



УДК 616.37 - 002.4 - 002 - 089

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, В.Г. Аммосов

ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова,
677000, ул. Белинского, 58, Республика Саха (Якутия), г. Якутск*

Острый деструктивный панкреатит в настоящее время продолжает оставаться одной из наиболее важных проблем абдоминальной хирургии. Заболеваемость деструктивным панкреатитом за последнее десятилетие неуклонно растет и не имеет тенденции к снижению [1, 3]. Одним из наиболее частых и серьезных осложнений деструктивных форм острого панкреатита и травм поджелудочной железы является образование кист, которые формируются в 50-92% наблюдений [5, 6].

В процессе формирования кист поджелудочной железы часто возникают такие грозные осложнения, как перфорация, кровотечение, нагноение, механическая желтуха, непроходимость желудочно-кишечного тракта, частота которых колеблется в пределах 20-50%, летальность при этом может достигать 15-30% [7-9]. В большей степени это относится к «незрелым» кистам и их осложнениям. Как правило, в этих ситуациях выполняются вынужденные оперативные вмешательства, а в послеоперационном периоде у больных развиваются осложнения в виде наружных панкреатических свищей и кровотечений [2, 4].

Материалы и методы

Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 93 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПКПЖ), находившихся на лечении в хирургических отделениях Якутской городской клинической больницы и Республиканского центра экстренной медицинской помощи РС (Я) за период с 1995 по 2008 г. Диагноз ПКПЖ и ее осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего данные клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики: ультразвукового сканирования брюшной полости (БП), ПКПЖ и забрюшинной клетчатки (ЗК), видеолaparоскопию, чрескожные диагностические пункции жидкост-

ных образований поджелудочной железы (ПЖ), БП и ЗК под контролем ультразвука с последующим микробиологическим и цитологическим исследованием пунктата, интраоперационных и патолого-анатомических исследований операционного материала.

При обследовании всех не оперированных по экстренным показаниям больных использовали рентгенконтрастную компьютерную томографию (РКТ) для уточнения состояния паренхимы поджелудочной железы, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. Ее эффективность составила 95%. Исследование проведено 53 (56,9%) больным и проводилось при недостаточной информативности других методов исследования.

Используя этот метод диагностики, получали информацию о локальном или диффузном увеличении размеров ПЖ, расширении Вирсунгова протока, утолщении периренальной фасции, об отеке парапанкреатической клетчатки, о наличии полостных образований в проекции ПЖ, об увеличении размеров желчного пузыря, о наличии или отсутствии деструктивных изменений в его стенке, а также наличии конкрементов в полости желчного пузыря и во внепеченочных желчных протоках.

В качестве скринингового метода во всех наблюдениях использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости с эффективностью 94,5%. При этом особое внимание уделялось локализации кистозного образования, его размерам, состоянию и толщине стенок кисты, отношению жидкостного образования к соседним органам и тканям брюшной полости, передней брюшной стенке, характеру содержимого и наличию перемычек в ее полости, а также размеру и состоянию ткани самой поджелудочной железы.

Наряду с обнаружением жидкостного образования поджелудочной железы также были выявлены следующие патологические изменения органов панкреатобилиарной зоны: у 14 (15%) больных диагностирован острый

панкреатит отечной формы; наличие острой деструкции поджелудочной железы выявлено у 3 (3,2%) больных, холецистолитиаз диагностировали у 52 (55,9%) больных, расширение общего желчного протока — у 13 (14%) больных, холедохолитиаз — у 4 (4,3%) больных, деструктивные изменения в стенке желчного пузыря обнаружены у 1 (1,1%) больного, и свободная жидкость в брюшной полости выявлена у 11 (11,8%) пациентов.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) в первые 24 ч выполнена в 100% наблюдений, при этом были выявлены следующие патологические изменения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта: дуоденит различной степени выраженности — 53 (56,9%), воспалительные изменения большого дуоденального сосочка (БДС) — 19 (20,4%), компрессионная деформация двенадцатиперстной кишки (ДПК) и/или желудка — 58 (62,4%), язвенная болезнь желудка — 24 (25,8%), язвенная болезнь желудка в стадии обострения — 15 (16,1%), пара- и интрадивертикулярное расположение БДС — 3 (3,2%) чел.

У 14,5% больных с ПКПЖ произведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). Показаниями для проведения ЭРХПГ являлась механическая желтуха при поступлении и данные ультразвукового исследования, указывающие на патологию во внепеченочных желчных путях. При установлении патологии протоковой системы, ЭРХПГ проводилась как первый этап, перед выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Во всех случаях проведением ЭРХПГ добивались получения полной и достоверной информации о состоянии желчных путей. После проведения ЭРХПГ холедохолитиаз диагностирован у 4 (4,3%) больных, рубцовая стриктура большого дуоденального сосочка — у 3 (3,2%). При выявлении конкрементов в желчных протоках или рубцового сужения большого дуоденального сосочка ЭРХПГ завершалась ЭПСТ.

ЭПСТ произведена 7 (7,5%) больным. Выполнение ЭПСТ сопровождалось развитием осложнений у 1 больного (кровотечение). Данное осложнение было устранено консервативными мероприятиями и не потребовало оперативного вмешательства. Осложнений и летальных исходов после ЭРХПГ и ЭПСТ не было.

Результаты и обсуждения

По результатам наших исследований нагноение кисты выявлено у 51 (54,8%) больного, при этом, в зависимости от использованного метода операции, пациенты с нагноением ПКПЖ (51 чел.) были разделены на 2 группы: 28 (54,9%) больному 1 группы выполняли традиционное наружное дренирование кисты, 23 (45,1%) пациента 2 группы были оперированы по методике, заключающейся во вскрытии нагноившейся кисты и наложении дренажно-промывной системы (ДПС). Суть разработанной методики сводится к вскрытию нагноившейся кисты в полости сальниковой сумки с применением межмышечного мини-доступа («мини-ассистента»). К этому времени, как правило, сальниковая сумка изолирована от свободной брюшной полости, Винслово отверстие облитерируется, образуются спайки между задней стенкой желудка и париетальной брюшиной. Таким образом, киста вскрывается в замкнутую полость, свободно сообщающуюся в дальнейшем с наружным пространством через дренажи ДПС. Во время операции из вскрытой кисты удаляют

Проведена сравнительная оценка эффективности различных вариантов хирургического лечения 93 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПКПЖ), находившихся на лечении в клинике в период с 1995 по 2008 г. Дифференцированно ставились показания к использованию различных методов оперативного лечения, в отношении осложненного течения ПКПЖ, в зависимости от их локализации, размера, степени «зрелости», отношения к другим органам и от характера самого осложнения. Установлено, что при нагноении кисты достаточно эффективно использование дренажно-промывных систем (ДПС). Операцией выбора при кровотечении является дистальная резекция поджелудочной железы.

При выявлении перфорации кисты вариант оперативного вмешательства зависел от распространенности перитонита и чаще всего заключался в запрограммированных этапных санациях брюшной полости и сальниковой сумки в сочетании с наружным дренированием кисты. При механической желтухе, обусловленной компрессией внепеченочных желчных протоков ПКПЖ, на первом этапе производилась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), которая, по показаниям, дополнялась эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), на втором этапе чаще всего выполнялось внутреннее дренирование кисты.

Ключевые слова: постнекротическая киста поджелудочной железы, техника оперативного вмешательства.

M.M. Vinokurov, V.V. Saveliev, V.G. Ammosov

STAGES OF DIAGNOSTICS AND IMPROVEMENT OF OPERATIVE TREATMENT TECHNIQUE IN PATIENTS WITH POSTNECROTIC PANCREATIC CYSTS

Medical institute of the Sakha State University named after M.K. Ammosov, Yakutsk

Summary

The comparative estimation of efficiency of various options of surgical treatment of 93 patients with postnecrotic pancreatic cysts (PPC), operated in the hospital in the period from 1995 to 2008 is carried out. Indications to use various methods of operative treatment were analyzed, taking into consideration complicated course of PPC, depending on their localization, size, degree of «maturity», the relation to other organs and the character of complication. It is established, that in purulent cyst, use of drainage-washing systems (DWS) was effective. Operation of choice in bleeding is distal resection of pancreas.

In perforated cyst the choice of operative intervention depends on peritonitis severity and more frequently consists of programmed stepwise sanitations of abdominal cavity and omental bursa in combination with external cyst drainage. In mechanical jaundice caused by compression of extrahepatic bile ducts. At the first stage retrograde pancreatocholangiography (RPCG) was made that, under indications, was followed by endoscopic papillosphincterotomy (EPST), at the second stage internal cyst drainage was performed more frequently.

Key words: postnecrotic pancreatic cyst, operative treatment, technique.

гной, секвестры, осуществляют дренирование. В послеоперационном периоде выполняют санации сальниковой сумки и полости кисты путем промывания растворами антисептиков. Трубки для дренирования могут быть одно- или двухпросветными. В случае применения однопросветной трубки, в полость кисты вводятся два дренажа, один из которых (меньшего диаметра) служит для введения растворов антисептика, а второй — для выведения экссудата из полости кисты.

Исходы хирургического лечения больных с нагноившимися кистами ПЖ имеют закономерное отражение в характере и частоте послеоперационных осложнений, где явно просматривается преимущество методики с применением ДПС. Так, в 1 группе у 9 (32,1%) больных выявлены послеоперационные осложнения, основными из которых были: формирование наружных панкреатических свищей, повторное нагноение кисты, плеврально-легочные осложнения. Во 2 группе осложнения имели место у 4 (17,3%) больных. Кроме того, применение вышеописанной методики позволило снизить послеоперационную летальность с 10,5 до 4,9%.

По результатам наших наблюдений, у 12 (12,9%) пациентов ПКПЖ осложнилась кровотечением, при этом хирургическая тактика определялась его интенсивностью, объемом кровопотери, локализацией кисты, тяжестью состояния больного.

Больным, у которых возникло кровотечение, выполняли два вида оперативного вмешательства: резекцию ПЖ вместе с кистой и, в случае тяжелого состояния больного, оментобурсостомию, прошивание кровоточащего сосуда и тугую тампонаду полости кисты. Резекция ПЖ выполнена 4 (33,3%) больным, оментобурсостомия с тугой тампонадой кисты — 8 (66,7%) пациентам.

Следует отметить, что из 8 больных, которым была выполнена оментобурсостомия, рецидив кровотечения отмечен у 6 (75%) больных; 3 (37,5%) больным с рецидивом кровотечения вновь были произведены прошивания сосуда и тугая тампонада полости кисты, оказавшиеся неэффективными, что привело к летальному исходу. Несмотря на рецидив кровотечения и тяжелое состояние, 2 (25%) больным выполнена резекция ПЖ вместе с кистой, в последующем наступило выздоровление. Не менее грозным осложнением кист ПЖ является их перфорация, которая имела место у 19 (20,4%) пациентов. Перфорацию в свободную брюшную полость наблюдали у 17 (89,5%) больных, в плевральную полость — у 2 (10,5%) больных.

Перфорация кисты в брюшную полость и развитие ограниченного перитонита отмечено у 11 (57,9%) больных. Всем пациентам произведено наложение ДПС. Хирургическое пособие в объеме наружного дренирования кисты и дренирования брюшной полости при возникновении диффузного и распространенного перитонита выполнено в 6 (31,6%) наблюдениях. При наружном дренировании кисты осложнения выявлены у 5 пациентов, при этом умерли 2 больных на фоне нарастающей полиорганной недостаточности. Осложнений и летальных исходов при наложении ДПС не отмечено.

При перфорации кисты в плевральную полость (таких больных было 2) лечение начинали с дренирования и активной аспирации содержимого плевральной полости. После стабилизации состояния больных выполняли

оперативное вмешательство. Произведена дистальная резекция ПЖ вместе с кистой 1 больному. Выполнено дренирование 1 больному с использованием малоинвазивных транскутанных методов оперативного вмешательства, в последующем сформировался наружный панкреатический свищ, закрывшийся в результате консервативных мероприятий.

Мы наблюдали 11 (11,8%) больных с ПКПЖ, осложнившимся развитием механической желтухи. Все кисты локализовались в головке ПЖ, при этом у 6 (54,5%) пациентов кисты были «незрелыми». Больные с «незрелыми» кистами ПЖ, таких было 4 (36,4%) чел., оперированы с применением малоинвазивных методик, включающих дренирование кист под контролем УЗИ. У всех больных наблюдали спадение стенок и облитерацию полости кисты.

С применением традиционных методик оперированы 7 (63,6%) пациентов. В этой группе внутреннее дренирование было выполнено у 5 (45,4%) больных. При «незрелых» кистах производили оментобурсостомию. Осложнения возникли у 2 пациентов: у одного после оментобурсостомии сформировался наружный панкреатический свищ, закрывшийся после проведения консервативных мероприятий, у другого после цистодуоденостомии возник подпеченочный абсцесс. Больной был оперирован и в последующем выздоровел.

Таким образом, ПКПЖ являются частым осложнением деструктивного панкреатита. Наиболее часто отмечались: нагноение — 51 (54,8%), перфорация — 19 (20,5%), аррозивное кровотечение — 12 (12,9%), механическая желтуха — 11 (11,8%) больных.

Наиболее приемлемыми методами диагностически ПКПЖ, позволяющими с большой точностью определить наличие ПКПЖ, ее локализацию, степень «зрелости», характер возникшего осложнения, являются УЗИ-информативность (94,5%), РКТ-информативность (95%). Выбор хирургической тактики должен определяться сроками существования кисты, патоморфологической характеристикой, локализацией, характером осложнений и связью с главным панкреатическим протоком (ГПП).

Таким образом, рациональным методом хирургического вмешательства при нагноившихся кистах является наложение ДПС. При кровотечениях операцией выбора служит резекция ПЖ. При перфорации в брюшную полость — наложение ДПС при местном и формирование оментобурсостоми и дренирование брюшной полости — при диффузном и распространенных формах перитонита. При кистах, осложненных сдавлением внепеченочных желчных протоков, осложненных механической желтухой, — применение малоинвазивных чрескожных пункционно-дренирующих операций (при «незрелых» кистах) и без сообщения с ГПП, а также с целью уточнения диагноза. При «зрелых» кистах — внутреннее дренирование (цистодигестивные анастомозы).

Вышеописанная дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при осложненных ПКПЖ позволила снизить послеоперационную летальность и улучшить результаты лечения больных.

Л и т е р а т у р а

1. Бурневич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы // Вестн. хирургии. - 2000. - 1959. - №2. - С. 116-123.

2. Данилов М.В., Глабай В.П., Макарова В.И. Хирургическое лечение гнойного панкреатита: мат-лы IX Всерос. съезда хирургов. - М., 2000. - С. 28.

3. Прудков М.И., Шулутко А.М., Галимзянов Ф.В. Некротизирующий панкреатит, хирургия малых доступов. - Екатеринбург, 2002. - 48 с.

4. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Лечение панкреонекроза // Рос. мед. журн. - 2002. - №1. - С. 10.

5. Багненко А.Ф., Курыгин А.А., Рухлянда Н.В. Хронический панкреатит. - СПб.: Питер, 2000. - С. 416.

6. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.

7. Вилявин Г.Д., Кочиашвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. - М.: Медицина, 1977. - 189 с.

8. Гостищев В.К., Глушко В.А. Неотложные хирургические вмешательства при осложненных постнекротических ложных кистах поджелудочной железы // Анналы хир. гепатол. - 1999. - Т.4, №2. - С. 151-152.

9. Bredly E. L. // Surg. Gynecol. Obstet. - 1993. - Vol. 177, №3. - P. 215-222.

10. Jonson C.H., Imrie C. W. Pancreatic Diseases. - Springer, 1999. - P. 1-253.

11. Kramer K.M. // Pharmacotherapy. - 1999. - Vol. 19, №5. - P. 592-602.

12. Rau B., Ubl W., Buchler M.W. // World J. Surg. - 1997. - Vol. 21. - P. 155-161.

13. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis // Gut. - 1998. - Vol. 42 (Suppl. 2). - P. 1-13.

Координаты для связи с авторами: *Винокуров Михаил Михайлович* — доктор мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии, тел.: 43-20-91, e-mail: mmv-mi@gambler.ru; *Савельев Вячеслав Васильевич* — канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии МИ ЯГУ, e-mail: vvsaveliev@mail.ru; *Аммосов Владимир Гаврильевич* — канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии МИ ЯГУ; *Гоголев Николай Михайлович* — канд. мед. наук, доцент кафедры ФПОВ МИ ЯГУ.



УДК 616.57/58 - 001.5 - 089.2

Г.В. Ивасюк

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ СКЕЛЕТНУЮ ТРАВМУ

Краевая клиническая больница №2, 680030, ул. Павловича, 1 б, e-mail: hospital@email.kht.ru, тел.: 8-(4212)-23-79-67; Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края, 680009, ул. Краснодарская, 9, тел.: 8-(4212)-72-87-12, e-mail: rec@ipkszh.khv.ru, г. Хабаровск

В последнее время число травм прогрессивно увеличивается. Так, за период с 2000 по 2005 г. распространенность травм, отравлений и других несчастных случаев в целом по стране увеличилась на 3,8% [2]. Рост травматизма отмечается в 6 из 7 федеральных округов. При этом в Дальневосточном федеральном округе он наибольший — 14,6% за указанный период [2]. Несмотря на значительные достижения, проблема сохранения и восстановления функции нервно-мышечного аппарата травмированного сегмента скелета в настоящее время еще далека от разрешения [3-5].

Цель исследования — повышение эффективности применения средств и методов лечебной физкультуры, физиотерапии при восстановлении двигательной функции больных со скелетной травмой в постиммобилизационном (позднем послеоперационном) периоде.

Методика восстановительного лечения больных, перенесших скелетную травму, была разработана и зарегистрирована в Российском авторском обществе (№ 11368 от 13.02.2007 г.) как вариант комплексной реабилитации

больных в постиммобилизационном (позднем послеоперационном) периоде в травматологии и ортопедии. В основе методики лежит разделение постиммобилизационного (позднего послеоперационного) периода на подпериоды или циклы. Действия врача определяются предлагаемым алгоритмом принимаемого решения и основаны на лечебной гимнастике с сочетанным применением физиотерапевтических процедур, массажа, лечения положением.

Материалы и методы исследования

Для проведения клинического научного исследования были обследованы больные (n=162), получившие лечение в отделении травматологии ГУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Хабаровска в период с 2000 по 2007 г., перенесшие скелетную травму и находящиеся в постиммобилизационном (позднем послеоперационном) периоде. Все больные были распределены на 2 группы, сопоставимые по ряду признаков: в основную группу вошли больные, получившие лечение