На правах рукописи

ЗУРАБИАНИ
ВАХТАНГ ГЕОРГИЕВИЧ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

14.00.27 – Хирургия
14.00.19 - лучевая диагностика, лучевая терапия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2009

Работа выполнена на кафедре хирургии ФППОВ Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор — Данилов Михаил Викторович

доктор медицинских наук, профессор — Гаврилин Анатолий Васильевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор — Шабунин Алексей Васильевич

доктор медицинских наук — Тимина Ирина Евгеньевна

Ведущая организация:

Московский Государственный Медико - Стоматологический Университет

Защита состоится «…..»……..2009г. в ……на заседании диссертационного совета Д 208.124.01 при ФГУ "Институт Хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий"

Адрес: 117997 Москва, ул. Б.Серпуховская, д. 27

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института хирургии им. А.В. Вишневского.

Автореферат разослан «…..»…….2009г

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук _____Шаробаро В.И.

Актуальность проблемы

Стойкий рост заболеваемости поражениями поджелудочной железы (ПЖ), в частности, острым деструктивным и хроническим рецидивирующим панкреатитом с его постнекротическими осложнениями, такими как гнойный парапанкреатит, абсцессы, псевдокисты ПЖ и другие интра- и парапанкреатические жидкостные образования, заставляет постоянно возвращаться к проблеме выбора оптимальных способов лечения осложненных поражений ПЖ. Осложненное течение панкреатита требует прибегать у многих больных к выполнению вынужденных хирургических вмешательств как в острой, так и в хронической фазах заболевания, используя как открытые (лапаротомные) операции, так и "закрытые" (минимально инвазивные) лечебные процедуры.

Исходы традиционного хирургического лечения панкреатита часто не удовлетворяют клиницистов в связи с нередкими рецидивами симптомов заболевания, а также с развитием осложнений как самого заболевания, так и выполненных по его поводу оперативных вмешательств. Причинами неадекватности проведенного хирургического лечения могут являться заведомо паллиативный характер операций, вынужденно выполняемых на этапе оказания экстренной медицинской помощи; допущенные дефекты хирургической техники, а также естественное прогрессирование заболевания, несмотря на оперативное лечение.

Неудовлетворенность исходами традиционных операций на поджелудочной железе и смежных с нею органах при осложненном панкреатите послужила в последние годы поводом для разработки так называемых «щадящих», или минимально инвазивных лечебных вмешательств, эндоскопических и пункционно-катетеризационных, выполняемых под контролем УЗИ, компьютерной томографии и/или рентгеноскопии. Многими авторами подобные вмешательства рассматриваются как безусловная альтернатива традиционному хирургическому лечению (Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., 2007; Deviere J., Cremer M. 2000; Laugier R., Renou C, 2000).

Внедрение в клиническую практику лечения панкреатита методов «малоинвазивной хирургии» и «эндотерапии», в частности, лечебных пункций и чрескожного катетерного дренирования жидкостных образований под контролем УЗИ и КТ, эндоскопического наружного и внутреннего дренирования полостей и протоков поджелудочной железы, а также желчных путей не получили до

настоящего времени объективной оценки. Отсутствует подробный анализ получаемых клинических результатов; мало изученными остаются основные факторы и конкретные причины неэффективности «щадящих» методов в лечении осложненного панкреатита.

Малоизученной в отечественной, а также и зарубежной литературе проблемой остаются формулировка показаний к корригирующим операциям, выполняемым у пациентов, у которых минимально инвазивные лечебные вмешательства оказались неэффективными, либо сопровождались осложнениями. Недостаточно разработаны конкретные методы повторных (реконструктивных) операций на ПЖ и смежных органах у данной категории пациентов. Одновременно необходимым является изучение возможностей использования «щадящих» лечебных вмешательств у пациентов с рецидивами заболевания и осложнениями после открытых операций на поджелудочной железе. Таким образом, речь идет о необходимости формирования концепции сочетанного (комплексного) открытого и «закрытого» (минимально инвазивного) хирургического лечения больных с осложненным панкреатитом.

С учетом приведенных положений была сформулирована **цель исследования** – улучшение результатов лечения больных осложненными формами рецидивирующего панкреатита с использованием комплексного лечения, предусматривающего выполнение по показаниям лечебных чрескожных пункционно-катетеризационных и эндоскопических вмешательств, а также лапаротомных операций на поджелудочной железе и смежных органах панкреатодуоденальной зоны.

Задачи исследования

1. Определить показания к выполнению минимально инвазивных вмешательств и объективно оценить их эффективность при лечении осложнений рецидивирующего панкреатита: жидкостных образований, острых и хронических псевдокист поджелудочной железы, ограниченных и неограниченных интра- и парапанкреатических гнойников.

2. Установить причины неудовлетворительных результатов, рецидивов, осложнений пункционно-катетеризационных и эндоскопических лечебных вмешательств на поджелудочной железе в различных стадиях течения панкреатита.

3. Обосновать показания к лапаротомным корригирующим оперативным вмешательствам при неудачах ранее выполненных минимально инвазивных лечебных вмешательств, определить особенности выполнения подобных повторных операций на поджелудочной железе, усовершенствовать их технику.

4. Определить возможности минимально инвазивных лечебных вмешательств у пациентов с осложнениями и рецидивами заболевания после лапаротомных операций на поджелудочной железе и билиарном тракте.

Научная новизна

Определены показания к выполнению лечебных пункционно-катетеризационных вмешательств при различных формах рецидивирующего панкреатита и осложняющих его течение разнообразных интра- и парапанкреатических жидкостных образований. Показана достаточно высокая эффективность подобных процедур у пациентов с осложненным билиарным панкреатитом и значительно меньшая – у пациентов с первичным

(алкогольным) панкреатитом, сопровождающимся интрапанкреатической гипертензией.

При оценке эффективности различных способов предоперационной декомпрессии билиарного тракта показаны преимущества эндоскопического ретроградного билиарного стентирования, обеспечивающего адекватную билиарную декомпрессию, что снижает риск последующей лапаротомной операции, не затрудняя ее техническое выполнение. В отличие от этого попытки наложения в предоперационном периоде билиодигестивных анастомозов в условиях лапароскопии часто сопровождаются осложнениями или недостаточным декомпрессивным эффектом, затрудняя выполнение в последующем радикальных оперативных вмешательств.

Установлено, что эндоскопические оперативные вмешательства на поджелудочной железе, ее протоках и кистозных образованиях не свободны от рецидивов заболевания и осложнений, таких как смещение эндопротеза в главном панкреатическом протоке, ранняя облитерация цистогастроанастомоза. При выявлении рецидивов панкреатита и осложнений таких эндоскопических процедур требуется выполнение повторных (реконструктивных) лапаротомных операций, в частности, создания внутреннего дренажа панкреатических протоков и псевдокист.

Доказано, что применение чрескожных лечебных пункционно-катетеризационных вмешательств при осложнениях лапаротомных операций на поджелудочной железе позволяет купировать их у значительной части пациентов, не прибегая к релапаротомии.

Практическая значимость

Установлено, что чрескожные пункции и катетерное дренирование разнообразных жидкостных образований у пациентов с острым деструктивным панкреатитом могут являться как окончательной лечебной процедурой, так и этапным лечебным вмешательством, облегчающим выполнение последующей лапаротомной операции и позволяющим улучшить ее исходы.

Лечебные пункционно-катетеризационные вмешательства у пациентов со сформированными панкреатическими псевдокистами эффективны при отсутствии у пациентов выраженной интрапанкреатической гипертензии, обусловленной наличием стриктур и конкрементов по ходу протоков ПЖ. При наличии цистодуктальной коммуникации после катетеризации псевдокисты закономерно формируется стойкий панкреатический свищ, а при спонтанном закрытии его –рецидив кистозного образования. Выявление сообщения крупной кистозной полости с просветом ГПП в ходе катетеризации кистозного образования с рентгеноконтрастным исследованием становится возможным лишь в отдаленные сроки после катетеризации и достигнутой редукции кистозной полости.

Установление факта неэффективности чрескожных пункций и катетеризации жидкостных интра- и парапанкреатических образований у пациентов с рецидивирующим первичным (алкогольным) панкреатитом обусловливают показания к выполнению корригирующих лапаротомных операций на поджелудочной железе: формированию панкреато- и

цистодигестивных анастомозов, а также резекций патологически измененной железы.

Радикальные операции у пациентов с «псевдотуморозным» хроническим панкреатитом целесообразно производить в оптимальные сроки после предварительного ретроградного эндоскопического билиарного стентирования, не дожидаясь развития обструкции эндопротеза и холангита.

Невозможность сформировать достаточно широкий эндоскопический цистогастроанастомоз в условиях фиброгастроскопии является основной причиной достаточно быстрого развития преждевременной облитерации соустья и рецидива псевдокисты. Оптимальным способом реконструктивной операции является создание широкого цистоеюноанастомоза, в большинстве случаев, лапаротомным доступом.

Основные положения, выносимые на защиту

- Минимально инвазивные лечебные вмешательства у пациентов с осложненным рецидивирующим панкреатитом – чрескожные пункционно-катетеризационные и эндоскопические – не должны противопоставляться традиционным способам лапаротомных операций на ПЖ и смежных с нею органах, а напротив, рассматриваться в качестве взаимно дополняющего компонента единого процесса хирургического лечения, обеспечивающего в максимальной степени его успех.
- Чрескожные лечебные пункции и катетеризация интра- и парапанкреатических жидкостных образований являются эффективным средством лечения пациентов с осложненным рецидивирующим панкреатитом. У значительной части пациентов с некротизирующим панкреатитом применение этих минимально инвазивных процедур позволяет добиться ликвидации несформированных жидкостных скоплений, острых постнекротических псевдокист, интра- и парапанкреатических абсцессов, не прибегая к лапаротомии. При более тяжелом течении панкреатита применение пункционно-катетеризационных вмешательств позволяет подготовить пациента к выполнению необходимой лапаротомии в более благоприятных условиях. Применение минимально инвазивных процедур позволяет также добиться излечения пациентов с рецидивными псевдокистами и абсцессами, возникшими после неэффективных или осложненных лапаротомных операций на поджелудочной железе.
- Эндоскопические оперативные вмешательства на билиарном тракте, БСДК, поджелудочной железе и ее протоках являются важным компонентом лечения пациентов в различных фазах рецидивирующего панкреатита. Диагностические ошибки, дефекты тактики и техники выполнения этих вмешательств, ведущие к рецидивам заболевания и развитию осложнений, требуют в целом ряде случаев выполнения корригирующих лапаротомных операций на органах билиарно-панкреатической системы. При билиарном панкреатите задачей повторных операций является, главным образом, устранение поражений желчных путей с созданием свободного желчеоттока, при первичном алкогольном панкреатите - эффективная коррекция интрапанкреатической, а также билиарной гипертензии.
- Попытки противопоставления методов минимально инвазивной и традиционной хирургии в лечении пациентов с рецидивирующим панкреатитом и его осложнениями следует признать ошибочными. При наиболее тяжелых формах панкреатита во всех его фазах и стадиях с целью улучшения результатов его лечения в целом ряде случаев необходимо использование тактики комплексного хирургического лечения, одно- или многоэтапного. При этом минимально

инвазивные лечебные процедуры могут эффективно использоваться как в до-, так и послеоперационном периоде, а также в интервале между операциями на поджелудочной железе и билиарном тракте.

Апробация работы

Основные положения работы доложены и обсуждены на Втором конгрессе Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», М. 2007; на Городском семинаре в НИИ им. Н.В.Склифосовского «Актуальные вопросы диагностики и лечения деструктивных осложнений острого панкреатита», М. 2007; представлены в докладе «Спорные вопросы тактики лечения пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы» на 2627 заседании Московского общества хирургов (16 октября 2008 г.).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационной работы внедрены в практику хирургических отделений ГКБ № 53 и используются при обучении интернов, клинических ординаторов и аспирантов Кафедры хирургии ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова, а также на курсах последипломного профессионального образования хирургов г. Москвы и Российской Федерации.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ.

Структура и объем работы

Диссертация состоит из введения, пяти глав, включая обсуждение полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа изложена на 167 страницах машинописного текста, снабжена 15 таблицами и 15 рисунками. Библиография содержит 144 источников, из которых 33 отечественных и 111 иностранных.

Анализ клинических наблюдений

Работа проведена в Хирургической клинике ФППОВ ММА им. И.М.Сеченова на базе Городской клинической больницы №53 (главный врач - Н.И.Мосиенко) и в Отделении ультразвуковой диагностики (руководитель – д.м.н, проф. Г.И.Кунцевич) Института хирургии им. А.В.Вишневского (директор – Академик РАМН В.Д.Федоров).

В основу работы положен анализ результатов исследования и хирургического лечения 79 пациентов рецидивирующим панкреатитом (табл. 1), подвергавшихся на различных этапах развития заболевания выполнению минимально инвазивных лечебных вмешательств – пункционно-катетеризационных и эндоскопических. Лечебные пункционно-катетеризационные вмешательства были выполнены у 58 пациентов, у 45 из них в ГКБ № 53 и Институте хирургии им. А.В.Вишневского, а у 13 ранее в других лечебных учреждениях Москвы и других городов РФ и СНГ. Среди 21 пациента, поступавшего в клинику после неэффективных и/или осложнившихся эндоскопических лечебных вмешательств на ПЖ и билиарном тракте, у 2 эти процедуры производились в Институте хирургии, а у 19 - в других лечебных учреждениях. После установления неудовлетворительного результата эндоскопических вмешательств пациенты поступали в ГКБ № 53 в плановом или экстренном порядке для выполнения повторных операций.

Среди пациентов, подвергшихся минимально инвазивным вмешательствам, у 12 имел место вторичный, как правило, холангиогенный (билиарный) панкреатит, а у 67 - первичный, в большинстве случаев калькулезный панкреатит алкогольной этиологии. Этиология рецидивирующего панкреатита определяла различия морфологии поражения ПЖ и смежных органов в его острой и хронической фазах

заболевания в его клиническом течении и, соответственно, в выборе лечебной тактики. В связи с этим тактика лечения и его исходы анализировались отдельно у пациентов вторичным билиарным и первичным алкогольным панкреатитом.

Таблица 1

Разновидности поражений поджелудочной железы у пациентов, подвергшихся минимально инвазивным лечебным вмешательствам

Осложнения панкреатита	**Вторичный (билиарный) панкреатит**	**Первичный (алкогольный) панкреатит**	**всего**
Жидкостное скопление	-	12 (**15,1%**)	12 (**15,1%**)
Абсцессы	3 (**3,8%**)	11 (**13,9%**)	14 (**17,7%**)
Острые псевдокисты	2 (**2,5%**)	16 (**20,3%**)	18 (**22,8%**)
Хронические псевдокисты	2 (**2,5%**)	20 (**25,3%**)	22 (**27,8%**)
Панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ и механической желтухой/холангиолитиаз	5 (**6,3%**)	3 (**3,8%**)	8 (**10,1%**)
Калькулезный панкреатит	-	5 (**6,3%**)	5 (**6,3%**)
Итого	12 (**15,2%**)	67 (**84,8%**)	79 (**100%**)

У исследованных 79 пациентов осложненным рецидивирующим панкреатитом в общей сложности было выполнено 109 минимально инвазивных (пункционно-катетеризационных и эндоскопических) вмешательств, из которых 57 производились в фазе острого некротизирующего панкреатита, а 52 в стадии ремиссии. Следует отметить определенную условность разделения этих фаз течения поражения ПЖ. Так, у 10 пациентов после перенесенной атаки некротизирующего панкреатита в течение целого ряда недель и даже месяцев не разрешались такие его осложнения, как секвестрация, абсцедирование ткани железы и парапанкреатической клетчатки, что давало основание говорить о персистирующем остром панкреатите (Данилов М.В.,Федоров В.Д., 2003) или о хроническом гнойном панкреатите (Напалков П.Н., Артемьева Н.Н., 1980).

Наряду с минимально инвазивными процедурами 58 из 79 наблюдавшихся пациентов подвергались также и лапаротомным операциям, 2 больных при наличии абсолютных показаний к повторной операции от предложенного хирургического вмешательства отказались. У 40 пациентов открытые оперативные вмешательства производили после минимально инвазивных процедур, а у 18 лапаротомные операции, напротив, предшествовали щадящим вмешательствам.

Распределение пациентов с вторичным и первичным рецидивирующим панкреатитом по полу и возрасту, представлено в таблице 2. Обращает внимание преобладание мужчин молодого и среднего возраста в группе пациентов с алкогольным панкреатитом, что свидетельствует о социальной значимости разбираемой проблемы.

Таблица 2

Распределение больных по полу и возрасту

	Вторичный (билиарный) панкреатит		Первичный (алкогольный) панкреатит		
возраст	Мужчины	Женщины	Мужчины	женщины	Всего
20-29	-	-	4	-	4 (**5%**)
30-39	1	2	18	4	25 (**31,6 %**)
40-49	1	-	22	5	28 (**35,4%**)
50-59	1	5	8	1	15 (**18,9%**)
60-69	-	1	1	2	4 (**5%**)
Свыше 70	-	1	1	1	3 (**3,8 %**)
Итого	3 (**3,8%**)	9 (**11,4%**)	54 (**68,4%**)	13 (**16,5%**)	79 (**100%**)

Среди пациентов рецидивирующим панкреатитом, подвергавшихся выполнению минимально инвазивных лечебных вмешательств, в зависимости от фазы поражения ПЖ были выделены две основные группы (табл. 3):
1) 44 пациента поступали в клинику и подвергались лечению в острой фазе некротизирующего панкреатита и его осложнений, 2) 35, также перенесших в прошлом эпизоды деструктивного панкреатита, были госпитализированы для лечения в хронической фазе панкреатита.

Минимально инвазивные лечебные вмешательства выполнялись: 1) в качестве первичных лечебных манипуляций, однократных или этапных, 2) в виде промежуточных лечебных процедур, а также 3) в качестве процедур, завершающих лечебный процесс. Лапаротомные вмешательства, у пациентов с осложненным панкреатитом, вынужденно выполнявшиеся после неэффективных и/или осложненных минимально инвазивных процедур, имели в большинстве случаев характер повторных (реконструктивных) операций на ПЖ и смежных органах.

Таблица 3.

Характер поражения поджелудочной железы в острой и хронической фазах осложненного панкреатита у пациентов, подвергшихся минимально инвазивным вмешательствам

Острая фаза панкреатита n= 44		Хроническая фаза панкреатита n=35	
Жидкостные скопления	12 (**15,1%**)	Хронические псевдо-кисты	22 (**27,8%**)
Абсцессы	14 (**17,7%**)	Панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ и механической желтухой	8 (**10.1%**)
Острые псевдокисты	18 (**22,8%**)	Калькулезный панкреатит	5 (**6,3%**)
Итого:	44 (**55,7%**)	Итого:	35 (**44,3%**)

У подавляющего большинства пациентов было отмечено тяжелое течение панкреатита, обусловленное развитием в различных его фазах многочисленных осложнений, которые и определяли основные наблюдавшиеся у пациентов клинические синдромы. Развитие этих осложнений во многих случаях и

обусловливало показания к выполнению лечебных вмешательств, как минимально инвазивных так и лапаротомных хирургических.

Среди важнейших клинических синдромов у наблюдавшихся 79 пациентов могут быть выделены: болевой - постоянные или приступообразные боли преимущественно в эпигастральной области у 71 (**89,9%**) пациента; признаки внешнесекреторной недостаточности ПЖ – снижение массы тела, неустойчивый стул - у 50 (**63,3%**); нарушение инкреторной функции ПЖ – сахарный диабет различной степени тяжести с эпизодами гипергликемических состояний, либо нарушение толерантности к глюкозе – у 34 (**43%**); холестатический синдром (билиарная гипертензия, холангит – у 13 **(16,5%);** нарушение дуоденальной проходимости – у 5 (**6,3%**); сегментарная портальная гипертензия – у 55 (**69,7%**); поражение центральной нервной системы - у 55 (**69,7%**).

Методы исследования

Дооперационное обследование пациентов с неудовлетворительными результатами лечения рецидивирующего панкреатита было направлено на решение следующих задач: 1) определение этиологии и фазы панкреатита, 2) выяснение причин неудовлетворительных результатов перенесенных малоинвазивных процедур и открытых операций, 3) определение тяжести заболевания и глубины поражения паренхимы и протоковой системы ПЖ, 4) распознавание важнейших осложнений основного заболевания ПЖ и перенесенных хирургических вмешательств, 5) дифференциальный диагноз псевдокистами и кистозными опухолями.

При обследовании больных рецидивирующим панкреатитом использовался алгоритм комплексной диагностики, разработанный в Институте хирургии им. А.В.Вишневского (А.В.Вихорев). Всем больным выполняли комплекс лабораторного обследования, включающий в себя общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Производили цитологическое и бактериологическое исследование материала, полученного при пункциях жидкостных образований, определение в пунктате содержания амилазы с целью выявления возможной деструкции стенки протока ПЖ.

В процессе обследования пациентов в до- и послеоперационном периоде особое значение придавали методам инструментального исследования ПЖ и смежных с нею органов. Всем 79 наблюдавшимся пациентам выполняли **УЗИ органов брюшной и плевральных полостей** аппаратом Logic 5 «General Electric» (США) с конвексным датчиком 3С и полипозиционными насадками для выполнения чрескожных пункционно-катетеризационных манипуляций. При исследовании больных осложненным панкреатитом обращали внимание на контуры железы, ее эхогенность, структуру паренхимы, наличие кальцинатов, расширение ГПП, состояние билиарного тракта. При выявлении жидкостных образований в проекции ПЖ оценивали их размеры, наличие и толщину стенки, их топографию, взаимоотношения с соседними органами, структуру и характер содержимого, а также наличие или отсутствие жидкости в плевральных полостях.

Компьютерная томография была выполнена у 65 пациентов, в 15 случаях она носила динамический характер. Исследование проводили аппаратом Tomoscan SR 7000 (Phillips) в аксиальном режиме сканирования с выведением нативных снимков и внутривенным болюсным контрастным усилением (Омнипак 300). В процессе исследования оценивали структурные изменения паренхимы поджелудочной железы и окружающей ее клетчатки, размеры ПЖ, состояние желчевыводящей системы.

Магнитно-резонансную томографию и панкреатикохолангиографию с использованием методики МР-холангиопанкреатикографии выполнили 8 больным с осложненным панкреатитом. Метод позволил визуализировать желчные и панкреатические протоки в их физиологическом состоянии без введения контрастного препарата.

Фистулографию выполняли 44 больным в ранние сроки после катетеризации жидкостных образований, либо при длительно существующих наружных панкреатических свищах. Исследование проводили на рентгеноаппаратуре Siemens corporation. В ходе процедуры оценивали размеры остаточных кистозных полостей, их связь с протоковой системой ПЖ. У больных после выполненной билиарной декомпрессии (холецисто- или холангиостома) производили фистулохолангиографияю с целью оценки состояния билиарного тракта, уровня его блокады.

Эзофагогастродуоденоскопию выполнили всем 79 наблюдавшимся пациентам с рецидивирующим панкреатитом, у 72 из них был выявлен гастродуоденит. При наличии крупных кистозных образований в 15 случаях имела место деформация задней стенки желудка извне, в 5 случаях - нарушение дуоденальной проходимости. Изменения БСДК в виде отека и гиперемии выявлены в 3 случаях.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ), позволявшая выявить характерные изменения органов билиарнопанкреатической системы, была произведена на различных этапа обследования у 12 наблюдавшихся пациентов. В качестве самостоятельного метода лечения ЭРХПГ в сочетании с ЭПСТ как была выполнена в двух случаях, у остальных 10 она была дополнена: баллоннодилятацией БСДК у 1 пациента, билиарным стентированием у 3, стентированием ГПП – у 6, литоэкстракцией из желчного (2) или главного панкреатического протоков (1).

Пункционно-катетеризационные вмешательства при лечении пациентов рецидивирующим панкреатитом с жидкостными образованиями поджелудочной железы

Чрескожные пункционные и катетеризационные лечебные вмешательства находят все большее распространение при лечении больных рецидивирующим панкреатитом, в том числе в фазе панкреонекроза. VanSonnenberg E, Wittich G, (1997); Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В. (2007) сообщают об успешном разрешении с их помощью поостнекротических псевдокист. При этом в разряд «псевдокист» часто относят различные жидкостные образования, которые способны разрешаться и под влиянием одной консервативной терапии. К их числу, согласно E. Bradley (1995), могут быть отнесены: 1) несформированные жидкостные скопления без капсулы, 2) острые псевдокисты с тонкой капсулой, 3) хронические псевдокисты, существовавшие до развития острого панкреатита, 4) абсцессы поджелудочной железы и 5) жидкостные скопления на фоне «организованного» панкреонекроза. Результативность чрескожных процедур при различных интра- и парапанкреатических жидкостных образованиях, как показывают наши наблюдения, неодинакова.

Пункционные вмешательства выполняли под местной анестезией в условиях операционной с соблюдением всех правил асептики и антисептики под УЗ-наведением на ультразвуковых приборах Logic 5 «General Electric» (США), с применением датчиков 3,5 МГц и полипозиционных насадок для выполнения чрескожных пункционно-катетеризационных манипуляций. Для проведения чрескожных пункционно-катетеризационных вмешательств использовались наборы игл и дренажных катетеров фирмы Cook (Голландия): иглы Chiba 22 и 18

G, стилет-катетеры Hiusman с кончиком типа “pig tail” калибра 8-10 Fr, стилет-катетеры модификации Dawson-Mueller с натяжным кончиком калибра 12 – 14 Fr**.**

Пункционный доступ определяли до начала манипуляции в ходе обследования, учитывая: локализацию жидкостного образования и возможную интерпозицию прилежащих органов. При локализации жидкостного образования в проекции головки или тела ПЖ оптимальным представлялся эпигастральный доступ, причем пункционная трасса могла пролегать через стенку желудка, обычно при интрапанкреатических кистах. При крупных экстрапанкреатических кистах, когда из-за оттеснения желудка кверху передняя стенка кисты прилежит к передней брюшной стенке, трасса пункции в этом случае проходила напрямую в полость кисты. При локализации кист в дистальном отделе поджелудочной железы может быть выбран как эпигастральный, так и левый поясничный доступ.

Интервенционный этап. Пункционную трассу выбирали, по возможности, максимально короткую. Стилет-катетер вводили под контролем ультразвукового пункционного датчика по направлению к псевдокисте до ощущения «провала». Погружение стилет-катетера производили на 2/3 глубины полости кисты во избежание повреждения острием стилета противоположной стенки псевдокисты. По стилету, как по проводнику, в кисту низводили дренирующий катетер на всю его длину (25-30 см), что уменьшало вероятность его миграции за пределы псевдокисты по мере опорожнения. После извлечения из системы стилета аспирировали содержимое псевдокисты с последующим бактериологическим и цитологическим исследованием, определением концентрации амилазы. Доступ из левой поясничной области был сопряжен с определенными опасностями из-за близкого расположения псевдокисты дистального отдела ПЖ к селезенке, левой почке с ее сосудами, поэтому необходимым условием применения доступа было наличие акустического окна, без интерпозиции перечисленных структур.

В послеоперационном периоде больным проводили антибактериальную терапию, профилактику острого панкреатита. На 3 - 4 сутки после манипуляции выполняли фистулографию с целью оценить объем и конфигурацию дренированной полости, динамику уменьшения объема остаточной полости. По мере уменьшения отделяемого по катетеру решали вопрос об экстракции дренажа. В случаях формирования стойкого наружного панкреатического свища, дренирующий катетер не извлекали, оставляя вплоть до момента последующей реконструктивной операции – наложения панкреатодигестивного анастомоза.

Таблица 4.

Разновидности жидкостных образований, послуживших показанием к чрескожным пункциям и катетерному дренированию у пациентов осложненным панкреатитом различной этиологии (n=58)

Виды жидкостных образований	Без лапаротомной операции (n=19)		Оперировано (n=39)						Всего
	ЧКД/ЧКП		ЧКД/ЧКП						
			первичные		этапные		завершающие		
	БП	**АП**	**БП**	**АП**	**БП**	**АП**	**БП**	**АП**	
Несформированные жидкостные скопления		5	-	3	-	-	-	4	12

Абсцессы	1	3	-	2	1	2	1	3	13
Скопления гноя на фоне организованного панкреонекроза	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Острые псевдокисты	-	4	1	10	1	1	-	1	18
Хронические псевдокисты	-	6	1	3	1	2		1	14
Итого:	**1**	**18**	**2**	**19**	**3**	**5**	**1**	**9**	**58**
	19		**21**		**18**				

Из наблюдавшихся 58 пациентов, которым в различных фазах рецидивирующего панкреатита производили единичные либо повторные чрескожные пункции и/или катетерное дренирование интра- и парапанкреатических жидкостных образований (табл. 4), у 19 (**32,7%**) они оказались окончательным способом лечения - несформированных жидкостных скоплений (5 – **8,6%**), абсцессов (4 – **6,9%**) и псевдокист (10 – **17,2%**). У 21 (**36,2%**) пациента пункции и катетеризация жидкостных образований, неэффективные или осложнившиеся, были первичными лечебными процедурами, предшествовавшими выполнению лапаротомных вмешательств на ПЖ и смежных органах. Наконец, в группе 18 (**31%**) пациентов, первично оперированных на ПЖ и желчных путях лапаротомным доступом, чрескожные пункционно-катетеризационные вмешательства являлись вспомогательным методом лечения различных осложнений панкреатита. При этом у 8 пациентов последней группы чрескожные пункционные и катетерные вмешательства выполнялись в различных фазах панкреатита как этапные, предшествующие окончательной лапаротомной операции; у 10 остальных чрескожные вмешательства были окончательной лечебной процедурой при выявлении факта неэффективности лапаротомных операций, либо развившихся послеоперационных осложнений - жидкостных скоплений или гнойников. В целом, из 58 пациентов, подвергавшихся чрескожным пункциям/дренированию, в различные периоды течения панкреатита у 39 были произведены разнообразные лапаротомные вмешательства (табл. 5).

Таблица 5.

Лапаротомные вмешательства, выполненные у пациентов осложненным рецидивирующим панкреатитом (n=39), перенесших чрескожные пункционные и катетерные вмешательства на различных этапах хирургического лечения

Виды операций	Многоэтапные	Заключительные	всего
НД	7	8	15
НД+ХЭ	2	2	4
НД+ДР	1	-	1
Лапаростома	8	5	13
ППЕА	-	3	3
ППЕА+ДР	1	-	1
ППЕА+ГЕА	1	-	1
ЦПЕА	2	4	6
ЦПЕА+ХЭ	1	-	1

ЦПЕА+ДР	-	1	1
ЦПЕА+НД	-	1	1
ЦПЕА+ГЕА	-	1	1
ДР	1	3	4
ЦГА	-	1	1
Лапароскопическая цистэктомия	1	-	1
Всего	25	29	54

Тактика и техника выполненных чрескожных лечебных вмешательств у 58 пациентов имели существенные различия в зависимости от стадии (фазы) рецидивирующего панкреатита. Так, 44 (**75,8%**) пациента в стадии острого некротизирующего панкреатита подвергались на различных, чаще первоначальных этапах хирургического лечения выполнению пункционных или катетеризационных процедур. Эти «щадящие» вмешательства, обычно планировавшиеся как чрескожное дренирование псевдокист, были выполнены, как оказалось, при несформированных жидкостных скоплениях (12 – **20,6%**), ограниченных (13 – **22,4%**) и неограниченных парапанкреатических абсцессах (1 – **1,7%**), острых, обычно нагноившихся псевдокистах (18 – **31%**). Другую категорию составили 14 пациентов (**24%**) в хронической фазе панкреатита, подвергшиеся запланированному катетерному дренированию псевдокист ПЖ, которое рассматривалось в качестве альтернативы лапаротомной операции – наложению цисто- или панкреатоцистодигестивных анастомозов.

Оценка результативности чрескожных пункционно-катетеризационных лечебных вмешательств в острой фазе рецидивирующего панкреатита

Ряд авторов (Ю. А. Нестеренко, 1998; В. А. Козлов, 2001 и др.) пытаясь снизить риск оперативного лечения, стремятся заменить лапаротомные операции при деструктивном панкреатите чрескожным дренированием интра- и парапанкреатических скоплений жидкости. У 13 из 58 пациентов, подвергшихся пункциям и катетеризации жидкостных образований в острой и хронической фазах панкреатита в различных лечебных учреждениях, первоначально трактовались как интра- или экстрапанкреатические псевдокисты, без детализации их характера. При этом обычно не оценивали в полной мере толщину стенки псевдокисты, характер ее содержимого, наличие или отсутствие секвестров, перегородок в полости кисты, а также связь кистозной полости с панкреатическим протоком, не определяли уровень амилазы в содержимом кистозной полости. Все эти параметры мы старались определять и учитывать при выполнении чрескожных пункций и/или катетеризации постнекротических жидкостных образований.

В ранние сроки некротизирующего панкреатита основным показанием к чрескожным тонкоигольным пункциям с аспирацией содержимого являлось прогрессирующее увеличение несформированных парапанкреатических жидкостных скоплений, обычно сопровождавшееся нарастающей симптоматикой острого панкреатита. Прекращение накопления жидкости в пунктированной полости рассматривалось как хороший прогностический знак, позволяющий предположить отсутствие повреждения протоков ПЖ в процессе панкреонекроза.

Среди наблюдавшихся нами 12 пациентов с несформированными жидкостными скоплениями, возникшими на фоне панкреонекроза, пункционно-катетеризационные вмешательства явились окончательным способом лечения лишь у 5. У 3 больных пункционные вмешательства были не эффективны, о чем

свидетельствовало быстрое накопление в полости жидкого содержимого с высоким содержанием амилазы, а также появление гипертермии, что потребовало перехода к лапаротомной операции. Наконец, в 4 других случаях пункционно-катетеризационные процедуры носили завершающий характер лечения, в связи недостаточной эффективностью лапаротомных вмешательств на ПЖ и смежных органах, осложнившихся образованием инфицированных жидкостных скоплений.

В ходе работы выяснилось, что у пациентов с некротизирующим панкреатитом не всегда возможно провести четкую границу между несформированными жидкостными скоплениями, интра- и парапанкреатическими абсцессами и острыми псевдокистами. В процессе лечения возможно превращение несформированного жидкостного парапанкреатического скопления в абсцесс даже после однократной чрескожной пункции.

Среди 14 пациентов с парапанкреатическими абсцессами (табл. 4), подвергшихся чрескожным пункциям и катетеризации на различных этапах лечения, окончательного выздоровления с помощью минимально инвазивных процедур удалось в итоге добиться лишь у 4. В других 4 случаях чрескожные дренирующие манипуляции явились заключительным методом излечения абсцессов, возникших после операций на ПЖ и смежных органах, У 3 больных в связи с неэффективностью чрескожных процедур пришлось прибегнуть к последующему безотлагательному выполнению лапаротомной операции; еще у 3 пункционно-катетерное дренирование имело ограниченную эффективность, что также потребовало впоследствии выполнения реконструктивной операции. Приведенные результаты согласуются с данными H. Beger-a (1995) о невысокой эффективности чрескожного дренирования абсцессов ПЖ у больных панкреонекрозом, одной из причин которой является разобщенность мультифокальных некротических очагов. В подобных ситуациях возникала необходимость перехода к лапаротомным вмешательствам – некрэктомии и дренированию гнойников, и лечение, таким образом, вынужденно приобретало многомоментный характер. (Табл.5)

Сходные результаты были зарегистрированы нами при анализе эффективности ЧКД у пациентов с острыми постнекротическими псевдокистами ПЖ – из 18 подвергшихся таким процедурам пациентов стойкий лечебный эффект удалось достигнуть лишь у 4 (6,9%). ЧКД оказалось также эффективным у одной пациентки с рецидивом псевдокисты после ее открытого наружного дренирования. У 13 других (22,4%) больных в связи с рецидивами псевдокист и осложнениями, возникшими после ЧКД, потребовалось выполнение лапаротомных вмешательств.

Сравнительные возможности чрескожных пункционно-катетеризационных вмешательств в лечении вторичного холангиогенного и первичного алкогольного панкреатита панкреатита, осложненного постнекротическими псевдокистами, в хронической фазе заболевания n=14

Если в ранние сроки некротизирующего панкреатита основным объектом пункционного лечения являются несформированные жидкостные скопления и парапанкреатические абсцессы, то по мере естественного течения патологического процесса показаниями к чрескожным пункциям и дренированию становятся сформированные острые постнекротические псевдокисты, с течением времени приобретающие черты хронических. Их пункционно-катетеризационное лечение и его исходы существенно отличаются от такового при жидкостных скоплениях при панкреонекрозе.

Чрескожное дренирование (чаще трансгастральным доступом) было предпринято у 14 пациентов с хроническими постнекротическими псевдокистами

ПЖ. У 6 из них оно позволило добиться ремиссии панкреатита и ликвидации псевдокист, не прибегая к лапаротомии. Продолжительность лечебного процесса после катетерного дренирования могла достигать 2,5 месяцев при наличии крупных множественных секвестров в кистозных полостях. Лишь длительное постоянное промывание полостей на фоне антибактериальной терапии позволяло в конечном итоге фрагментировать и постепенно удалить секвестры и добиться клинического выздоровления. Подобная тактика позволяла избежать вторичных осложнений псевдокист, например их перфорацию в брюшную полость, кровотечение и т.п.

Однако благоприятных исходов чрескожного дренирования хронических постнекротических псевдокист, в особенности, множественных, удавалось достичь не во всех случаях. Трудности, возникающие при использовании чрескожного дренирования при осложненном деструктивном панкреатите, могут приводить к развитию тяжелых осложнений «минимально инвазивной» процедуры. Неадекватное чрескожное дренирование многокамерных постнекротических кистозных образований способствует их инфицированию, прогрессированию гнойно-некротического панкреатита и парапанкреатита, требуя перехода к лапаротомной дренирующей операции. Одной из главных причин неудовлетворительного результата чрескожного дренирования в подобных случаях также являлось наличие в многокамерной кистозной полости обширных фиксированных секвестров, что затрудняло опорожнение кистозных полостей от гноя и некротических масс. Осложнениями катетеризации панкреатических кист являлись также негерметичность пункционного канала, выпадение дренирующего катетера с поступлением в брюшную полость инфицированного содержимого псевдокисты. В подобных ситуациях завершающим способом лечения было неотложное лапаротомное вмешательство. Таким образом, эффективность чрескожного катетерного дренирования хронических псевдокист при алкогольном панкреатите как самостоятельного метода лечения достигала 50 %.

Выполнение чрескожных пункционно-катетеризационных процедур при хроническом рецидивирующем панкреатите имело определенные особенности в зависимости от этиологии заболевания. При холангиогенном ХП у 2 наблюдавшихся пациентов рецидивы панкреатита, возникшие после ЧКД, были обусловлены длительным существованием нагноившихся псевдокист, секвестрацией парапанкреатической клетчатки, множественными хроническими внутри- и забрюшинными гнойниками. В обоих случаях завершающим этапом лечения стали лапаротомные оперативные вмешательства.

Последствия ранее перенесенного инфицированного билиарного панкреонекроза при отсутствии у пациентов панкреатолитиаза, расширения ГПП, стриктур по его ходу, стеноза желчных путей и двенадцатиперстной кишки позволяло избежать выполнения расширенных операций на ПЖ и ее протоках, ограничиваясь холецистэктомией, санацией и наружным дренированием постнекротических псевдокист и хронических абсцессов. Хотя предварительно выполненные чрескожные дренирующие процедуры не являлись у пациентов ведущим способом хирургического лечения, их использование позволяло улучшить исходы последующих операций на желчных путях и ПЖ.

Наибольшие трудности возникали при лечении пациентов с хроническим алкогольным (первичным) панкреатитом методами как минимально инвазивной, так и «открытой» хирургии. Данные литературы (М. В. Данилов и В. Д. Федоров (2003), A. D'Egidio и M. Schein; B. Rau и H. Beger; E. Bradley) свидетельствуют о малой перспективности пункционно-катетеризационного метода при хронических

панкреатических псевдокистах.

У 12 пациентов с хроническими псевдокистами, осложнившими алкогольный рецидивирующий панкреатит, применявшаяся лечебная тактика отличалась от таковой при билиарном панкреатите. Характерно, что у 3 из тех, которым пункционно-катетризационные процедуры были ранее предприняты в других лечебных учреждениях, при последующем обследовании в нашей клинике было установлено, что причиной рецидива псевдокист и незаживления наружных панкреатических свищей после чрескожной цистостомии являлось широкое сообщение кистозной полости с панкреатическими протоками на фоне интрапанкреатической гипертензии. Поэтому заключительным хирургическим вмешательством в данной группе больных являлось внутреннее дренирование панкреатических протоков и кист.

Выполняемые пункционно-катетризационные процедуры в данной группе пациентов были направлены, в основном, на лечение осложнений, как возникших в ходе «естественного течения» алкогольного панкреатита, так и развившихся после открытых операций на органах билиарно-панкреатической системы. У большинства пациентов с рецидивирующим алкогольным панкреатитом эти вмешательства не играли самостоятельной роли, будучи подчинены задаче подготовки условий и обеспечения успеха выполнения последующих операций. Заключительными вмешательствами в этих случаях являлись дистальная резекция ПЖ с удалением парапанкреатических некротических тканей и свищей, а также наложение ППЕА с целью коррекции интрапанкреатической гипертензии (табл. 5).

Изучение накопленного опыта дает основание солидаризироваться с утверждением C. Russell-a: «Важно подчеркнуть, что лечение только кисты не может разрешить проблему хронического панкреатита. Поэтому операция по поводу кисты должна включать полную оценку состояния всей поджелудочной железы и решение вопроса о том, имеется или отсутствует обструкция панкреатического протока». В особенности данная концепция применима к пациентам с хроническим панкреатитом алкогольной этиологии. Устранение псевдокисты с помощью пункционно-катетеризационного вмешательства, хотя и может на время улучшить состояние пациента, но не предотвращает рецидивов панкреатита в связи с тем, что не устранена основная причина болевого синдрома и кистообразования – интрапанкреатическая гипертензия.

Проведенные нами исследования не позволяют согласиться с утверждением авторов (Werner J, Warshaw A. 1997; McNees S., vanSonnenberg E. 1998; vanSonnenberg E, Wittich G. 1989), что пункционно-катетеризационные вмешательства при лечении пациентов с жидкостными образованиями на почве рецидивирующего панкреатита являются надежной альтернативой традиционным лапаротомным операциям и призваны в ближайшее время полностью заменить их. Согласно нашим наблюдениям возможности «щадящих» вмешательств в значительной мере ограничены, показания к ним определяются стадией патологического процесса в ПЖ и окружающих ее органах и тканях, характером и тяжестью возникших осложнений, особенностями перенесенных операций.

В целом ряде случаев (у 19 пациентов) эти минимально инвазивные процедуры действительно могли заменить открытые операции, ликвидировав несформированные жидкостные скопления (5) и ограниченные пара-панкреатические абсцессы при очаговом панкреонекрозе (4), что способствовало стиханию основного процесса в ПЖ и окружающем ее пространстве. Чрескожная катетеризация острых постнекротических псевдокист больших размеров с применением двух- и многокатетерного дренирования и последующей длительной

ирригацией кистозных полостей позволила у 4 пациентов добиться излечения даже при наличии в кистозных полостях значительного объема секвестрированной ткани. Условиями успеха при этом было отсутствие расширения диаметра главного и долевых протоков ПЖ, рубцовых стриктур и конкрементов по их ходу, а также отсутствие панкреолитиаза и множественных мелких кист. Наличие признаков интрапанкреатической, а иногда и билиарной гипертензии свидетельствует с большой долей вероятности о существовании цистодуктальных коммуникаций, что у пациентов, перенесших наружное дренирование псевдокист заставляет ожидать незаживления панкреатических свищей, а в случае их спонтанного закрытия - рецидива кистозного образования. Добиться клинического выздоровления с помощью чрескожной катетеризации наиболее реально у тех пациентов, у которых кистозные образования развились на фоне вторичного холангиогенного панкреатита, для которого нехарактерны исходные патологические изменения протоковой системы железы, а некротические изменения затрагивают только паренхиму органа.

У значительной части пациентов использование пункционно-катетеризационных вмешательств носило этапный характер. Их целесообразно было применять в качестве подготовительной процедуры перед лапаротомной операцией (21), либо переход к открытой операции оказался вынужденным в связи с неэффективностью минимально инвазивной процедуры, развитием ее осложнений. Этапные чрескожные лечебные вмешательства оказались применимыми также в интервале между лапаротомными операциями как попытка избежать многоэтапного хирургического лечения, либо как средство снизить опасность завершающей операции у 8 больных.

Нами выявлены также серьезные возможности использования чрескожных пункционно-катетеризационных процедур у больных рецидивирующим панкреатитом для лечения осложнений открытых операций на поджелудочной железе, развивающихся в раннем послеоперационном периоде как после наружного дренирования псевдокист, так и после «радикальных» вмешательств. При рецидивных псевдокистах и возникших парапанкреатических абсцессах пункции и катетеризация возникших жидкостных образований оказались эффективными у 10 (17,2%) наблюдавшихся нами пациентов с осложнениями операций, выполненных в различных фазах рецидивирующего панкреатита и служили завершающим этапом хирургического лечения. Малая травматичность щадящих вмешательств, возможность их выполнения в условиях местной анестезии оказались особенно важными и привлекательными у ослабленных послеоперационных больных.

Необходимо подчеркнуть, что неэффективность чрескожных пункций и дренирования кистозных образований наиболее часто отмечается у пациентов с первичным алкогольным калькулезным панкреатитом, у которых образование и длительное существование псевдокист патогенетически связано с интрапанкреатической гипертензией и поддерживается ее наличием. Необходимость выполнения завершающей реконструктивной лапаротомной операции в связи с этим обусловлена не только наличием более тяжелого поражения паренхимы ПЖ и парапанкреатической клетчатки, но и необходимостью коррекции интрапанкреатической гипертензии, а в ряде случаев также с восстановлением проходимости билиарного и желудочно-кишечного тракта.

Тактика лечения пациентов рецидивирующим панкреатитом с неудовлетворительными результатами эндоскопических вмешательств на органах билиарнопанкреатической системы

Согласно сообщениям Rosso E., Alexakis N., (2003), эндоскопические вмешательства на желчных путях, БСДК, ПЖ и ее протоках в качестве процедур, заменяющих открытые хирургические операции, находят все более широкое распространение при лечении пациентов с рецидивирующим панкреатитом. В то же время после выполнения лечебных эндоскопических процедур нередко развиваются рецидивы острого или хронического панкреатита, а также ранние либо поздние осложнения заболевания, например, псевдокисты. В связи с этим возникают показания к выполнению лапаротомных реконструктивных операций на ПЖ и смежных с нею органах, а в ряде случаев также повторных минимально инвазивных вмешательств.

Нами наблюдался 21 пациент с рецидивирующим панкреатитом, вторичным (билиарным) и первичным (алкогольным), у которых после перенесенных эндоскопических вмешательств (табл. 6) возникли осложнения, либо рецидивы панкреатита, псевдокист, свищей ПЖ. Возникновение этих расстройств потребовало выполнения повторных (реконструктивных) операций, иногда в сочетании с дополнительными способами «эндотерапии». Нами был проведен анализ причин неэффективности эндоскопических операций и обстоятельств, приведших к развитию осложнений «щадящих» процедур, а также обоснована необходимость выполнения повторных (реконструктивных) операций в данной группе пациентов, определены особенности их технического выполнения в каждой из категорий лиц, ранее подвергавшихся различным вариантам эндоскопических операций. Были также изучены меры по возможному предотвращению развития новых осложнений и рецидивов после выполнения повторных (реконструктивных) операций на ПЖ, ее протоках, а также на смежных органах.

Таблица 6.

Виды эндоскопических процедур, применявшихся у больных рецидивирующим панкреатитом различной этиологии (n=21)

Виды эндоскопических процедур	Билиарный панкреатит n=5	Алкогольный панкреатит n=16	всего n=21
ЛХЭ	2	1	3
Лапароскопическая холецистостомия	2	-	2
Лапароскопический холецистоэнтнроанастомоз	-	2	2
Лапароскопическая цистэктомия	-	1	1
Лапароскопические санации парапанкреатического пространства	1	-	1
Лапароскоп. дренир. ОЖП	1	-	1
ЭЦГА	-	3	3
ЭЦДА	-	1	1
ЭРХПГ+ЭПСТ	-	4	4
ЭРХПГ+ЭПСТ+литоэктракция	4	-	4
Билиарное стентирование	1	3	4
Стентирование ГПП	-	5	5
Литоэкстракция из ГПП	-	1	1
Балонная дилатация БСДК	1	-	1

Итого	12	21	33

Среди наблюдавшихся 21 пациентов рецидивирующим панкреатитом, у которых расстройства, возникшие после эндоскопических вмешательств на желчных путях, БСДК и ПЖ, составили показания к последующему хирургическому лечению, при этом характер первичных эндоскопических операций в группах пациентов с билиарным и алкогольным панкреатитом имел существенные различия. Принципиально различались также тактика и техника последующих операций, объекты их выполнения (желчные пути, БСДК, ПЖ), выбор конкретного способа повторного вмешательства. 2 больных после неэффективных эндоскопических процедур от предложенного по показаниям оперативного вмешательства отказались в пользу эндоскопических вмешательств.

Таблица 7.

Лапаротомные операции у больных рецидивирующим панкреатитом, перенесших ранее неэффективные эндоскопические вмешательства. (n=19)

Вид операции	Билиарный Панкреатит n=5	Алкогольный панкреатит n=14
ППЕА		4
НД кисты	1	5
ЦПЕА		2
Холецистоэнтероанастомоз		1
ГЕА	2	1
Ушивание дефекта желудка		1
ПДР		1
ППЕА+ГЕА		1
ХДА	1	
Холедохолитотомия	1	
ЦЕА		1
Всего	**5**	**17**

Так, у 5 пациентов с вторичным (билиарным) панкреатитом первичные и многомоментные эндоскопические вмешательства были направлены на устранение этиологического фактора панкреатита - холе- и холангиолитиаза и осложняющих его механической желтухи и холангита. В числе применявшихся «щадящих» процедур были: ЛХЭ у 2 пациентов, ЭПСТ с литоэкстракцей (4), баллонодилятация БСДК (1), стентирование общего желчного протока (1), а также лапароскопические санации при панкреонекрозе (1) и декомпрессионные процедуры: ЛХС (2), дренирование ОЖП (1) (табл. 6).

При анализе причин неуспеха эндоскопических вмешательств у пациентов билиарным панкреатитом удалось выделить следующие факторы:
1) эндоскопическое вмешательство на желчных путях, например, ЛХЭ, произведенное на фоне уже развившегося билиарного ХП, не позволило предотвратить прогрессирование патологического процесса в ПЖ и развитие его

осложнений: панкреатических псевдокист, свищей и др.;
2) существовавшие к моменту выполнения эндоскопической процедуры осложнения панкреатита не были распознаны и своевременно корригированы;
3) осложнения возникли как следствие тактических и технических дефектов эндоскопического вмешательства.

Стремление добиться выздоровления исключительно «щадящими» методами имело следствием выполнение у ряда пациентов от 2 до 6 неэффективных эндоскопических и рентгеноэндобилиарных вмешательств, прежде чем была осуществлена заключительная операция – наложение билиодигестивного анастомоза с магистральными желчными протоками с благоприятным исходом.

Приведенные данные не противоречат представлению о важной роли и эффективности таких эндоскопических вмешательств как ЭПСТ с литоэкстракцией из желчных протоков в разрешении механической желтухи и вторичного панкреатита. В то же время неверная интерпретация данных инструментальных исследований, недостаточная обоснованность выполнения минимально инвазивных процедур и их неэффективность, обусловленная объективными или субъективными причинами обосновывали у ряда пациентов с билиарным панкреатитом необходимость перехода к следующему этапу лечения – лапаротомной операции на желчных путях (табл. 7). У пациентов с первичным алкогольным, обычно калькулезным панкреатитом набор применявшихся эндоскопических вмешательств был большим по сравнению с билиарным панкреатитом (табл. 6). Эндоскопические процедуры были использованы в данной группе пациентов в качестве первичных лечебных вмешательств, как средство смягчения симптомов заболевания ПЖ в процессе длительного хирургического лечения, наконец, как метод коррекции таких осложнений панкреатита как механическая желтуха и холангит, различные жидкостные панкреатические образования, в частности, псевдокисты.

Нами проведен анализ причин неэффективности эндоскопических операций у больных первичным хроническим панкреатитом с учетом характера патологических изменений органов билиарно-панкреатической системы, установленных в ходе реконструктивных операций. При этом удалось выделить следующие факторы, обусловившие неудачи подобных «щадящих» процедур:
1) необоснованное выполнение при алкогольном поражении ПЖ изолированных операций на желчных путях (ЛХЭ) в надежде на стихание симптомов панкреатита и обратное развитие осложнений;
2) неоправданное стремление добиться выздоровления пациентов с первичным алкогольным (калькулезным) панкреатитом с помощью исключительно «щадящих» эндоскопических процедур;
3) неадекватный выбор минимально инвазивного способа дооперационной билиарной декомпрессии, например, травматичные попытки разрешить протяженный стеноз холедоха при псевдотуморозном панкреатите с помощью ЭПСТ вместо более эффективных билиарного стентирования или ЧГХС, а также неэффективное наложение лапароскопических билиодигестивных анастомозов;
4) тактические и технические дефекты выполнения эндоскопических вмешательств, например, стентирования ГПП, наложения цистогастро- и цистодуодено-анастомозов, приведшие к возникновению осложнений.

Одним из главных показаний к использованию эндоскопических вмешательств, как в качестве основной лечебной процедуры, так и с целью повышения безопасности последующей операции на ПЖ у пациентов с алкогольным «псевдотуморозным» панкреатитом был протяженный тубулярный

стеноз холедоха с механической желтухой и холангитом. По аналогии с билиарным панкреатитом эндоскописты пытались использовать с этой целью у 4 наблюдавшихся пациентов с алкогольным поражением ПЖ метод изолированной ЭПСТ. Закономерным итогом этой тактики была неэффективность эндоскопической процедуры, прогрессирование желтухи и холангита, что требовало ускоренного перехода к лапаротомному вмешательству.

Более эффективным в данной ситуации у 3 пациентов оказалось, на первых порах, завершение ЭПСТ ретроградным стентированием холедоха. Однако длительное пребывание в желчном протоке стента приводило к его инкрустации солями желчных кислот и окклюзии с рецидивом желтухи и холангита. Выполнение повторного эндопротезирования в этих случаях также оказывалось временной мерой, приводящей к неоправданному затягиванию с выполнением радикальной операции на ПЖ при псевдотуморозном панкреатите и к усложнению последующей операции. Разрешив обструкцию билиарного тракта, билиарное стентирование не купирует интрапанкреатическую гипертензию, не приводит к обратному развитию псевдокист, а, следовательно, не предотвращает необходимости последующей декомпрессивной операции на ПЖ, например, наложения панкреато- или цистодигестивного анастомоза. .

Попытки разрешить механическую желтуху с помощью наложения холецистоэнтероанастомоза в условиях лапароскопии по сравнению с билиарным стентированием оказались менее эффективными. После наложения подобных эндоскопических билиодигестивных анастомозов у 2 пациентов с псевдотуморозным панкреатитом, необходимая операция на ПЖ и билиарном тракте откладывалась на значительный срок, а техническое ее выполнение становилось более сложным. Трудности выполнения повторной операции усугублялись тем, что у двух пациентов желчеотводящее соустье оказалось наложенным с терминальным отделом подвздошной кишки.

В качестве альтернативы наложению панкреато- и цистодигестивных анастомозов при первичном (алкогольном) панкреатите рядом авторов (Binmoeller K., Jue P., Seifert H., 1995; Beckingham I., Krige J., Bornman P., 1997) признаются такие эндоскопические вмешательства на протоках ПЖ, как ретроградное стентирование ГПП с целью коррекции гипертензии в протоковой системе поджелудочной железы, смягчения болевого синдрома, а также осуществления внутреннего дренажа интрапанкреатических псевдокист. Однако метод не во всех случаях приводит к выздоровлению пациентов с ХП и псевдокистами ПЖ, что дало нам основание рекомендовать 5 пациентам после ранее выполненного неэффективного или осложненного стентирования ГПП повторное хирургическое лечение. Неудачи эндоскопической процедуры проявлялись усилением болевого синдрома, развитием острого, в том числе некротического панкреатита, рецидивами дренированных псевдокист, либо образованием новых. Специфическим осложнением стентирования было также смещение эндопротеза в дистальном направлении, его облитерация и другие побочные эффекты, связанные с длительным пребыванием стента в протоках ПЖ.

Характер повторных операций зависел от характера возникших после стентирования осложнений и причин рецидивов панкреатита. В качестве способов реконструкции применяли внутреннее дренирование панкреатических протоков (у 3 пациентов), либо вынужденное наружное (у 1) дренирование постнекротических псевдокист. При смещении стента в дистальный отдел ГПП и невозможности его эндоскопического удаления возникали показания к продольной панкреатотомии, удалению эндопротеза с последующим формированием продольного ПЕА.

К выполнению реконструктивных лапаротомных операций пришлось также

прибегнуть у 3 пациентов, перенесших ранее наложение эндоскопического цистогастроанастомоза и одного больного - цистодуоденоанастомоза. У одного из больных показанием к повторной лапаротомной операции – наружному дренированию псевдокист явился перитонит, обусловленный дефектами техники эндоскопической операции - формированием ЦГА при отсутствии сращения капсулы псевдокисты с задней стенкой желудка; при этом также не была распознана вторая псевдокиста. В трех других случаях показанием к реконструкции была ранняя облитерация ЦГА и ЦДА, связанная с исходно малым диаметром сформированного эндоскопического анастомоза. В связи с неуспехом попыток реканализации соустья в условиях ЭФГС, спустя 3-6 мес после эндоскопической операции в условиях лапаротомии у одного из пациентов был сформирован ЦЕА, у другого – ПЦПЕА, у третьего потребовалось двухэтапное вмешательство – наружное дренирование псевдокисты, а спустя 8 мес - наложение ППЕА. Во всех случаях в конечном итоге было достигнуто выздоровление.

Суммированный нами опыт использования эндоскопических хирургических вмешательств на органах билиарно-панкреатической системы при рецидивирующем панкреатите и его осложнениях позволяет признать, что использование таких минимально инвазивных процедур на желчных путях, БСДК, протоках ПЖ при ЖКБ, осложненной панкреатитом, псевдокистами, существенно расширяет диапазон лечебных воздействий при поражениях ПЖ. Такие эндоскопические процедуры как ЛХЭ, ЭПСТ, билиарное и панкреатическое стентирование могут рассматриваться в качестве запланированного первого этапа лечения, обеспечивающего более безопасное проведение последующего основного оперативного вмешательства, осуществляемого средствами традиционной или минимально инвазивной хирургии. Причинами возникновения рецидивов панкреатита, псевдокист, образования панкреатических свищей после эндоскопических операций могут являться недостатки дооперационной диагностики, неадекватная тактика лечения, а также технические дефекты выполнения «щадящих» лечебных процедур. Средствами коррекции возникших осложнений и рецидивов служат лапаротомные реконструктивные операции на ПЖ и смежных органах, а в ряде случаев также методов минимально инвазивной хирургии и эндотерапии.

Таким образом, речь идет о развитии нового раздела реконструктивной хирургии, характеризующегося выполнением у пациентов с рецидивирующим панкреатитом повторных хирургических операций после осложненных или неэффективных эндоскопических вмешательств на желчных путях и ПЖ. Накопленный нами опыт подобных операций свидетельствует о том, что принципы выполнения подобных реконструктивных вмешательств у пациентов с осложненным панкреатитом в целом соответствуют применяемым после неэффективных лапаротомных операций. В обоих случаях основными задачами реконструктивных вмешательств остается адекватная коррекция интрапанкреатической и билиарной гипертензии, удаление нежизнеспособных участков ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, санация и дренирования гнойных очагов.

Итак, опыт проведенных исследований показывает, что внедрение в практику лечения больных с поражениями поджелудочной железы методов минимально инвазивной хирургии/эндотерапии существенно расширяет возможности оказания медицинской помощи пациентам с острым некротизирующим и хроническим панкреатитом, а также с такими его осложнениями, как парапанкреатические жидкостные скопления и абсцессы,

псевдокисты поджелудочной железы. В то же время «щадящие» лечебные вмешательства не должны противопоставляться способам традиционной лапаротомной хирургии – по существу, результате речь должна идти о системе комбинированного чрескожного, эндоскопического и «открытого» хирургического лечения осложненных форм рецидивирующего панкреатита различной этиологии.

В Ы В О Д Ы:

1. Чрескожные пункционно-катетеризационные лечебные вмешательства у пациентов с некротизирующим панкреатитом, осложненным несформированными жидкостными скоплениями, а также ограниченными интра- и парапанкреатическими абсцессами, во многих случаях оказываются самостоятельной лечебной процедурой, позволяющей добиться клинического выздоровления без выполнения лапаротомных операций.
2. Острые постнекротические псевдокисты могут быть излечены у пациентов с билиарным панкреатитом с помощью чрескожных пункций и/или катетеризации при отсутствии широкого сообщения кист с системой панкреатических протоков и интрапанкреатической гипертензии. У пациентов с алкогольным панкреатитом в сочетании с панкреатолитиазом, стриктурами по ходу протоков поджелудочной железы и гипертензией в них пункционно-катеризационные вмешательства чаще могут рассматриваться как этапные процедуры, направленные на подготовку пациента к выполнению лапаротомного корригирующего вмешательства.
3. У пациентов с рецидивирующим панкреатитом в сочетании с поражением желчных путей, механической желтухой и холангитом, первичные минимально инвазивные вмешательства на билиарном тракте обладают существенными преимуществами. При билиарном панкреатите оптимальным способом билиарной декомпрессии является ЭПСТ с литоэстракцией, в ряде случаев с назобилиарным дренированием. У пациентов с первичным панкреатитом, осложненным тубулярном стенозом холедоха, оптимальным способом предоперационной билиарной декомпрессии является эндоскопическое ретроградное билиарное стентирование, более эффективное по сравнению с наложением эндоскопических билиодигестивных анастомозов.
4. При осложненном течении послеоперационного периода у пациентов с рецидивирующим панкреатитом, подвергшихся операциям на поджелудочной железе, выявление в ходе УЗИ и КТ парапанкреатических жидкостных образований является показанием к выполнению чоезкожных пункций и/или катетрного дренирования их взамен релапаротомии, небезопасной для ослабленных пациентов.
5. Эндоскопические вирсунготомия и панкреатическое стентирование у целого ряда пациентов не приводят к купированию хронического панкреатита, ликвидации интрапанкреатических псевдокист, сопровождаясь такими осложнениями как смещение внутрипротокового стента, что требует оперативного его удаления из панкреатического протока с последующим формированием продольного панкреатоеюноанастомоза.
6. Развитие осложнений и рецидивов псевдокист в ближайшие сроки после наложения эндоскопического цистогастроанастомоза обусловлено техническими трудностями формирования достаточно широкого соустья с помощью эндоскопической техники. Оптимальными методами реконструктивной операции в подобной ситуации является наложение цисто- или панкреатоеюноанастомозов.

7. Залогом успеха лечения пациентов с рецидивирующим панкреатитом и его осложнениями является рациональное сочетание методов традиционной и минимально инвазивной хирургии, которые, дополняя друг друга, позволяют обеспечить максимальный лечебный эффект.

П Р А К Т И Ч Е С К И Е Р Е К О М Е Н Д А Ц И И:

1. Лечебные чрескожные пункции у пациентов с деструктивным панкреатитом целесообразно использовать при небольших размерах жидкостных скоплений, интра- и парапанкреатических абсцессов. Опасность инфицирования жидкостных образований при этом минимальна.

2. Чрескожной катетеризации подлежат прогрессивно увеличивающиеся жидкостные скопления, сформированные абсцессы и острые псевдокисты крупных размеров. Подбор разновидности и диаметра катетера определяется особенностями строения и топографии жидкостного образования. При особо крупных (гигантских) псевдокистах с наличием в их полости крупных секвестров целесообразно дренирование двумя катетерами для последующего длительного промывания.

3. При сочетании панкреатических псевдокист с гнойным парапанкреатитом, перитонитом и «панкреатическим асцитом» следует воздерживаться от использования пункционно-катеризационных лечебных процедур и переходить сразу к выполнению открытой операции из широкого лапаротомного доступа.

4. Эндоскопическое билиарное стентирование у больных с рецидивирующим панкреатитом, осложненным механической желтухой и холангитом, позволяет уменьшить риск последующей операции на поджелудочной железе и билиарном тракте. Длительная задержка с выполнением заключительной операции может сопровождаться рецидивом желтухи и холангита на почве инкрустации и окклюзии эндопротеза.

5. Выявление осложнений и рецидивов псевдокист после наложения эндоскопических цистогастро- и цистодуоденоанастомозов требует безотлагательного выполнения повторных (реконструктивных) операций, преимущественно внутреннего дренирования кист и протоков поджелудочной железы, а при его невозможности наружного дренирования.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Зурабиани В.Г., Гаврилин А.В., Матвеева Г.К., Данилов М.В. Оценка эффективности минимально инвазивных лечебных вмешательств у больных острым деструктивным панкреатитом (обзор литературы) // Ж. Анналы хирургической гепатологии – 2007. - №1, - 12 Том. – С.7-14.
2. Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В., Говоров С.А., Зурабиани В.Г., Темирсултанов Р.Я., Матвеева Г.К. Хирургическое лечение больных с осложнениями пункционно-катетеризационных вмешательств при постнекротических жидкостных образованиях поджелудочной железы // Кн. Актуальные вопросы диагностики и лечения деструктивных осложнений острого панкреатита. Материалы городского семинара – Москва, 2007. – С. 9-13.
3. Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В., Зурабиани В.Г., Матвеева Г.К. Лечение больных хроническим рецидивирующим панкреатитом – хирургия или “минимально инвазивная хирургия”/эндотерапия // Кн. Второй конгресс московских хирургов неотложной и специализированной хирургической помощи. – Москва, 2007. – 17-18 мая. – С.82-83.
4. Зурабиани В.Г., Гаврилин А.В., Говоров С.А., Матвеева Г.К., Данилов М.В. Возможности минимально инвазивных вмешательств в лечении больных хроническим рецидивирующим панкреатитом // Ж. Анналы хирургической гепатологии – 2007. - № 2. – Том 12. – С.103-111.

5. Зурабиани В.Г., Гаврилин А.В., Матвеева Г.К., Данилов М.В. Кистозные поражения поджелудочной железы. Традиционная хирургия или минимально инвазивные вмешательства? // Альманах Института Хирургии А.В.Вишневского – 2008. - № 3. – Том 3. – С.146-155.
6. Данилов М.В., Гаврилин А.В., Зурабиани В.Г., Жаворонкова О.И. Роль ультразвукового исследования на этапе диагностики и лечения у пациентов с хроническим рецидивирующим панкреатитом // Материалы научн.-практич. конф. “Высокотехнологичные методы диагностики и лечения в абдоминальной хирургии”. Альманах Института Хирургии А.В.Вишневского – 2008. - № 4. – Том 3. – С. 24-25.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКШ	аортокоронарное шунтирование
БСДК	большой сосочек двенадцатиперстной кишки
ДРПЖ	дистальная резекция поджелудочной железы
ГЕА	гепатикоеюноанастомоз
ГПДР	гастропанкреатодуоденальная резекция
ГПП	главный панкреатический проток
КТ	компьютерная томография
ЛХЭ	лапароскопическая холецистэктомия
НД	наружное дренирование
НЖС	несформированное жидкостное скопление
ОЖП	общий желчный проток
ПЕА	панкреатоеюноанастомоз
ППЕА	продольный панкреатоеюноанастомоз
ПЖ	поджелудочная железа
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХДА	холедоходуоденоанастомоз
ХП	хронический панкреатит
ХЭ	холецистэктомия
ЦГА	цистогастроанастомоз
ЦПЕА	цистопанкреатоеюноанастомоз
ЧКД	чрескожное дренирование
ЧКП	чрескожная пункция
ЭРХГ	эндоскопическая ретроградная холангиография
ЭРХПГ	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография
ЭПСТ	эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭЦГА	эндоскопический цистогастроанастомоз
ЭЦДА	эндоскопический цистодуоденоанастомоз

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Федеральное государственное учреждение
Институт хирургии им. А.В.Вишневского
Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи

Б. Серпуховская ул., д.27, Москва,115998, тел.(495)236-72-90, факс (495)236-61-30 http://www.vishnevskogo.ru E-Mail: doktor@ixv.comcor.ru
ОКПО 01897239 ОГРН 10377339528507 ИНН/КПП 7705034322 / 770501001

_____ № _____
на № _____ от _____

16.03.2009 г. № ДС - 7

В Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий» сообщает, что автореферат диссертации Зурабиани Вахтанга Георгиевича «Оценка эффективности минимально инвазивных вмешательств в комплексном хирургическом лечении больных рецидивирующим панкреатитом», по специальностям 14.00.27 – хирургия и 14.00.19 – лучевая диагностика, лучевая терапия, медицинские науки, медицинские науки размещен на сайте Института 16 марта 2009 года http://www.vishnevskogo.ru

Шифр диссертационного совета Д 208.124.01 при ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий».

Ф.И.О. отправителя : Шаробаро В.И., ученый секретарь диссертационного совета доктор медицинских наук ,

E-mail: Sharobaro@ixv.comcor.ru.

Директор ФГУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского»
Академик РАМН Федоров В.Д.

Сведения о предстоящей защите диссертации

Зурабиани Вахтанг Георгиевич

«Оценка эффективности минимально инвазивных вмешательств в комплексном хирургическом лечении больных рецидивирующим панкреатитом»

по специальностям 14.00.27 – хирургия и 14.00.19 – лучевая диагностика, лучевая терапия

медицинские науки

Д 208.124.01

ФГУ «Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий»

117997, Москва, Б.Серпуховская, 27

телефон: 236.60.38 (http://www.vishnevskogo.ru).

E-mail: Sharobaro@ixv.comcor.ru

Предполагаемая дата защиты 16 апреля 2009 года

16 марта 2009 года

Ученый секретарь диссертационного совета Д 208.124.01

Доктор медицинских наук Шаробаро В.И.