

Способ лечения постнекротических кист поджелудочной железы

Морозов С.В., Полуэктов В.Л., Долгих В.Т.

Method of treatment of post-necrotic cysts of pancreas

Morozov S.V., Poluektov V.L., Dolgikh V.T.

Омская государственная медицинская академия, г. Омск

© Морозов С.В., Полуэктов В.Л., Долгих В.Т.

У 18 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы с целью облитерации проведены чрескожные пункции под контролем ультразвукового исследования с введением в полость 2—4 мг циклофосфана в 10—20 мл 0,9%-го раствора NaCl с экспозицией 15 мин. Средний размер кист составил 12,6 мм. Через 10—14 дней наступила облитерация кист. Наряду с цитостатическим действием облитерирующий эффект циклофосфана обусловлен его влиянием на процессы экссудации и пролиферации в отличие от спирта и йода. Способ более эффективен при несформированных кистах.

Ключевые слова: постнекротическая киста, пункция, циклофосфан.

Aimed at obliteration, percutaneous punctures under control of ultrasound examination with inserting of 2—4 mg of cyclophosphan in 10—20 ml of 0,9% of NaCl solution with exposure of 15 minutes were performed in 18 patients having postnecrotic cysts of pancreas. Mean size of the cysts was 12,6 mm. Obliteration of the cysts occurred in 10—14 days. Together with cytostatic action, the obliteration effect of cyclophosphan was due to its influence on exudation and proliferation processes unlike spirit and iodine. The method is more effective in non-formed cysts.

Key words: post-necrotic cyst, puncture, cyclophosphan.

УДК 616.37-002.4-006.2-08

Введение

До настоящего времени проблема лечения постнекротических кист поджелудочной железы остается достаточно актуальной. Деструктивные формы острого панкреатита в 50% наблюдений завершаются исходом в ложную кисту [8]. В раннем периоде формирования псевдокисты возникает асептический воспалительный инфильтрат, содержащий панкреатический сок, продукты распада тканей и элементов крови, что вызывает реактивное воспаление брюшины [2], сопровождающееся воспалительной экссудацией в полость кисты [1, 5] вследствие резкого расширения сосудов и плазморрагии [5].

С целью облитерации кистозной полости после пункции широко применяют раствор йода и 96%-й этиловый спирт до 1/3 исходного объема кисты, что вызывает развитие асептического воспаления с последующей редукцией кисты [3, 4]. Однако введение в кистозную полость склерозантов имеет ряд недостатков:

1) вероятность химического повреждения протоковой системы поджелудочной железы при наличии

ее связи с полостью кисты и, как следствие, прогрессирование острого панкреатита;

2) развитие перитонита при подтекании агрессивного склерозанта в свободную брюшную полость;

3) отсутствие свойств, влияющих на патогенетические механизмы развития острого панкреатита и постнекротических кист.

Цель исследования — разработать патогенетически обоснованный способ лечения постнекротических кист поджелудочной железы.

Материал и методы

Проведено лечение 18 пациентов (12 мужчин и 6 женщин) с постнекротическими кистами поджелудочной железы, находившихся на лечении в отделении гастрохирургии медико-санитарной части № 10 г. Омска с 2000 г. Возраст больных — от 24 до 68 лет. Причиной кистообразования во всех случаях являлся первичный острый панкреатит. Сформированных кист было выявлено 3, несформированных — 15. Размер кист, локализовавшихся преимущественно в дистальных отделах железы, составлял в среднем 12,6 мм. Пункции псевдо-

кист поджелудочной железы проводили иглами 18 G, а дренирование осуществляли с помощью стилет-троакара и пункционного адаптера с введением дренажных трубок в полость кисты под контролем ультразвукового исследования («Аloka 500», конвексный датчик 3,5 МГц). Исследования выполнены неинвазивными методами с информированного согласия испытуемых и соответствуют этическим нормам Хельсинской декларации (2000).

Результаты и обсуждение

Способ лечения постнекротических кист поджелудочной железы (заявка № 2003133185/14 (035502); решение о выдаче патента от 20.04.20005 г.) заключается в следующем: после аспирации содержимого из кисты посредством чрескожной пункции в полость кисты вводится 2—4 мг циклофосфана, разведенного в 10—20 мл 0,9%-го раствора NaCl, с экспозицией 15 мин и последующей аспирацией раствора. Препарат является цитостатиком, производным бис-(хлорэтил)-амина и широко применяется в онкологии. Допускается введение препарата в брюшную и плевральную полости [7]. Доза циклофосфана и объем вводимого в полость кисты физиологического раствора определялись объемом кисты; что касается экспозиции лекарственного препарата, то учитывали иммунодепрессивные свойства циклофосфана. При экспозиции менее 10 мин в трех клинических случаях облитерация кистозной полости не наступила. При интервале 10—15 мин получен желаемый результат. Экспозиция более 15 мин нежелательна ввиду выраженных иммунодепрессивных свойств препарата.

Осложнений при применении данного способа лечения не отмечено. Облитерация кист наступила через 10—14 дней. Только в трех случаях, при сформированных кистах, потребовалась повторная пункция в связи с редукцией кист до 6 см при исходных 10—12 см.

Применение циклофосфана имеет следующие преимущества: отсутствие местного раздражающего влияния [7], низкая вероятность развития осложнений

при подтекании препарата в свободную брюшную полость, цитостатическое действие препарата, а также его влияние на процессы экссудации и пролиферации. Блокирование экссудативной гиперфункции циклофосфаном доказано в эксперименте [9]. Влияние на процесс пролиферации (моноклеарное воспаление) осуществляется посредством разрыва патологических межклеточных связей в очаге (особенно в замкнутых полостях), прежде всего, между Т-лимфоцитами и макрофагами [6].

Заключение

Способ лечения постнекротических кист поджелудочной железы посредством введения в полость раствора циклофосфана является безопасным, патогенетически обоснованным и более эффективен при формирующихся кистах.

Литература

1. Вилявин Г.Д., Кочиаишвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. М.: Медицина, 1977. 191 с.
2. Виноградов В.В. Опухоли и кисты поджелудочной железы. М.: Медгиз, 1959. 219 с.
3. Заривчатский М.Ф., Богатырева Г.М., Мугатаров И.Н. и др. Миниинвазивные технологии в лечении жидкостных образований печени и поджелудочной железы // Материалы Рос. науч.-практ. конф. Пермь, 2003. С. 52—53.
4. Козлов С.Е., Васютко В.Я., Новосельцев А.Е., Гвенияшвили Г.Г. Малоинвазивные методы в лечении кист поджелудочной железы // Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Пермь, 2001. С. 116—117.
5. Ларионов Л.Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. М.: Медгиз, 1962. 464 с.
6. Маянский Д.Н., Урсов И.Г. Лекции по клинической патологии. Новосибирск, 1997. 249 с.
7. Машиковский М.Д. Лекарственные средства. Харьков: Торсинг, 1997. Т. 2. 590 с.
8. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е., Травникова Н.Л. и др. Малоинвазивное хирургическое лечение ложных кист поджелудочной железы // Междунар. хирург. конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии». М., 2003. С. 46.
9. Филатова Н.Б. Киста Беккера у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: НИИ педиатрии РАМН, 1998. 24 с.

Поступила в редакцию 20.07.2005 г.