

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КИСТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

[И. В. Карюхин](#)

*ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет» Минздрава России
(г. Рязань)*

Проведен анализ результатов перкутанного пункционно-дренирующего лечения кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите у 34-х пациентов за период с 2008 по 2012 год. Первым этапом лечения выполнялась перкутанная тонкоигольная аспирационная пункция содержимого полости кисты под контролем ультразвукового аппарата (6), или же производилась установка дренажной трубки в полость кистозного образования на длительный срок (28). Минимальноинвазивные пункционно-дренирующие манипуляции оказались эффективными у 31-го пациента. У 4-х больных пришлось прибегнуть к открытым операциям в связи с неэффективностью малоинвазивного лечения.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы, УЗИ, пункционно-дренирующие вмешательства, лечение.

Карюхин Илья Вячеславович — очный аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (915) 627-45-54, e-mail: Homer04@yandex.ru

Введение. За последние два десятилетия вследствие неукротимого роста заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, увеличения доли деструктивных и осложненных форм заболеваний, а также все более активного внедрения современных инструментальных методов диагностики (УЗИ, магнитно-резонансная томография — МРТ, компьютерная томография — КТ, ретроградная холангиопанкреатография — РХПГ) число выявляемых пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы значительно возросло [9]. При этом у специалистов отсутствует единое мнение в вопросах хирургической тактики при панкреатических кистах [2, 6].

Техническая простота выполнения чрескожной пункции полости кисты поджелудочной железы под контролем современных средств медицинской визуализации, одновременная возможность выполнения малоинвазивного вмешательства независимо от степени тяжести состояния пациента привлекает внимание многих хирургов к данной группе методик у пациентов с кистозными процессами поджелудочной железы [7].

Существует ряд работ, показывающих, что результаты, полученные при длительном перкутанном дренировании кистозных полостей, лучше подобных, полученных при тонкоигольных неоднократных пункциях панкреатических кист [1, 3, 8].

Некоторые авторы, получившие неудовлетворительные результаты при пункционно-дренирующих малоинвазивных вмешательствах в лечении панкреатических кист, рассматривают данный способ как паллиативное вмешательство, которое имеет место для применения в случаях подготовки к оперативному лечению и не имеет самостоятельного существенного значения [5].

Отдаленные результаты пункционного малоинвазивного лечения кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите, по данным литературы, противоречивы и несколько разочаровывают, так как уровень рецидивирования кистозности достигает 40–70 % [4].

Анализ неудовлетворительных результатов, а именно возникновения осложнений и рецидивирования заболевания, привел к выводу о низкой эффективности пункционной малоинвазивной методики при панкреатических кистах, сообщающихся с главным панкреатическим протоком (ГПП).

Цель работы: улучшить результаты лечения кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите с помощью малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. Обобщены результаты лечения 34-х пациентов в возрасте от 24 до 70 лет (в среднем $41,8 \pm 9,2$ года) с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите за период с 2008 по 2012 год. Первым этапом лечения выполнялась перкутанная тонкоигольная аспирационная пункция содержимого полости кисты под контролем ультразвукового аппарата (УЗА) (6), или же производилась установка дренажной трубки в полость кистозного образования на длительный срок (28). При неэффективности малоинвазивных вмешательств под контролем УЗА, приходилось прибегать ко второму этапу, который заключался в хирургической операции. Среди пациентов мужчин было 26 (76,5 %), женщин — 8 (23,5 %). Причинами образования панкреатической кисты были хронический панкреатит — у 15-ти пациентов (44,1 %) или же перенесенный панкреонекроз — у 19-ти пациентов (55,9 %).

У 13-ти (38,2 %) пациентов кисты располагались в области головки поджелудочной железы, у 19-ти (55,9 %) — в области тела и хвоста поджелудочной железы, у 2-х (5,9 %) локализация затрагивала все отделы поджелудочной железы. Длительность существования кист у пациентов до начала вмешательств составила от 12-ти недель до 21-го месяца. У 32-х (94,1 %) больных кисты располагались экстрапанкреатически, у 2-х (5,9 %) — интрапаренхиматозно. Одиночный характер панкреатических кист был характерен для 28-ми (82,3 %) пациентов, у 6-ти (17,7 %) больных количество панкреатических кист было 2 и более. Размер кистозного образования колебался от 37 до 146 мм, в среднем $67 \pm 14,6$ мм.

У 9-ти (26,5 %) пациентов с панкреатическими кистами имели место осложнения кистозности: нагноение — у 2-х (5,9 %), состоявшееся кровотечение в полость кисты — у 2-х (5,9 %), механическая желтуха — у 1-го (2,9 %), субкомпенсированная дуоденальная непроходимость — у 3-х (8,8 %), реактивный плеврит — у 1-го (2,9 %).

Чрескожную пункцию кистозного образования проводили под ультразвуковым контролем бимануальным способом. Диаметр кисты более 5 см являлся показанием для

одномоментной установки дренажа в виду невозможности добиться полного ее опорожнения.

Результаты и их обсуждение. Тенденции хирургии на сегодняшний день к малоинвазивным органосохраняющим вмешательствам могут быть реализованы посредством перкутанных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗА.

Наш опыт показал, что перкутанные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ возможно выполнять независимо от локализации кисты, возраста и общего состояния пациента, а также степени зрелости капсулы кистозного образования.

Показания к перкутанным пункционно-дренирующим вмешательствам определяются на основании таких данных, как локализация, размер и взаимоотношение с протоковой системой поджелудочной железы. По нашему мнению, при наличии небольшого кистозного образования (до 5–7 см диаметром), не связанного с ГПП, наиболее целесообразным методом вмешательства являются лечебные чрескожные пункции образования под контролем УЗА. Но также необходимо помнить, что кисты небольшого размера, расположенные интрапаренхиматозно, особенно часто имеют связь с ГПП, и при наличии у пациента клиники хронического панкреатита операциями выбора будут резекционные методики.

У 2-х (5,9 %) пациентов после пункции получили содержимое с примесью измененной крови, что свидетельствовало о кровотечении, состоявшемся в полость кисты.

Наличие в кистозной полости некротических масс и секвестров, обнаруженных при УЗИ, МРТ и цистографии, не явилось техническим препятствием для выполнения пункционного лечения ни в одном из случаев. У 5-ти (14,7 %) пациентов с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите при повторных пункциях были выявлены признаки клинически не проявившегося кровотечения в кистозную полость. Но так как вмешательства выполнялись с применением дуплексного сканирования малотравматичными иглами, объем кровоизлияния был незначительным и был связан, скорее всего, с нарушением целостности грануляционной ткани стенки кисты. Такого рода осложнения не требовали открытого оперативного вмешательства и не являлись противопоказанием к дальнейшим малоинвазивным вмешательствам.

У пациентов с крупными кистами (более 7 см в диаметре), не сообщающимися с ГПП, операцией выбора является длительное перкутанное дренирование поливинилхлоридными (ПВХ) трубками, введенными через просвет тонких троакаров под контролем УЗА. Постоянная аспирация содержимого кистозной полости может дополняться введением в полость антибактериальных препаратов и промыванием ее растворами антисептиков, а также введением склерозантов. Недостатками перкутанного наружного дренирования под контролем УЗА по сравнению с пункционными методами лечения являются возможность миграции дренажной трубки и попадания содержимого кисты в брюшную полость, а также длительное нахождение дренажа в кистозной полости может привести к возникновению гнойно-септических осложнений.

Послеоперационные осложнения после чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств наблюдались у 5-ти (14,7 %) наших пациентов: у одного возникло нагноение кисты, у второго возник послеоперационный панкреатит, связанный, вероятнее всего, с введением раствора контрастного вещества при проведении фистулоцистографии и его попаданием в протоковую систему поджелудочной железы. У 2-х (5,9 %) из них

в позднем послеоперационном периоде наблюдалась миграция дренажной трубки из кистозной полости, однако затека кистозного содержимого в брюшную полость ни в одном из случаев отмечено не было. В первом случае имело место выпадение трубки наружу, в другом же при трансгастральном дренировании имела место миграция дренажа в полость желудка, что не послужило поводом для завершения миниинвазивного лечения, а потребовало повторного дренирования.

Синдром механической желтухи, наблюдавшийся в результате сдавления общего желчного протока стенкой панкреатической кисты у 1-го (2,9 %) пациента, купировался через 3 пункции.

Пациентам, у которых выявлялось сообщение полости панкреатической кисты с протоковой системой поджелудочной железы, выполнялись открытые оперативные вмешательства. В то же время при выявлении цистопанкреатических сообщений перкутанное наружное дренирование полости кисты может применяться для устранения осложнений кист поджелудочной железы, таких как механическая желтуха, сегментарная портальная гипертензия, дуоденальная непроходимость и другие, обусловленные компрессией соседних органов стенкой панкреатической кисты, как предварительный этап перед открытым оперативным вмешательством. Именно такая тактика была применена нами у 4-х (11,8 %) пациентов.

Выраженность клинической симптоматики дуоденальной непроходимости у 3-х (8,8 %) пациентов, обусловленная сдавлением панкреатической кистой, имеющей связь с протоковой системой поджелудочной железы, уменьшилась, однако в дальнейшем потребовалось прибегнуть к оперативному лечению (резекционные методы).

Нами были изучены отдаленные результаты лечения пациентов с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите в сроки от 7-ми месяцев до 5-ти лет. Всего было исследовано 34 пациента после выполнения пункционно-дренирующих вмешательств. Анализ данных УЗИ показал, что после применения перкутанных пункционно-дренирующих оперативных пособий лечения панкреатических кист полное их отсутствие наблюдалось у 31-го (91,2 %) пациента. Тем не менее, у подавляющего большинства наблюдаемых нами пациентов сохранялись ультразвуковые и клинические признаки хронического панкреатита.

Таким образом, именно заболевание хроническим рецидивирующим панкреатитом с проявлениями секреторной и эндокринной недостаточности определяет дальнейшее качество жизни у пациентов, оперированных по поводу кистозных образований поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

Выводы

1. Эффективность лечения кистозных образований при хроническом панкреатите может быть повышена за счет правильного выбора показаний к пункционным, дренирующим или же открытым традиционным хирургическим методам лечения при строгом соблюдении техники их выполнения.
2. Перкутанные пункционно-дренирующие методы лечения пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы при хроническом панкреатите высокоэффективны при отсутствии связи между полостью кисты и ГПП; при наличии такой связи данные методы играют роль подготовительных вмешательств перед открытыми оперативными вмешательствами.

3. Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗА возможно выполнять независимо от локализации кисты, возраста и общего состояния пациента, а также степени зрелости капсулы кистозного образования, что устраняет необходимость в консервативно-выжидательном ведении пациентов с кистами поджелудочной железы, страдающих хроническим панкреатитом.

Список литературы

1. Архангельский В. В. Лечение ложных кист поджелудочной железы / В. В. Архангельский, А. В. Шабунин, А. Ю. Лукин // *Анналы хирург. Гепатологии*. — 1999. — Т. 4, № 1. — С. 44–48.
2. Багненко С. Ф. Хронический панкреатит / С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин, Н. В. Рухляда [и др.]. — СПб. : Питер, 2000. — 416 с.
3. Белокуров С. Ю. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения / С. Ю. Белокуров, М. С. Могутов, М. П. Потапов [и др.]. — Ярославль, 2003.
4. Григоров Н., Даменов Д., Главинчева Н., Николова С. // *Хирургия*. — 1990. — № 11. — С. 111–113.
5. Данилов М. В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. — М., 2003. — 424 с.
6. Данилов М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. — М. : Медицина, 1995. — С. 335–372.
7. Иманалиев М. Р., Михайлулов С. К., Приказчиков А. В. [и др.]. Проблемы неотложной хирургии : сб. трудов конференции, посвященной 90-летию со дня рождения академика В. И. Стручкова. — М., 1998. — № 6. — 31 с.
8. Лотов А. Н., Машинский А. А., Ветшев П. С. *Врачебная газета*. — 2002. — № 9.
9. Нестеренко Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлулов. — М., 2004. — 304 с.

LOW-INVASIVE METHODS OF TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS AT CHRONIC PANCREATITIS

I. V. Karyukhin

*SBEI HPE «Ryazan State Medical University» Ministry of Health of the Russian Federation
(Ryazan c.)*

The analysis of results of percutaneous puncture-draining treatment of pancreatic cysts is carried out at 34 patients with chronic pancreatitis from 2008 till 2012. A percutaneous fine needle aspiration puncture of cyst cavity contents of a under control of the ultrasonic device (6) or installation of a drainage tube in a cyst cavity for long term (28) was carried out as the first stage of treatment. Minimum invasive puncture-draining manipulations

were effective at the 31 patients. Open operations was necessary at 4 patients because of inefficiency of low-invasive treatment.

Keywords: pancreatic cyst, ultrasonography, puncture-draining interventions, treatment.

About authors:

Karyukhin Ilya Vyacheslavovich — internal post-graduate student at SBEI HPE «Ryazan State Medical University» Ministry of Health of the Russian Federation, office phone: (915) 627-45-54, e-mail: Homer04@yandex.ru

List of the Literature:

1. Arkhangelsky V. V., Shabunin A. V., Lukin A. Y. // *Annals of surg. hepathology*. — 1999. — V. 4, № 1. — P. 44-45.
2. Bagnenko S. F. *Chronic pancreatitis* / S. F. Bagnenko, A. A. Kurygin, N. V. Rukhlyada [etc.]. — SPb.: St. Petersburg, 2000. — 416 P.
3. Belokurov S. Y. *Postnecrotic pancreatic cysts and the complication* / S. Y. Belokurov, M. S. Mogutov, M. P. Potapov [etc.]. — Yaroslavl, 2003.
4. Grigorov N., Damenov D., Glavincheva N., Nikolova S. // *Surgery*. — 1990. — № 11. — P. 111-113.
5. Danilov M. V. *Repeated and reconstructive pancreatic diseases operations* / M. V. Danilov, V. D. Fedorov. — M, 2003. — 424 P.
6. Danilov M. V. *Pancreas surgery* / M. V. Danilov, V. D. Fedorov. — M: Medicine, 1995. — P. 335-372.
7. Imanaliyev M. P, Mikhaylusov S. K. Prikazchikov A. V. [etc.] // *Problems of urgent surgery: col. works of the conference devoted to the 90 anniversary since the birth of academician V. I. Struchkova*. — M, 1998. — V. 6 . — P. 31.
8. Lotov A. N, Mashinsky A. A. Vetshev P. S. *Medical newspaper*. — 2002. — № 9.
9. Nesterenko Y. A. *Diagnostics and treatment of destructive pancreatitis* / Y. A. Nesterenko, V. V. Laptev, S. V. Mikhaylusov. — M, 2004. — 304 P.