

Пункционно-дренирующий метод лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы

В.Ю.Мишин,
А.П.Квезерова
Клинический
госпиталь
ГУВД
(начальник -
Д.А.Манно) г.
Москва

С 1990 по 1998 годы пункционно-дренирующий метод лечения был применен у 28 больных с осложненными псевдокистами поджелудочной железы. Нагноение кист наблюдали у 21 больного, кровотечение в просвет кисты - у 2, кровотечение в желудочно-кишечный тракт - у 1, частичную кишечную непроходимость - у 2, механическую желтуху - у 2. Процесс локализовался в теле поджелудочной железы у 7 больных, в хвосте - у 10, в головке - у 5. У 6 больных четко определить принадлежность псевдокисты к телу или хвосту было сложно из-за ее больших размеров. Единичные кисты были у 25 больных, множественные - у 3. Объем жидкостных образований варьировал от 20 до 2800 мл (в среднем - 365 мл). Небольшие кисты подлежат преимущественно пункционному методу лечения, псевдокисты значительных размеров, как правило, не вызывают затруднений при их дренировании и, примыкая к передней брюшной стенке, не представляют опасности в плане повреждения внутренних органов. При наличии у 2 пациентов двух псевдокист в 1 наблюдении была выявлена связь между кистами, и устранить их удалось при наружном дренировании одной из них. Второй больной излечен дренированием одной из них и 3-х кратными пункциями — другой. Длительность пребывания больных в стационаре колебалась от 16 до 62 суток (в среднем $31,4 \pm 15,0$) и зависела от размеров кисты и характера содержимого. Сроки дренирования варьировали от 19 до 73 суток (в среднем $40,7 \pm 17,1$). У 2 (17,7%) больных добиться санации нагноившихся псевдокист не удалось и больные оперированы. Осложнения в ходе дренирования были отмечены у 3 больных (11,5%): отмечалось преждевременное отхождение дренажа (2), наружный парадренажный кишечный свищ (1).

Отдаленные результаты прослежены у 24 больных в сроки от 5 мес. до 9 лет. Рецидивы кист обнаружены у 4 (16,6%) больных.

Percutaneous puncture and drainage of complicated pancreatic pseudocysts

V. Yu. Mishin, A.
P. Kvaserova
Surgical
Department (chef. -
D.A.Manno) of the
Hospital of the
Moscow
Administration of
Internal Affairs;

In the hospital of the Moscow Internal Affairs Administration 28 complicated pancreatic pseudocyst patients were subjected to percutaneous puncture or drainage during 1990-1998. 21 of them had suppuration, 2 -bleeding into the pseudocyst, 1 - gastrointestinal bleeding, 2- partial intestinal ileus, 2- obstructive jaundice. 7 pseudocysts were located in a corpus of the pancreas, 10 - in a tail, 5-in a head and 5 were so large that definition of its belonging to any part of the gland was impossible. 25 patients had solitary cyst and 3- multiple. The cyst volume varied between-20 and 2800 ml (mean -365 ml). Small solitary cysts were predominantly punctured. Large cyst usually are adhered to the abdominal wall and their drainage is quite save. In case of double cysts satisfactory drainage was managed after draining of one of them. In another case one cyst was drained and the other - punctured 3 times. The duration of the hospital stay was varied between 16 and 62 days (mean - 31.4 ± 15.0) and depended on cyst size and character of its contain. The drainage duration varied between 19 and 73 days (mean - 40.7 ± 17.1). In 2 (17.7%) patients we could not obtain full lavage of suppurated cysts and we had to operate on. In 3 cases complications (dislocation of the tube -2 and intestinal fistula -1) were noticed. An analysis of 24 remote results are presented. Pseudocysts recurrence was stated in 4 (16.6%) patients.

По данным различных авторов, псевдокисты поджелудочной железы возникают у 11-18% пациентов, перенесших деструктивный панкреатит [2, 7, 16, 36]. Известно, что у 8 -15% больных в течение 1 - 2 месяцев наступает спонтанный регресс кист до полного исчезновения. Более длительное наблюдение за пациентами нецелесообразно ввиду опасности развития тяжелых осложнений: нагноение содержимого кисты, ее перфорация в прилежащие полые органы или в свободную брюшную полость, кровотечение в просвет кисты или в желудочно-кишечный тракт, малигнизация [12,26,28]. Большие по объему кисты могут вызвать кишечную непроходимость, асцит, сердечно-легочную недостаточность [9,34,35].

Диапазон оперативных вмешательств, выполняемых по поводу панкреатических псевдокист, весьма широк: энуклеация кисты, различные по объему резекции железы с кистой, наложение внутренних анастомозов, наружное дренирование. Следует отметить, что открытые методы

лечения дают высокую летальность, ряд тяжелых послеоперационных осложнений, требуют длительного пребывания в стационаре [8, 21, 33].

При недостаточности сформированной стенки кисты, ее нагноении, выраженном инфильтративно-спаечном процессе вмешательство, как правило, сводится к наружному дренированию [7, 10, 11]. В этих ситуациях преимущества применения малоинвазивных вмешательств очевидны.

К таким вмешательствам можно отнести эндоскопическое дренирование псевдокист в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки [15, 22, 31, 39]. О хороших результатах эндоскопического транспапиллярного дренирования псевдокист, связанных с вирсунговым протоком, сообщают М.Е. Calalano et al. [13], J. Diviere. [18]. По данным М.Е. Smits. [32] эндоскопические вмешательства в виде транспапиллярного дренирования, цистогastro- и цистодуоденостомии технически выполнимы у 92% больных, успешны в отношении излечения от кисты у 62%. На 37 пролеченных пациентов авторы отметили инфицирование кисты у 2, кровотечение у 3, перфорацию стенки кисты в брюшной полости у 3. Рецидивы псевдокист при использовании этих методов наблюдались у 12-23% больных [11, 19, 32].

В.А. Журавлев и В.А. Бахтин [4] сообщают об опыте лапароскопического дренирования панкреатических псевдокист у 16 больных. У 8 пациентов метод оказался эффективным, остальные были оперированы. Авторы считают, что метод имеет паллиативное значение - купирует болевой синдром, снимает интоксикацию, дает возможность подготовить больного к операции в благоприятных условиях.

В последние годы ряд клиницистов отдает предпочтение чрескожному дренированию псевдокист когда стенка кисты еще недостаточно сформирована, а наблюдение чревато развитием грозных осложнений. P.S. Valette M. Bretaegnelle [34] полагают, что чрескожное наружное дренирование показано лишь пациентам с высоким операционным риском и в качестве предоперационной подготовки при нагноившихся псевдокистах.

Осложнения при применении чрескожного наружного дренирования псевдокист поджелудочной железы в виде острого панкреатита, вторичного инфицирования кисты, наружных панкреатических свищей, кровотечения в просвет органа, септические осложнения наблюдаются у 8 - 25% больных [10, 20, 29, 30]. Описаны единичные летальные исходы от сепсиса, острого панкреатита, инфаркта миокарда [24, 26].

О безопасности и высокой эффективности, достигающей 77,3 - 90% свидетельствуют данные большинства авторов, применяющих этот метод [7, 8, 24, 36].

Частота рецидивов псевдокист при применении данного метода по сведениям различных авторов колеблется от 4 до 12% и зависит от сроков наблюдения, рецидивов обострения панкреатита, применения склерозирующей терапии во время дренирования [6, 9, 16, 30]. V.V. Gumast, C.S. Pithumoni [23], G. Lesur, P. Bernades [27] указывают, что при пункционно-аспирационном лечении псевдокист вероятность возникновения рецидива значительно выше, чем при длительном наружном дренировании. J. F. Dellatre et al. [17] описывает 2 бессимптомных рецидива псевдокист, возникших в течение 3 лет у 16 больных, пролеченных наружным чрескожным дренированием.

Материалы и методы

В клиническом госпитале ГУВД г Москвы с 1990 по 1998 годы пункционно-дренажным методом было пролечено 28 больных с осложненными псевдокистами поджелудочной железы.

Все пациенты были мужского пола, в возрасте от 19 до 61 года (в среднем - 41,6 лет) и до поступления в стационар перенесли острый панкреатит в сроки от 4 недель до 15 месяцев.

Поводом к госпитализации пациентов с панкреатическими псевдокистами явились следующие осложнения: нагноение кист (21 больной), кровотечение в просвет кисты (2), кровотечение в желудочно-кишечный тракт (1), частичная кишечная непроходимость (2), механическая желтуха (2). Характер жалоб и симптоматика зависели от вида осложнения и размеров кист. 5 больных госпитализированы на фоне острого панкреатита, что обусловило соответствующую клиническую картину.

По данным КТ и УЗИ, процесс локализовался в теле поджелудочной железы у 7 больных, в хвосте - у 10, в головке - у 5. У 6 пациентов четко определить принадлежность псевдокисты к телу или хвосту было сложно из-за ее больших размеров. Единичные кисты были у 25 больных, множественные - у 3. Объем жидкостных образований варьировал от 20 до 2800 мл (в среднем - 365 мл).

Для визуального контроля в начале работы использовали ультразвуковые аппараты «SSD-630» и «SSD-650» фирмы ALOKA», затем мы применяли ультразвуковой прибор «SSH-140 A Super HG» японской фирмы «TOSHIBA», который является диагностическим аппаратом высшего класса, дающим возможность проводить исследования всех органов и тканей, включая визуализацию сосудистых структур и органной гемодинамики посредством доплеровского картирования.

Во время пункционных вмешательств под ультразвуковым контролем применяли специальные устройства - направители, что значительно облегчало попадание иглы или троакара - катетера в патологический очаг. При пункционных вмешательствах использовали линейно-пункционный датчик «PLF-308 P», при дренировании - насадку-направитель «UAGV -009A» фирмы «TOSHIBA». Для пункций мы применяли пункционные иглы фирмы «TOSHIBA» калибра 15-22 G (2,25-1,25 мм). Дренирование в начале работы осуществляли по Сельдингеру катетером типа «свиной хвостик», затем - троакар-катетером «Ingram» фирмы «Argile» калибром 12-16 Ch (диаметром 4,0 - 7,3 мм). Мы отдаем предпочтение этому виду дренажа, так как фиксация его надувной манжеткой, расположенной в патологической полости, надежно предупреждает его преждевременное отхождение.

Визуальный контроль при пункционно-дренажных вмешательствах под КТ выполняли, используя компьютерный томограф фирмы «Siemens» (Германия) «Somatom DR - 2». Для облегчения манипуляций под контролем КТ нами разработано и применяется устройство для проведения в брюшную полость дренажных и пункционных инструментов.

Манипуляции производили под местной инфильтрационной анестезией после стандартной премедикации 2% раствором промедола и 0,1% раствором атропина. Пункционно-дренажные вмешательства выполняли через переднюю брюшную стенку в месте наиболее близкого прилегания кисты с учетом расположения желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки. Перед вмешательствами под КТ предварительно контрастировали *per os* желудок и двенадцатиперстную кишку: Содержимое кист направляли на цитологическое исследование, производили посев на флору и чувствительность к антибиотикам, определяли уровень амилазы.

Уровень амилазы определяли с помощью наборов фирмы «Human» (Германия) на биохимическом анализаторе RA-1000 («Technicon», USA). Верхняя граница уровня содержания альфа - амилазы крови в норме, определяемая по этой методике, равна 220 Е/л.

Контрольное УЗИ выполняли на следующий день, затем через каждые 5 - 7 суток. Полость кисты промывали 0,5% раствором диоксида, при наличии патологической микрофлоры - антибиотиком (в зависимости от чувствительности). На 6 - 7 сутки выполняли фистулографию через катетер 60% раствором триомбраста. Введение контраста осуществляли до тугого заполнения кисты и появления контраста из дренажного канала. При отсутствии контрастирования вирсунгова протока и по прекращению гнойного отделяемого, а в ряде случаев и секвестров, на фоне нормализации общего состояния и лабораторных анализов, выполняли склерозирование кист введением 96% этилового спирта. При пункционном лечении после пятиминутной экспозиции склерозант аспирировали или открывали дренаж для его свободного оттока. На следующие сутки после первого сеанса склерозирования пациентов выписывали на амбулаторное лечение. Дренирование прекращали при полном исчезновении полости. Динамическое наблюдение при отсутствии жалоб заключалось в контрольных УЗИ через 3 мес., затем каждые 6 мес.

Результаты и их обсуждение

Всего 28 больным выполнено 32 пункционно-дренажных вмешательства под визуальным контролем (табл.).

При вмешательствах на небольших кистах, расположенных в головке поджелудочной железы, мы считаем предпочтительным в качестве визуального контроля использовать КТ с контрастированием двенадцатиперстной кишки, что позволяет избежать ее повреждения.

Характер манипуляций определялся локализацией и размерами кист. Чрескожное дренирование кист головки поджелудочной железы небольших размеров мы считаем рискованным, так как велика угроза повреждения двенадцатиперстной кишки и внеорганных сосудов этой области. При этой локализации 3 пациентам с кистами размерами от 3,4 до 4,7 см в диаметре выполняли пункционную аспирацию содержимого кисты с санацией ее 0,5% раствором диоксида. Игла, как правило, проходила косо через антральный или препилорический отдел желудка. Повторять аспирационную санацию одному больному пришлось дважды, другому - 3 раза, у третьего же больного киста сообщалась с главным панкреатическим протоком. Ликвидировать ее не удалось. Путем чрескожных пункций был купирован гнойный процесс.

Дренирование панкреатических псевдокист, локализующихся в головке железы, выполнено 2 пациентам со значительными размерами кист. Приводим наблюдение: Больной Р., 31 года, поступил в клинический госпиталь ГУВД 06.02.97 г с жалобами на боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту, повышение температуры в течение 3 дней до 39,8 градусов. За 8 месяцев до поступления получал стационарное лечение по поводу деструктивного панкреатита. При УЗИ и КТ на фоне картины обострения хронического воспаления в области головки поджелудочной железы определялось жидкостное образование размерами 8,7х 10,3 см (рис. 1). 11.02.97 г под контролем КТ выполнено дренирование кисты троакар-катетером «Ingram» 20 G. Получено 250 мл мутно-

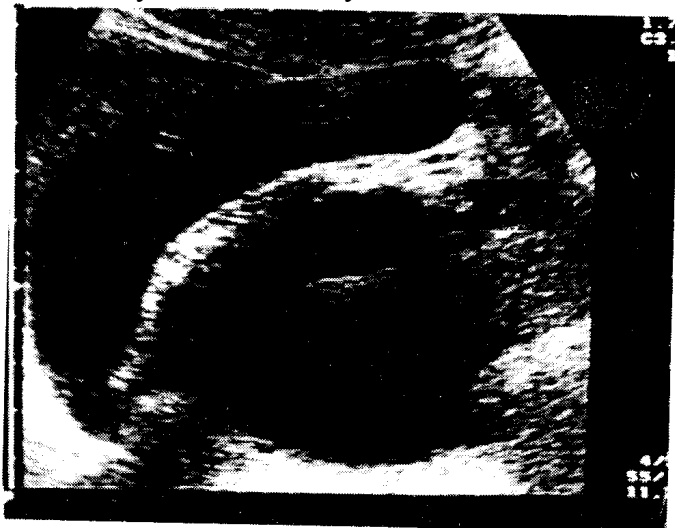


Рис. 1 Эхограмма больного К Определяется киста головки поджелудочной железы, содержащая неоднородную жидкость

того темно-бурого содержимого. Данные цитологического исследования: в пунктате - эритроциты в состоянии распада, макрофаги. При бактериологическом исследовании роста микрофлоры не получено. Уровень амилазы - 9700 Е/л. Больному проводилась ежедневная санация кисты 0,5% раствором диоксида. При фистулографии на 10 сутки с момента дренирования дренаж функционирует; связи с вирсунговым протоком не выявлено (рис. 2). Под влиянием проводимой санации гнойное отделяемое прекратилось, состояние больного нормализовалось. С 14 дня проводилась склерозирующая терапия. Отмечалось постепенное уменьшение кистозной полости и через 10 дней полость уменьшилась почти в 2 раза (рис. 3). 29.02.97 г. больной выписан на амбулаторное лечение. Обследование 03.03.97 г: полости не выявило. При динамическом наблюдении жалоб не предъявляет. Последнее УЗИ от 15.06.99 г. - полостных образований не выявлено.

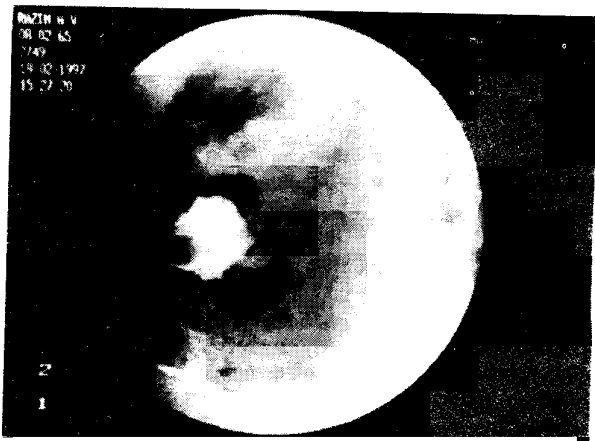


Рис.2 Фистулограмма больного К. Определяется полость кисты в проекции головки поджелудочной железы.

Таблица 1

Количество больных и характер вмешательств на поджелудочной железе в зависимости от вида визуального контроля.

Вид контроля	УЗИ		КТ		Всего	
	больных	вмеш-ств	больных	вмеш-ств	больных	вмеш-ств
Пункция кисты	1	2	2	4	3	6
Дренирование кисты	12	12	13	14	25	26
ВСЕГО	13	14	15	18	28	32

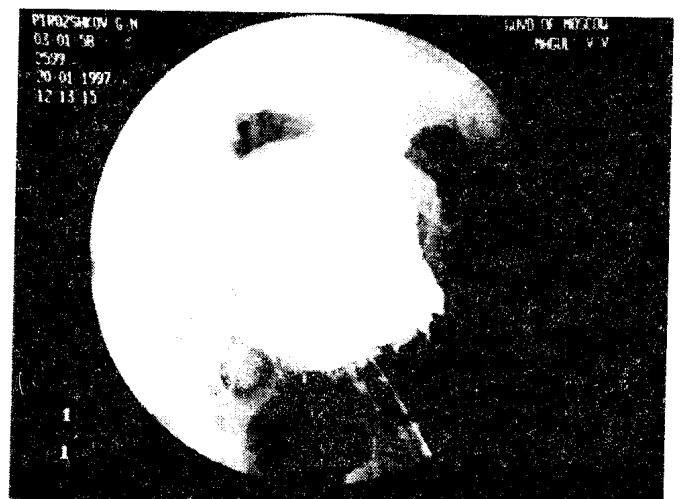


Рис. 3 Эхограмма больного Р. Определяется обширное жидкостное образование в области тела и хвоста поджелудочной железы с плотными массами внутри полости.

Рис. 4 Фистулограмма больного Р. Контрастируется округлая полость значительно меньших размеров.

Псевдокисты значительных размеров, локализующиеся в области тела и хвоста поджелудочной железы, как правило, не вызывают затруднений при их дренировании и, примыкая к передней брюшной стенке, не представляют опасности в плане повреждения внутренних органов.

При наличии у 2 пациентов псевдокист, в 1 наблюдении была выявлена связь между кистами и устранить их удалось при наружном дренировании одной из них. Второй больной излечен дренированием одной из них и 3-х кратными пункциями другой.

Дренируя гигантские нагноившиеся псевдокисты, мы предполагали, что это вмешательство будет лишь первым этапом лечения, позволяя снять явления интоксикации и подготовить больного к полостному вмешательству. Опыт доказывает возможность излечения таких пациентов чрескожным дренированием.

Приводим наблюдение.

Больной П., 39 лет. Поступил в клинический госпиталь ГУВД 08.01.97 г. с жалобами на прогрессирующее увеличение живота, ноющие боли в левом подреберье, слабость, субфебрилитет по вечерам. Считает себя больным около 1 месяца, когда впервые заметил увеличение живота, появились расстройства стула. В ноябре 1996 г перенес острый панкреатит. При осмотре обращали внимание резкое увеличение и асимметрия живота за счет пальпируемого образования плотно - эластической консистенции, с ровной поверхностью, малоподвижного, занимающего левое подреберье и распространяющееся ниже пупка. При УЗИ выявлена гигантская киста тела и хвоста поджелудочной железы с секвестрами 35x30 см (рис. 4) 10.01.97 г. под контролем УЗИ выполнено наружное чрескожное дренирование кисты троакаром - катетером «Ingram» 20 Gh. При этом получено 2500 мл мутноватого геморрагического содержимого с хлопьями фибрина и тканевым детритом. По данным цитологического исследования злокачественных клеток не получено, выявлены скопления макрофагов с гемосидерином и измененных эритроцитов. При бактериологическом исследовании обнаружены гемолитический стрептококк, чувствительный к цефамизину. Содержание амилазы в экссудате - 320 Е/л. Полость активно промывалась 0,5% раствором диоксидина, при этом отходили секвестры. Состояние больного улучшилось, явления интоксикации купировались, температура нормализовалась. На фистулограммах через 10 дней определялось обширное полостное образование с наличием крупных секвестров (рис. 5). По мере отхождения секвестров содержимое приобретало серозный характер, полость уменьшилась в объеме (рис. 6). С 15.02.97 г больному проводилась склерозирующая терапия. Выписан на амбулаторное лечение 17.01.97 г. Дренирование продолжалось более 4 месяцев до полного исчезновения кисты 20.05.97 г удален дренаж. При контрольном УЗИ через месяц полостных образований в проекции хвоста и тела поджелудочной железы не определяется (жалоб больной не предъявляет). *Последнее обследование через 2 года после прекращения дренирования. Жалоб не предъявляет, по данным УЗИ полостных образований не выявлено.*

В начале нашей работы у 2 пациентов при УЗИ и КТ было обнаружено попадание контраста при фистулографии в желудок, что вызвало серьезные опасения возможных осложнений. Однако течение заболевания у них не имело отличий от остальных пациентов с чрескожным дренированием. В дальнейшем мы сознательно использовали чрезжелудочное дренирование еще у 5 пациентов в тех ситуациях, когда иной путь проведения троакара - катетера представлялся опасным из-за вероятности повреждения тонкой или толстой кишки. Осложнений в этой группе больных не отмечалось. Единственной особенностью было появление чувства жжения в эпигастрии при введении склерозанта, что свидетельствовало о заполнении полости кисты и попадании спирта в желудок. Это являлось сигналом к прекращению введения спирта.

Несмотря на значительные сроки чрезжелудочкового дренирования (от 19 до 23 суток) после удаления катетера слизистый свищ закрывался самостоятельно на 4-7 суток. При выполненной в эти сроки ЭГДС, в 3 наблюдениях следов травмы стенки желудка не было обнаружено, в 4 по задней стенке желудка были выявлены поверхностные язвенно - эрозивные очаги от 0,2 до 0,4 см в диаметре, полностью заэпителизовавшиеся в течении 7 - 10 суток. Приводим краткую выписку из истории болезни.



Рис. 5 Фистулограмма больного П. Контрастируется большая полость с наличием крупных секвестров.



Рис. 6 Фистулограмма больного П. Обнаруживается гомогенное жидкостное образование.

Больной Т., 50 лет, поступил в госпиталь ГУВД 29.01.97. с жалобами на чувство тяжести и боли в эпигастрии опоясывающего характера. В течение 9 лет страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом с частыми обострениями (до 2 - 3 в год). В 1995 г. обнаружена киста тела поджелудочной железы. При УЗИ от 30.01.97 г. на фоне инфильтрированной, уплотненной ткани железы определяется кистозное образование. На фоне проводимой интенсивной терапии по поводу острого панкреатита 01.02.97 г. выполнено чрескожное чрезжелудочное наружное дренирование псевдокисты троакар-катетером «Ingram» 18 Gh под ультразвуковым контролем. Получено 200 мл густого гноя серого цвета. При цитологическом исследовании: лейкоциты занимают все поле зрения, преобладают сегментоядерные нейтрофилы. Бактериологическое исследование обнаружило наличие гемолитического стафилококка, чувствительного к тетрациклину, неомицину, фузидину. Содержание амилазы - 280 Е/л. Больному выполнялась дезинтоксикационная, антибактериальная терапия, санация гнойной полости. Состояние пациента нормализовалось, интоксикации не было. При контрольной фистулографии обнаружено, что контраст после заполнения полости кисты поступает в желудок, а затем в двенадцатиперстную кишку. Продолжалась санация кисты до прекращения гнойного отделяемого. С 11.02.97 г. выполнялась склерозирующая терапия, под влиянием которой полость прогрессивно уменьшалась. Больной выписан на амбулаторное лечение. 27.02.97 г. дренаж удален. Последнее обследование через 10 месяцев после дренирования. Жалоб нет. Сохраняются явления хронического панкреатита, полостных образований в поджелудочной железе не определяется.

Таким образом, по нашим данным одним из эффективных и безопасных способов дренирования псевдокист является их наружное дренирование через желудок. Прохождение дренажа через обе стенки желудка, как правило, не вызывает осложнений, что согласуется с литературными данными [14,24]. Мы разделяем общепринятое мнение, что успешное дренирование в сочетании со склерозирующей терапией 96% спиртом возможно лишь при условии отсутствия связи кисты с вирсунговым протоком [1,9,25].

По данным В.М. Копчака и соавт. [5], связь полости псевдокисты с вирсунговым протоком наблюдается у 76,4% больных. Подтверждением такой связи авторы считают высокий уровень ферментов в экссудате, полученном при пункции кисты.

Б.М. Даценко и соавт. [3] полагают, что практически всегда происходит отшнуровывание псевдокисты от главного панкреатического протока. Наличие секрета поджелудочной железы в кисте свидетельствует лишь о том, что в стенке кисты функционирует доля железы, потерявшая связь с протоком. Достоверно утверждать о связи кисты с вирсунговым протоком можно лишь на основании данных РХПГ или фистулографии.

Согласно нашим данным, высокой уровень амилазы (до 2125 Е/л.) был обнаружен у 9 больных (32,1%), а фистульная связь с вирсунговым протоком была обнаружена лишь у 2 пациентов. По-видимому, декомпрессия кисты и спадение ее стенок способствуют закрытию этой фистулы. При контрольной фистулограмме у этих больных через 15 - 17 дней после дренирования контраст, заполняя кистозную полость, не попадал в панкреатический проток, а изливался в желудок. Дальнейшее ведение этих пациентов особенностей не имело.

По результатам бактериологического исследования отмечено наличие патогенной микрофлоры у 8 пациентов: у 5 из них был обнаружен гемолитический стрептококк, У 2 - кишечная палочка и у 1 - смешанная флора.

Цитологическое исследование содержимого кист: злокачественных клеток не выявлено ни у одного пациента.

Длительность пребывания больных в стационаре колеблется от 16 до 62 суток (в среднем $31,4 \pm 15,0$) и зависела от размеров кисты и характера содержимого. Сроки дренирования варьировали от 19 до 73 суток (в среднем $40,7 \pm 17,1$).

Осложнения в ходе дренирования были отмечены у 3 (11,5%) больных. В 2 наблюдениях имело место преждевременное отхождение дренажа из полости кисты, при этом в одном случае был использован дренаж без фиксирующей манжетки, в другом — манжетка была повреждена при проведении троакар-катетера. В последнем наблюдении повторное дренирование оказалось эффективным. У одного больного в ходе дренирования псевдокисты отмечалось осложнение в виде формирования наружного парадренажного кишечного свища, закрывшегося в ходе консервативного лечения.

У 2 (17,7%) больных добиться санации нагноившихся псевдокист не удалось и больные оперированы. Причиной неудачи явилось в 1 наблюдении преждевременное отхождение дренажа, в другом наличие плотных крупных секвестров не позволило добиться положительного эффекта.

Нами проанализированы результаты лечения чрескожного дренирования больных с осложненными псевдокистами у 24 больных в сроки от 5 месяцев до 8 лет. Рецидивы кист обнаружены у 4 (16,6%).

В 2 наблюдениях появлению псевдокист предшествовали рецидивы панкреатита, что позволяет говорить с определенной осторожностью об истинном рецидиве. У двух других больных наблюдалось постепенное увеличение остаточной полости. Один из них оперирован, другой находится под наблюдением. При контрольных УЗИ полость размерами 2,5x3,1 см не увеличивается. Больной жалоб не предъявляет.

На основании полученных данных считаем, что пункционно-дренажный метод является эффективным способом лечения больных с панкреатическими псевдокистами.

Список литературы

1. Гальперин Э.И., Назаров Ф.Н., Ахаладзе Г.Г. Возможности чрескожных вмешательств под контролем ультразвукового исследования при хирургических заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны. В кн.: «Материалы Всесоюзной конференции по хирургии печени и желчных путей». Ташкент, изд. им. Ибн - Сины, 1991, с. 198-199.

2. Данилов М.В., Вихорев А.В., Кармазановский Г.Г., Саввина Т.В., Ширяева С. В. Кистозные опухоли поджелудочной железы. В кн.: «Актуальные вопросы хирургии печени, внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы». Сб. научн. трудов. Харьковский мед. институт. Харьков, 1991, с. 13-19.

3. Даценко Б.М., Мартыненко А. П., Тимофеев В. В., Костырной А.В. О целесообразности применения чрескожных вмешательств при ложных кистах поджелудочной железы. В кн.: «Материалы Всесоюзной конференции по хирургии печени и желчных путей». Ташкент, изд. им. Ибн - Сины, 1991, с. 212-214.

4. Журавлев В.А., Бахтин В.А. Чрескожное дренирование ложных кист поджелудочной железы. Там же, с. 214-215.

5. Копчак В.М., Дранов А.И., Гонгадзе И.Ю. Хирургическое печение постнекротических кист поджелудочной железы. В кн.: «Актуальные вопросы хирургии печени, внепеченочных желчных

путей и поджелудочной железы». Сб. научных трудов Харьковского мед. института. Харьков, 1991, с. 144-145.

6. Кузин Н.М., Лотов А. Н., Кулезнева Ю.В., Заводное В.Я., Мусаев Г.Н. Возможности ультразвукового исследования и рентгенотелевидения в лечении осложнений острого панкреатита. В кн.: «Первый Московский международный конгресс хирургов» Тез. докл. Москва, 1995 с. 198-199.

7. Лотов А.Н., Андрианов В.Н., Купезнева Ю.В., Кузин Н.М. Чрескожное дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ и рентгенотелевидения. Хирургия. 1994. № 5, с. 42-45.

8. Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Дроздов Г.Э. Закрытый метод печения при постнекротических кистах поджелудочной железы. В кн.: «Материалы Всесоюзной конференции по хирургии печени и желчных путей «Ташкент 1991, изд. им. Ибн - Сины. 1991. с. 231-232.

9. Пугаев А.В., Щепилов Д.В., Травникова Н.Л., Григорина - Рябова Т.В., Эфендиев Ш.М. Оценка перспективы пункционного лечения ложных кист поджелудочной железы (ЛКПЖ). В кн. «Анналы хирургической гепатологии». Тула, 1996. т. 1, с. 165-166.

10. Adams D.B., Anderson M.C. Changing concepts in the surgical management of pancreatic pseudocysts. *Am. Surg.*, 1992. vol. 58, №3. p. 173-180.

11. Binmoeller K.F., Seifert H., Walter A., Soehendra N. Transpapillary and transmural drainage of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest. Endosc.*, 1995. vol. 42, № 3, p. 219-224.

12. Bretagne J.F., Heresbach D., Damault P., Raoul J.L., Gosselin M., Carsin M, Gastard J. Pseudo aneurysms and bleeding pseudocysts in chronic pancreatitis: Radiological findings and contribution to diagnosis in 8 cases. *Gastrointest. Radial.*, 1990, vol. 15. №1 p. 9-16.

13. Catalano M.F., Geenen J.E., Schmalz M.J., Johnson G.K., Dean R.S., Hogan W.J. Treatment of pancreatic pseudocysts with ductal communication by transpapillary pancreatic duct endoprosthesis. *Gastrointest. Endosc.*, 1995, vol. 42, № 3. p. 214 -218.

14. Cox M.R., Davies P.P., Bonyer R.C., Toouli J. Percutaneous cystogastrostomy for treatment of pancreatic pseudocysts. *Aust. N.Z.J. Surg.*. 1993. vol. 63, №9, p. 693-698.

15. Davies R.P., Cox M.R., Witson T.G., Bowyer R.C., Padbwy R.T., Toouli J. Percutaneous cystogastrostomy with a new catheter for drainage of pancreatic pseudocysts and fluid collections. *Cardiovasc. Intervent. Radio!*, 1996, vol. 19, № 2. p. 128-131.

16. D Egidio A., Schein M. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts: a prospective study. *World. J. Surg.*, 1992. vol. 16, №1, p. 141-145.

17. Deiattre J.F., Bouche O., Avisse C., Palot J.P., Flament J.B. is there still a place for surgery in the treatment of communicating pseudocysts in chronic pancreatitis? *Ann. Chir.*, 1993. vol. 47, № 4, p. 331-340.

18. Deviere J., Bueso H., Baize M., Azar C., Love J., Moreno E., Cremer M. Complete disruption of the main pancreatic duct: endoscopic management. *Gastrointest. Endosc.*, 1995. vol. 42 № 5. p. 445-451.

19. Dohmoto M., Rupp K.D., Hunerbein M., Schiag P.M. Endoscopische Drainage von Pancreaspseudozysten. *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 1995. bd. 120. № 48,5. 1647-1651.

20. Fabrin K., Nielsen J., Nielsen N.S., Johnsen F.M., Jensen K.E. Ultrasonically guided gastroscopically assisted percutaneous internal drainage of pancreatic pseudocysts. *Ugeskr. Laeger.*, 1996, vol. 158, № 12. p. 1670-1673.

21. Flautner L.E. New techniques in the management of pancreatic pseudocysts. *Surg. Today*, 1996, vol. 26, № 7, p. 552-555.

22. Froeschle G., Meyer Pannwitt U., Brueckner M., Henne Brms D. A comparison between surgical, endoscopic and percutaneous management of pancreatic pseudocysts - long term results. *Acta Chir. Belg.* 1993. vol. 93, № 3. p. 102-106.

23. Gumaste V.V. Pitchumoni C.S. Pancreatic pseudocyst. *Gastroenterologist.* vol. 4, №1, p. 33-43.

24. Henriksen F.W., Hancke S. Percutaneous cystogastrostomy for chronic pancreatic pseudocyst. *Br. J. Surg.*. 1994. vol. 81, № 10, p. 1525-1528

25. Hermans P., Hubens A. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocyst. *J. Beige Radiol.* 1992. vol. 75, №6, p. 484-485.

26. *Himal H.S., Cusimano R.J. Pancreatic pseudocysts: the role of percutaneous catheter drainage. Can. J. Surg., 1992, vol 3, № 4, p.403-406.*
27. *Lesur G., Bemades P. Pseudocysts of the pancreas. Diagnosis, course and principles of treatment. Presse Med., 1966, vol. 25, № 20, p. 939-943.*
28. *Mitz J., Jakobs R., Riemann J.F. Spontaneous internal drainage of a pancreatic pseudocysts: a case report. Hepatogastroenterology. 1996, vol. 43, № 7, p. 282-286.*
29. *Modiba M.C., Pantanowitz D., Leros M., Segali Management options for pancreatic pseudocysts. Trop Gastroenterol., 1992, vol.13, №4, p. 140-145.*
30. *Panka L., Horvath T., Kovacs A., Szoo G., Czenkar B. Treatment of pancreatic pseudocysts with ultrasound - guides percutaneous puncture and drainage. Orv. Hetil, 1992. vol. 133 №17. p. 1051-1053.*
31. *Rao R., Fedorak I., Prinz R.A. Effect of failed computer tomography guided and endoscopic drainage on pancreatic pseudocyst management. Surgery, 1993, vol. 114. № 4, p. 843-847*
32. *Smits M.E., Rauws E.A., Tytgat G.N., Huibregtse K. Th efficacy of endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts Gastrointest. Endosc.,1995, vol. 42, № 3, p. 202-207.*
33. *Tucci G.F., D Antini P., Grande M., Sivelli R., Sianesi M. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. G. Chir., 1996, vol. 17, №5. p. 242-248.*
34. *Valette P.J., Bretagnolle M. Place de la radiology interventionnelle dans le traitement des pseudokystes pancreatigues Ann. Chir.. 1990, vol. 44, №1, p. 63-65.*
35. *Williams K.J., Fabian T.C. Pancreatic pseudocyst recommendations for operative and nonoperative management Am. Surg, 1992, vol. 58. №3, p. 199-205.*
36. *Wilson C. Management of the later complications of severe acute pancreatitis -pseudocysts, abscess and fistula. Eur. J Gastroenterol. Hepatol., 1977, vol. 9, №2. p. 117-121.*

КОММЕНТАРИИ

к статье **В.Ю.Мишина и А.П.Квезеровой «Пункционно дренирующий метод лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы» проф. М.В. ДАНИЛОВ**

Авторами накоплен довольно значительный опыт применения чрескожных пункционно-катетеризационных вмешательств у 28 больных с осложненными постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы (ПКПЖ). Основным показанием к данному малоинвазивному вмешательству явилось нагноение полости псевдокист (у 21), что является вполне обоснованным с учетом повышенной опасности открытых (лапаротомных) операций у этого контингента больных. Менее убедительно выглядит обоснование чрескожного дренирования псевдокист в условиях кровотечения в полость кисты, острой кишечной непроходимости, механической желтухи - в этих случаях нередко более уместным кажется необходимость выполнения более сложных, нередко комбинированных оперативных вмешательств, выполняемых из широкого лапаротомного доступа.

В публикации авторов привлекает достаточно высокий методический уровень применяемых ими малоинвазивных вмешательств. Ими внесен ряд усовершенствований в методику чрескожного дренирования под контролем УЗИ и КГ. Следует согласиться с высокой оценкой чрезжелудочно-го наружного дренирования псевдокист, которое, по нашему мнению, имеет несомненные преимущества перед обычно используемым чрескожным дренированием, например, как надежный способ профилактики стойких наружных панкреатических свищей.

Несколько менее убедительно выглядит приводимая авторами оценка результатов используемого авторами метода и аргументация его бесспорных преимуществ перед «открытыми» операциями на ПЖ. Авторы справедливо считают одним из противопоказаний к чрескожному наружному дренированию псевдокист наличие достаточно широкого сообщения их полости с просветом протоков ПЖ, которое они стремятся выявить с помощью фистулоцистографии, выполняемой на 6-7 день после дренирования. Наш опыт показывает, однако, что введение контрастного вещества в кистозную полость достаточно большого размера как непосредственно в момент дренирования, так и в ранние сроки (6-7 дн) после него часто (в большинстве случаев) не выявляет сообщения кистозной полости и протоковой системы железы, тогда как фистулография, выполненная в более поздние сроки, после значительного сокращения объема псевдокисты

значительно чаще определяет такое сообщение, которое может обуславливать длительное существование свища, а после закрытия его - рецидив псевдокисты. Указанное обстоятельство заставляет также с осторожностью относиться к рекомендациям применения склерозирования кистозных полостей алкоголем в ранние сроки после дренирования.

При анализе эффективности пункционно - дренажного метода в лечении осложненных псевдокист поджелудочной железы авторы, как это нередко бывает в публикациях отечественных авторов, не анализируют зависимость результатов метода от срока существования псевдокисты и от этиологии исходного панкреатита. В то же время применение чрескожного дренирования острых кист, многие из которых могут спонтанно разрешаться, не может достоверно сравниться с катетеризацией хронических псевдокист, возможность самоизлечения которых практически отсутствует. Точно также если при постнекротических псевдокистах, возникших на почве холангиогенного панкреатита, выраженная интрапанкреатическая гипертензия встречается редко, что облегчает заживление дренированных псевдокист, то при первичном (алкогольном) панкреатите расширение протоков ПЖ, как следствие гипертензии в них, является правилом, что делает проблематичным эффективность чрескожного дренирования в качестве окончательного метода лечения и заставляет отдавать предпочтение операциям внутреннего дренирования панкреатических протоков и кист.

Таким образом, высоко оценивая методический уровень рецензируемой работы и признавая целесообразным использование чрескожного дренирования, в первую очередь, нагноившихся псевдокист, тем не менее следует предостеречь авторов от противопоставления данного метода лечения таким традиционным методам оперативного лечения псевдокист как внутреннее дренирование и резекции ПЖ. Это положение, кстати, подтверждается и собственными наблюдениями авторов, свидетельствующими о достаточно высоком проценте конверсии, послеоперационных осложнениях и рецидивов, требующих оперативного лечения.