancreatitis: an evidence-based review. *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2006; 8 (2):104–10.
3. И. П. Парфенов, А. А. Карпачев А. Л. Ярош и соавт. Эндоскопические трансмуральные и транспапиллярные вмешательства в лечении хронического панкреатита. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.* 2011; (12): 38–43.
Parfenov I. P., Karpachev A. A. Yarosh A. L., et al. Endoscopic transmural and transpapillary interventions in the treatment of chronic pancreatitis Pirogov Russian Journal of Surgery. *Khirurgiya. Zhurnal imeni N. I. Pirogova.* 2011;(12):38–43.
4. Будзинский С. А., Федоров Е. Д., Шаповальянц С. Г., Платонова Е. Н. Современные возможности эндоскопических ретроградных вмешательств в лечении хронического панкреатита и его осложнений. *IX Всероссийская Научно-практическая конференция Экстренная и оперативная эндоскопия. Сб. мат. конф. «Актуальные вопросы эндоскопии.* 2018, с. 208–209.
Budzinskiy S. A., Fedorov E. D., Shapovalianz S. G., Platonova E. N. Modern possibilities of endoscopic retrograde interventions in the treatment of chronic pancreatitis and its complications. *IX All-Russian Scientific and Practical Conference Emergency and operational endoscopy. Digest of materials of the conference "Actual Issues of Endoscopy".* 2018, pp. 208–209.
5. Коржева И. Ю., Нечипай А. М., Чернов М. В., Грачев А. А. Современные эндоскопические методики в лечении больных с деструктивным панкреатитом в фазе интрапанкреатических патологических жидкостных скоплений. *X Юбилейная Всероссийская Научно-практическая конференция. Сб. мат. конф. «Актуальные вопросы эндоскопии 2019», с. 184–185.*
Korzheva I. Yu., Nechipay A. M., Chernov M. V., Grachev A. A. Modern endoscopic techniques in the treatment of patients with destructive pancreatitis in the phase of intrapancreatic pathological fluid collections. *X Anniversary All-Russian Scientific and Practical Conference. Digest of materials of the conference "Actual Issues of Endoscopy,* 2019, pp. 184–185.
6. Weber A., Schneider J., Neu B., et al. Endoscopic stent therapy for patients with chronic pancreatitis: results from a prospective follow-up study. *Pancreas.* 2007;34 (3):287–294.