

М.В. Лазуткин, С.Я. Ивануса,
С.А. Алентьев, Д.П. Шершень

Особенности миниинвазивных вмешательств в лечении постнекротических кист поджелудочной железы

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. На протяжении многих лет традиционными видами хирургического лечения кист поджелудочной железы являются открытые оперативные вмешательства, направленные на наружное дренирование кист, либо формирование цистодигестивных анастомозов. С развитием миниинвазивных хирургических методик, методик интервенционной радиологии и эндоскопии в клиническую практику вошли такие методики, как чрескожное пункционное наружное дренирование под ультразвуковым наведением и рентгенотелевизионным контролем, эндоскопическая трансмуральная цистогастротомии, транспапиллярное стентирование и дренирование. Проанализированы результаты использования различных миниинвазивных вмешательств в лечении пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Выявлены особенности выполнения чрескожных пункционных и эндоскопических вмешательств, в зависимости от состояния протоковой системы поджелудочной железы. Показано, что в ряде случаев, чрескожное пункционное дренирование кист не приводит к быстрым положительным результатам, но это не означает его неэффективность. В случаях сообщения постнекротической кисты с протоковой системой поджелудочной железы длительное пункционное наружное дренирование на фоне пролонгированной антисекреторной терапии и склерозирования остаточной полости позволяет добиться удовлетворительных клинических результатов и является альтернативой открытым хирургическим вмешательствам.

Ключевые слова: миниинвазивная хирургия, постнекротическая киста, чрескожное дренирование, эндоскопическое стентирование, трансмуральное дренирование, поджелудочная железа, хронический панкреатит, пункционное дренирование.

Введение. В последнее время достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита. Развитие современных методов навигационных и эндоскопических миниинвазивных технологий, появление эффективных лекарственных препаратов позволило практически повсеместно отказаться от агрессивной хирургической тактики в лечении острого панкреатита и перейти к активному консервативному лечению с выполнением миниинвазивных оперативных вмешательств [2, 5, 7, 9]. Увеличение числа больных тяжелым панкреатитом, у которых деструктивные процессы на фоне лечения протекают в асептических условиях, создавая предпосылки для формирования постнекротических кист поджелудочной железы, привело к росту доли псевдокист в структуре поздних осложнений панкреонекроза [1, 2, 7].

На протяжении многих лет традиционными видами хирургического лечения кист поджелудочной железы являются открытые оперативные вмешательства, направленные на наружное дренирование кист, формирование цистодигестивных анастомозов, либо резекцию части железы с кистой [4, 8]. С развитием миниинвазивных хирургических методик, методик интервенционной радиологии и эндоскопии в клиническую практику вошли такие методики, как чрескожное пункционное наружное дренирование под ультразвуко-

вым наведением и рентгенотелевизионным контролем, эндоскопическая трансмуральная цистогастротомии, транспапиллярное стентирование и дренирование. Основной причиной неэффективности миниинвазивных технологий в лечении панкреатических псевдокист является невозможность устранения протоковой гипертензии поджелудочной железы, как фактора формирования кистозного образования [3].

Цель исследования. Показать возможные сложности использования миниинвазивных методик в хирургическом лечении пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2012 г. в клинике общей хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова прооперированы 48 пациентов в возрасте от 24 до 76 лет с кистами поджелудочной железы. По локализации кист относительно анатомических отделов поджелудочной железы пациенты разделились следующим образом: в проекции головки железы – 14, в проекции тела – 16, хвоста – 18. Размеры кист в наибольшем измерении составили от 52 до 173 мм. В анамнезе у всех больных отмечен острый тяжелый панкреатит. Сроки перенесенного панкреатита варьировали от 2 месяцев до 3 лет.

Предоперационное обследование пациентов было направлено на верификацию, топическую диагностику

кистозного новообразования и выявление признаков протоковой гипертензии поджелудочной железы. Первичным инструментальным методом в обследовании всех больных являлось ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. Выполнение УЗИ во всех случаях позволило верифицировать наличие кистозных образований, определить их локализацию и размеры. При оценке взаимосвязи кист с соседними полыми органами и сосудистыми структурами, выборе «акустического окна» для чрескожных вмешательств данные УЗИ оказались недостаточными у 18 пациентов, что потребовало выполнения спиральной компьютерной томографии брюшной полости, которая оказалась информативной во всех случаях. Для выявления признаков панкреатической и желчной гипертензии, выявления связи полости кист с протоковой системой поджелудочной железы больным проводилась магнитно-резонансная томография в режиме холангиопанкреатикографии (МРХПГ). Взаимоотношение кистозных образований со стенкой желудка также исследовал при выполнении эндоскопической ультрасонографии. Данный диагностический метод позволял визуализировать и оценивать толщину стенок кисты и желудка, локализацию и протяженность мест интимного прилегания кист к желудку, возможность эндоскопических трансмуральных вмешательств.

Результаты и их обсуждения. Признаки гипертензии в системе главного панкреатического протока (ГПП) на дооперационном этапе были диагностированы у 14 пациентов, из них в 3 случаях – в сочетании с расширением общего желчного протока (ОЖП), связь полости кисты с протоковой системой железы – у 4 больных. Наличие признаков протоковой гипертензии расценивалось как показание к выполнению эндоскопических миниинвазивных вмешательств. Всем больным на первом этапе вмешательства выполнялась ретроградная холангиопанкреатикография (РХПГ), с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). В результате РХПГ выявлено, что у 6 больных с локализацией кист в проекции головки поджелудочной железы причиной протоковой гипертензии в 2 случаях явилась рубцовая стриктура большого дуоденального сосочка, у 1 больного – рубцовая стриктура терминального отдела ОЖП, и у трех – стриктура ГПП. У 5 больных с локализацией кисты в проекции тела поджелудочной железы стриктура ОЖП выявлена в 2 случаях, стриктура ГПП – в трех. У 3 пациентов с кистами в проекции хвоста железы во всех случаях определялась стриктура ГПП. Распространение контрастного препарата в полость кисты выявлено в 4 случаях при локализации кисты в проекции головки, и в двух – при локализации в теле поджелудочной железы. У 2 пациентов с диагностированными стриктурами БДС ЭПСТ явилась окончательным вмешательством, при стриктурах терминального отдела ОЖП трем больным вмешательство было дополнено стентированием ОЖП. 9 пациентам со стриктурами ГПП выполнено стентирование вирсунгова протока.

У 34 пациентов с помощью доступных инструментальных методик диагностики не удалось выявить признаки протоковой гипертензии. У данных пациентов данной группы миниинвазивные вмешательства были направлены на наружное дренирование кистозных образований или цистогастростомию. Возможность выполнения эндоскопического трансмурального дренирования кисты, зависела от анатомо-топографических отношений кистозного образования и желудка.

Эндоскопическая цистогастростомия выполнена у 4 пациентов с локализацией кисты в теле поджелудочной железы. Чрескожное пункционное дренирование под ультрасонографическим наведением выполнено 30 пациентам. У 4 больных кисты располагались в проекции головки поджелудочной железы, у 11 – в теле, и в 15 случаях – в проекции хвоста железы.

При анализе результатов миниинвазивных хирургических вмешательств у 7 больных отсутствовала положительная динамика в лечении. Так, у 2 больных после стентирования ГПП отсутствовала положительная динамика в размерах кистозного образования, у 5 больных после чрескожного пункционного дренирования кист в течение 2–3 недель сохранялось отделяемое по дренажу в объеме более 30 мл, что не позволяло удалить дренажный катетер. У данных больных кисты располагались в проекции хвоста поджелудочной железы. Учитывая неэффективность стентирования ГПП, 2 пациентам было выполнено чрескожное пункционное дренирование кист. При биохимическом исследовании содержимого жидкостных образований во всех случаях был выявлен высокий уровень амилазы. С целью выявления связи полости кисты с протоковой системой пациентам повторно выполнялась МРХПГ и рентгеноцистография. Ни в одном случае при МРХПГ источника поступления панкреатического секрета в кисту выявлено не было. При выполнении рентгеноцистографии в ранние сроки после дренирования контрастирования протоковой системы железы не получено, однако в более поздние сроки (5–6 недель), по мере уменьшения кистозной полости и возникновения возможности более тугого наполнения кисты рентгеноконтрастным препаратом, у 5 больных было выявлено контрастирование дистальных отделов ГПП. У всех больных ГПП контрастировался через сеть мелких интрапаренхиматозных протоков. Попытка транскатетерного стентирования ГПП была предпринята у 3 пациентов. Форма и диаметр интрапаренхиматозных протоков ни в одном случае не позволил провести проводник в ГПП. Несмотря на неэффективность миниинвазивных вмешательств, в отношении данных пациентов была избрана тактика длительного дренирования кистозных образований, на фоне пролонгированной антисекреторной терапии. Все больные находились на амбулаторном лечении, удовлетворительно переносили длительное стояние чрескожных дренажных

систем, без потери работоспособности. Двум больным, у которых связь полости кисты с протоковой системой не была выявлена, выполнялось склерозирование полости 96% раствором этилового спирта. Длительность дренирования составила от 34 до 148 суток. Критериями удаления дренажа из полости кисты являлись отсутствие отделяемого в течение 7 суток и полости, при рентгеноцистографии. Сроки наблюдения за этими пациентами составили от 1 года до 5 лет. Во всех случаях рецидивов кистозных образований не отмечено.

Заключение. Показано, что далеко не всегда с помощью современных инструментальных методик диагностики удастся выявить признаки и причину протоковой гипертензии у больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Вследствие этого у части больных минимальные вмешательства носят характер «синдромального» подхода к лечению. В ряде случаев чрескожное пункционное дренирование кист не приводит к быстрым положительным результатам, но это не означает его неэффективность. В случаях сообщения постнекротической кисты с протоковой системой поджелудочной железы длительное пункционное наружное дренирование на фоне пролонгированной антисекреторной терапии и склерозирования остаточной полости позволяет добиться удовлетворительных клинических результатов и является альтернативой открытым хирургическим вмешательствам.

Литература

1. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – С. 335–372.
2. Лотов, А.Н. Малоинвазивные вмешательства при сформированных псевдокистах поджелудочной железы / А.Н. Лотов [и др.] // Анн. хир. гепатол. – 1997. – Т. 2. – С. 100.
3. Малюга, В.Ю. Возможности эндоскопического лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы // В.Ю. Малюга, С.В. Давыдова [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 14–16.
4. Поташов, Л.В. Диагностика и выбор метода лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования / Л.В. Поташов [и др.] // Вестник хирургии. – 2002. – Т. 61. – № 6. – С. 4.
5. Седов, А.П. Выбор метода эндоскопического лечения псевдокистозных поражений поджелудочной железы / И.П. Парфенов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 16–19.
6. Щастный, Псевдокисты поджелудочной железы: диагностика, лечение / А.Т. Щастный // Новости хирургии. – 2009. – Т. 17. – № 1. – С. 143–156.
7. Brugge, W.R. Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts / W.R. Brugge // Curr. opin. gastroenterol. – 2004. – Vol. 20, № 5. – P. 488–492.
8. Kloppel, G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas / G. Kloppel // Semin diagn pathol. – 2000. – № 7. – P. 7–15.
9. Luigiano C. Endoscopic ultrasound-guided transmural drainage of infected pancreatic fluid collections with placement of covered self-expanding metal stents: a case series / C. Fabbri [et al] // Endoscopy. – 2012. – Vol.44. – № 4. – P. 429–433.
10. Markus, M.L. Deutsches Arzteblatt. Pancreatic Pseudocysts Observation, Endoscopic Drainage, or Resection? / M.L. Markus, S. Albrecht // Dtsch arztebl. int. – 2009. – Vol. 106. – № 38. – P. 614–621.

M.V. Lazutkin, S.Ya. Ivanusa, S.A. Alentyev, D.P. Shershen

Features of minimally invasive interventions in treatment of postnecrotic pancreatic cysts

Abstract. For many years, traditional forms of surgical treatment of pancreatic cysts have been open surgical interventions aimed at external drainage of cysts or formation cystodigestiv anastomoses. With the development of surgical minimally invasive techniques, interventional radiology techniques and endoscopy in clinical practice includes techniques such as percutaneous puncture external drainage under ultrasound guidance and radiographical control, endoscopic transmural fistulostomy, transpapillary stenting and drainage. The article analyzes the results of different minimally invasive interventions in the treatment of patients with pancreatic postnecrotic cysts. The features and performance of percutaneous puncture endoscopic interventions, depending on the condition of the duct system of the pancreas. It is shown that in some cases, percutaneous needle drainage of cysts does not lead to rapid positive results, but that does not mean its ineffectiveness. Long-term external drainage puncture, amid prolonged antisecretory therapy and sclerotherapy residual cavity, allows to achieve a satisfactory clinical results and is an alternative to open surgery in cases of postnecrotic cysts with ductal system of the pancreas.

Key words: minimally invasive surgery, Postnecrotic cyst, percutaneous drainage, endoscopic stenting, transmural drainage, pancreas, chronic pancreatitis, puncture drainage.

Контактный телефон: 8-911-986-47-95; e-mail: Maxim-077@yandex.ru