

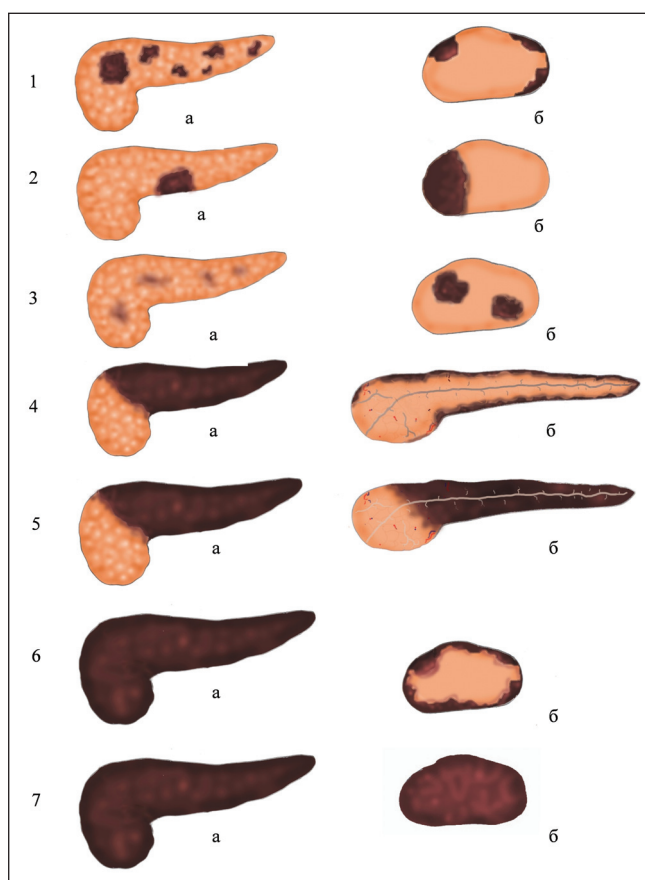
При отсутствии в диагностико-лечебном алгоритме инвазивных методик антибиотикопрофилактику не проводим.

Показания к пункции под контролем УЗИ:

1. При наличии свободной жидкости в брюшной полости, отсутствии в течение 3 сут с момента заболевания эффекта от проводимой интенсивной терапии, стойком парезе кишечника, нарастании эндотоксемии производим дренирование только брюшной полости.

2. Если в течение 4-5 сут с момента заболевания сохраняется парез кишечника или проявляется симптом «мошонки» (у женщин отсутствует) (авторское право на интеллектуальную собственность), производим дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Коррекция компартментсидромы – фасциотомия.

3. Неэффективность проводимых мероприятий в более поздние сроки говорит о бесперспективности пациента и вынуждает хирурга к «операции отчаяния» (включая раскрытие всех возможных скоплений агрессивной жидкости и абдоминализацию ПЖ) без удаления некрозов.



| | Тип некроза | Частота встречаемости, % |
|---|------------------------------------|--------------------------|
| 1 | (а, б) очаговый поверхностный | 19,1 |
| 2 | (а, б) очаговый трансмуральный | 28,1 |
| 3 | (а, б) очаговый интрамуральный | 5,2 |
| 4 | (а, б) субтотальный поверхностный | 16,1 |
| 5 | (а, б) субтотальный трансмуральный | 22,5 |
| 6 | (а, б) тотальный поверхностный | 6,7 |
| 7 | (а, б) тотальный трансмуральный | 2,3 |

Рис. 7. Клинико-морфологическая характеристика форм ОНП (авторское право на интеллектуальную собственность)

Лечение в позднюю фазу: после первой недели и позже.

Консервативное лечение: при отсутствии инфицирования продолжается консервативное лечение.

Оперативное лечение проводится после 21-25 дня с момента заболевания при подтверждении инфицирования некрозов, выбор вмешательства и его срок определяются индивидуально (до четырех недель с момента заболевания, при наличии чрескожных дренажей, установленных под УЗИ-контролем).

Возможно: чрескожное дренирование ширококанальными дренажами под контролем методов УЗИ; ретроперитонеоскопическое дренирование; удаление некротической ткани с лапаростомией и программированием санаций; удаление некротической ткани с закрытым дренированием и пролонгированным дренажом с наружным дренированием протока ПЖ или без; удаление некротической ткани с закрытым дренированием и пролонгированным дренажом с последующей ретроперитонеоскопией.

Понимание патоморфологических процессов, происходящих в ПЖ при ОНП, определяет диагностико-лечебный алгоритм у данной группы пациентов, включая рациональную хирургическую тактику, что в свою очередь позволяет снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений.

О.Р. Шабловский, д.м.н., профессор, Ю.В. Иванов, Н.Ю. Уразовский, Ю.В. Кемеж, О.Е. Нечаева, ФГУЗ «Клиническая больница № 83» ФМБА России, г. Москва

Редкое наблюдение псевдокисты поджелудочной железы, расположенной в заднем средостении

Кисты поджелудочной железы представляют собой ограниченные капсулой скопления жидкости в виде полостей, расположенных как в самой железе, так и в окружающих ее тканях. Заболевание встречается в различных возрастных группах, одинаково часто у мужчин и женщин [1, 2].

По происхождению выделяют: врожденные кисты, образующиеся в результате пороков развития ткани поджелудочной железы и ее протоковой системы, и приобретенные кисты поджелудочной железы, которые, в свою очередь, подразделяются на ретенционные (развиваются в результате стриктуры выводных протоков железы, стойкой закупорки их просвета камнями, опухолями), дегенерационные (образуются вследствие повреждения ткани железы при панкреонекрозе, травме, кровоизлияниях), пролиферационные (полостные новообразования, к которым относятся цистаденомы, цистаденокарциномы) и паразитарные (эхинококк, цистицерк) [2, 3].

В зависимости от причины и механизмов образования кист, особенностей строения их стенок, следует также различать истинные и ложные кисты поджелудочной железы.

К истинным относят: врожденные кисты железы, приобретенные ретенционные кисты, цистаденомы и цистаденокарциномы. Отличительной особенностью истинной кисты является наличие эпителиальной выстилки на внутренней поверхности, они составляют 20% от всех кист железы. В отличие от ложных, истинные кисты обычно не достигают больших размеров и нередко являются случайными находками во время операции.

Ложная киста (псевдокиста) наблюдается чаще (80% от всех кист). Она образуется после острого деструктивного панкреатита или травмы поджелудочной железы, которые сопровождались очаговым некрозом ткани, разрушением стенок протоков, выходом панкреатического сока и кровоизлияниями за пределы железы.

Стенки представляют собой уплотненную брюшину и фиброзную ткань, в отличие от истинной кисты, внутри не имеют эпителиальной выстилки, а представлены грануляционной тканью. Полость ложной кисты обычно заполнена жидкостью и некротическими тканями. Характер жидкого содержимого бывает различным.

Обычно это серозный или гнойный экссудат, содержащий большую примесь измененной крови и сгустков, излившегося панкреатического сока. Ложная киста может локализоваться в головке, теле и хвосте

поджелудочной железы и достигать больших размеров. Количество содержимого при ложной кисте нередко составляет 1-2 л и более.

У 90% больных ложные кисты образуются после острого панкреатита, у 10% – являются результатом травмы поджелудочной железы. Примерно в 85% случаев они локализируются в теле или хвосте железы, в 15% случаев – в ее головке [1]. Иногда образуются две или более кист.

Ложные кисты могут распространяться в различных направлениях: вперед и вверх в сторону малого сальника, оттесняя печень вверх, а желудок книзу; в сторону желудочноободочной связки – оттесняя желудок вверх, а поперечную ободочную кишку книзу; между листками брыжейки поперечной ободочной кишки, смещая последнюю вперед и, наконец, в нижний этаж брюшной полости, смещая поперечную ободочную кишку вверх, а тонкий кишечник – кзади и вниз (рис. 1). Иногда они спускаются в малый таз (отшнуровавшиеся кисты), располагаются позади поджелудочной железы и даже внедряются в средостение, что встречается довольно редко [3].

К настоящему времени при хирургическом лечении используются следующие методики: малоинвазивные вмешательства (пункция, дренирование полости кисты до 5 см); органосохраняющие операции (внутреннее дренирование (цистогастро-, цистодуодено-, цистоеюноанастомозы) при диаметре кисты более 5 см, с хорошо сформированной капсулой не менее 3-5 мм; наружное дренирование – при диаметре кисты более 5 см, с тонкой несформированной капсулой кисты); радикальные операции (резекция части поджелудочной железы с кистой) [1, 2].

В нашей практике встретился следующий редкий случай распространения у пациента псевдокисты поджелудочной железы в заднее средостение.

Пациент Г., 57 лет, был госпитализирован в отделение торакальной хирургии 25.08.2010 г. с жалобами на тупые, умеренной интенсивности боли в грудной клетке с обеих сторон, кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, общую слабость, периодическое ощущение сердцебиения, повышение АД до 180/100 мм рт. ст.

Считает себя больным с января 2010 г., когда через месяц после перенесенного острого панкреатита (проводилась консервативная терапия) впервые отметил вышеперечисленные жалобы. С подозрением на пневмонию был госпитализирован 12.02.2010 г. в стационар по месту жительства. При обследовании диагностирован двусторонний плеврит неясной этиологии. Проводилась консервативная терапия с незначительным положительным эффектом. Причину плеврита установить не удалось. Был выписан с диагнозом: двусторонний плеврит неясной этиологии, хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца, аритмический вариант, артериальная гипертензия II ст. В конце июля больной отметил нарастание одышки, появление кашля и был вновь госпитализирован в терапевтическое отделение больницы по месту жительства.

Выполнено следующее обследование: микробиологическое исследование мокроты – обнаружены *Candida* $1,5 \times 10^2$ /мл, L-гемолитический зеленящий стрептококк; рентгенография грудной клетки – двусторонний гидроторакс; ультразвуковое исследование

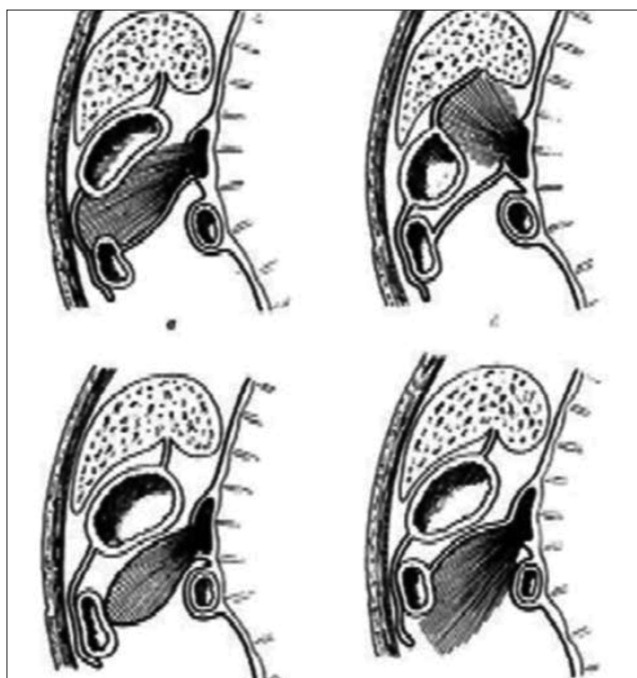


Рис. 1. Схематические варианты распространения ложных кист поджелудочной железы

Продолжение на стр. 26.

О.Р. Шабловский, д.м.н., профессор, Ю.В. Иванов, Н.Ю. Уразовский, Ю.В. Кемеж, О.Е. Нечаева, ФГУЗ «Клиническая больница № 83» ФМБА России, г. Москва

Редкое наблюдение псевдокисты поджелудочной железы, расположенной в заднем средостении

Продолжение. Начало на стр. 25.

(УЗИ) плевральных полостей – двусторонний гидроторакс, осумкованный левосторонний плеврит (?); компьютерная томография (КТ) грудной клетки – левосторонний плеврит с признаками осумкования, плевральное наложение в правом легком; УЗИ органов брюшной полости: гипотоническая дискинезия желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы по типу хронического панкреатита, левосторонний гидроторакс; спирометрия – резкое снижение вентиляционной способности легких вследствие нарушенной рестриктивного типа; бронхоскопия – единичная папиллома (промежуточный бронх) правого бронха, размер 2×3 мм, атрофический бронхит (система главного бронха). При пункции левой плевральной полости удалено 2500 мл серозно-геморрагического отделяемого, справа – 800 мл, при цитологическом исследовании атипичные клетки не найдены. Пациент консультирован фтизиатром и онкологом, специфические заболевания (туберкулез, рак) исключены.

Учитывая рецидивирующий характер заболевания, неясность этиологии плеврита, больной направлен в клинику больницы № 83 в отделение торакальной хирургии для дообследования и выбора дальнейшей тактики лечения.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с неоднократными обострениями (последнее в 1992 г.), хронический панкреатит, хронический бронхит, артериальная гипертензия.

Эпиданамнез: инфекционные заболевания, контакт с инфекционными больными отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Из вредных привычек – курение.

При поступлении в клинику состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, правильное. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Органы дыхания: форма грудной клетки правильная, частота дыхательных движений 18/мин. Аускультация: дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон (больше слева), в верхних отделах – грубые проводные хрипы. Органы кровообращения: пульс 96 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, артериальное давление 160/80 мм рт. ст. Органы пищеварения: язык влажный, обложен по передней поверхности. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, при пальпации в левом подреберье определяется плотноватой консистенции, безболезненное, не смещаемое образование 10×7×5 см, без четких верхних границ. Печень не пальпируется. Мочеполовая система: поясничная область не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

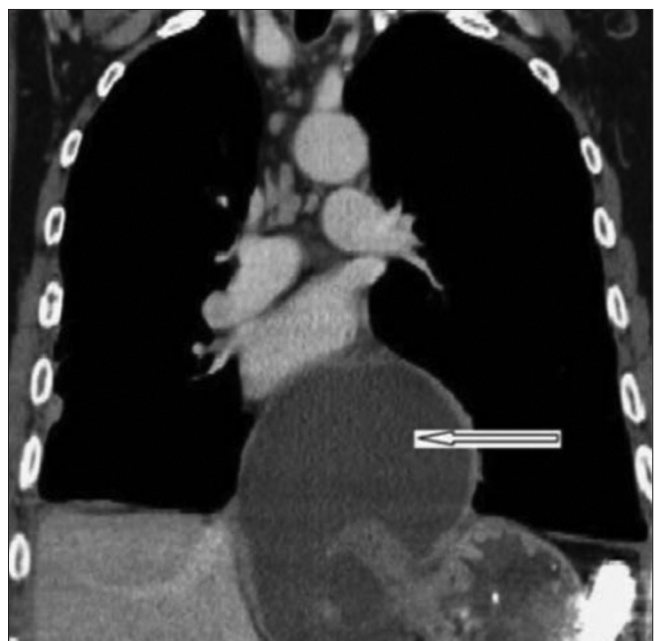


Рис. 2. Компьютерная томография грудной полости: объемное жидкостное образование заднего средостения (указано стрелкой)

Пациент дообследован. При УЗИ плевральной полости (26.08.2010 г.): справа определяется свободная жидкость в незначительном количестве в проекции заднего плеврального синуса, толщина слоя до 2,0 см, слева – умеренное количество жидкости от среднеаксиллярной до паравертебральной линии, толщина слоя до 4,5 см.

Рентгеноскопия легких (27.08.2010 г.): в левой плевральной полости определяется гидропневмоторакс, уровень жидкости по переднему отрезку пятого ребра.

Функция внешнего дыхания (26.08.2010 г.): нарушение вентиляционной функции легких по обструктивно-му типу тяжелой степени тяжести генерализованного характера.

КТ грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства (31.08.2010 г.): на серии полученных томограмм, выполненных после болюсного контрастного усиления, накопление контрастного вещества в выявляемом жидкостном образовании в заднем средостении не отмечается. Образование распространяется в брюшную полость (по ходу bursa omentalis), и нижний полюс его визуализируется в проекции атрофического хвоста поджелудочной железы. Заключение: псевдокиста после перенесенного деструктивного панкреатита? (рис. 2, 3).

Эзофагогастродуоденоскопия (01.09.2010 г.): картина умеренно выраженного гастрита, бульбита на фоне рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, без нарушения проходимости.

27.08.2010 г. выполнено пункционное дренирование левой плевральной полости. По дренажу одномоментно получено 600 мл серозно-геморрагического отделяемого. В дальнейшем количество выделяющейся по дренажу жидкости прогрессивно уменьшалось и достигло 20-30 мл в сутки, в связи с чем 07.09.2010 г. дренаж из левой плевральной полости удален.

Больной обсужден консилиумом врачей, решено, что у пациента имеется кистозное образование больших размеров, располагающееся в забрюшинном пространстве и заднем средостении, исходящее из поджелудочной железы, вероятнее всего, как результат перенесенного острого панкреатита. Пациент 14.09.2010 г. переведен в отделение хирургии для оперативного лечения.

15.09.2010 г. под ЭТН выполнено оперативное пособие в объеме: лапаротомия, разобщение соустья полости кисты с поджелудочной железой, наружное дренирование кисты хвоста поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки. Интраоперационно выявлен свищ, диаметром 2 мм, соединяющий проток поджелудочной железы с полостью кисты. Концевая часть свища, исходящего из паренхимы поджелудочной железы прошита и перевязана нитью 3/0. Удалить полностью кисту не представилось возможным из-за ее тонкостенной капсулы (рис. 4).

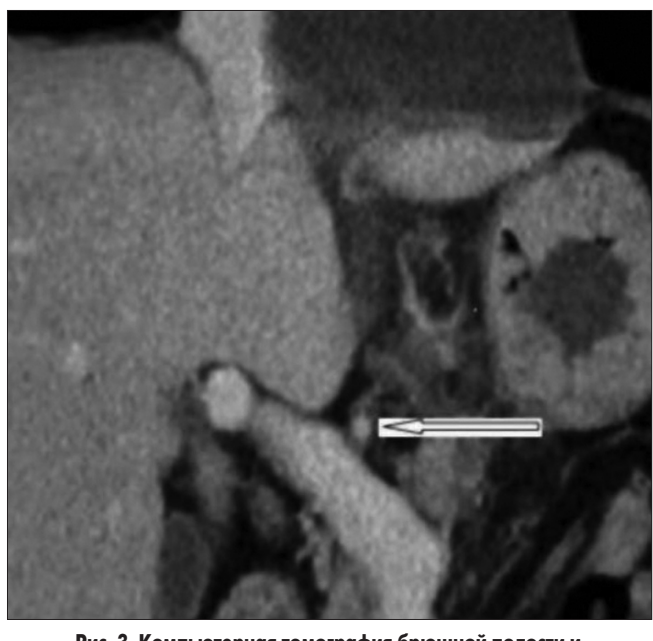


Рис. 3. Компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства: свищевой ход (указан стрелкой), исходящий из паренхимы поджелудочной железы

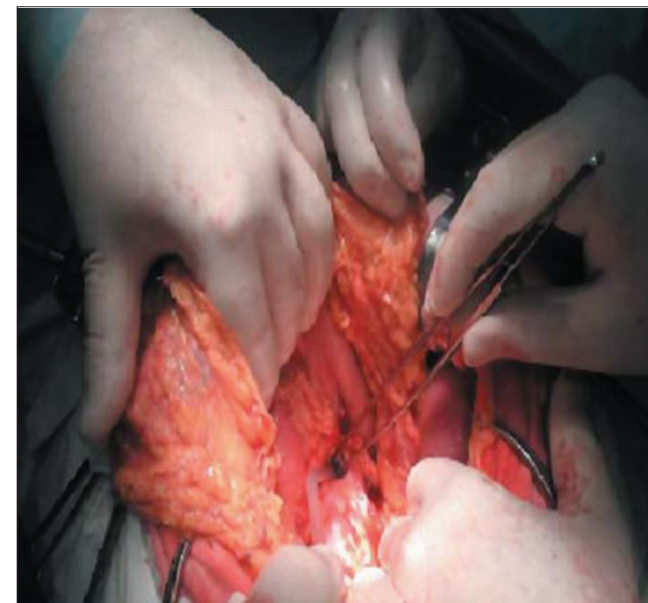


Рис. 4. Интраоперационная картина: вскрыт свищевой ход, соединяющий полость кисты с поджелудочной железой

При дренировании кисты одномоментно эвакуировано около 1 л содержимого. Жидкость взята на бактериологическое, биохимическое (амилаза), цитологическое исследования. В последующем за неделю по дренажу суммарно выделилось до 700 мл серозного отделяемого.

Пациент на вторые сутки после операции переведен из отделения реанимации в отделение хирургии. Уровень амилазы в содержимом кисты (17.09.2010 г.) – 1247,0 Ед/л. Цитологическое исследование (15.09.2010 г.): в представленном материале присутствуют эритроциты, другие элементы не найдены.

Послеоперационный период протекал без осложнений, выписан на десятые сутки после операции. Перед выпиской при контрольной фистулографии полость кисты значительно уменьшилась в размерах, количество отделяемого не более 15 мл в сутки (рис. 5).



Рис. 5. КТ брюшной полости: 10-е сутки после лапаротомии, вскрытия и дренирования кисты поджелудочной железы, дренирования сальниковой сумки (стрелкой указана остаточная полость кисты)

В амбулаторном порядке через 3 нед после операции выполнено УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, данные о наличии кисты не получены, в связи с чем дренаж удален. Пациент осмотрен через 3 мес после операции: рецидива заболевания нет, общее состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

Данное клиническое наблюдение интересно тем, что долгое время пациенту не удавалось поставить правильный диагноз ввиду крайне редкого распространения псевдокисты поджелудочной железы – в заднее средостение. Такое расположение кисты при первичном обследовании было расценено как плеврит неясной этиологии, что потребовало большого количества дополнительных методов исследования и времени для уточнения диагноза.

Литература

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. – 312 с.
2. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей. СПб.: Питер, 1994. – 410 с.
3. Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. Киев: Наукова думка, 1990. – 224 с.