

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ У БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**С.Н. Григорьев, В.А. Белозеров, В.А. Лазаренко,
Н.Н. Григорьев, А.Г. Мальцев**

*Курский Государственный Медицинский Университет
Кафедра хирургии ФГПО (Зав. кафедрой профессор В.А. Лазаренко)*

Актуальность использования малоинвазивных технологий, при лечении панкреатических псевдокист, очевидна. В целях, оценки эффективности применения пункционно-дренирующих вмешательств, анализируются результаты лечения у 102 больных. Пациенты подразделены в зависимости от причин возникновения патологии, локализации, форм и наличия осложнений. Диагностика включала ультразвуковое исследование. При подозрении на неопластический характер кист 21 пациенту выполнялась компьютерная томография, 42 дуоденоскопия, 17 эндоскопическая ретроградная панкреато-холангиография. Учитывая высокий риск формирования панкреатических свищей, после наружного дренирования, выделена группа риска 36 человек и 66, без риска развития данного осложнения. Последним выполнено наружное дренирование, под контролем ультрасонографии. Из них: 49 пациентам выполнено дренирование по Сельдингеру, 12 крупнокалиберное перкутанное наружное дренирование. Осложнения отмечены у 3 пациентов. Больным с риском развития осложнения выполнялось внутреннее дренирование под ультрасонографическим и эндоскопическим контролем. Осложнения отмечены в 4 случаях. Из них у 2, при трансдуоденальном дренировании, возникли пролежни ветвей верхней брыжеечной артерии, у 1 кровотечение в брюшную полость. В этой связи, мы отказались от проведения трансдуоденального дренажа. Отдалённые результаты у больных с цистодуоденальными стентами прослежены у 19. К 6 месяцу у 6 пациентов стент отошёл самостоятельно, у 8 удалён эндоскопически. У 15 с интрапанкреатической гипертензией выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Срок госпитализации составил 23-28 дней. Таким образом, внутреннее дренирование панкреатических псевдокист и последующее цистодуоденальное стентирование у лиц с риском развития наружного панкреатического свища в рамках описанного лечебно-диагностического алгоритма является операцией выбора.

Ключевые слова: *панкреатические псевдокисты, наружный панкреатический свищ, перкутанное наружное дренирование, цистодуоденальный стент.*

Введение

В настоящее время доля пациентов с острым панкреатитом достигает 42 % в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости [1]. В свою очередь, неуклонное

увеличение количества больных с тяжелыми формами острого и хронического панкреатита, наблюдаемое за последнее время, привело к увеличению числа пациентов с панкреатическими псевдокистами [2 – 5].

Многочисленные исследования последнего времени посвящены использованию малоинвазивных технологий при лечении панкреатических псевдокист под контролем эндоскопической и ультрасонографической визуализации. Однако их применение требует разработки четких показаний и противопоказаний к способу дренирования панкреатических псевдокист, внедрения более совершенной техники, детального анализа отдаленных результатов [6 – 8].

Цель работы

Клиническая оценка эффективности применения пункционно-дренирующих вмешательств при панкреатических псевдокистах.

Материалы и методы

Аналізу подвергнуты результаты лечения 102 пациентов с панкреатическими псевдокистами доброкачественного генеза. Возраст варьировал в пределах 23-78 лет. Подавляющее число больных составили мужчины наиболее трудоспособного возраста от 30 до 50 лет – 69 пациентов (67,6%). Большинство панкреатических псевдокист были следствием перенесенного ранее острого панкреатита – 84 (82,3%) пациента. Лишь у 16 (15,7%) пациентов панкреатические псевдокисты явились следствием перенесенной травмы. По данным ультразвукового исследования наиболее часто панкреатические псевдокисты локализовались в области хвоста поджелудочной железы – 48 (47,1%) пациентов, несколько реже в области головки – 32 (31,4 %) пациента и еще реже в области тела – 22 (21,6%) больных. У 14 (13,7%) пациентов отмечалось наличие 2-х и более кистозных полостей, локализующихся в разных отделах поджелудочной железы. Преимущественно экстрапанкреатическая локализация кист выявлена у 89 больных, интрапанкреатическая у 13 пациентов. Объем полости кист варьировал от 25 до 2000 мл и более. Несформированные псевдокисты встречались у 78 (76,5%) больных, сформированные, соответственно, у 24 (23,5%) человек. Осложненный характер течения панкреатических псевдокист констатирован в 72 (70,6%) случаях. В структуре осложнений преобладало инфицирование кистозного содержимого – 39 больных. Компрессионные осложнения в виде упорного болевого синдрома отмечены у 17 пациентов, компрессионного дигестивного синдрома – у 6, механической желтухи – у 4 пациентов. Кровотечение в полость панкреатических псевдокист диагностировано в 4 случаях, быстрый рост панкреатических псевдокист с угрозой разрыва – в 2 случаях.

Одним из основных методов диагностики в исследуемой группе явилось ультразвуковое исследование. При ультразвуковом исследовании анализировались форма, контуры, размеры, эхогенность, внутренняя структура, дополнительные признаки (компрессия рядом расположенных органов, изменения со стороны забрюшинной клетчатки и прилегающих тканей), а так же фоновое состояние поджелудочной железы, включая состояние протоковой системы. Под контролем ультразвука так же выполнялись диагностические пункции кистозных образований поджелудочной железы. Полученный материал подвергался всестороннему бактериологическому, цитологическому, биохимическому исследованию.

Компьютерная томография выполнялась 21 пациенту с целью дифференциальной диагностики при подозрении на неопластический характер кист, а так же с целью уточнения их топографо-анатомических взаимоотношений с окружающими органами.

Для исключения патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки, как причины интрапанкреатической гипертензии, у 42 пациентов выполнялись дуоденоскопии, в 17 случаях выполнялась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. Показаниями к проведению эндоскопической папиллосфинктеротомии явилась стенозирующая патология большого сосочка двенадцатиперстной кишки с интрапанкреатической гипертензией. При этом основным условием эффективности данной манипуляции являлось отсутствие протяженной обструктивной патологии главного панкреатического протока.

Анализируя ранее накопленный опыт применения пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука у больных с панкреатическими псевдокистами, а также литературные данные, согласно которым ряд авторов констатирует весомую долю развившихся стойких панкреатических свищей после наружных диапевтических дренирований [4, 9-11], мы сочли логичным выделить из общей массы пациентов группу риска по развитию наружного панкреатического свища. Среди множества диагностических признаков, позволяющих прогнозировать развитие указанного осложнения, отдавали предпочтение критериям, которые возможно выявить на дооперационном этапе. Наиболее угрожаемыми панкреатическими псевдокистами по развитию наружного панкреатического свища после наружного дренирования по нашему мнению являются сформированные кисты головки поджелудочной

железы, преимущественно интрапанкреатические псевдокисты. На риск развития свища так же указывают: перенесенные операции на поджелудочной железе, в том числе по поводу деструктивного панкреатита и панкреатических псевдокист, быстрый рост псевдокисты, высокий уровень амилазы в кистозном содержимом, рецидив кисты после перенесенного оперативного или диапневтического вмешательства, хронический обструктивный панкреатит. С учетом указанных критериев выделена группа пациентов, численность которой составила 36 человек. Соответственно, группа пациентов без риска развития наружного панкреатического свища составила 66 человек. Больные обеих групп принципиально не различались по половозрастным признакам и характеру заболевания.

Результаты

Наружное дренирование под контролем ультразвукографии было выполнено у всех 66 (64,7%) пациентов не угрожаемых по развитию наружного панкреатического свища в постоперационном периоде. Всего в данной группе выполнено 72 наружных пункционно-дренирующих вмешательства. Показаниями для диапневтического наружного дренирования считали любые клинические проявления при выявлении панкреатических псевдокист размерами более 40 мм и объемом более 30 мл. В зависимости от характера течения и степени сформированности псевдокисты выполнялись различные варианты перкутанных дренирований панкреатических псевдокист. С целью проведения пролонгированной местной терапии и санации полости кисты наружное дренирование выполнялось дренажами с памятью формы F 8 – 12 по методике Сельдингера у 49 (74,3%) пациентов. У больных с наличием кист большого размера, осложненных выраженным компрессионным билиарным и дигестивным синдромами, а также при деструктивном характере осложнений выполнялось крупнокалиберное перкутанное наружное дренирование – 12(18,2%) больных. У всех дренированных больных выполнялась чрездренажная санация полости кисты с использованием антибактериальных и антисептических препаратов. Показаниями для удаления дренажа являлись данные ультразвукового исследования, а также результаты фистулографии, свидетельствующие об отсутствии остаточной полости. На момент удаления дренажа допустимым считали объем отделяемого из полости псевдокисты не более 20 мл в сутки. Осложнения в данной группе возникли у 3 (4,5%) пациентов. В 1 случае возник парадренажный

абсцесс брюшной стенки, в 1 случае – гематома задней стенки желудка, в 1 случае – миграция дренажа в брюшную полость. Все осложнения купированы консервативно.

У 36 пациентов, с риском развития наружного панкреатического свища применялся лечебно-диагностический алгоритм, включающий внутреннее дренирование, которое выполняли под ультразвукографическим и эндоскопическим контролем. Под ультразвукографическим контролем после предварительной местной анестезии производили пункцию псевдокисты с последующей установкой внеоргannого дренажа через желудочно-ободочную связку. Далее в полость псевдокисты устанавливали трансорганный дренаж, чаще трансгастральный, проходящий через обе стенки желудка в переднезаднем направлении (рис. 1). Производили этапные санации псевдокист. После формирования дренажного канала и отграничения его от свободной брюшной полости (обычно на 8–11-е сутки) выполняли фиброгастродуоденоскопию, при которой трансгастральный дренаж заводили в полость желудка и низводили в дистальные отделы двенадцатиперстной кишки (рис. 2), формируя таким образом цистодуоденальный стент (рис. 3, 4). В последующем, после контрольной фистулографии внеорганный дренаж удаляли из полости псевдокисты.

Таким образом, в характеризуемой группе пациентов с риском развития наружного панкреатического свища (n=36) полость псевдокисты содержала во всех случаях не менее двух активных дренажей. А в случаях наличия сложной формы полости, либо при наличии осложнений в виде инфицирования или нагноения внеорганный дренаж был крупнокалиберным – 11 (30,6%) пациентов. На фоне комплексной чрездренажной санации псевдокист размер полости достигал минимального, ограниченного фиксирующим кольцом дренажа с памятью формы к 18 – 20 суткам.

В 2-х случаях объем отделяемого по дренажам составлял не более 10 мл в сутки, в связи с чем, стентирование не проводилось.

Всем пациентам исследуемой группы после установки стента проводились 2-3 гастроскопии с целью контроля динамики рубцевания раневого отверстия в области передней стенки желудка. Во всех случаях на 5 сутки исчезал налет фибрина, зона бывшего стояния дренажа выглядела, как участок локальной деформации с отеком и гиперемией слизистой. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

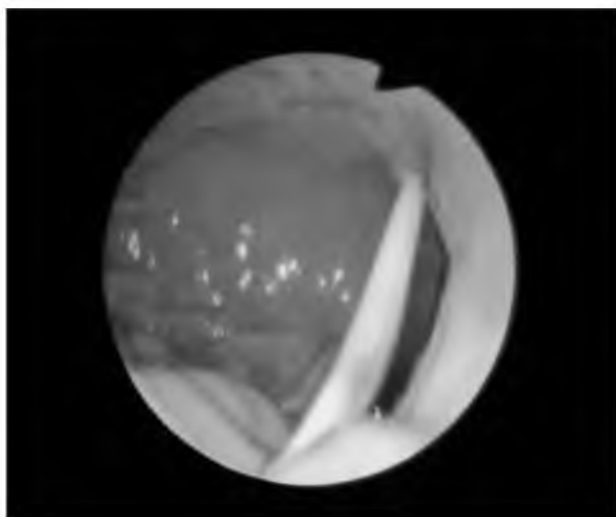


Рис. 1. Эндосфото: трансгастральный дренаж

Осложнения в исследуемой группе больных с риском развития наружного панкреатического свища наблюдали в 4 (11,1%) случаях. В двух случаях при трансдуоденальном расположении дренажа возникли пролежни ветвей верхней брыжечной артерии, в одном из них с кровотечением в брюшную полость, в связи с чем потребовалась лапаротомия. В дальнейшем мы отказались от проведения трансорганного дренажа через двенадцатиперстную кишку, доля осложнений снизилась до 5,8%. У одного пациента возникло инфицирование кожной раны – купировано консервативно. В одном случае наблюдалась гематома задней стенки желудка. Оперативного лечения также не потребовалось.

Отдаленные результаты в группе больных с установленными цистодуоденальными стентами удалось проследить у 19 человек.

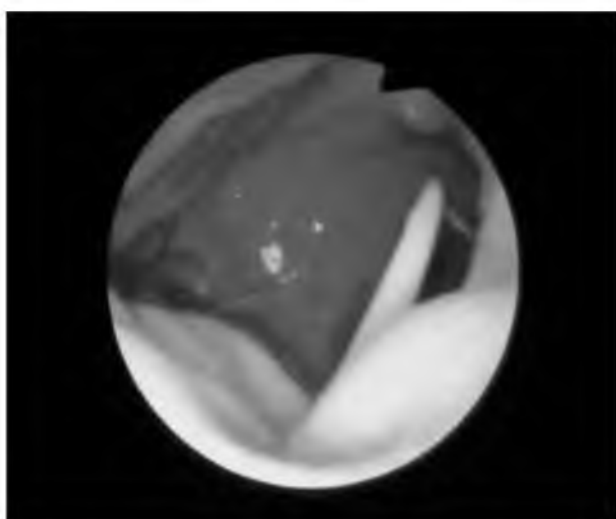


Рис. 3. Эндосфото: трансгастральный дренаж трансформирован в цистодуоденальный стент

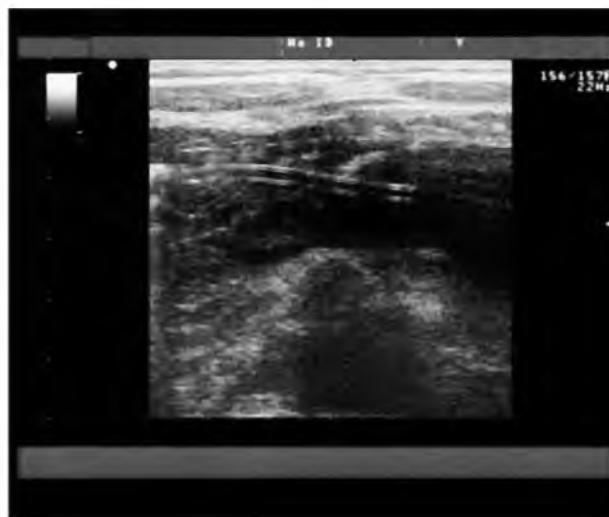


Рис. 2. Сонограмма: цистодуоденальный стент в остаточной полости псевдокисты

К 6 месяцу от момента выписки из стационара у 6 пациентов внутренний стент отошел самостоятельно, у 8 пациентов стент удален при фиброгастродуоденоскопии.

В 15 случаях выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с целью разрешения интрапанкреатической гипертензии. При анализе результатов проведенных транспапиллярных вмешательств выявлено, что резкое снижение уровня дебита кистозного отделяемого по наружным дренажам (более чем в 2 раза) после проведенной эндоскопической папиллосфинктеротомии констатировано у 9 пациентов из 15. В остальных же 6 случаях данный показатель изменялся незначительно, что было связано с протяженной обструктивной патологией протоковых систем поджелудочной железы.



Рис. 4. Сонограмма: цистодуоденальный стент в III отделе двенадцатиперстной кишки

При эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии сообщений полости псевдокисты с протоковой системой поджелудочной железы не было выявлено ни в одном случае. С одной стороны, это, по-видимому, было связано с воспалительной окклюзией соустья, с другой – с намеренным отказом от «тугого» контрастирования протоковой системы поджелудочной железы вследствие риска развития осложнений.

Средняя продолжительность госпитализации составила $23 \pm 5,7$ дня. Клиническая эффективность проведенного лечения оценивалась, как доля вылечившихся больных без осложнений и рецидивов развития панкреатических псевдокист, и составила 93,2%. Таким образом, применяемый нами метод внутреннего дренирования панкреатических псевдокист с последующим цистодуоденальным стентированием дает возможность:

- расширить группу пациентов, у которых возможно выполнение внутреннего дренирования с использованием малоинвазивных методик за счет необязательного изначального анатомического контакта стенки кисты со стенкой желудка или с двенадцатиперстной кишкой;
- создать условия для адекватного и постоянного контроля за состоянием полости, осуществляя своевременную диагностику возможных осложнений;
- активно использовать оба дренажа в процессе санации панкреатических псевдокист;

Список литературы

1. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р. Лечение острого панкреатита в ферментативную фазу заболевания. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006; 165 (1): 117.
2. Акилов Х.А., Ваккасов М.Х. Лечебная тактика при поздних осложнениях панкреонекроза. Материалы 9 Всероссийского съезда хирургов. Волгоград. 2000; 7.
3. Кадошук, Т.А., Кадошук Ю.Т., Бондарчук О.И. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы. Анналы хирург. гепатологии. 1999; 4 (2): 159–160.
4. Погребняков В.Ю. Малоинвазивное хирургическое лечение ложных кист поджелудочной железы, связанных с панкреатическими протоками. Анналы хирург. гепатологии. Материалы 5-й конф. хирургов – гепатологов. Томск. 1997; 2: 114.
5. Kloppe G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. Semin. Diagn. Pathol. 2000; 17 (1): 7–15.

- предупредить самостоятельное преждевременное закрытие цистогастротомы;
- объективно контролировать проходимость потенциального внутреннего стента перед его установкой;
- при необходимости, использовать крупнокалиберные дренажи (внеорганно);
- обеспечить отток панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, что является физиологичным;
- предупредить заброс желудочного содержимого в полость псевдокисты. Наряду с этим, используемый нами лечебно-диагностический алгоритм позволяет:
- предупредить риск развития наружного панкреатического свища и улучшить качество жизни пациентов в постгоспитальном периоде;
- применять указанный метод лечения у пациентов даже при наличии интра-панкреатической гипертензии, обусловленной протяженной обструктивной патологией главного панкреатического протока.

Таким образом, внутреннее дренирование панкреатических псевдокист и последующее цистодуоденальное стентирование с использованием ультрасонографических и эндоскопических технологий у лиц с риском развития наружного панкреатического свища в рамках описанного лечебно-диагностического алгоритма является операцией выбора. ■

6. Багненко С.Ф., Курыгин Ф.Ф., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. Руководство для врачей. СПб.: Питер. 2000; 416.
7. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995; 512.
8. Froschle G., Doris H., Kremer B. et al. Pancreaspseudozysten und ihre interdisziplinäre therapy. Zbl. Chir. 1991; 116. 359–368.
9. Дадвани С.А., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х., Заводнов В.Я. Отдаленные результаты цистогastro- и цистодуоденостомий под ультразвуковым и эндоскопическим контролем в лечении псевдокист поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии. 1999; 4 (2): 153.
10. Мишин, В.Ю., Квезерова А.П. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы. Анналы хирургии. 2000; 3: 32–39.
11. Русин В.И., Болдижар А.А. Эндоскопические способы лечения псевдокист поджелудочной железы. Материалы X юбилейного конгресса по эндоскопической хирургии. 2006; 185.

MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES IN A THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC ALGORITHM IN PATIENTS WITH PANCREATIC PSEUDOCYSTS

S.N. Grigoriev, V.A. Belozerov, V.A. Lazarenko, N.N. Grigoriev, A.G. Maltsev
Kursk State Medical University Chair of Surgery

The importance of using minimally invasive techniques in management of pancreatic pseudocysts is evident today. In order to evaluate the efficacy of puncture-draining interventions, analysed herein are therapeutic outcomes in 102 patients. The patients were subdivided depending on the causes of pathology, localization, forms and presence of complications. Diagnosis included an ultrasonographic study. Suspected for neoplastic cysts, 21 patients underwent computed tomography, 42 – duodenoscopy, 17 – endoscopic retrograde pancreatocholangiography. Taking into consideration a high risk of pancreatic fistulas formation, after external drainage, we isolated a high-risk group comprising 36 people, and a group of 66 subjects with no risk of this complication. The latter underwent ultrasonography-controlled external drainage. Of these, 49 patients were subjected to drainage by the Seldinger technique, 12 – large-calibre percutaneous external drainage. Complications were observed in 3 subjects. Patients at risk of a complication underwent ultrasonographically and endoscopically controlled internal drainage. Complications were noted in 4 cases. Of these, two, during transduodenal drainage, developed bed-sores of the superior mesenteric artery branches, and one patient developed abdominal haemorrhage. In this connection we refused carrying out transduodenal drainage. The long-term results in patients with cystoduodenal stents were followed-up in 19 subjects. By month six, the stent detached spontaneously in 6 patients, being removed endoscopically in 8 subjects. Fifteen patients with intrapancreatic hypertension were subjected to endoscopic papillosphincterotomy. The duration of the hospital stay amounted to 23-28 days. Hence, internal drainage of pancreatic pseudocysts, followed by cystoduodenal stenting in patients at risk of an external pancreatic fistula within the described therapeutic-and-diagnostic algorithm is an operation of choice.

Key words: *pancreatic pseudocysts, external pancreatic fistula, percutaneous external drainage, cystoduodenal stent.*

Межрегиональная научно-практическая конференция

«Актуальные вопросы интервенционной радиологии (рентгенохирургии)»

Владикавказ, 28-29 июня 2007 г.

телефон: (867-2) 52-60-66
e-mail: conferentia2007@mail.ru