

УДК 616.37—006.2—089.819

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ОЧАГОВЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ В ОБЛАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ОКРУЖАЮЩИХ ТКАНЯХ

В. В. Грубник, П. И. Пустовойт, А. В. Бойко, Р. Ю. Вододюк

*Одесский государственный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница*

MINIINVASIVE INTERVENTIONS FOR FOCAL LIQUID ACCUMULATIONS IN REGION OF PANCREAS AND SURROUNDING TISSUES

V. V. Grubnik, P. I. Pustovoyt, A. V. Boyko, R. Yu. Vododyuk

РЕФЕРАТ

Проанализированы результаты лечения 264 больных по поводу острого (ОП) и хронического (ХП) панкреатита.

В 30% наблюдений скопления жидкости в области поджелудочной железы (ПЖ) регрессировали под влиянием комплексной консервативной терапии, в остальных — выполнены чрескожные пункционные вмешательства под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), дренирование кист с использованием лапароскопического метода. Рецидивов в сроки наблюдения до 3 мес после операции не было.

Ключевые слова: острый панкреатит; кисты поджелудочной железы; миниинвазивные методы лечения.

SUMMARY

The results of treatment of 264 patients, suffering an acute and chronic pancreatitis, are analyzed.

In 30% of observations the liquid peripancreatic accumulations observed have had regressed under the influence of complex conservative therapy and in other — there were performed transcuteaneous punctures under ultrasonographic guidance, the cysts drainage, using laparoscopic method. The recurrence free postoperative period had lasted not less than 3 months.

Key words: acute pancreatitis; pancreatic cysts; miniinvasive methods of treatment.

Острый панкреатит (ОП) — одно из наиболее тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства, которое сопровождается высокой летальностью без тенденции к ее снижению [1 — 3]. В исходе деструктивного ОП у 15 — 18% больных образуется флегмона забрюшинного пространства, у 8 — 10% — псевдокиста ПЖ, у 4 — 5% возникает аррозивное кровотечение, у 9 — 12% — формируется абсцесс [1, 4].

Важное место в диагностике и выборе метода лечения ОП занимает УЗИ ПЖ и органов брюшной полости, которое позволяет определить очаг деструкции, его локализацию, распространенность деструктивного процесса за пределы ПЖ, диагностировать патологию внепеченочных желчных протоков [5].

Решающее значение в лечении ОП и его осложнений имеет адекватное своевременное хирургическое вмешательство, однако единой концепции в отношении сроков его выполнения и объема нет [6, 7]. Возможным путем решения проблемы является использование чрескожных вмешательств под контролем УЗИ наряду с интенсивной терапией [2, 6]. Использование миниинвазивных технологий обеспечивает асептическое течение панкреонекроза, уменьшение бактериальной транслокации в зоне деструкции [6]. Кроме того, миниинвазивные вмешательства часто являются единственно возможным способом лечения из-за тяжести состояния больного (сепсис, полиорганная недостаточность и др.), пожилого возраста, сложности доступа к патологическому очагу при применении классических методов и т. д. [8].

Цель исследования — анализ результатов лечения больных по поводу очаговых скоплений жидкости в области ПЖ и окружающих тканей с использованием чрескожных и лапароскопических методов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 264 больных, которых лечили в клинике за 8 лет по поводу ОП и ХП, выявлены очаговые скопления

жидкости в области ПЖ либо в парапанкреатической клетчатке. Мужчин было 208 (79%), женщин — 56 (21%).

Пациентов госпитализировали в клинику в различные сроки от начала заболевания. Диагноз и контроль качества лечения устанавливали на основании анализа данных клинических, а также лабораторных и биохимических исследований. Основным инструментальным методом диагностики ОП являлось УЗИ, которое проводили с использованием ультразвукового аппарата Aloka — 650 (Япония) с конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц не только при поступлении больного, но и в динамике заболевания [9]. При необходимости выполняли эзофагогастродуоденофиброскопию, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию.

По результатам комплексной диагностики из 264 больных, у которых выявлены скопления жидкости в области ПЖ и окружающих тканях, у 236 (93%) — обнаружены псевдокисты ПЖ, у 6 (2,3%) — абсцесс кист ПЖ, у 18 (7%) — истинные кисты ПЖ, у 4 (1,5%) — цистаденома. Объем кист от 200 до 2200 мл.

Формирование объемных образований в проекции ПЖ и сальниковой сумки сопровождалось усилением боли в зоне образования, высоким лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ. Скопление жидкости в полости сальниковой сумки обычно выявляли на 5 — 15-е сутки от начала заболевания и позже.

При наличии псевдокист ПЖ без нагноения наблюдали субфебрилитет или повышение температуры тела до 38°C в вечерние часы. Однако состояние большинства пациентов, у которых обнаружены очаговые скопления жидкости в проекции ПЖ, было удовлетворительным.

В последние годы базовой установкой в клинике в отношении пациентов с ОП и приступами ХП является проведение интенсивной консервативной терапии [7]. Наряду со стандартной схемой лечения ОП широко использовали октреотид (октрестатин) внутривенно по 100 — 300 мкг 2 — 3 раза в сутки. Наши наблюдения, как и данные других авторов, подтвердили его эффективность, в том числе при тяжелом ОП, особенно если препарат назначать с первых часов заболевания [10]. При назначении октрестатина достоверно уменьшались длительность лечения больных в стационаре, частота гнойно-некротических осложнений.

При рецидивирующем ХП, сопровождающемся формированием псевдокист ПЖ и острых скоплений жидкости, в том числе множественных, препарат оказывает положительное влияние, уменьшаются количество и объем жидкостных образований, стенки их, по данным УЗИ, более четкие, содержимое — однородное, что свидетельствует об уменьшении тяжести

воспалительного процесса в зоне скопления жидкости.

Перед выполнением миниинвазивных вмешательств больным назначали кортикостероиды, как правило, гидрокортизон в дозе 125 мг внутривенно или внутримышечно в течение 5—7 сут. Необходимость применения кортикостероидов обусловлена двумя моментами. Во-первых, нельзя было исключить аутоиммунный характер ОП; во-вторых, у большинства пациентов ОП сочетается с диффузными заболеваниями печени, преимущественно алкогольного генеза. Применение глюкокортикоидов у таких больных положительно влияло на течение острого токсического гепатита.

В большинстве наблюдений после проведения такой терапии в течение 1 — 2 нед отмечали положительную динамику лечения скоплений жидкости.

При уменьшении их размеров и выраженности клинических и ультразвуковых признаков воспалительной реакции продолжали консервативную терапию. При этом самостоятельно исчезли небольшие псевдокисты ПЖ (диаметром 3 — 4 см), в том числе множественные (диаметром 2 — 3 см) у 6 (32,14%) пациентов. Спонтанное устранение оментобурсита при небольшом объеме (50 — 100 мл) содержимого отмечено у 10 (37,04%) больных, острых скоплений жидкости в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства — у 12 (40%).

При неэффективности проводимой терапии, увеличении размеров жидкостных образований ПЖ, сохранении клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков продолжающегося воспалительного процесса, гиперамилаземии больным проводили пункционное лечение.

По поводу очаговых скоплений жидкости в области ПЖ и окружающих тканей выполняли чрескожные вмешательства под контролем УЗИ, при больших псевдокистах ПЖ — лапароскопию с последующим дренированием кисты и некрэксцистиэктомии. Для пункции использовали иглы размером 18—22 G, дренажи диаметром 8 — 12 Fr. Пункцию выполняли под местной анестезией 0,5% раствором новокаина через 30 мин после премедикации (2% раствора промедола 1 мл внутримышечно). При выраженной болевой реакции во время повторных пункций применяли внутривенный наркоз.

Обязательным условием считали исключение энтерального питания в течение 1 сут после пункции. После пункционного вмешательства за больным устанавливали наблюдение на 1 сут, на область пункции накладывали холод на 2 ч.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проанализированы результаты лечения больных по поводу очаговых скоплений жидкости в области

ПЖ и окружающих тканей с использованием чрескожных вмешательств под контролем УЗИ, лапароскопического метода.

Во время лечения у больных формировался частичный наружный панкреатический свищ, который самостоятельно закрылся у 125 из них, 8 больных со стойким наружным панкреатическим свищем оперированы. Им выполнена панкреатофистулоэнтеростомия. У 3 пациентов при длительно незакрывающемся свище кисты хвоста ПЖ возникла перфорация толстой кишки. Замена дренажа дренажем из более мягкого материала способствовала закрытию кишечного свища в течение 3 нед, в последующем закрылся и панкреатический свищ. У 6 больных с установленной кистозной аденомой хвоста ПЖ произведена дистальная резекция органа.

Показаниями к лапароскопическому дренированию очаговых скоплений жидкости в области ПЖ и окружающих тканей считали: большие скопления жидкости (диаметром более 6 см), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования и детрита; относительным показанием к дренированию считали неэффективность пункций, проведенных более 3 раз.

Показаниями к операции были: большие кисты (диаметром более 6 см) — у 25 больных. У них одновременно выполняли лапароскопическую холецистэктомию. Длительность подобных лапароскопических операций составила в среднем 115 мин. Более сложным оказалось выполнение лапароскопической цистоеюностомии. У 1 больного такая операция длилась 158 мин, еще у одного — 130 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 100–150 мл. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 3 (9,6%) пациентов. У 2 больных на 2–4-е сутки после операции возникло кровотечение из сосудов рассеченной задней стенки желудка. Для остановки кровотечения им произведены гастротомия и прицельная электрокоагуляция сосудов. Необходимо отметить, что, если при формировании соустья между задней стенкой желудка и псевдокистой ПЖ накладывали узловыи швы, кровотечение не наблюдали. У одного больного после лапароскопической цистоеюностомии на 6-е сутки появились признаки спаечной непроходимости кишечника. Выполнена повторная лапароскопия, во время которой рассечены спайки между петлями кишечника. Брюшная полость тщательно промыта растворами антисептиков и дренирована, выздоровление. После лапароскопических вмешательств больных выписывали на 5–9-е сутки. Длительность лечения в стационаре составила в среднем 5,8 дня. В отдаленные сроки после выполнения лапароскопических операций у большинства пациентов отмечены хорошие результаты. Рецидив кисты возник у 3 больных, у 2 — после наружного

дренирования псевдокисты ПЖ, у 1 — после цистогастротомии. Двое больных по поводу рецидива кист оперированы повторно с использованием лапаротомного доступа. У одного пациента произведено чрескожное дренирование рецидивной псевдокисты ПЖ под контролем УЗИ. Один больной госпитализирован в клинику через 13 мес после выполнения лапароскопической цистогастротомии с признаками желудочного кровотечения. В неотложном порядке выполнена цистогастроскопия, во время которой установлено, что источником кровотечения является задняя стенка желудка. С помощью эндоскопического метода остановить кровотечение не удалось. Больному проведены ангиография и эмболизация кровотокающего сосуда, рецидивов кровотечения не наблюдали.

Результаты применения чрескожных вмешательств под контролем УЗИ свидетельствуют об их высокой эффективности в качестве как первичной хирургической манипуляции в комплексе лечения деструктивного панкреатита, так и метода выбора при радикальном лечении. В 73% наблюдений частичные панкреатические свищи, сформировавшиеся после наружной пункционной панкреатоюностомии по поводу псевдокист ПЖ, закрылись без хирургического вмешательства. В 21% наблюдений кисты ПЖ не были связаны с протоковой системой органа, оптимальным у таких больных был пункционный метод лечения. Пункционное дренирование абсцедирующих кист и гнойных затеков при обширном панкреонекрозе показано в качестве этапа предоперационной подготовки для выведения больных из критического состояния.

Это позволяет говорить о формировании нового подхода к лечению очаговых скоплений жидкости в области ПЖ и окружающих тканей на основе применения современных мининвазивных технологий.

Наш опыт выполнения лапароскопических вмешательств по поводу псевдокист ПЖ свидетельствует о достаточно высокой эффективности этих операций, сравнимой с таковой лапаротомных вмешательств. В то же время, лапароскопические операции сопровождаются низкой частотой послеоперационных осложнений и позволяют значительно уменьшить продолжительность лечения больных в стационаре. Дальнейшее развитие техники лапароскопических вмешательств позволит шире использовать их в лечении псевдокист ПЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даценко Б. М. Гострий панкреатит / Б. М. Даценко, Т. І. Тамм, К. О. Крамаренко. — Х.: Прапор, 2004. — 84 с.
2. Современные возможности лечения острого панкреатита в условиях многопрофильной хирургической клиники / О. И. Миминошвили, Г. Д. Попандопуло, В. И. Резниченко, А. В. Денисов // Хірургія України. — 2003. — Т. 4 (8). — С. 61 — 64.

3. Andriulli A. Pharmacologic treatment can prevent pancreatic injury after ERCP: a meta-analysis / A. Andriulli, G. Leandro, G. Niro // *Gastrointest. Endosc.* — 2000. — Vol. 51, N 1. — P. 1 — 7.
4. Савельев В. С. Острый панкреатит / В. С. Савельев, В. М. Буянов, Ю. В. Огнев. — М.: Медицина, 1983. — 240 с.
5. Филин В. И., Острый панкреатит и его осложнения / В. И. Филин, Г. П. Гидирим. — Кишинев: Штиинца, 1982. — 148 с.
6. Шалимов А. А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение / А. А. Шалимов. — М.: Медицина, 1970. — 280 с.
7. Шалимов А. А. Хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита / А. А. Шалимов, С. Е. Подпратов // *Клин. хирургия.* — 1984. — № 11. — С. 45 — 47.
8. Данилов М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. — М.: Медицина, 1995. — 501 с.
9. Клиническая хирургия: справочное руководство / В. Л. Анзимиров, А. П. Баженова, В. А. Бухарин [и др.]; под ред. Ю. М. Панцырева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с.
10. Милонов О. Б. Хронический панкреатит / О. Б. Милонов, В. И. Соколов. — М.: Медицина, 1976. — 188 с.

