

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.37-089; 616.37 – 002

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КИСТАМИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

*С.В. Тарасенко¹, И.В. Карюхин¹, Т.С. Рахмаев¹, И.А. Луньков², Д.А. Никитин²,
С.П. Долюкова², Н.Ю. Панина²*

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань (1)
ГБУ РО ГК БСМП, г. Рязань (2)

Проведен анализ результатов перкутанного пункционно-дренирующего лечения кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите у 38 пациентов за период с 2008 по 2012 год. Первым этапом лечения выполнялась диагностическая перкутанная тонкоигольная аспирационная пункция содержимого полости кисты под контролем УЗА. Показания к использованию различных методов оперативного лечения ставились в зависимости от осложнений кист, локализации, размеров и связи с главным панкреатическим протоком. Пункционное лечение было применено у 7 пациентов, чрескожная установка дренажа под контролем УЗА выполнена у 31 больного. Минимально инвазивные пункционно-дренирующие манипуляции оказались эффективными у 33 (86,9%) пациентов.

Ключевые слова: панкреатическая киста, УЗИ, чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства.

Хронический панкреатит – полиэтиологическое заболевание, многогранное по характеру проявлений, особенностям клинического течения, осложнениям, методам лечения и его отдаленным результатам. Формирование панкреатических кист является наиболее часто встречающимся осложнением (30-60%) у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом [2, 3, 13].

В виду роста заболеваемости хроническим панкреатитом и более широкого применения современных инструментальных методов диагностики, значительно увеличилось количество выявляемых пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы [1, 9, 13]. При этом единого мнения в вопросах хирургической тактики при панкреатических кистах у клиницистов нет [2, 7, 8, 9].

Техническая простота выполнения перкутанной пункции полости панкреатической кисты под контролем современных средств медицинской визуализации, одновременно возможность выполнения малотравматичного вмешательства независимо от тяжести состояния пациента привлекает внимание многих авторов к данной группе вмешательств у пациентов с панкреатическими кистами [4, 5, 9, 15].

С начала восьмидесятых годов двадцатого века появляются многочисленные публикации о пункциях панкреатических кист под контролем средств медицинской визуализации, таких как УЗИ и компьютерная томография (КТ) [5, 10, 12]. Предпочтение отдавалось КТ, т.к. данный метод обеспечивал высокую точность, однако дороговизна этого метода и большая лучевая нагрузка на пациента и медицин-

ский персонал обусловили преимущественное применение УЗИ.

Ряд работ показывает, что результаты, полученные при длительном транскутанном дренировании кистозных полостей лучше аналогичных при тонкоигольных пункциях панкреатических кист [5, 13, 14]. Обусловлено это возможностью проведения непрерывной местной терапии, что особенно важно при признаках инфицирования панкреатической кисты.

Отдаленные результаты пункционного лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите по данным литературы противоречивы и несколько разочаровывают, т.к. уровень рецидивирования заболевания достигает 40-70 % [5, 6, 11]. Тем не менее, в ряде работ отражаются результаты, свидетельствующие о высокой эффективности применения пункционного лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите [4, 12, 14, 15].

Анализ возникновения осложнений и рецидивирования кист привел к выводу о низкой эффективности пункционно-дренирующей методики с ультразвуковой навигацией при панкреатических кистах, сообщающихся с главным панкреатическим протоком (ГПП).

Цель исследования: изучить результаты лечения кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите с помощью малоинвазивных вмешательств с ультразвуковой навигацией.

Материалы и методы

Обобщены результаты лечения 38 пациентов в возрасте от 24 до 72 лет (в среднем $42,8 \pm 8,7$ года) с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите за период с 2008 по 2012 г.

Для решения основных задач диагностики использовались стандартные методики чрескожного трансабдоминального УЗИ для паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства, производили обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, фиброгастродуоденоскопию. Также широко применяли следующие дооперационные методы исследования: КТ и магнитно-

резонансную томографию (МРТ). Связь кисты поджелудочной железы с панкреатическими протоками устанавливалась дооперационно при проведении пункционной цистографии или же по данным МРТ, косвенно связь панкреатической кисты с протоковой системой отражала быстрота восстановления первоначального ее объема после полного опорожнения. В качестве средства медицинской визуализации при проведении вмешательств использовался аппарат SSD-500 «Алока» (Япония) с приставками 2,5-3,5 МГц.

Первым этапом выполнялась перкутанная тонкоигольная аспирационная пункция содержимого полости кисты под контролем ультразвукового аппарата (УЗА), которая окончательно подтверждала диагноз. Показанием к повторным лечебным пункциям служили небольшие (до 5-7 см) размеры кисты, именно такая тактика была применена в 7 (18,4%) случаях. При неэффективности малоинвазивных вмешательств под контролем УЗА, приходилось прибегать ко второму этапу, который заключался в хирургической операции.

Среди пациентов мужчин было 28 (73,7%), женщин – 10 (26,3%). Причинами образования панкреатической кисты были хронический панкреатит – у 16 пациентов (42,1%) или же перенесенный панкреонекроз – у 22 пациентов (57,9%).

У 15 (39,5%) пациентов кисты располагались в области головки поджелудочной железы, у 21 (55,3%) – в области тела и хвоста поджелудочной железы, у 2 (5,2%) локализация была множественной. Длительность существования кист у пациентов до начала вмешательств составила от 11 недель до 22 месяцев. У 36 (94,7%) больных кисты располагались экстрапанкреатически, у 2 (5,3%) – интрапаренхиматозно. Одиночный характер панкреатических кист был характерен для 31 (81,6%) пациента, у 7 (18,4%) больных количество панкреатических кист было две и более. Размер кистозного образования колебался от 34 до 152 мм, в среднем $54 \pm 9,6$ мм.

У 12 (31,6%) пациентов с панкреатическими кистами имели место осложнения кистоносительства: нагноение – у 4 (10,5%),

состоявшееся кровотечение в полость кисты – у 2 (5,3%), механическая желтуха – у 2 (5,3%), субкомпенсированная дуоденальная непроходимость – у 3 (7,9%), реактивный плеврит – у 1 (2,6%), которые были диагностированы до или во время проведения диагностической пункции.

Чрескожную пункцию кистозного образования проводили с ультразвуковой навигацией бимануальным способом в зоне «акустического окна» при отсутствии в зоне манипуляции интерпозиции селезенки, почек, сосудов и ободочной кишки. В сомнительных случаях для визуализации сосудов выполняли доплерографию.

Результаты и их обсуждение

Анализ собственных наблюдений показал, что в 31,6% наблюдений пациенты с кистами поджелудочной железы поступили в клинику с осложнением данного заболевания, при этом у 6 (15,8%) больных они были связаны с патологическим процессом в самой панкреатической кисте. Высокий риск угрожающих жизни осложнений стимулировал нас отказываться от консервативно-выжидательной тактики в лечении таких пациентов и выполнять малоинвазивные операции при первом визуальном обнаружении кисты.

Наш опыт показал, что перкутанные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗА возможно выполнять независимо от локализации кисты и возраста пациента. Подобного мнения придерживаются и другие авторы [1, 3, 6].

Показания к перкутанным малоинвазивным вмешательствам с ультразвуковой навигацией определялись на основании таких данных, как локализация, размер и взаимоотношение с протоковой системой поджелудочной железы. Несмотря на то, что перкутанное наружное дренирование необходимо считать операцией выбора, в лечении небольших кистозных образований данный метод не всегда представляется возможным к осуществлению из-за технических сложностей проведения дренажа и затруднений фиксации дренажной трубки в малых размерах полости. Поэтому, при малых размерах кистозной полост-

ти, приходилось прибегать к повторным лечебным пункциям под контролем УЗА.

Выявление факта инфицированности кисты при диагностической пункции считали показанием к наружному чрескожному дренированию под контролем УЗА в сочетании с аспирационно-промывным введением растворов антисептиков, что было применено в 4 (10,5%) наблюдениях.

У пациентов с крупными кистами (более 7 см в диаметре), не сообщающимися с ГПП, операцией выбора являлось длительное перкутанное дренирование поливинилхлоридными трубками, введенными через просвет тонких троакаров под контролем УЗА.

Послеоперационные осложнения после чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств наблюдались у 7 (18,4%) наших пациентов: у двоих возникло нагноение кисты, у третьего возник послеоперационный панкреатит, связанный, вероятнее всего, с введением раствора контрастного вещества при проведении фистулоцистографии и попадания его в протоковую систему поджелудочной железы. У 4 (10,5%) из них в позднем послеоперационном периоде наблюдалась миграция дренажной трубки из кистозной полости, однако затека кистозного содержимого в брюшную полость ни в одном из случаев отмечено не было. В двух случаях имело место выпадение трубки наружу, в двух других случаях при трансгастральном дренировании имела место миграция дренажа в полость желудка, что не послужило поводом для завершения миниинвазивного лечения, а потребовало повторного дренирования. Ни у одного из пациентов не было отмечено формирования наружного панкреатического свища после удаления дренажной трубки.

Синдром механической желтухи, наблюдавшийся в результате сдавления общего желчного протока стенкой панкреатической кисты у 2 (5,3%) пациентов, купировался через 2-3 пункции.

Выраженность клинической симптоматики дуоденальной непроходимости у 3 (7,9%) пациентов, обусловленная сдавлением панкреатической кистой, имеющей связь с протоковой системой

поджелудочной железы, уменьшилась, однако в дальнейшем потребовалось прибегнуть к оперативному лечению (резекционные методы).

При выявлении цистопанкреатических сообщений, перкутанное наружное дренирование полости кисты применялось для устранения осложнений кист поджелудочной железы, таких как механическая желтуха, сегментарная портальная гипертензия, дуоденальная непроходимость и другие, обусловленные компрессией соседних органов стенкой панкреатической кисты, как предварительный этап перед открытым оперативным вмешательством. Именно такая тактика была применена нами у 5 (13,2%) пациентов.

Нами были изучены отдаленные результаты лечения пациентов с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Всего было исследовано 38 пациентов после выполнения пункционно-дренирующих вмешательств. Анализ данных ультразвуковой диагностики показал, что после применения перкутанных пункционно-дренирующих оперативных пособий лечения панкреатических кист полное их отсутствие наблюдалось у 33 (86,9%) пациентов. Тем не менее, у подавляющего большинства наблюдаемых нами пациентов сохранялись ультразвуковые и клинические признаки хронического панкреатита.

Таким образом, именно заболевание хроническим рецидивирующим панкреатитом с проявлениями секреторной и эндокринной недостаточности определяет дальнейшее качество жизни у пациентов, оперированных по поводу кистозных образований поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

Выводы

Опираясь на собственный опыт, можно предположить о том, что лечение всех пациентов с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите необходимо начинать с диагностической чрескожной тонкоигольной аспирационной пункции полости панкреатической кисты при отсутствии данных о ее связи с

протоковой системой поджелудочной железы, а так же для установления факта ее инфицированности. С целью улучшения результатов лечения кистозных образований при хроническом панкреатите необходимо правильно выбирать показания к пункционным, дренирующим или же открытым традиционным хирургическим методам лечения при строгом соблюдении техники их выполнения.

Перкутанные пункционно-дренирующие методы лечения пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы при хроническом панкреатите эффективны при отсутствии связи между полостью кисты и ГПП; при наличии такой связи данные методы играют роль подготовительных вмешательств перед открытыми оперативными вмешательствами.

Исходя из результатов проведенного анализа, чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗА возможно выполнять независимо от локализации кисты и возраста пациента, что устраняет необходимость в консервативно-выжидательном ведении пациентов с кистами поджелудочной железы, страдающих хроническим панкреатитом.

Литература

1. Архангельский В.В. Лечение ложных кист поджелудочной железы / В.В. Архангельский, А.В. Шабунин, А.Ю. Лукин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – Т. 4, №1. – С. 44-45.
2. Хронический панкреатит: руководство для врачей / С.Ф. Багненко [и др.]. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
3. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения / С.Ю. Белокуров [и др.]. – Ярославль: ТПУ, 2003. – 224 с.
4. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем в лечении ложных кист поджелудочной железы / В.В. Васильев [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2005. – № 6. – С. 59-62.
5. Чрескожное дренирование панкреатических псевдокист / Н. Григорьев [и др.]. // *Хирургия*. – 1990. – №11. – С. 111-113.

6. Гришин И.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н. Гришин, В.Н. Гриц, С.Н. Лагодич. – Минск: Выш. шк., 2009. – 272 с.
7. Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М., 2003. – 424 с.
8. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 510 с.
9. Хирургическое лечение кистозных поражений поджелудочной железы / А.Д. Джокорбеков [и др.] // *Анналы хир. гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 1. – С. 77-80.
10. Современные методы миниинвазивной хирургии в лечении хронического кистозного панкреатита (обзор литературы) / Н.Г. Корнилов [и др.] // *Сибирский медицинский журнал*. – 2009. – №6. – С. 13-17.
11. Маев И.В. Хронический панкреатит: мифы и реальность / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, А.Б. Москалева // *Гастрокоп*. – 2011. – № 1. – С. 8-10.
12. Узденов М.Б. Дифференцированный выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Б. Узденов. – Ставрополь, 2010. – 29 с.
13. Basturk O. Pancreatic cysts: pathologic classification, differential diagnosis, and clinical implications / O. Basturk, I. Coban, N.V. Adsay // *Arch. Pathol. Lab. Med.* – 2009. – Vol. 133. – P. 423-438.
14. Minimally Invasive Management of Pancreatic Abscess, Pseudocyst, and Necrosis: A Systematic Review of Current Guidelines / B.T. Loveday [et al.] // *Wld J. Surg.* – 2008. – № 32. – P. 2383-2394.
15. A unifying concept: pancreatic ductal anatomy both predicts and determines the major complications resulting from pancreatitis / W.H. Nealon [et al.] // *J. Am. Coll. Surg.* – 2009. – Vol. 208. – P. 720-729.

PUNCTURE DRAINING TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS IN CASE OF CHRONIC PANCREATITIS

*S.V. Tarasenko, I.V. Karyukhin, T.S. Rakhmaev, I.A. Lunkov,
D.A. Nikitin, S.P. Donyukova, N.Y. Panina*

The paper analyzes the results of percutaneous puncture draining treatment for pancreatic cysts in 38 patients in case of chronic pancreatitis in 2008 to 2012. The first stage of treatment was carried out percutaneous thin needle aspiration puncture of the contents of the cavity cysts under ultrasound guidance. A different approach to diagnostics as well as to surgical management of complications is offered. The early and accurate diagnosis of pancreatic cysts, in which ultrasound study plays a major role, is a condition for their successful treatment. Indications to different surgical methods are formulated differently depending on complications of cysts, localization, sizes, «maturity» of cyst walls, communication with main pancreatic duct. Puncture treatment was used in 7 patients; percutaneous drainage under ultrasound guidance was performed in 31 patients. No mortality rate was noted. Miniinvasive puncture-draining interventions were effective in 33 patients, which amounted to 86,9 %.

Key words: pancreatic cyst, ultrasound study, percutaneous puncture draining interventions.

Тарасенко С.В. – д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9.

Карюхин Илья Вячеславович – очный аспирант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
E-mail: Homer04@yandex.ru.

Рахмаев Т.С. – ассистент кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.
г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9.

Луньков И.А. – врач-хирург 2 хирургического отделения ГБУ РО ГК БСМП.
г. Рязань, ул. Дзержинского, д. 11.

Никитин Д.А. – зав. отделением ультразвуковой диагностики ГБУ РО ГК БСМП.
г. Рязань, ул. Дзержинского, д. 11.