

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кульвинский А.С.<sup>1</sup>, Майоров В.М.<sup>2</sup>, Берещенко В.В.<sup>3</sup>, Крот С.Я.<sup>4</sup>*  
*У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,*  
*«Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель*

**Введение.** Первые сообщения об успешном пункционном лечении кист поджелудочной железы на фоне острого панкреатита появились на страницах английской печати в 1976 году. Общая летальность при остром панкреатите колеблется от 2 до 5 % и определяется удельным весом пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), который собственно и является основной причиной летальных исходов. По данным ряда авторов течение ОДП осложняется формированием кист (острых жидкостных скоплений) различного размера примерно у 50% пациентов.

Успешный исход лечения кистозных поражений поджелудочной железы зависит в первую очередь от выбора оптимального метода хирургического вмешательства. До недавнего времени доминирующим способом лечения являлся традиционный хирургический, предполагавший лапаротомию и наружное дренирование кисты. Высокая травматичность этих операций, значительный риск интра- и послеоперационных осложнений, развитие послеоперационных грыж заставляют прибегать к поиску малотравматичных, но в то же время эффективных методов лечения постнекротических кист.

Инвазивные вмешательства под контролем УЗИ сводятся к выполнению двух основных манипуляций:

1. Пункция объемного или жидкостного образования: а) диагностическая (получение цитологического, гистологического, бактериологического материала, введение рентгеноконтрастных веществ); б) лечебная (аспирация патологических или физиологических жидкостей, введение лекарственных веществ).

2. Дренирование патологических и физиологических полостей.

**Цель.** Улучшение результатов лечения пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы.

**Материал и методы.** За последние 3 года в нашей клинике было проведено лечение 44 пациентов с несформированной постнекротической кистой поджелудочной железы, развившейся на фоне острого деструктивного панкреатита. Диагноз верифицирован на основании клинических и лабораторных данных, УЗИ и КТ органов брюшной полости и поджелудочной железы. Лечение пациентов было комплексным и включало многокомпонентную терапию острого панкреатита. У 32 были выполнены пункции кист, у 12 пациентов – дренирование панкреатических кист под УЗ контролем.

Всем пациентам проводили цитологическое и бактериологическое исследование аспирированной из полости кисты жидкости и определение уровня амилазы в ней. В полость кисты устанавливалась дренажная трубка, через которую в послеоперационном периоде проводилась санация полостей растворами антисептиков. Полости санировались 3 раза в сутки 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата, в конце процедуры в полость кисты вводилось 10 мл раствора диоксида с часовой экспозицией. При бактериоскопическом исследовании кистозного содержимого в 26 случаях визуализации микрофлоры получено не было, в 18 исследованиях (40,9%) была получена кокковая флора. В дальнейшем на фоне антибактериальной терапии и санации полостей диоксидами при бактериоскопии флора не выявлялась. Критериями для удаления дренажа считаем скудное (менее 10мл) серозное отделяемое на протяжении последних трех суток с обязательным ультразвуковым контролем полости кисты.

**Результаты и обсуждение.** Пункционно-дренирующий способ под контролем УЗ был применен нами в комплексном лечении 32 пациентов. УЗ мониторинг в обязательном порядке выполнялся при поступлении пациента и в дальнейшем неоднократно в динамике заболевания. Показанием для проведения пункции жидкостного парапанкреатического коллектора считаем диаметр образования, превышающий 5 см. Пункцию образований меньшего диаметра считаем нецелесообразным поскольку они подвергаются самостоятельной резорбции под влиянием комплексной терапии острого панкреатита, что было неоднократно установлено нами при динамическом ультразвуковом мониторинге в динамике заболевания. Осложнений технического характера, связанных с повреждением близлежащих органов, потребовавших экстренной лапаротомии, не наблюдали.

#### **Выводы.**

1. Пункционно-дренирующий способ в комплексном лечении жидкостных скоплений при остром панкреатите и его осложнений является на сегодняшний день методом выбора.

2. Данный метод позволяет снизить и ликвидировать количество инфекционных осложнений острого панкреатита.

3. Метод хорошо переносится пациентами и является альтернативой как «открытым» полостным, так и лапароскопическим операциям.