

УДК 616.37+617-089+616.008.8

*В.М. Ратчик, Б.Ф. Шевченко, А.М. Бабий, Д.В. Орловский, Г.В. Лукинов***ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ И ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***ДУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», Днепрпетровск*

Вопросы хирургической тактики псевдокист (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) продолжают оставаться дискуссионными. Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с ПК ПЖ путем использования миниинвазивных и органосохраняющих технологий. Проанализированы результаты комплексного лечения 80 пациентов с ПК ПЖ. Анализ микробиологических исследований пунктатов кист показал, что у 52,5% больных содержимое было стерильным, у 47,5% пациентов наблюдалось бактериальное заселение. При лечении инфицированных кист под УЗ контролем выполнялось дренирование с промыванием озонированным NaCl, что приводило к существенному снижению титра микробных тел в содержимом кисты. У 8,75% выработывали показания к выполнению эндоскопического трансмурального дренирования при этом, в 4 случаях дренирование осуществлялось через стенку ДПК, в 3 – через стенку желудка. При кистах размерами более 6 см, у 70% больных операцией выбора было чрескожное длительное дренирование дренажами типа «Pig-tail». Заключение: Больным с ПК ПЖ требуется индивидуальный подход в выборе тактики лечения. Мероприятиями первого выбора в комплексной терапии этой патологии является использование миниинвазивных пунктирно-дренирующих технологий, которые были эффективным методом лечения в 40% случаев.

Ключевые слова: поджелудочная железа, псевдокисты, миниинвазивная хирургия.

В течение последних лет определилась четкая тенденция роста количества больных с осложненными формами хронического панкреатита (ХП) [1]. В 1992 году, на международном симпозиуме по острому панкреатиту в Атланте панкреатическая псевдокиста трактовалась, как коллекция панкреатического сока, ограниченная стенкой, состоящей из фиброзной или грануляционной ткани, которая возникает как следствие острого панкреатита, травмы, или хронического панкреатита» [2]. Панкреатические псевдокисты (ПК), возникающие при остром и хроническом панкреатитах, должны быть дифференцированы от других кистозных образований поджелудочной железы (ПЖ), которые составляют приблизительно 15% всех панкреатических кист [3].

Вопросы хирургической тактики псевдокист ПЖ продолжают оставаться дискуссионными. Одни хирурги считают преимуществом внешнего дренирования кист ПЖ его техническую простоту и низкую летальность, другие считают необходимым внутреннее дренирование с использованием разных органов – желудка, ДПК, петли тонкой кишки [4, 5]. Малоинвазивные методы лечения практически у 30% больных с ПК являются основными и конечными методами лечения [6]. Частота по-

слеоперационных осложнений при отсутствии летальности находится в пределах 6-11,5% [7, 8]. В последние годы эндоскопические подходы в лечении панкреатических псевдокист становятся мероприятиями первого выбора в комплексной терапии этой патологии [9].

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы путем использования миниинвазивных и органосохраняющих технологий.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 80 пациентов с ПК ПЖ, которые находились в клинике с 2002 по 2010 годы. Женщины составляли 31%, мужчины – 59%. Средний возраст больных (48,6±1,8) лет. Пункции под ультразвуковым (УЗ) контролем проводили используя иглы Chiba (G18-22). Эндоскопическую ретроградную панкреато-холангиографию (ЭРПХГ) выполняли в рентгеноперационной при помощи фибродуоденоскопа с боковой оптикой – JF-1T30 «Olympus» (Япония) и рентгенустановки «Radius» (Италия). Озонированный физиологический раствор (ОФР) для обработки ПК ПЖ готовили из стандартного физиологического раствора натрия хлорида путем барботажа озono-кислородной смеси, полученной на аппарате «ОЗОН УМ-80».

Результаты и обсуждение

У большинства больных формирование ПК связывали с приступом острого панкреатита. В этой связи, в сроках образования кист выделяем период до 2 месяцев, характеризующийся появлением экстрапанкреатических жидкостных скоплений, до 3-4 месяцев, период характерный для образования молодой кистозной полости и сроки более 4 месяцев, когда имеет место зрелая кистозная полость, стенки которой сформированы.

Различие между ПК и острыми жидкостными скоплениями состоит в том, что жидкостное скопление – это спонтанный процесс, выражающийся в реакции на воспаление парапанкреатических тканей, в отличие от ПК, формирование которой происходит в результате нарушения целостности самой железы с выходом панкреатического сока, что постоянно поддерживается нарушением оттока и компрессией протоковой системы. В этой связи, жидкостные скопления при отсутствии осложненного течения могут подвергаться резорбции и не требуют проведения активных действий, тогда как ПК сохраняется или увеличивается в течение длительного времени и вызывает осложнения, что предусматривает применение хирургических методов лечения.

Больным дифференцированно выставлялись показания к использованию различных методов оперативного лечения в зависимости от локализации, размеров и инфицированности кист, степени «зрелости» их стенок, связи с протоковой системой ПЖ и уровнем блока.

Считаем, что при жидкостных скоплениях и несформированных ПК ПЖ, проявляющихся прогрессирующим увеличением размеров по данным УЗИ или КТ, стойким болевым синдромом, сдавлением окружающих органов, следует вырабатывать показания к применению пункционного метода лечения под контролем УЗИ с аспирацией содержимого. Для достижения наиболее полного эффекта применяли от 2 до 4 пункций с интервалом 3-4 суток с обязательным микробиологическим контролем полученного материала. При неэффективности пункционного метода, в тех же условиях выполняли пролонгированное дренирование. По указанному плану прооперировано 7 больных (8,75%). Ана-

лиз микробиологических исследований показал, что у 42 больных (52,5%) содержимое кист было стерильным. Бактериальное заселение наблюдалось у 38 пациентов (47,5%), при этом у 23 больных (60,5%) от общего количества больных с инфицированным содержимым выделены монокультуры: кишечная палочка (степень осеменения составила 106 микробных единиц в 1 мл исследованной жидкости), условно патогенные энтеробактерии рода *Klebsiella* (уровень концентрации достигал 104 и 106 КУО/мл), дрожжеподобные грибы рода *Candida* (103 КУО/мл), грамотрицательные кокки (107 КУО/мл) и только в одном случае, в качестве монокультуры, выделены анаэробные микроорганизмы рода *Veillonella*. В других 15 образцах (18,8%) обнаружены ассоциации микроорганизмов с полимикробным составом к которому принадлежали аэробы (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterococcus* spp., *Streptococcus* spp., коагулазонегативный стафилококк – гемолитический биовар, *Candida* spp.) и анаэробы (*Bacteroides* spp., грамотрицательные и грамположительные кокки). По концентрации микроорганизмов в исследованном материале все образцы разделили на: условно инфицированные (до 103 КУО/мл) и инфицированные (более 103-4 КУО/мл). Так, количество обследованных с условно инфицированным содержимым составили 9 пациентов (23,7%), инфицированным – 29 больных (76,3 %).

Лечение инфицированных ПК начинали с малоинвазивных методик с контролем степени инфицированности по результатам микробиологических посевов. У этих больных под УЗ наведением выполнялось дренирование образований с промыванием ОФР, которое осуществлялось через наружный дренаж методом лаважа ОФР с концентрацией озона 6-12 мг/л трижды в сутки на протяжении 6 дней с экспозицией 15 минут (Пат. 39913 Украина). Введение в полость кисты ОФР приводило к существенному снижению титра микробных тел в содержимом кисты. Так, на 7 сутки с 10^6 КУО/мл происходило снижение до 10^3 в 1 мл содержимого, а на 11-14 сутки – достигалась полная элиминация микробных тел содержимого кисты.

В хирургическом лечении кист ПЖ различаем тактику непрямого вмешательства на органах околопанкреатической зоны и прямо-

го воздействия на ПК при соединении ее с протоковой системой.

Примером непрямым вмешательств является выполнение у 4 больных (5,0%) эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), стентирования общего желчного протока (ОЖП) с последующим чрезкожным дренированием под сонологическим контролем кист головки ПЖ, которые сдавливали супрадуоденальную часть ОЖП, что сопровождалось механической желтухой (МЖ) (рис. 1).

При ПК ПЖ небольших размеров (2,5-4,0 см в d), с нарушением оттока панкреатического сока на уровне сфинктера Одди с расширением главного панкреатического протока (ГПП) до 4 мм у 6 пациентов (7,5%) осу-

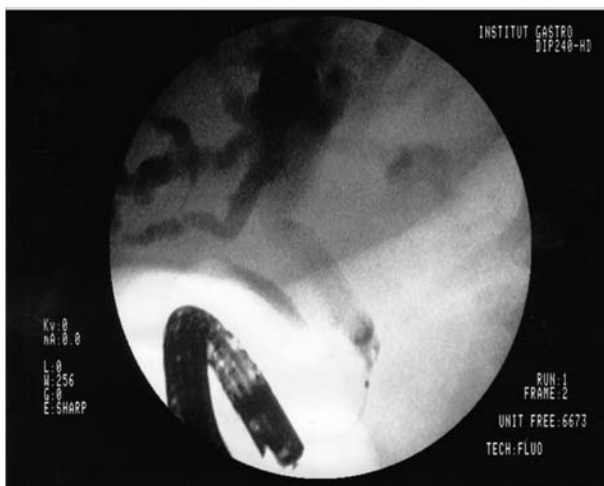


Рис. 1. Стентирование ОЖП у больного с кистой головки ПЖ

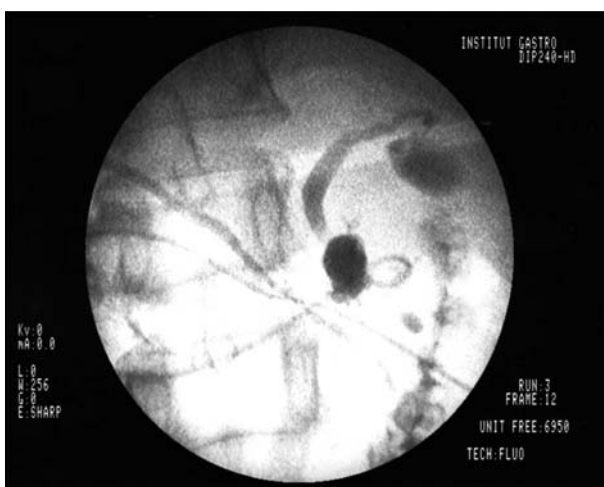


Рис. 2. Цистопанкреатография

ществлялась изолированная ЭПСТ, которая в 3 (3,75%) случаях была дополнена вирсунготомией.

Возобновление адекватного оттока панкреатического сока в ДПК способствовало купированию болевого синдрома и нормализации диаметра ГПП.

При ПК, увеличение которых сопровождалось деформацией желудочной или дуоденальной стенок и связи кисты с ГПП у 7 пациентов (8,75%) вырабатывали показания к выполнению эндоскопического трансмурального дренирования при этом, в 4 случаях дренирование осуществлялось через стенку ДПК, в 3 – через стенку желудка. Под УЗИ наведением контролировали максимальную аспирацию полости, далее по Сельдингеру проводили катетер Фогарти с раздуванием манжеты и подтягиванием катетера. Через 5-7 суток, когда возникало склеивание между желудком и кистой, катетер удаляли и под контролем гастроскопа в отверстие проводили катетеры с разного диаметра гидробалонами с помощью которых расширяли созданное соустье до 20 мм.

При кистах размерами более 6 см, у 56 больных (70%) операцией выбора было чрезкожное длительное дренирование дренажами типа Pig tail, которые проводили по Сельдингеру под УЗ контролем. При этом контроль эффективности лечения осуществлялся не только на УЗИ, но и с помощью фистулографии, выполнение которой позволяло получить дополнительную информацию о состоянии протоковой системы ПЖ. Объективные доказательства уменьшения размеров кисты у 22 пациентов (39,3%) позволяли нам выписать их из стационара на амбулаторное лечение с дренажем. Дренаж удалялся через 4-5 недель, после контрольной фистулографии и при подтверждении признаков облитерации кисты.

У 48 больных (60%), рецидив кисты после аспирации или дренирования, первоначальная высокая амилазная активность и связь с протоковой системой ПЖ, определяли показания для открытого метода с выполнением цисто- или цистопанкреатодигестивного дренирования.

При локализации кисты в головке ПЖ, дистальной проходимости ГПП по данным цистопанкреатографии (рис. 2) – операцией выбора считаем цистодуоденостомию.

Таблица.

Характер оперативных вмешательств

| Характер оперативного вмешательства | Количество больных | |
|--|--------------------|------|
| | n | % |
| ЭПСТ | 3 | 3,7 |
| ЭПСТ, вирсунготомия | 3 | 3,7 |
| ЕПСТ, стентирование ОПП, наружное дренирование кисты под УЗ контролем | 4 | 5,0 |
| Пункция, аспирация кисты, жидкостного скопления под УЗ контролем | 7 | 8,8 |
| Эндоскопическая цистодуоденостомия | 4 | 5,0 |
| Эндоскопическая цистогастростомия | 3 | 3,7 |
| Наружное дренирование кисты под УЗ контролем | 6 | 7,5 |
| Наружное дренирование кисты под УЗ контролем + лапаротомия, гемостаз, дистальная резекция ПЖ | 2 | 2,5 |
| Наружное дренирование кисты под УЗ контролем + цисто-дуоденостомия | 13 | 16,3 |
| Наружное дренирование кисты под УЗ контролем + цистопанкреатоюностомия | 35 | 43,8 |
| Всего | 80 | 100 |

Примечание: «+» – повторная операция

Декомпрессионное цистопанкреатоюнональное соустье выполняем при выраженных локальных или сегментарных нарушениях проходимости протоковой системы.

Характер оперативных вмешательств показан в таблице.

Оценка непосредственных результатов выбранной тактики лечения показала, что осложнения возникли у 6 больных (7,5%): дислокация дренажа при наружном дренировании ПК, кровотечение в полость кисты при наружном дренировании под УЗ наведением – 2, послеоперационный панкреатит после ЭПСТ – 1, несостоятельность швов панкреатоюноанастомоза – 2. Летальных случаев не было.

Таким образом, больным с ПК ПЖ требуется индивидуальный подход в выборе тактики лечения. Мероприятиями первого выбора в комплексной терапии этой патологии является использование миниинвазивных пункционно-дренирующих технологий, которые были эффективным методом лечения в 40% случаев.

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РІДИННИХ НАКОПИЧЕНЬ ТА ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.М. Ратчик, Б.Ф. Шевченко, Д.В. Орловский, Д.В. Орловский, Г.В. Лукинов

Питання хірургічної тактики псевдокіст (ПК) підшлункової залози (ПЗ) продовжують залишатися дискусійними. Мета дослідження: покращення результатів лікування хворих з ПК ПЗ шляхом використання мініінвазивних та органозберігаючих технологій. Проаналізовані результати комплексного лікування 80 пацієнтів з ПК ПЗ. Аналіз мікробіологічних досліджень пунктів кіст показав, що, у 52,5% хворих вміст був стерильним, у 47,5% пацієнтів спостерігалось бактеріальне заселення. При лікуванні інфікованих кіст під УЗ контролем виконувалось дренування з промиванням озонованим NaCl, що призводило до суттєвого зниження титру мікробних тіл у вмісті кісти. У 8,75% відпрацьовували показники до виконання ендоскопічного трансмурального дренування при цьому, в 4 випадках дренування здійснювалось через стінку ДПК, в 3 – через стінку шлунку. При кістах розмірами більше 6 см, у 70% хворих операцією вибору було черезшкірне тривале дренування дренажами типу Pig tail. Висновок: Хворим з ПК ПЗ необхідний індивідуальний підхід у виборі тактики лікування. Заходами першого вибору комплексної терапії цієї патології являється використання мініінвазивних пункцийно-дренуючих технологій, які були ефективним методом лікування в 40% випадків.

Ключові слова: підшлункова залоза, псевдокісти, мініінвазивна хірургія.

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF LIQUID CONGESTIONS AND PSEUDOCYSTS OF PANCREAS

V. Ratchik, B. Shevchenko, D. Orlovsky
A. Babiy, G. Lukinov

The questions of surgical tactics pancreas pseudocysts (PP) are debatable. AIM: To improve the results of treatment of patients with PP by use of miniinvasive and organsaving technologies. The results of complex treatment of 80 patients with PP were analysed. In 52,5% patients PP contents were sterile, in 47,5% of patients bacterial settling was observed. The infected PP were treatment with percutaneous drainage under ultrasound control with washing ozonized NaCl. It led to essential decrease titer of microbic bodies in contents of PP. 8,75% patients had indications to endoscopic transmural drainage. In 4 cases drainage was carried out through the duodenal wall, in 3 – through the stomach wall. If PP size was more than 6 sm, (70% patients) performed percutaneous prolong drainage with drainage tube «pig tail». Conclusion: the patients with PP individual approach in a choice of tactics of treatment is required. Actions of the first choice in complex therapy of this pathology is use miniinvasive which were an effective method of treatment in 40% cases.

Key words: a pancreas, pseudocysts, miniinvasive surgery.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis / A. Aghdassi, J. Mayerle, M. Kraft [at al.] – *Pancreas*. – 2008. – Vol. 36, № 2. – P. 105-112.
2. Bradley E. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis. / E. Bradley // *Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis*, Atlanta, GA, September 11 through 13. – *Arch Surg*. – 1993. – Vol. 128. – P. 586-590.
3. Sakorafas G.H. Cystic neoplasms of the pancreas; what a clinician should know. / G.H. Sakorafas, M.G. Sarr // *Cancer Treat Rev*. – 2005. – Vol. 31. – P. 507-535.
4. Witzigmann H. Surgery for complications of chronic pancreatitis / H. Witzigmann, F. Geissler, D. Uhlmann [at al.] // *Zentralbl Chir*. – 2001. – Vol. 126, № 11. – P. 889-896.
5. Из досвіду лікування постнекротичних псевдокіст підшлункової залози / А.А. Ольшанецький, А.Д. Беков, А.В. Яровий [та ін.] // *Шпитальна хірургія*. – 2000. – № 2. – С. 114-116.
6. Хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин [та ін.] // *Шпитальна хірургія*. – 2002. – № 4. – С. 29-33.
7. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis / E. Bartoli, R. Delcenserie, T. Yzet [at al.] // *Gastroenterol. Clin. Biol*. – 2005. – Vol. 29, №5. – P. 515-521.
8. Laparoscopic pseudocysto- jeju nostomy / F. Pop, T. Gavan, C. Maxim [at al.] // *Chirurgia (Bucur)*. – 2004. – Vol. 99, № 3. – P. 167-171.
9. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment. / D. Cahen, E. Rauws, P. Fockens [et al.] // *Endoscopy*. – 2005. – Vol. 37. – P. 977-983.

Стаття надійшла 17.03.2011