

В.А. Белобородов¹, Д.В. Соботович², С.А. Колмаков²

ОПЫТ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)² МАУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска» (Иркутск)

Целью исследования являлось определение рационального способа хирургического лечения хронических ложных кист поджелудочной железы. Представлен анализ лечения 82 пациентов с хроническими ложными кистами поджелудочной железы. Пункции и дренирования выполнены у 68 пациентов. На основании проведенного исследования установлено, что показанием к пункции и дренированию под контролем УЗИ является хроническая ложная панкреатическая киста любых размеров и локализации, развившаяся на фоне панкреатита, при условии отсутствия признаков секвестрации. При этом отсутствие эффекта излечения от миниинвазивного лечения выставляет обоснованные показания к открытым операциям.

Ключевые слова: ложная киста, поджелудочная железа, миниинвазивный способ лечения

OUR EXPERIENCE OF TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS

V.A. Beloborodov¹, D.V. Sobotovitch², S.A. Kolmakov²¹ Irkutsk State Medical University, Irkutsk² Irkutsk Clinical Hospital N 1, Irkutsk

The aim of the study was to determine the rational method of surgical treatment of chronic pancreatic pseudocysts. The analysis of treatment of 82 patients with chronic pancreatic pseudocysts cysts is presented in the article. 68 patients had punctures and drainage. On the basis of performed research we found out that chronic pancreatic pseudocysts of any size and location developed on the background of pancreatitis in the absence of signs of sequestration were an indication for puncture and drainage under ultrasound guidance. The absence of recovery effect of mini-invasive treatment causes reasonable indications for open surgery.

Key words: pseudocyst, pancreas, mini-invasive way of treatment

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия отмечается увеличение новых случаев выявления больных с кистами поджелудочной железы. В 60-е годы в отдельных крупных клиник Европы их число не превышало 3–5 случаев. Кистозные поражения поджелудочной железы в структуре хирургических больных составляли 0,006 % [2, 10]. Начиная с 70–80-х годов в литературе появились публикации, насчитывающие уже десятки и более случаев данного заболевания [6, 9, 10, 12]. К 90-м годам частота этой патологии в различных странах мира составляла от 47 до 238 случаев на 1 млн населения в год [1, 3, 11, 12].

Из всех случаев диагностики кист поджелудочной железы в 84–98 % они были следствием гнойно-некротических изменения парапанкреатической зоны после перенесенного панкреонекроза, травмы поджелудочной железы или прогрессирующего течения хронического панкреатита [1, 3, 8]. Необходимо отметить, что острый панкреатит и особенно его тяжелые формы имеют устойчивую тенденцию к росту [3, 8]. При этом острый отечный панкреатит сопровождается формированием панкреатической кисты лишь в 11–18 % таких случаев [2, 3, 5, 8]. Кроме того, отмечен рост частоты кист, возникающих на фоне хронического панкреатита у алкоголиков.

При кистах поджелудочной железы нередко возникают такие различные осложнения, как перфорация, кровотечение, нагноение, сдавление общего желчного протока и механическая желтуха,

непроходимость желудочно-кишечного тракта и др. [1, 6, 9, 12]. Особую актуальность эта проблема приобретает еще и тем, что страдают данным заболеванием в основном лица трудоспособного возраста (30–55 лет), мужчины гораздо чаще женщин. Успешный исход лечения кистозных поражений поджелудочной железы во многом зависит от выбора оптимального метода лечения.

Целью клинического исследования являлось определение наиболее рационального способа хирургического лечения хронических ложных кист поджелудочной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период 2006–2010 гг. в хирургическом отделении МАУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска» по поводу кист поджелудочной железы проходили обследование и хирургическое лечение 82 больных (мужчин – 61, женщин – 21). Возраст больных варьировал от 18 до 69 лет. У 53 больных кисты появились после перенесенного деструктивного панкреатита, у 29 они явились осложнением хронического панкреатита, как правило, алкогольной этиологии. Травма железы стала причиной образования кист у 5 больных.

У 68 пациентов (54 мужчины и 14 женщин) в возрасте от 18 до 69 лет были выполнены пункции и дренирование панкреатических ложных кист, развившихся на фоне панкреатита, с локализацией в головке (12), теле (33) и хвосте (23) поджелудочной железы. Диагноз был установлен на основании

клинических и лабораторных данных, а также методов топической диагностики (ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография).

Целенаправленные одномоментные пункции кист поджелудочной железы и аспирацию их содержимого проводили при помощи игл 18G, а дренирование кист выполняли с использованием стилет-катетера 12Fr и пункционного УЗИ-адаптера с введением дренажных трубок в полость кисты — под УЗИ-наведением.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Эффект от применения малотравматичных методов санации ложных панкреатических кист под контролем УЗИ во многом зависит от размера кистозного образования. Поэтому мы сочли логичным для оценки эффективности способа подразделять всех больных на три группы в зависимости от размеров их кисты: 1-я группа — киста менее 5 см (23 больных); 2-я группа — киста от 5 до 10 см (29 больных); 3-я группа — киста более 10 см (16 больных).

В 1-й группе (23 больных) после первой пункции киста была полностью ликвидирована у 9 больных, после второй пункции — у 8, после 3—5 пункций — у 6 больных. У одного больного после многократных пункций размер кисты стойко уменьшился на фоне купирования клинических проявлений (боль, тяжесть в эпигастрии, тошнота, диспептические явления). Продолжительность лечения у больных этой группы составила в среднем 11 дней. Показаний к оперативному лечению больных этой группы не возникло.

Во 2-й группе (29 больных) киста была полностью ликвидирована после одно- или многократных пункций, а полное выздоровление было достигнуто у 9 больных. Стойкое уменьшение размеров кисты и купирование клинических проявлений было достигнуто у 5 больных. У 15 больных этой группы выполняли чрескожное дренирование кист под контролем УЗИ, что привело к ликвидации полости у 9 из них. Продолжительность лечения в этой группе больных составила 19 дней. Малотравматичный способ лечения под контролем УЗИ оказался неэффективным у 6 больных.

У всех 16 больных 3-й группы применили дренирование кистозного образования под контролем УЗИ. Из них у 12 удалось достичь купирования основных клинических проявлений, стойкого уменьшения размеров кисты, а у 4 больных малотравматичные методы оказались неэффективными. Эти 4 больных были оперированы (наложен цистоеюноанастомоз на отключенной петле по методике Ру).

Показанием к открытым хирургическим методам было отсутствие эффективности применения малоинвазивного способа лечения при сохраняющемся кистозном образовании с постоянной продукцией панкреатического сока и толстой стенкой (3 мм и более).

Таким образом, малоинвазивный способ лечения хронических ложных кист поджелудочной железы при использовании пункций и дренирования под контролем УЗИ оказался эффективным в 82,7 % случаев. Среднее пребывание всех больных в стационаре составило 17 дней.

Важным представляется вопрос о показаниях к дренированию кисты под контролем УЗИ. На основании полученных данных сформированы основные показания к установке чрескожных дренажей в полость кисты под контролем УЗИ: размеры кисты более 5 см, неэффективность пункционного лечения, признаки нагноения кисты.

Всем больным проводили цитологическое и бактериологическое исследование эвакуированной из полости кисты жидкости и уровня содержания в ней амилазы. При цитологическом исследовании в ряде случаев были обнаружены нейтрофилы, эритроциты, лейкоциты, макрофаги. Цитологическое исследование позволяло исключить злокачественную природу выявляемых новообразований поджелудочной железы. Посев на микрофлору содержимого кисты у 45 больных был стерильным. Только у 7 больных выявлено бактериальное загрязнение аспирированной кистозной жидкости (у 2 — протей, у 3 — кишечная палочка, у 2 — стафилококк). Микробное загрязнение кисты служило неблагоприятным признаком в прогнозе эффективности малотравматичных методов лечения, так как свидетельствовало об активном воспалительном процессе, нагноении кисты, вероятности наличия в ее полости секвестров. Это было подтверждено нашими данными. Из 7 больных с положительными результатами посева содержимого кисты у 5 в последующем установлены показания к открытой операции (наружное дренирование кисты, секвестрэктомия).

Повышение содержания амилазы в аспирированной кистозной жидкости (от 234,7 до 45142,9 ед./л) выявлено у 57 больных. Наши наблюдения показывают, что при повышенном содержании уровня амилазы в содержимом кисты высока вероятность сообщения просвета кисты с магистральным панкреатическим протоком, что служит прогностическим признаком для проведения двухэтапного лечения. У всех 5 больных с уровнем амилазы выше 10000 ед./л час было выявлено сообщение полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы.

У всех больных с чрескожным дренированием кисты выполняли фистулографию, по которой проводили оценку размеров остаточной полости, ее сообщение с магистральным панкреатическим протоком, а также наличие или отсутствие в ее полости секвестров. Однако ретроградное контрастирование протоковой системы поджелудочной железы путем наполнения водорастворимыми контрастными препаратами полости кисты стало возможным лишь в 3 из 19 таких случаев, это показывает малую чувствительность контрастного метода в диагностике сообщения кисты и протока поджелудочной железы.

Осложнений после пункций не было. После дренирования кистозного образования в одном случае отмечено кровотечение в полость кисты со спонтанным гемостазом, не потребовавшим хирургической коррекции. Летальных исходов после пункции и чрескожного дренирования кист поджелудочной железы под контролем УЗИ не было.

Таким образом, лечебные пункции панкреатических ложных кист и чрескожное наружное их дренирование под контролем УЗИ при условии отсутствия признаков секвестрации, осуществленные точно с соблюдением показаний, в большей части случаев являются эффективным способом лечения. При инфицировании кисты указанные манипуляции позволяют провести быструю их санацию и дренирование гнойной полости. В 82,7 % случаев применение такого способа лечения позволило добиться выздоровления больных при отсутствии осложнений и летальности. В случаях отсутствия эффекта применения миниинвазивного лечения устанавливаются обоснованные показания к открытым операциям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Хирургическое лечение кист и свищей поджелудочной железы // Хирургия. — 1991. — № 2. — С. 113–116.
2. Бакулев А.Н., Виноградов В.В. Клиника и хирургическое лечение кист поджелудочной железы // Хирургия. — 1952. — № 2. — С. 22–32.
3. Волков А.Н., Дербенев А.Г. Выбор операции при ложных кистах поджелудочной железы // Ан-

налы хирургической гепатологии. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 149.

4. Гальперин Э.И., Насиров Ф.Н., Арефьев А.Е. Санация кист поджелудочной железы с помощью чрескожных пункций и дренирования под контролем УЗИ // Хирургия. — 1989. — № 1. — С. 65–68.
5. Головиниц В.А. О кистах поджелудочной железы // Хирургия. — 1969. — № 8. — С. 115–119.
6. Данилов М.В., Фёдоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995. — 512 с.
7. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы / А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, Н.Ш. Бурчуладзе, В.В. Мандриков // Анналы хирургической гепатологии. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 145–146.
8. Кадошук Т.А., Кадошук Ю.Т., Бондарчук О.И. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 159–160.
9. Карагюлян Р.Г. Хирургическая тактика при постнекротических псевдокистах поджелудочной железы // Хирургия. — 1972. — № 7. — С. 6–10.
10. Лечение кист поджелудочной железы / А.А. Шалимов, Б.А. Мизаушев, С.А. Шалимов, С.В. Земсков // Хирургия. — 1981. — № 1. — С. 61–64.
11. Тарасенко В.С., Кубышкин В.А., Гавриленко Г.А. Хирургическая тактика в лечении кист поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 175–176.
12. Филин В.И., Костюченко А.А. Неотложная панкреатология. — СПб.: Питер, 1994. — 146 с.

Сведения об авторах

Белобородов Владимир Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118; тел.: 8 (3952) 70-37-29; e-mail: BVA555@yandex.ru)

Соботович Дмитрий Владимирович – врач-хирург хирургического отделения № 2 МАУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска»

Колмаков Сергей Александрович – кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением № 2 МАУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска»