

УДК 616-089.86
616.37-006.2+617.553

А. В. Евтихов, Е. Д. Любивый, В. Л. Ким

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ НАЛОЖЕНИЯ
ЧРЕСКОЖНОГО ГАСТРОЦИСТОАНАСТОМОЗА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

95

Описывается клиническое наблюдение первого опыта оперативного лечения постнекротической кисты поджелудочной железы методом наложения чрескожного гастроцистоанастомоза. Оперативное лечение было выполнено под эндотрахеальным наркозом с использованием фиброгастроскопии и лучевых методов контроля (аппаратов УЗ-навигации и рентген-оборудования). Использовался усовершенствованный набор Лундерквиста. Применялась методика Сельдингера, представляющая собой малотравматичное пункционное чрескожное чрезжелудочное вмешательство: пункцию и двойное дренирование кисты поджелудочной железы (трансжелудочно и внеорганно). Сокращены время операции и сроки общего лечения. Осложнения отсутствовали. В течение более чем года рецидива заболевания нет.

The study provides a clinical observation of the first surgical experience of a postnecrotic pancreatic cyst by applying percutaneous cystogastrostomy. Surgical treatment was performed under endotracheal anesthesia under the control of a fibrogastroscope and radiation methods (ultrasound navigation devices and x-ray equipment). The surgery made use of an improved Lunderquist set and the Seldinger technique, which is a low-traumatic percutaneous intervention: puncture and double drainage of the pancreatic cyst TRANS-pancreatically and extra-organically. It resulted in reduced surgery time and total treatment time. No complications have been diagnosed since the surgery and there has been no recurrence of the disease for more than a year.

Ключевые слова: хронический панкреатит, дренирование кист, гастроцистоанастомоз, чрескожное дренирование.

Keywords: chronic pancreatitis, drainage of cysts, cystogastrostomy, percutaneous drainage.

Введение

Заболеваемость деструктивным панкреатитом не имеет тенденции к снижению, особенно у лиц трудоспособного возраста, что создает определенную социальную проблему. Одним из исходов этой патологии является образование постнекротической кисты (от 7 до 80 %) [1; 2; 4; 6; 8; 9], которая может, в свою очередь, вызвать развитие множества различных серьезных осложнений с увеличением летальности с 12 до 40–85,7 % [9].



Операции наружного дренирования — один из основных и нередко единственно возможный метод хирургического лечения кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите, показания к которому выявляются у 25–30 % пациентов [2]. У пациентов с несформированными и осложненными кистами частота применения наружного дренирования выше — до 85–95 % [2]. Однако летальность при таких операциях может достигать 30 % [4].

Внутреннее дренирование кисты — наложение цистодигестивных анастомозов — показано пациентам, у которых хорошо сформирована капсула кисты, что происходит в сроки более чем три месяца. Это удлиняет время лечения, за которое может возникнуть множество осложнений. Кроме того, сами операции характеризуются высокой частотой осложнений, которая может достигать 30–40 % [4; 6].

Эндоскопические вмешательства начали применяться около 30 лет назад. Эндоскопическое дренирование под ЭУС-наведением — один из наиболее эффективных методов. Летальность при данном методе незначительная, а частота значимых осложнений колеблется в пределах от 0,5 до 12 % [4].

Транскутантные пункционные вмешательства под контролем ультразвука применяются последние 40 лет. Сюда можно отнести как наружное дренирование, так и трансорганное дренирование, а также комбинацию данных методов. В последнее время в отдельную группу выделяют крупнокалиберное дренирование постнекротических кист.

До настоящего времени в хирургическом сообществе нет единого мнения о способах лечения таких кист, так как одни операции сложны, травматичны и дают высокий процент осложнений и летальности, а другие имеют значительное число рецидивов кистообразования [1; 4]. В литературе мы не встретили рандомизированных исследований в лечении данной патологии [5], поэтому предлагаем наш опыт применения метода чрескожного гастроцистоанастомоза при лечении постнекротической кисты.

Целью нашего исследования стала оценка эффективности применения метода чрескожного гастроцистоанастомоза при лечении постнекротической кисты. Поставлены следующие задачи: 1) описать метод операции наложения чрескожного гастроцистоанастомоза, двойного дренирования кисты поджелудочной железы; 2) описать результаты клинического наблюдения нашего опыта применения этого малоинвазивного, щадящего, однако недостаточно изученного метода.

Описание клинического наблюдения

Представляем клиническое наблюдение нашего опыта лечения кистозной формы хронического панкреатита методом наложения чрескожного гастроцистоанастомоза.

Пациент 3., 42 года, поступил в отделение 14.10.2019 г. В анамнезе — перенесенный приступ острого панкреатита около 5 лет назад, с тех



пор отмечает периодические боли в эпигастрии после погрешностей в диете (употребление алкоголя, грубой, жареной пищи). Дважды проходил стационарное лечение в отделении гастроэнтерологии по поводу обострения хронического панкреатита. При поступлении – жалобы на боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту, положительные симптомы Мейо-Робсона, Боаса, которые появились после употребления жареной пищи. Самостоятельно принимал спазмолитики, однако без эффекта. В связи с усилением болей обратился в приемное отделение ГКБСМП. Госпитализирован.

Данные врачебного обследования: пациент пониженного питания. Язык обложен белым налетом. Температура тела в норме. Артериальное давление 135/85 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот умеренно вздут, болезненный в эпигастрии, где при пальпации по методам Грота определяется объемное образование размерами до 8–10 см, с гладкой плотной поверхностью, с умеренной болезненностью, перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника выслушивается. Стул был накануне, кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено. В анализах крови лейкоцитоз – $21,1 \times 10^9$, СОЭ – 48 мм/час, амилаза – 3336 Ед/л, креатинин – 112 ммоль/л, в остальном без особенностей. По данным УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства – признаки хронического панкреатита с инфильтративными изменениями воспалительного характера, в области головки и тела поджелудочной железы определяются жидкостные образования размером до 4,0×3,3 см и 10,8×5,2 см. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Данные фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС): эритематозная гастропатия, взбухающая деформация нижней трети тела и антрального отдела желудка за счет поддавливания извне.

Пациенту проводилась спазмолитическая, инфузионная, антибактериальная, дезинтоксикационная, антисекреторная терапия, получал инъекции октреотида. На фоне проводимого лечения достигнут умеренный положительный эффект в виде уменьшения болей, улучшения объективного состояния, нормализации лабораторных показателей. Температура тела не повышалась, отмечалось уменьшение количества лейкоцитов крови до $11,2 \times 10^9$. Однако, несмотря на лечение, уровень амилазы сохранялся высоким, в пределах 2617–4321 Ед/л. Больному выполнена компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием: поджелудочная железа размерами 28×19×16 мм, множественные обызвествления ткани поджелудочной железы до 4–5 мм, в области головки и тела поджелудочной железы округлой формы полостные образования размерами до 60×99×86 мм, 66×33×47 мм и 20×19×20 мм, контраст не накапливают. Толщина стенки кисты 4–7 мм. В остальном структура поджелудочной железы без особенностей.

Клиническое наблюдение разобрано на консилиуме врачей. С учетом отсутствия положительной динамики на фоне длительного консервативного лечения с применением всех возможных методов решено выполнить транскутанную гастроцистостомию.



После подготовки пациенту под эндотрахеальным наркозом под контролем фиброгастроскопа иглой Chiba 18G выполнена чрезжелудочная пункция большей кисты тела поджелудочной железы. Получена светлая опалесцирующая жидкость. Результат анализа содержимого кисты на амилазу показал 86 480 Ед/л. По методу Сельдингера по жесткому проводнику заведен мультиперфорированный дренаж с кончиком типа pig tail 8 Fr. (рис. 1, 2). Дренаж фиксирован. Далее внеорганно произведена чрезкожная пункция той же кисты. На мягком проводнике заведен второй дренаж такого же типа с кончиком pig tail 8 Fr. и также фиксирован к коже (рис. 3–5). Время операции — 15 мин.

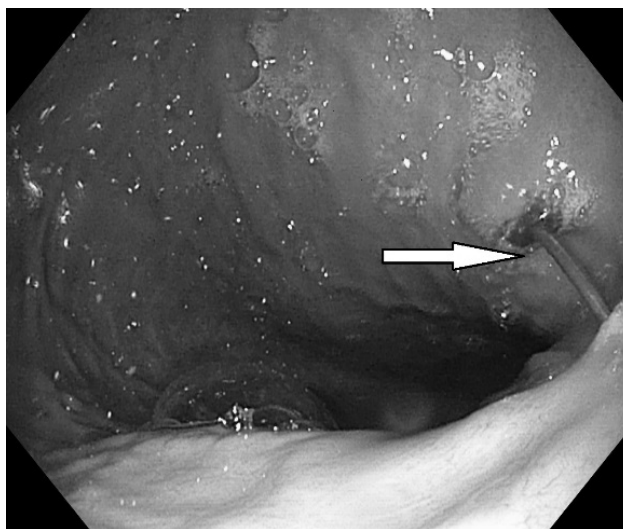


Рис. 1. Этап чрезкожной гастроцистостомии — буж в просвете желудка

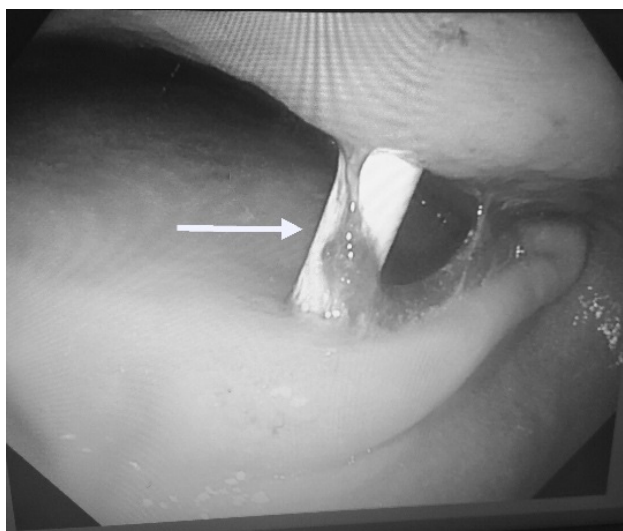


Рис. 2. Этап чрезкожной гастроцистостомии — дренаж в просвете желудка



Рис. 3. Дренаж с кончиком типа pig tail в просвете кисты. УЗ-изображение

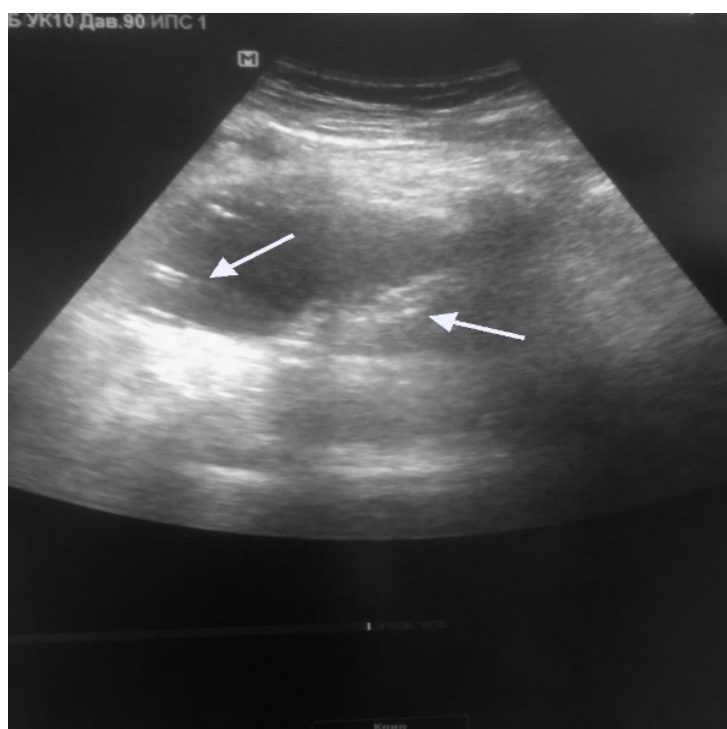


Рис. 4. Два дренажа с кончиком типа pig tail в просвете кисты. УЗ-изображение

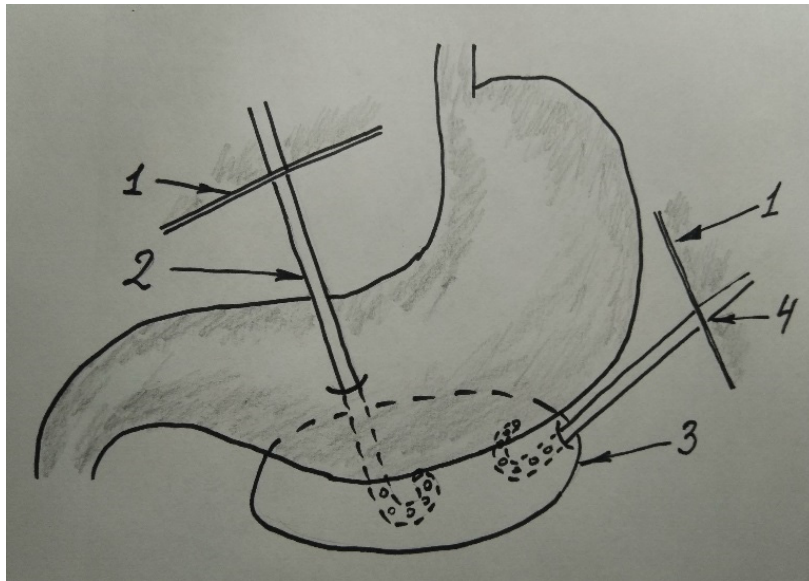


Рис. 5. Схема первого этапа операции:

1 – кожа; 2 – чрескожный чрезжелудочный дренаж в полости кисты;
3 – киста; 4 – чрескожный внеорганный дренаж в полости кисты

В послеоперационном периоде проведены кратковременная антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений, обезболивающая терапия ненаркотическими анальгетиками в первые три дня. Количество отделяемого по дренажам составляло 150–180 мл за сутки.

На третьи сутки в контрольных анализах отмечены нормализация уровня лейкоцитов крови, снижение амилаземии до 312 Ед/л. Отделяемое по трансжелудочному дренажу уменьшилось до 20 мл, по внежелудочному дренажу выделения прекратились. Больной выписан из стационара на 4-е сутки.

Через 3 недели пациент в плановом порядке госпитализирован в стационар. Контрольные лабораторные анализы свидетельствовали об отсутствии каких-либо патологических сдвигов. По данным проведенного в динамике наблюдения УЗИ, ранее катетеризированная киста не определяется, в ее проекции имеются два установленных дренажа. По одному из них, установленному внеоргано, отделяемого нет, по трансжелудочному за сутки выделялось от 10 до 30 мл светлой опалесцирующей жидкости.

Пациенту был выполнен второй этап оперативного лечения – низведение трансжелудочного дренажа кисты поджелудочной железы. Под внутривенным наркозом трансжелудочный дренаж обрезан у кожи. Сформировано 2 боковых отверстия. На мягком проводнике при помощи буца дренаж спущен в желудок. При помощи гастроскопа дренаж фиксирован, проводник удален. Конец дренажа повернут в сторону выходного отдела желудка (рис. 6, 7).



Рис. 6. Дренаж низведен в желудок, его конец направлен в сторону выходного отдела желудка

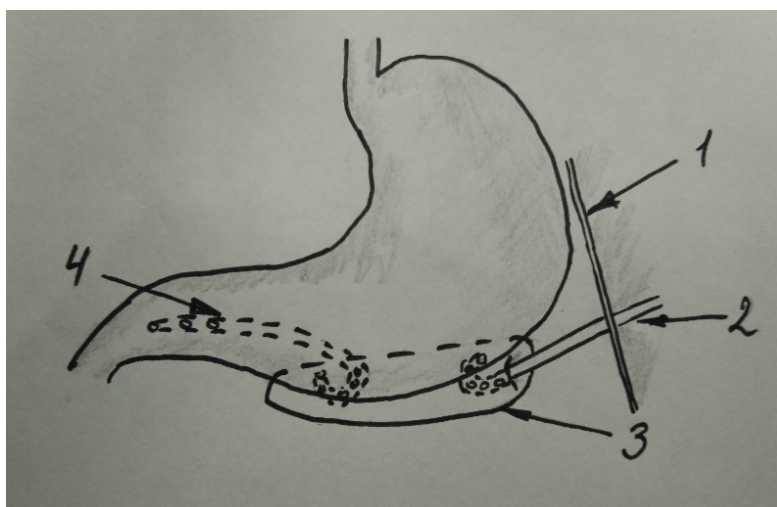


Рис. 7. Схема второго этапа операции:
1 – кожа; 2 – чрескожный внеорганный дренаж; 3 – киста;
4 – транжелудочный дренаж низведен в желудок, направлен в сторону выходного отдела

На сутки был назначен голод. Обезболивание не проводилось. Внеорганный дренаж удален на следующие сутки. Выписка на амбулаторное лечение осуществлена на третьи сутки послеоперационного периода. При выписке состояние удовлетворительное, жалоб нет. Осложнений не было.



Низведенный дренаж удален из полости желудка эндоскопически в амбулаторных условиях через месяц после необходимой экспозиции для эпителизации и формирования надежных стенок гастроцистоанастомоза, предотвращения закрытия соустья и рецидива заболевания. Через месяц, три месяца и год после операции проведены контрольные обследования. При этом жалоб нет, состояние удовлетворительное, лабораторные анализы в пределах в нормы. По данным УЗИ ранее дренированная киста не определяется, сохраняются две оставшиеся псевдокисты головки и тела поджелудочной железы размером 4,0×3,1×2,8 см и 3,2×2,2×2,1 см.

Обсуждение

До сих пор хирурги не пришли к консенсусу в отношении методов оперативного лечения кист поджелудочной железы, так как радикальные операции, направленные на удаление кист и резекцию поджелудочной железы, длительны по времени, сложны, травматичны и дают высокий процент осложнений (до 40 %), а паллиативные вмешательства влекут за собой рецидивы кистообразования [1; 4].

Проведен анализ медицинских карт больных, лечившихся по поводу панкреатита в нашей клинике. Выявлено, что частота развития у них кистозных форм хронического панкреатита составила 32 %. При лечении стандартными (не пункционными) методами летальность составила 8 %, при осложненных формах — 46 %.

Для верификации кисты всем пациентам показано проведение ультразвукового обследования, компьютерной томографии с контрастированием. Если есть ограничение в методах обследования, то наилучшим выбором для оценки кист поджелудочной железы является компьютерная томография [7]. Магнитно-резонансная холангиопанкреатикография (МРХПГ) имеет свои ограниченные показания, эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) практически не показана. Мы с успехом применяем все сонографические и рентгенологические способы. По нашим результатам чувствительность и специфичность этих методов совпадает с литературными данными. Кроме того, они позволяют осуществлять контроль чрескожных пункционных вмешательств.

Отношение к пункционным методам лечения кист и в настоящее время остается неоднозначным. По мнению ряда авторов, частота рецидивов доходит до 40–70 % [2; 4; 9], а частота осложнений — до 35 % [4; 9]. Другие авторы отмечают высокую эффективность дренирующих методик (до 94,5 %) [8; 10]. Однако данный метод является недоступным для большинства стационаров.

Мы применили данную методику у пациента в острый период, на так называемой ранней первой стадии, без развития каких-либо осложнений, что считаем преимуществами этого способа лечения, который, кроме того, позволяет предотвращать развитие дополнительных неблагоприятных моментов в течении патологии.



Учитывая наш незначительный опыт, мы также придерживаемся мнения, что до настоящего времени нет убедительных данных, рандомизированных исследований о более эффективном и безопасном способе хирургического лечения кист поджелудочной железы. К моменту написания статьи в клинике выполнены четыре подобные операции. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии, осложнения отсутствовали.

Заключение и выводы

Опыт нашего наблюдения позволяет утверждать, что примененная методика наложения чрескожного гастроцистоанастомоза является малотравматичным, щадящим, эффективным и простым в исполнении вмешательством, которое сокращает время оперативного и общего лечения, уменьшает затраты на медикаментозные препараты, что имеет также определенный экономический эффект.

При этом лучевые методы диагностики играют большую роль, их преимущество состоит в том, что они могут использоваться в качестве диапевтических вмешательств, позволяют избежать полостных вмешательств и тем самым улучшить результаты лечения больных данной категории.

Чрескожный гастроцистоанастомоз может стать как первым этапом хирургического лечения, так и окончательной операцией. Данный способ лечения может быть с успехом применен у большинства пациентов без развития серьезных осложнений.

Список литературы

1. Байрамалова Л. А., Валеева Ф. А., Шамсиев Р. Э., Журавлев И. А. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы // Успехи современного естествознания. 2014. №6. С. 23–25.
2. Карюхин И. В., Тарасенко С. В., Рахмаев Т. С. и др. Современный подход к лечению кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите // Сибирский медицинский журнал. 2013. №5. С. 5–12.
3. Осадчий А. И. Кисты поджелудочной железы – современная клиническая тактика // Редакция «Украинского медицинского журнала». 11.10.2017. URL: <https://www.umj.com.ua/article/115178/kisty-podzheludochnoj-zhelezy-sovremennaya-klinicheskaya-taktika> (дата обращения: 18.10.2020).
4. Носков И. Г. Методы лечения постнекротических кист поджелудочной железы: современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Acta biomedical scientifica. 2017. Т. 2, №5, ч. 1. С. 155–162. URL: https://doi.org/10.12737/article_59f7ecf8881024.49441151 (дата обращения: 18.10.2020).
5. Gurusamy K. S., Pallari E., Hawkins N. et al. Management strategies for pancreatic pseudocysts // Cochrane Library. 14.04.2016. URL: https://www.cochrane.org/ru/CD011392/UPPERGI_metody-lecheniya-lyudey-s-psevdokistami-podzheludochnoy-zhelezy-skopleniyami-zhidkosti-vokrug (дата обращения: 18.10.2020).
6. Щастный А. Т., Сятковский А. Р. Лапараскопическая цистогастростомия и цистоеюностомия // Новости хирургии. 2011. Т. 19, №1. С. 117–121.



7. Малагелда Я., Гуда Н., Кхен-Ли Гох и др. Кисты поджелудочной железы : глобальные практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации. Март 2019. URL: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/pancreatic-cystic-lesions-russian-2019.pdf> (дата обращения: 18.10.2020).

8. Ребров А. А., Семенов Д. Ю., Васильев В. В. и др. Чрескожные вмешательства в лечении больных псевдокистами поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 2017. Т. 22, №1. С. 49–54. URL: <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2017149-54> (дата обращения: 18.10.2020).

9. Давыдкин В. И., Голубев А. Г., Казаков Р. Р. и др. Наружное трансорганное дренирование постнекротических кист поджелудочной железы // *Клиническая медицина*. 2014. №2. С. 48–66.

10. Кулезнева Ю. В., Израилов Р. Е., Мусаев Г. Х. и др. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии. М., 2016. С. 148–165.

104

Об авторах

Алексей Валерьевич Евтихов — хирург, отделение хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, Калининград, Россия.

E-mail: evtikhov_av@mail.ru

Евгений Дмитриевич Любивый — д-р мед. наук, проф., Балтийский федеральный университет им И. Канта; глав. врач Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, Калининград, Россия.

E-mail: lubiviy@mail.ru

Виктор Леонидович Ким — д-р мед. наук, проф., Балтийский федеральный университет им И. Канта; зам. глав. врача по хирургической работе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, Россия.

E-mail: viktrieokim@yandex.ru

The authors

Alexey V. Evtikhov, surgeon, Department of Surgery, Municipal Ambulance Clinical hospital, Kaliningrad, Russia.

E-mail: evtikhov_av@mail.ru

Evgeniy D. Lubiviy, Immanuel Kant Baltic Federal University; head doctor, Municipal Ambulance Clinical hospital, Kaliningrad, Russia.

E-mail: lubiviy@mail.ru

Victor L. Kim, Immanuel Kant Baltic Federal University; deputy head doctor for surgery, Municipal Ambulance Clinical hospital, Kaliningrad, Russia.

E-mail: viktrieokim@yandex.ru