

УДК 616.37 – 089 – 003.41

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЕНДОСКОПІЧНОГО ДРЕНУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник, О. П. Кондратюк, А. Г. Дейниченко, І. С. Терешкевич

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

THE MODERN APPROACH TO ENDOSCOPIC DRAINAGE OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

M. Yu. Nichitaylo, P. V. Ogorodnik, A. P. Kondratyuk, A. G. Deynichenko, I. S. Tereshkevich

РЕФЕРАТ

Наведені результати ендоскопічних оперативних втручань, виконаних у 72 хворих з приводу постнекротичних псевдокіст (ППК) підшлункової залози (ПЗ). Ускладнення виникли у 9 (12,5%) пацієнтів, рецидив ППК ПЗ після ендоскопічних втручань спостерігали у 6 (8,3%).

Ключові слова: підшлункова залоза; псевдокісти; цистогастротомія; цистодуоденостомія; стентування.

SUMMARY

The results of endoscopic surgical procedures performed in 72 patients over postnecrotic pseudocysts (PPC) of the pancreas. Complications occurred in 9 (12.5%) patients, recurrence PPC pancreas after endoscopic procedures were observed in 6 (8.3%).

Key words: pancreas; pseudocysts; cystogastrostomy; cystoduodenostomy; stenting.

В сучасній хірургії актуальною є проблема лікування ППК ПЗ. В структурі всіх кістозних утворень ПЗ ППК становлять 79,7–92,6% [1–3].

У теперішній час у лікуванні ППК ПЗ широко застосовують лапаротомні і лапароскопічні втручання, черезшкірне й ендоскопічне дренивання. Висока частота ускладнень (кровотеча, неспроможність швів анастомозів, утворення зовнішніх панкреатичних норниць) після відкритих оперативних втручань зумовлює необхідність більш широкого застосування ендоскопічних методів дренивання ППК ПЗ, що дозволяє суттєво поліпшити результати лікування хворих [4–6].

За даними вітчизняних та зарубіжних авторів, успішне ендоскопічне дренивання ППК ПЗ досягають у 55–76% хворих, при цьому частота ускладнень становить 5–10%, частота рецидивів – 5–20% [7, 8].

Мета роботи: клінічна оцінка результатів ендоскопічного лікування ППК ПЗ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати ендоскопічного лікування 72 хворих з приводу ППК ПЗ, що утворилися як ускладнення гострого панкреатиту. Жінок було 30 (41,7%), чоловіків – 42 (58,3%). Вік пацієнтів у середньому (51,1 ± 5,4) року. В діагностичному алгоритмі використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи, зокрема, ультразвукове дослідження черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію, комп'ютерну томографію, магніторезонансну панкреатикохолангіографію, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію, ендоскопічне дослідження. Ендоскопічні втручання виконували з використанням дуоденоскопів Olympus JF–1 – T20, JF–1 – T–40, TJF, VCR 150 під контролем рентгенапарата Televix та С–дуги APELEM, з використанням папілотомів KD–10–Q1, KD–11–Q1 (Olympus), аспіраційних голок та провідників (Boston Scientific, Wilson – Cook), назопанкреатичних дренажів та ендопанкреатичних пластикових стентів (Olympus).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час ретельного обстеження хворих аналізували топографічне розташування кісти, її розміри, ступінь зрілості, вміст порожнини, стан стінок, оцінювали стан протокової системи та паренхіми ПЗ.

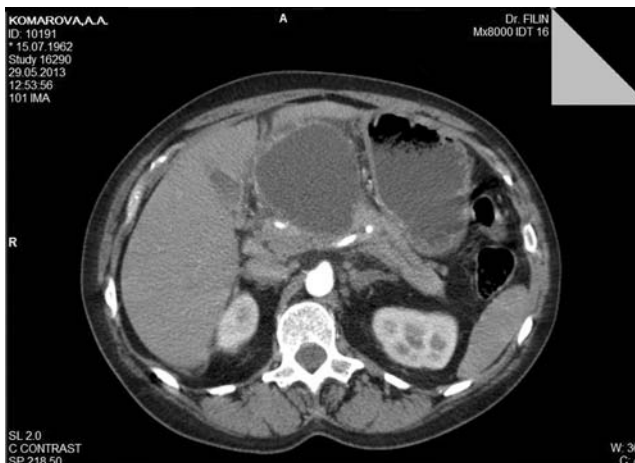


Рис. 1. Комп'ютерна томографія. ППК головки і тіла ПЗ.



Рис. 2. Випинання ППК в порожнину дванадцятипалої кишки.



Рис. 3. Балонна дилатація пункційного отвору та трансмуральне стентування.

Основною умовою успішного ендоскопічного дренивання ППК ПЗ є відсутність в порожнині кісти значної кількості щільного некротичного вмісту (рис. 1).

Ендоскопічна цистодуоденостомія виконана у 22 (30,6%) хворих за умови, якщо ППК щільно прилягала до стінки нижхідної частини дванадцятипалої кишки, шароподібно випинаючись у її просвіт (рис. 2).

Після пункції стінки кісти голчастим папілотомом здійснювали максимальну аспірацію вмісту та санацію з використанням розчинів антисептиків. Після контрастування і візуальної оцінки порожнини кісти розріз подовжували на 1–2 см або виконували балонну дилатацію сформованого вічка та вводили пластиковий стент "double pigtail" діаметром 10 F – у 12 (16,7%) хворих (рис. 3). За необхідності здійснювали коагуляційний контактний або безконтактний гемостаз з використанням аргонно–плазмового коагулятора.

Цистоназальний дренаж за наявності гнійного вмісту ППК застосований у 7 (9,7%) пацієнтів з метою подальшої програмованої санації порожнини кісти, його видаляли через 7–9 діб (рис. 4).

Пластикові стенти залишали в порожнині кісти протягом 1 – 3 тиж для попередження формування залишкової порожнини та рубцювання сформованого співустя.

Якщо вміст кісти був прозорим, а цистодигестивне співустя широким, стенти та дренажі не встановлювали – у 3 (4,2%) хворих. Щоденно оцінювали стан залишкової порожнини за даними ультразвукового дослідження, при необхідності його доповнювали дуоденоскопією.

Ендоскопічна цистогастростомія застосована у 23 (31,9%) пацієнтів. Пошарово розсікали вибухаючу



Рис. 4. Цистоназальне дренивання.



Рис. 5. Ендоскопічне транспапілярне ендопанкреатичне стентування.

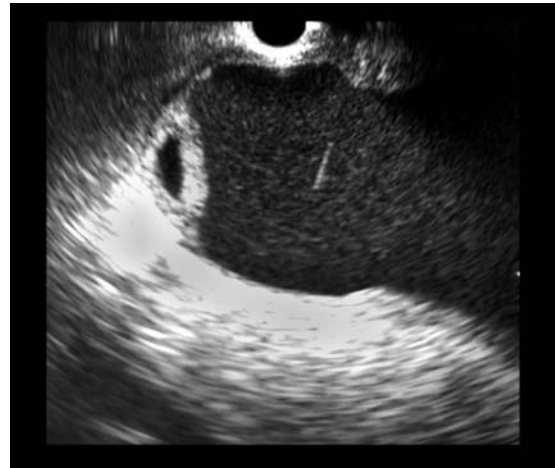


Рис. 6. Ендоультрасонографія. Пункційна голка в порожнині ППК ПЗ.

задню стінку шлунка і капсулу кісти, завершували втручання встановленням пластикових ендопротезів.

У 10 (13,9%) хворих за наявності кісти тіла чи хвоста ПЗ, сполученої з протокою ПЗ та недоступної для трансмурального дренивання, виконано ендоскопічну дуальну папілосфінктеротомію з подальшим транспапілярним ендопанкреатичним стентуванням (рис. 5).

Пункція ПК під контролем ендоультрасонографії здійснена у 8 (11,1%) пацієнтів (рис. 6).

За відсутності щільного прилягання кісти до стінки шлунка та дванадцятипалої кишки, а також за наявності супутньої портальної гіпертензії ендоскопічне дренивання ППК ПЗ у 9 (12,5%) хворих виконане під контролем ендоультразвукового дослідження. Втручання у 7 (9,7%) хворих завершували встановленням цистоназального дренажу з подальшою санацією порожнини кісти розчинами антисептиків. За результатами динамічного ультразвукового моніторингу та повторних ендоскопічних досліджень спостерігали очищення вмісту порожнини кісти та її регрес.

Всі хворі відзначали поліпшення стану, зменшення вираженості больового синдрому вже на 2–3-тю добу після втручання, на 7–9-ту добу більшість пацієнтів виписували для амбулаторного лікування.

Кровотеча після ендоскопічних операцій виникла у 9 (12,5%) хворих. У 4 з них застосоване ендокліпсування судин, які були джерелом кровотечі, у 5 — аргонно-плазмова фульгурація. Перфорацію порожнистих органів не спостерігали, всі пацієнти живі.

У 6 (8,3%) пацієнтів через 6 міс виник рецидив кісти, їм здійснено цистоеюностомію з вимкненням кишки за Ру з використанням лапароскопічного доступу.

ВИСНОВКИ

1. Ендоскопічне дренивання ППК ПЗ є ефективною альтернативою стандартному хірургічному лікуванню.

2. Методом вибору ендоскопічного лікування ППК ПЗ є трансмуральне дренивання порожнини кісти з застосуванням пластикових ендопротезів.

3. За наявності гнійного вмісту ППК ПЗ доцільне цистоназальне дренивання з метою більш ефективної санації порожнини кісти.

4. За відсутності видимого випинання кісти в порожнину шлунка та дванадцятипалої кишки, а також за наявності портальної гіпертензії дренивання ППК слід виконувати під контролем ендоультрасонографії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов А. А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита / А. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, А. Н. Литвиненко // Клін. хірургія. — 2006. — № 6. — С. 12 — 20.
2. Lopes C. V. Endoscopic—ultrasound—guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts and abscesses / C. V. Lopes, C. Pesenti, E. Bories // Scand. J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 42, N 4. — P. 524 — 529.
3. Habashi S. Pancreatic pseudocyst / S. Habashi, P. V. Draganov // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15. — P. 38 — 47.
4. Binmoeller K. F. Endosonography—guided transmural drainage of pancreatic pseudocysts using an exchange—free access device: initial clinical experience / K. F. Binmoeller, F. Weilert, J. N. Shah // Surg. Endosc. — 2013. — Vol. 27, N 5. — P. 1835 — 1839.
5. Цистогастроанастомоз в лечении больных с псевдокистой поджелудочной железы / В. Н. Силаев, Е. Ю. Бозова, С. И. Ситкин, М. А. Петрушин // Анналы хирург. гепатологии. — 2012. — № 2. — С. 80 — 86.
6. Panamonta N. Endoscopic ultrasound—guided versus conventional transmural techniques have comparable treatment outcomes in draining pancreatic pseudocysts / N. Panamonta, S. Ngamruengphong, K. Kijirichareanchai // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2012. — Vol. 24, N 12. — P. 1355 — 1362.
7. Первый опыт формирования билиодигестивного анастомоза под контролем эндо—УЗИ / С. А. Будзинский, С. Г. Шаповальянц, Е. Д. Федоров [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. — 2013. — № 1. — С. 117 — 121.
8. Ачкасов Е. Е. Лечение ложных кист тела и хвоста поджелудочной железы, сообщающихся с ее протоковой системой / Е. Е. Ачкасов // Хирургия. — 2007. — № 9. — С. 36 — 40.