

© М. П. Королёв, Р. Г. Аванесян, Е. А. Михайлова, 2016
УДК 616.37-002.4-06:616.37-002.3-003.4-089.48

М. П. Королёв^{1, 2}, Р. Г. Аванесян^{1, 2}, Е. А. Михайлова^{1, 2}

ТРАНССЕЛЕЗЁНОЧНОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССОВ И ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М. П. Королёв),
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ;
² СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» (главврач — засл. врач РФ проф. О. В. Емельянов)

Ключевые слова: трансселезеночное дренирование, панкреонекроз, абсцессы и кисты поджелудочной железы, миниинвазивное лечение

Введение. Острый панкреатит является одним из самых распространенных заболеваний органов брюшной полости. Этиология острого панкреатита разнообразна. Ведущими этиологическими факторами являются злоупотребление алкоголем и патология желчных путей, реже встречаются другие причины, такие как травмы поджелудочной железы, системные и аутоиммунные заболевания [1, 2]. Деструктивный панкреатит и панкреонекроз — тяжелые осложнения течения панкреатита, летальность при инфицированных формах которых, по данным разных авторов, достигает 60% [1]. Деструктивные панкреатиты часто осложняются развитием забрюшинных абсцессов и постнекротических кист.

Согласно последним рекомендациям, на первом этапе хирургического лечения забрюшинных панкреатогенных абсцессов и кист применяются чрескожные миниинвазивные дренирования под ультразвуковым контролем. Для ультразвуковой навигации необходимо наличие акустического окна, которое позволяет отследить при сканировании весь путь иглы — от поверхности кожи до жидкостного образования. Ультразвуковое окно должно быть безопасным, т. е. в зоне сканиро-

вания между кожей и объектом дренирования не должно быть крупных сосудов, нервов, кишки и, желательно, отсутствие на пути манипулятора хорошо кровоснабжаемых органов. При дренировании забрюшинных абсцессов наиболее безопасным доступом является внебрюшинный, однако, это не всегда возможно. В таких ситуациях используют трансбрюшинные доступы, которые могут быть как внеорганные, так и трансорганные. При локализации абсцессов или кист в области хвоста поджелудочной железы часто единственным путем проведения дренажа остается селезенка. В литературе упоминания о выполненных трансселезеночных дренированиях встречаются крайне редко [3, 4]. Риск возможного внутрибрюшного кровотечения и вероятность его поздней диагностики приводят к ограниченному применению данного метода дренирования. Трансселезеночное проведение дренажа достаточно опасно, однако, при отсутствии другого, безопасного акустического окна транскутанное трансселезеночное дренирование менее травматично по сравнению с открытым дренированием.

Учитывая редкость этой применяемой методики, отсутствие систематизированного подхода к профилактике осложнений, нами разработано миниинвазивное трансселезеночное вмешательство при жидкостных скоплениях в области хвоста поджелудочной железы.

Сведения об авторах:

Королёв Михаил Павлович (e-mail: korolevmp@yandex.ru), Аванесян Рубен Гарриевич (e-mail: av-ruben@yandex.ru),
Михайлова Елена Анатольевна (e-mail: mihaylova.lena@mail.ru), кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2;
Городская Мариинская больница, 191014, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56

Материал и методы. С 2006 г. по настоящее время в СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» 97 пациентам с инфицированными кистами или абсцессами хвоста поджелудочной железы были выполнены миниинвазивные дренирующие операции, из которых 11 выполнены перкутаным трансселезеночным доступом. У 58 больных при локализации полости в области хвоста поджелудочной железы дренаж установлен внеоргано (рис. 1) Наиболее безопасными из трансорганных доступов являются трансгастральный и транспеченочный, в 24 наблюдениях мы применяли данные пути дренирования полостей. Но при абсцессах, исходящих из хвоста поджелудочной железы, они не всегда реализуемы. В клинике в подобных ситуациях применяли чреспротоковый путь дренирования жидкостного скопления в области хвоста поджелудочной железы или трансселезеночное проведение дренажа. Транспротоковый путь дренирования полости инфицированной кисты хвоста поджелудочной железы мы применяли у 4 пациентов. Недостатком чреспротокового дренирования являются следующие факторы: 1) не всегда полость абсцесса или кисты связана с протоком; 2) при узком протоке пункция и внутрипросветные манипуляции затруднены и не всегда выполнимы. В подобных ситуациях мы использовали трансселезеночный путь проведения дренажа в полость абсцесса или кисты.

У 6 больных трансселезеночное дренирование было выполнено без дренирования поддиафрагмального пространства. Однако мы заметили, что, несмотря на отсутствие свободной жидкости в брюшной полости при контрольном УЗИ, выполняемом через 15, 30, 45 мин после дренирования, практически все пациенты в течение 1 сут отмечают боль под левой лопаткой, что связано с поступлением небольшого количества жидкости или крови под левый купол диафрагмы из раны селезенки или из полости абсцесса. С целью эвакуации подтекающей крови и патологического содержимого при трансселезеночном дренировании, для своевременной диагностики кровотечения и объективного контроля за его темпом нами был разработан и внедрен в практику метод чрескожного трансселезеночного дренирования, при котором производится одномоментная установка двух дренажей (приоритетная справка № 2015157496 от 31.12.2015 г.). Первый дренаж устанавливали для транскутанного дренирования левого поддиафрагмального пространства с целью непрерывного объективного контроля за возможным кровотечением из селезенки и дренирования брюшной полости. Второй — для транскутанного трансселезеночного дренирования полости

жидкостного образования в области хвоста поджелудочной железы. По такому методу было произведено дренирование абсцессов хвоста поджелудочной железы в 5 наблюдениях.

Методика заключается в следующем: в асептических условиях в операционной под общей анестезией иглой Chiba 22 G под ультразвуковым контролем пунктировали левое поддиафрагмальное пространство (рис. 2, а). Через просвет иглы вводили водорастворимое контрастное вещество (76% урографин в разведении 1:2 с изотоническим раствором натрия хлорида объемом 20–50 мл). При условии визуализации контрастного вещества в поддиафрагмальном пространстве при рентгенологическом контроле через просвет иглы заводили проводник с мягким кончиком (проводник Коупа) (см. рис. 2, б).

После того, как получено подтверждение нахождения проводника в поддиафрагмальном пространстве, по нему по методу Сельдингера проводили набор фасциальных бужей, причем наружный из бужей имеет просвет под стандартный проводник 0,38 дюйма. После проведения по наружному бужу стандартного проводника данного диаметра по этому проводнику устанавливали дренаж диаметром 8–12 Fr с фиксирующимся концом. Затем с помощью УЗИ определяли трансселезеночное акустическое окно. Выполняли дренирование жидкостного образования с помощью системы «стиллет-катетер» дренажами 8,5–10,2 Fr (см. рис. 2, в). Необходимо исключить повторные проколы селезенки, соблюдая принцип один прокол — одно дренирование. После дренирования оценивали характер полости и её содержимое, контрастировали полость абсцесса (см. рис. 2, г). Дренаж позиционировали в полости жидкостного образования фиксирующим кольцом. В послеоперационном периоде осуществляли непрерывный контроль характера, количества и скорости отхождения отделяемого по дренажам. Через 3–5 дней после дренирования полость кисты или абсцесса промывали раствором антисептика, при этом ежедневно с целью профилактики закупорки или инкрустации просветы дренажей, как основного, так и контрольного, промывали физиологическим раствором натрия хлорида в объеме до 2–3 мл.

Результаты и обсуждение. Из 11 пациентов, которым операцию выполняли перкутаным трансселезеночным доступом, у 10 излечение было достигнуто только миниинвазивным дренированием. Одному больному

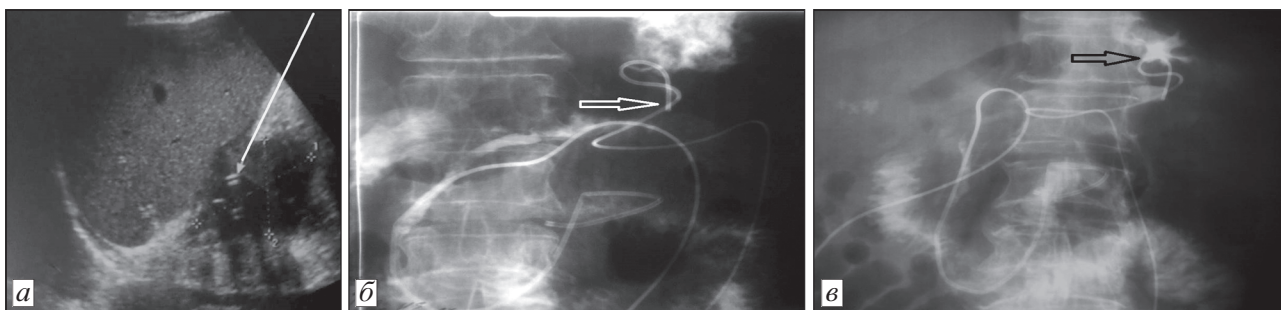


Рис. 1. Чрескожное, чрезбрюшинное, внеорганоное дренирование полости абсцесса хвоста поджелудочной железы (объяснение в тексте).

а — УЗИ брюшной полости, путь проведения дренажа под висцеральной поверхностью селезенки (стрелка);
б — рентгенограмма брюшной полости, дренаж в полости кисты (стрелка); в — рентгенограмма брюшной полости, парадренажная остаточная полость после дренирования (стрелка)

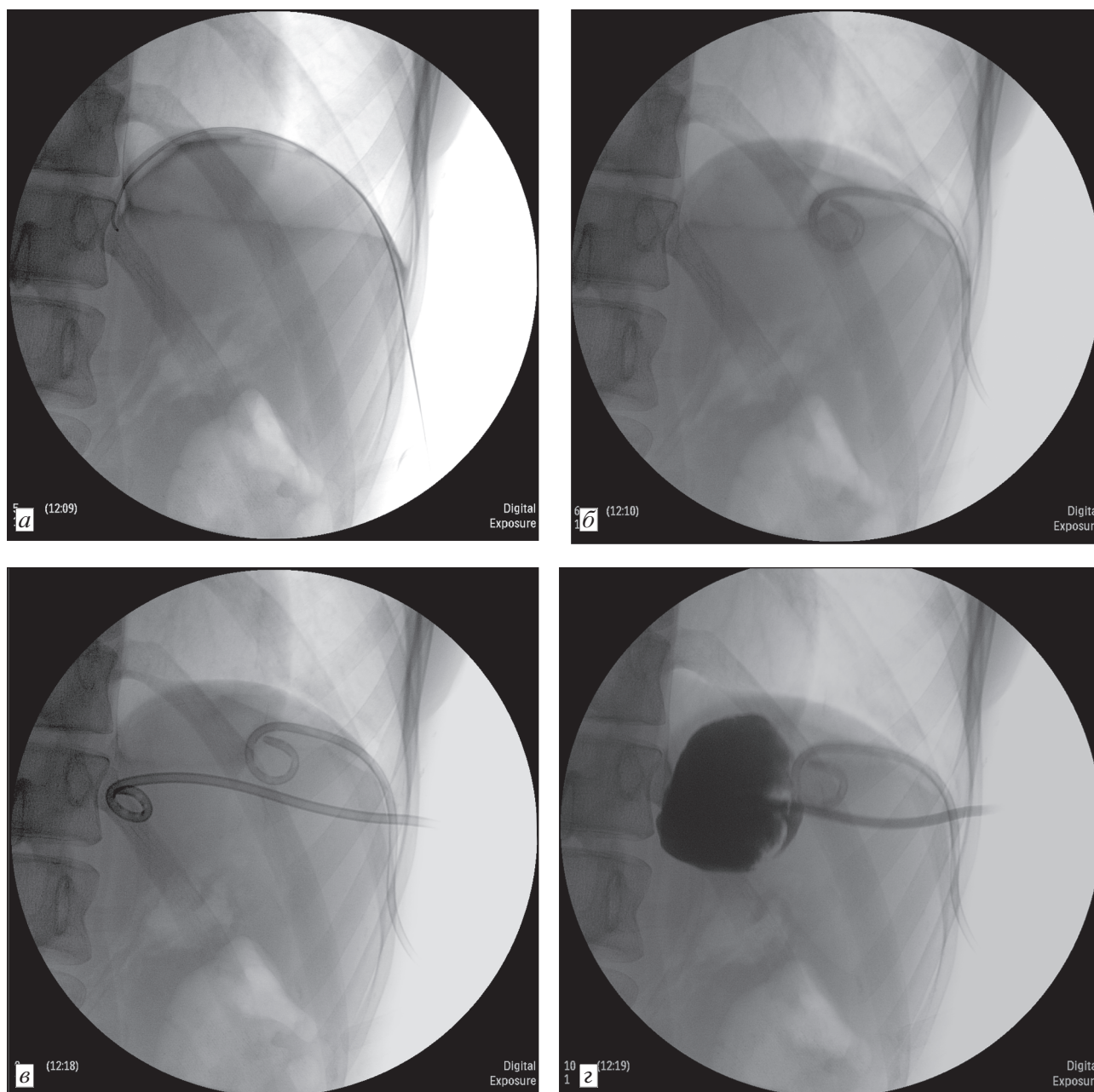


Рис. 2. Этапы чрескожного трансселезеночного дренирования жидкостных образований в области хвоста поджелудочной железы (рентгенограммы брюшной полости) (объяснение в тексте).

а — стандартный У-образный проводник диаметром 0,38 дюйма в левом поддиафрагмальном пространстве;

б — установлен контрольный (страховочный) дренаж в левое поддиафрагмальное пространство;

в — трансселезеночное дренирование абсцесса хвоста поджелудочной железы; г — контрастирование полости абсцесса

потребовался переход на открытую операцию в связи с кровотечением из аррозированной селезеночной артерии. Таким образом, у 90,91% пациентов лечение ограничилось только минимальным вмешательством.

Применение разработанного способа трансселезеночного дренирования абсцессов и кист хвоста поджелудочной железы, при котором одновременно устанавливается контрольный дренаж в левое поддиафрагмальное пространство,

позволяет практически в режиме реального времени диагностировать возможное внутрибрюшное кровотечение из селезенки, через которую осуществляли дренирование путем оценки характера отделяемого по дренажу. Нами установлено, что после применения контрольного дренирования поддиафрагмального пространства больные не отмечают интенсивных болей в левой половине живота и под левой лопаткой, с первого же дня пациенты активны, не требуют постельного

режима. Непрерывная оценка темпа возможного кровотечения позволяет оценить эффективность гемостатической терапии и при необходимости перейти к традиционному хирургическому лечению. Кроме того, своевременная эвакуация крови из брюшной полости по уже установленному дренажу позволяет избежать образования отграниченных скоплений крови и дальнейшего возможного инфицирования гематомы.

Контрольный дренаж из поддиафрагмального пространства удаляли через 3–7 дней, при полном отсутствии поступления содержимого и после контрольного ультразвукового исследования. Дренажи из полости кисты или абсцесса извлекали в сроки от 2 до 7 нед. Критериями для удаления дренажей служили: 1) отсутствие полости жидкостного образования при контрольных инструментальных исследованиях; 2) отсутствие патологического отделяемого из полости; 3) нормализация показателей при лабораторном исследовании крови; 4) достижение клинического улучшения — купирование воспалительных явлений, связанных с инфицированной полостью; 5) отсутствие связи полости с протоковой системой поджелудочной железы при рентгенологическом исследовании.

Летальности при трансселезеночном дренировании полости кисты или абсцесса хвоста поджелудочной железы не было.

Выводы. 1. Разработанный способ позволяет расширить показания для чрескожного дренирования жидкостных образований хвоста поджелудочной железы у пациентов, у которых единственным возможным доступом для миниинвазивного чрескожного дренирования является трансселезеночный.

2. Это позволит чаще применять методику чрескожного трансселезеночного катетерного дренирования жидкостных образований в области хвоста поджелудочной железы, избегая более травматичных открытых методов дренирования.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. 264 с.
2. Ягупова А.А., Корниенко Е.А., Лобода Т.Б., Фаина С.А. Новый диагноз в детской практике: аутоиммунный панкреатит // Педиатрия. 2013. № 4. С. 48–55.
3. Deurdulian C., French N. Ultrasound guided intervention in the abdomen and pelvis: review from A to Z // Ultrasound Clinics. 2014. Vol. 9, № 4. P. 793–820.
4. Van Sonnenberg E., Wittich G.R., Casola G. et al. Percutaneous drainage of infected and noninfected pancreatic pseudocysts: experience in 101 cases // Radiology. 1989. Vol. 170, № 3. P. 757–761.

Поступила в редакцию 15.06.2016 г.

M. P. Korolyov, R. G. Avanesyan, E. A. Mikhailova

TRANSSPLENIC DRAINAGE OF ABSCESES AND POSTNECROTIC CYSTS OF TAIL OF PANCREAS

¹ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University; ² Municipal Mariinskiy Hospital, Saint-Petersburg

The authors designed and introduced into practice the method of percutaneous transsplenic drainage with single-stage installation of two drainages. The developed method allowed extension of indications for percutaneous drainage of liquid formations in the area of tail of pancreas in patients, whose the only possible way of mini-invasive percutaneous drainage was the transsplenic way. The method gives an option to apply this technique of percutaneous transsplenic catheter drainage of liquid formations in the area of tail of pancreas avoiding the more traumatic open methods of drainage.

Key words: *transsplenic drainage, pancreatonecrosis, abscesses and cysts, pancreas, mini-invasive treatment*