

В.І. Русин, О.О. Болдіжар,
А.В. Мартяшов

Ужгородський національний
університет

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. На сьогоднішній день число хворих на гострий панкреатит складає 10-15 % від всіх пацієнтів, які госпіталізуються в хірургічний стаціонар. Збільшується кількість тяжких деструктивних форм захворювання, що в свою чергу призводить до збільшення числа псевдокист підшлункової залози.

На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака від січня 1998 до травня 2011 року проліковано 327 пацієнтів з псевдокистами підшлункової залози.

Ключові слова: псевдокисти підшлункової залози, малоінвазивні методи лікування.

Вступ

На сьогоднішній день число хворих на гострий панкреатит складає 10-15 % від всіх пацієнтів, які госпіталізуються в хірургічний стаціонар [2, 6]. Збільшується кількість тяжких деструктивних форм захворювання, що в свою чергу призводить до збільшення числа псевдокист (ПК) підшлункової залози, питома вага яких серед кістозних уражень підшлункової залози складає 80 % [1, 3]. Існування ПК підшлункової залози небезпечне виникненням грізних, не рідко фатальних, ускладнень, таких як: кровотеча, нагноєння, перфорація, механічна жовтяниця, тромбоз селезінкової вени, стиснення вихідного відділу шлунка. Згідно даних світової літератури близько 20-50 % ПК підшлункової залози супроводжується виникненням ускладнень [4, 5].

Мета дослідження

Визначити можливості малоінвазивних хірургічних методів у лікуванні ускладнень псевдокист підшлункової залози.

Матеріали і методи досліджень

На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака від січня 1998 до травня 2011 року проліковано 327 пацієнтів з ПК підшлункової залози. Співвідношення чоловіків до жінок становило 193 до 134. Вік хворих варіював від 28 до 65 років, в середньому 42,5.

У 234 (71,6 %) пацієнтів псевдокисти розвинулися внаслідок гострого, а у 93 (28,4 %) внаслідок хронічного панкреатиту. Усі хворі скаржилися на болі у черевній порожнині різної інтенсивності.

Пацієнтів розподілено на дві групи зі сформованими і несформованими ПК підшлункової залози.

Серед 169 хворих зі сформованими псевдокистами у 83 (49,1 %) спостерігалися усклад-

нення, які вплинули на вибір та тактику лікування. При несформованих псевдокистах ускладнення відмічено у 81 (51,3 %) хворого (табл. 1).

Таблиця 1

Ускладнення у хворих з псевдокистами підшлункової залози

Ускладнення	Сформовані ПК (n=169)	Кількість пацієнтів, яким виконано малоінвазивні втручання (n=119)		Несформовані ПК (n=158)
		n=44	n=75	
Кровотеча	19	8	—	—
Кровотеча та нагноєння	5	—	—	—
Нагноєння	32	12	15	21
Стиснення вихідного відділу шлунка з порушенням евакуації	3	3	—	—
Механічна жовтяниця	—	—	20	20
Тромбоз селезінкової вени	21	21	—	—
Панкреатичний асцит	—	—	36	36
Ексудативний плеврит	—	—	4	4
Перфорація	3	—	—	—

Для кожного ступеня зрілості псевдокист були притаманні свої ускладнення.

У 119 хворих з ускладненим перебігом ПК виконано 146 малоінвазивних втручань. Переважна більшість втручань виконані при несформованих ПК (рис. 1).



Рис. 1. Використання малоінвазивних втручань при лікуванні ускладнень.



Результати досліджень та їх обговорення.

Тромбоз селезінкової вени у хворих зі сформованими ПК клінічно проявлявся ознаками гіперспленізму: виражений — 7, помірно виражений — 14. Даній групі пацієнтів виконані ендovasкулярні втручання, які відображенні на рис. 2.

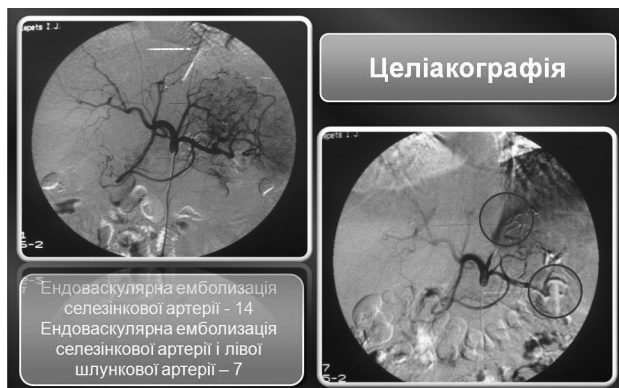


Рис. 2. Рентгенендоваскулярна емболізація селезінкової артерії.

Кровотеча в просвіт ПК спостерігалась у 7 (2,1 %), кровотеча в просвіт шлунка у 4 (1,2 %), просвіт дванадцятипалої кишки у 3 (0,9 %), кровотеча в просвіт нагноєної псевдокісти у 5 (1,5 %) хворих.

Арозивна кровотеча зі селезінкової артерії у просвіт кісти зупинена у 5 хворих шляхом емболізації (рідкий «Емболін») селезінкової артерії.

У двох хворих з кровотечею в просвіт верхніх відділів шлунково-кишкового тракту діагностована псевдоаневризма селезінкової артерії, а ще у одного пацієнта — псевдоаневризма панкреатодуоденальної артерії. У даної групи пацієнтів виконували емболізацію артерії балоном, що відокремлюється.

Таким чином, у 19 пацієнтів з ПК підшлункової залози ускладненою кровотечею досягнути належного гемостазу шляхом використання рентгенендоваскулярних методик вдалось у 8 випадках (42,1 %).

При ознаках нагноєння сформованої ПК у трьох хворих виконували назоцистогастродренування катетером «Zimmon» 12F для можливості санації порожнини та бактеріологічного контролю в післяопераційному періоді. Усім пацієнтам з назоцистогастродренуванням проводили контрастну назоцистографію, деескалаційну антибактеріальну терапію, інтраопераційно та через кожні 3 доби виконували посіви вмісту псевдокісти до стерильного вмісту та ультрасонографічний моніторинг.

Ще у дев'яти хворих дренування псевдокісти у просвіт шлунка здійснювалося за допомогою катетера типу «Pigtail» розміром 7F, у п'яти випадках використано по два катетера.

Ендоскопічна цистогастротомія у трьох хворих з явищами високої кишкової непрохідності виявлялась успішною у всіх випадках.

Лапароскопічне дренування у зв'язку з наявністю вільної рідини в черевній порожнині виконана у 36 хворих. Зазвичай дренували піддіафрагмальні простори, підпечінковий простір, бічні канали, порожнину малого тазу.

У 15 хворих з нагноєними несформованими ПК підшлункової залози виконано черезшкірне пункційне дренування, наявність двох дренажів типу «Pigtail» дозволило встановити проточно-промивну систему і застосовуючи деескалаційну антибактеріальну терапію досягнути повної ліквідації (облітерації) кісти. На контрольній черездренажній фістулографії зв'язку з протоковою системою підшлункової залози і рідинних утворів не виявлено.

У трьох хворих з групи пацієнтів, яким проводилося пункційне черезшкірне дренування під контролем УСГ, післяопераційний період ускладнився лівобічним піддіафрагмальним абсцесом.

У 20 хворих з несформованою ПК підшлункової залози, ускладненою механічною жовтяницею при УСГ були виявленні ознаки біліарної гіпертензії у вигляді розширення внутрішньота позапечінкових жовних проток до 8-17 мм, в середньому $12,4 \pm 1,8$ мм. У 13 пацієнтів причиною гіпербілірубінемії являвся холедохолітаз. Рівень гіпербілірубінемії сягав показника 375 ммоль/л.

У всіх пацієнтів із гіпербілірубінемією проведено ендоскопічну папілосфінктеротомію, у хворих із компресією холедоха або вірсунгової протоки одночасно виконали транспапілярне ретроградне дренування загальної жовчної протоки у — трьох випадках і вірсунгової протоки — у чотирьох.

У 7 хворих даної групи виконали пункційну аспірацію ПК під контролем УСГ зі склеротерапією. У 13 хворих виконали черезшкірне пункційне дренування ПК підшлункової залози під контролем УСГ з використанням катетера типу «Pigtail» розміром 7F з санацією її порожнини.

У чотирьох пацієнтів, у яких існування несформованої ПК ускладнювалось ексудативним плевритом, виконали пункційну аспірацію ексудату під контролем УСГ, у трьох випадках по 4 рази, в одному — тричі.

Таким чином, алгоритм лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози передбачає індивідуалізацію хірургічної тактики для кожного хворого, яка залежить не тільки від відмінностей побудови та ступеня зрілості ПК, а від тієї обставини, що ПК найчастіше є лише одним із ускладнень панкреатиту.

Висновки

Основним методом лікування ускладнень ПК підшлункової залози є відкрите лапаротомне втручання, альтернативою якому

в окремих випадках стають ендоскопічні, ультрасонографічні, лапароскопічні та рентгеноендоваскулярні способи лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Діагностика та лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту* / В.М. Копчак, І.М. Тодуров, І.В. Хомяк [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія „Медицина”. – 2006. – Вип. 29. – С. 45–49.
2. *Загальні принципи вибору хірургічної тактики при лікуванні псевдокіст підшлункової залози* / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин, О.О. Болдіжар // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2007. – Випуск 1–2 (17–18). – С. 157–159.
3. *Запорожченко Б.С.* Диагностика и хирургическое лечение осложненного хронического панкреатита / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 2. – С. 17–19.
4. *Русин В.І.* Роль малоінвазивних хірургічних методів у лікуванні ускладнень псевдокіст підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Мартяшов // Науковий вісник УжНУ. Серія „Медицина”. – 2011. – Випуск 41. – С. 211 – 215.
5. *Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment* / D. Cahen, E. Rauws, P. Fockens [et al.] // Endoscopy. – 2005. – Volume 37 (10). – P. 977.
6. *Belli A.M.* Splenic and portal venous thrombosis: A vascular complication of pancreatic disease demonstrated on computed tomography / A.M. Belli, C.M. Jennings, R.A. Nakielny // Clinical Radiology. – 2009. – Volume 41. – P 13–16.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Русин, А.А. Болдижар, А.В. Мартяшов

Резюме. На сегодняшний день число больных острым панкреатитом составляет 10-15 % от всех пациентов, которые госпитализируются в хирургический стационар. Увеличивается количество тяжелых деструктивных форм заболевания, что в свою очередь приводит к увеличению числа псевдокист поджелудочной железы.

На базе хирургической клиники Закарпатской областной клинической больницы им. Андрея Новака с января 1998 по май 2011 года пролечено 327 пациентов с псевдокистами поджелудочной железы.

Ключевые слова: *псевдокисты поджелудочной железы, малоинвазивные методы лечения.*

SURGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

V.I. Rusin, A.A. Boldizhar, A.V. Martyashov

Summary. To date, the number of patients with acute pancreatitis is 10-15 % of all patients hospitalized in the surgical patient. The number of severe destructive forms of the disease, which in turn leads to increase in the number of pancreatic pseudocysts.

On the basis of surgical clinic Transcarpathian Regional Clinical Hospital Andrew Nowak from January 1998 to May 2011 treated 327 patients with pancreatic pseudocysts.

Keywords: *pancreatic pseudocysts, non-invasive treatments.*