

УДК: 615.8:616.37-006.25-089
 © Коллектив авторов, 2011

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Иоффе И.В., Шаповалов Н.А., Зинченко А.В., Пелешенко А.С.,
 Бабенко С.В., Кононов В.Н., Дяченко М.Ю., Нестер О.Е., Мыценко Д.Н.

Луганская областная клиническая больница

Введение. В последнее время отмечается рост заболеваемости населения острым панкреатитом (ОП), который в свою очередь сопровождается высокой летальностью и не имеет тенденции к снижению. Наиболее частым осложнением ОП являются псевдокисты поджелудочной железы (ПКПЖ), с частотой развития от 11 до 60% [1,2]. ПКПЖ осложняются в 20-30% случаев инфицированием, в 10-12% развивается кровотечение. У 26-35% пациентов возможно спонтанное рассасывание содержимого ПКПЖ. Летальность при неосложненных ПКПЖ достигает 12-16%, а при инфицировании увеличивается до 32-85%. При открытых вмешательствах летальность достигает 21-52% [1,4,5].

В основе патогенеза ОП лежат сосудистые, гемодинамические, метаболические и иммунные механизмы. Под влиянием первичного аффекта происходит активация одного из вышеуказанных механизмов, что влечет за собой каскад сочетанных процессов, которые определяют тяжесть течения заболевания [6]. Ключевым аспектом в патогенезе ОП остается активация ферментов поджелудочной железы (ПЖ) с последующим аутолизом ткани железы. При прогрессировании ОП как аутолитического процесса существенно нарушаются функции многих органов и систем организма (синдром эндогенной интоксикации, синдром полиорганной недостаточности); в самой ПЖ преобладают дегенеративные процессы [3]. Псевдокиста поджелудочной железы – это скопление панкреатического сока, ограниченное капсулой из фиброзной и грануляционной ткани, лишенной эпителиальной выстилки, по своей сути является результатом реактивного воспаления брюшины и окружающих органов [7].

Основной причиной неблагоприятного исхода деструктивных форм ОП остается несвоевременная и неадекватная санация скоплений жидкости и очагов деструкции. Развитие малоинвазивных интервенционных вмешательств на ПЖ, в частности под контролем ультразвука, позволило снизить летальность среди пациентов с острым деструктивным панкреатитом и уменьшить количество открытых вмешательств.

Цель данной работы – обобщить опыт лечения пункционными методами под контролем ультразвука 492 пациентов, определить преимущества пункционного дренирования ПКПЖ перед тонкоигольной аспирационной пункцией.

Материал и методы. За период 1996 – 2010 г.г. нами были выполнены интервенционные вмешательства у 492 пациентов с ПКПЖ. Из них: мужчин -337 (68,5%) чел, женщин – 155 (31,5%) чел. Возраст пациентов колебался от 18 до 69 лет. Вмешательства производились с использованием ультразвукового сканнера Honda Electronics HS

2000 с мультисекторным конвексным датчиком 2,8-7,0 МГц, снабженных пункционными насадками. При этом применялись дренажи типа «pig tail» размерами 6F и 9F, пункционные иглы Chiba диаметром 20 и 22 G.

Предварительно оценивались структура ПЖ, диаметр главного панкреатического протока; локализация, форма, размеры ПКПЖ, характер их содержимого. О связи кисты с протоками ПЖ прямым образом свидетельствовали контрастирование протоков ПЖ при цистографии (рис.1) и уровень амилазы в пунктате, косвенно – скорость накопления содержимого кисты до первоначального объема после ТАП или объем отделяемого из ПКПЖ после ПД.



Рис. 1. Фистулография. ПКПЖ, сообщающаяся с протоками ПЖ.

Интервенционные вмешательства выполнялись под местной анестезией, в точке минимального расстояния от кожи до кисты в зоне «акустического окна» и при отсутствии интерпозиции по ходу иглы крупных сосудов, толстой кишки, почки, селезенки. Интерпозицию печени, желудка, петли тонкой кишки не считали противопоказанием к проведению операции. Обязательным условием каждого вмешательства было полное опорожнение кисты с последующей санацией полости растворами антисептиков. Пункционное дренирование выполнялось одномоментно по методике Лундерквиста. Пунктаты оценивались визуально и направлялись на цитологическое, биохимическое и бактериологическое исследование. Послеоперационный ультразвуковой контроль выполнялся в обязательном порядке впервые 3-4 суток ежедневно, в дальнейшем 1 раз в 3-5 суток в зависимости от течения заболевания.

Результаты и обсуждение. При выборе метода пункционного лечения среди пациентов нами были выделены следующие клинические группы:

1. Пациенты с острой несформированной ПКПЖ (срок с момента приступа ОП не более 1,5 мес.); без клиники инфицирования, связи с протоками поджелудочной железы; при наличии секве-

стров в полости кисты до 3 см. ТАП выполнено у 283 больных (57,5%), рис. 2.



Рис. 2. Сонограмма. Несформированная ПКПЖ.

2. Пациенты с ПКПЖ, связанной с мелким протоками ПЖ, высоким уровнем амилазы в пунктате, накоплением после ТАП не более 150 мл. ТАП выполнено 41 пациенту (8,3%).

3. Пациенты с ПКПЖ, связанной с крупным протоком ПЖ (рис. 3), высоким уровнем амилазы в пунктате, накоплением после ТАП более 150 мл за сутки, компрессионным и выраженным болевым синдромами (рис.4). Выполнены перкутанные ПД с максимальной аспирацией содержимого и последующей склеротерапией концентрированными растворами антибиотиков 58 больным (11,7%).

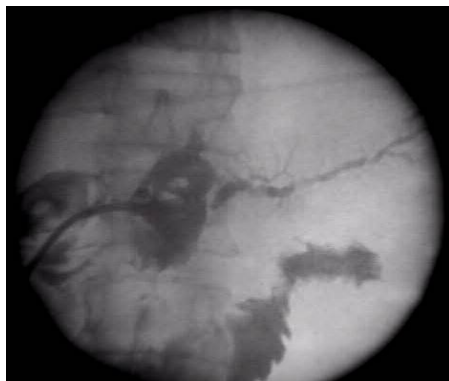


Рис. 3. Цистография. Связь ПКПЖ с главным протоком ПЖ.



Рис. 4. Холангиография. Компрессия ПКПЖ терминального отдела холедоха.

4. Пациенты с признаками инфицирования кист, наличием секвестров размером более 3 см. Перкутанные ПД выполняли 110 больным (22,4%). Содержимое максимально аспирировалось, после чего выполнялась санация полости растворами антисептиков и введение растворов антибиотиков.

У 185 пациентов (37,6%) первой группы наступило клиническое выздоровление, необходимости повторных пункций не было рис. 5. В случае рецидива кисты при несформированной стенке 87 пациентам (17,7%), проводилась склеротерапия 96% этиловым спиртом в объеме 10-20 мл с экспозицией 5-10 мин с последующей полной эвакуацией склерозанта, что позволило сократить количество пункций и добиваться облитерации ПКПЖ.



Рис 5. Сонограмма ПКПЖ. До и после вмешательства.

Пациентам второй клинической группы выполнялись ТАП с последующей склерозированием концентрированными растворами антибиотиков во избежание повреждений протоковой системы ПЖ более сильными склерозантами. Благоприятный исход отмечали в 32 случаях (6,5%). При рецидиве кист метод применялся для ускорения формирования стенки ПКПЖ.

В третьей клинической группе выполнялись перкутанные дренирования для декомпрессии, динамического наблюдения и лечебных манипуляций. У 8 пациентов (1,6%) третьей группы отмечался положительный исход в виде уменьшения размеров полости с последующей облитерацией кисты. 50 (10,2%) больных оперированы открытым способом после формирования стенок кисты.

Учитывая высокий процент пациентов данной клинической группы, оперированных традиционным способом, обоснованно использование склерозирования ПКПЖ. Связь с протоками ПЖ тре-

бует использования препаратов с минимальным отрицательным воздействием на протоковую систему ПЖ. По этой причине наряду с механическим раздражением грануляционной ткани дренажной трубкой мы используем для склерозирования и ускорения формирования стенки концентрированные растворы антибиотиков. Рис. 6.

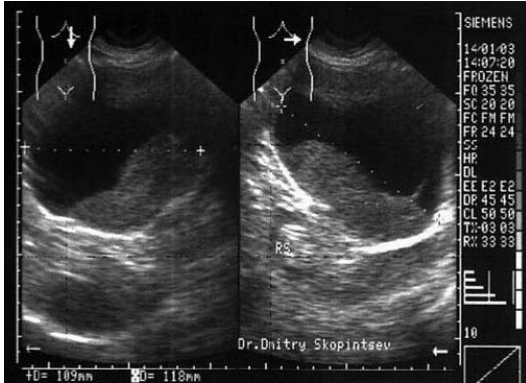


Рис. 6. Сонограмма ПКПЖ. Сформированная стенка кисты.

В четвертой группе у 83 пациентов (16,9%) наступило клиническое выздоровление. В 10 случаях (2,1%) возникли рецидивы кист, им выполнены повторные перкутанные пункционные интервен-

ции. 17 пациентов (3,5%) были оперированы традиционными способами ввиду возникших осложнений (обширная флегмона забрюшинной клетчатки, истечение содержимого кисты в брюшную полость, перитонит, кровотечение в полость кисты). Активная дренирующая тактика лечения инфицированных ПКПЖ у пациентов четвертой клинической группы позволила ускорить формирование секвестров без прогрессирования синдрома эндогенной интоксикации и уменьшить сроки пребывания пациентов в стационаре.

Выводы:

1. Пациенты с острым панкреатитом нуждаются в динамическом ультразвуковом исследовании с целью ранней диагностики ПКПЖ и своевременного проведения перкутанных пункционных вмешательств.
2. При выборе метода пункционного лечения пациентов с ПКПЖ целесообразно руководствоваться клинико-инструментальными характеристиками кист.
3. Расширение показаний к перкутанному пункционному дренированию ПКПЖ позволило получить в нашей клинике хорошие результаты, что подтверждает преимущества данной методики в определенных клинических случаях перед тонкоигльной аспирационной пункцией.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Роль тонкоигльных аспирационных пункций в лечении гнойных осложнений острого панкреатита / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, Д.Ю. Каннер [и др.] // Материалы II Всерос. конф. "Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии". - Красноярск, 2005. - С. 162.
2. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Н.В. Рухляда [и др.]. - СПб: Питер, 2000 - 416 с.
3. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. - М: Медицина, 1995- 512 с.
4. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. - М: Медицина, 2004- 304 с.
5. Никишин Л.Ф. Рентгенэндоваскулярная хирургия

- (интервенционная радиология). Руководство для врачей / Л.Ф. Никишин, М.П. Попик. - Львов: Издательство Национального университета «Львівська політехніка», 2006. - 324 с.
6. Классификация ложных постнекротических кист поджелудочной железы / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов, В.С. Волков [и др.] // Всерос. конф. хирургов "Совершенствование специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре". - Красногорск, 2004. - С. 299-300.
7. Шалимов А.А. Хирургия поджелудочной железы / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло [и др.]. - Симферополь: Таврида, 1997. - 560 с.

Иоффе И.В., Шаповалов М.А., Зинченко О.В., Пелешенко О.С., Бабенко С.В., Кононов В.М., Дяченко М.Ю., Нестер О.Е., Миценко Д.М. Сучасні напрямки лікування псевдокіст підшлункової залози // Український медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 6. - С. 84-86.

У наведеній роботі узагальнені результати лікувально-діагностичних пункцій під контролем ультразвуку у 492 пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози. Визначено діагностичні та лікувальні особливості методів тонкоігольової аспіраційної пункції та перкутанного пункційного дренивання псевдокіст підшлункової залози, наведено переваги пункційного дренивання перед тонкоігольовою аспіраційною пункцією.

Ключові слова: гострий панкреатит, псевдокіста підшлункової залози, перкутанні пункційні інтервенції під контролем ультразвуку.

Иоффе И.В., Шаповалов Н.А., Зинченко А.В., Пелешенко А.С., Бабенко С.В., Кононов В.Н., Дяченко М.Ю., Нестер О.Е., Мыценко Д.Н. Современные подходы к лечению псевдокист поджелудочной железы // Украинский медицинский альманах. - 2011. - Том 14, № 6. - С. 84-86.

В приведенной работе обобщены результаты лечебно-диагностических пункций под контролем ультразвука у 492 пациентов с псевдокистами поджелудочной железы (ПКПЖ). Выявлены диагностические и лечебные особенности методов тонкоигльной аспирационной пункции (ТАП) и перкутанного пункционного дренирования (ПД) ПКПЖ.

Ключевые слова: острый панкреатит, псевдокиста поджелудочной железы, перкутанные пункционные интервенции под контролем ультразвука.

Ioffe I.V., Shapovalov N.A., Zinchenko A.V., Peleshenko A.S., Babenko S.V., Kononov V.N., Dyachenko M.J., Nester O.E., Mytchenko D.N. Current approaches to the treatment of pancreatic pseudocysts // Український медичний альманах. - 2011. - Том 14, № 6. - С. 84-86.

The resulted work summarizes the results of the work of therapeutic and diagnostic puncture under ultrasound guidance in 492 patients with pancreatic pseudocysts. Identified diagnostic and treatment methods particularly fine-needle aspiration puncture and percutaneous puncture drainage of pancreatic pseudocysts.

Key words: acute pancreatitis, pancreatic pseudocyst, percutaneous puncture intervention under ultrasound guidance.

Надійшла 07.09.2011 р.

Рецензент: проф. В.І.Бондарев