

УДК 616.37-006.2-089

Відеоконтрольовані оперативні втручання при кістозних ураженнях підшлункової залози

М.Ю. НИЧИТАЙЛО, П.В. ОГОРОДНИК, О.П. КОНДРАТЮК, А.Г. ДЕЙНИЧЕНКО

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова

VIDEO-CONTROLLED OPERATIVE INTERVENTIONS AT CYSTOUS DAMAGES OF PANCREAS

M.YU. NYCHYTAYLO, P.V. OHORODNYK, O.P. KONDRATIUK, A.H. DEYNYCHENKO

National Institute of Surgery and Transplantology by O.O. Shalimov

У статті наведені результати відеоконтрольованих оперативних втручань, що були виконані у 54 хворих із кістозними ураженнями підшлункової залози. Жінок було 15 (27,8 %), чоловіків – 39 (72,2 %). Ускладнення мали місце у 8 (14,8 %) випадках. Рецидив кісти після ендоскопічних втручань спостерігали у 4 (7,4 %) хворих.

The results of endoscopic treatment of 54 patients with pancreatic pseudocysts have been studied. There were 15 (27,8 %) women and 39 (72,2 %) men. The complications occurred in 8 (14,8 %) cases. Recurrent pancreatic pseudocysts after endoscopic treatment have been occurred in 7,4 % patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Псевдокісти підшлункової залози є одним з найбільш частих ускладнень гострого панкреатиту. Частота утворення кіст при тяжких деструктивних формах панкреатиту сягає 29,8-51,75 % випадків [4, 8].

Клінічні прояви псевдокіст та вірогідність розвитку ускладнень залежать від швидкості поповнення та резорбції вмісту кісти, а також від об'єму її дренивання. Ці фактори зумовлені передусім особливостями перебігу основного захворювання (панкреатиту), об'ємом секретії, особливостями кровопостачання та лімфовідтоку, зв'язком порожнини кісти з протоковою системою підшлункової залози [6].

У процесі формування та прогресуючого перебігу кіст підшлункової залози можливе виникнення ускладнень: нагноєння, перфорація в черевну порожнину або в порожнинні органи з наступним формуванням внутрішніх та зовнішніх нориць, арозивна кровотеча в порожнину кісти, в черевну порожнину або просвіт органів шлунково-кишкового тракту, малігнізація кісти; непрохідність органів шлунково-кишкового тракту як наслідок їх стиснення кістою, механічна жовтяниця, вторинна портальна гіпертензія, плевролегеневі ускладнення, цукровий діабет [3, 6].

До сьогодні при псевдокістах підшлункової залози перевагу віддають традиційному хірургічному лікуванню або черезшкірному їх дрениванню. Основним недоліком черезшкірного дренивання є

висока частота утворення зовнішніх панкреатичних нориць, які мають місце у 40 % випадків [7].

Показаннями до оперативного втручання є ускладнення псевдокіст (кровотеча, перфорація, нагноєння, оклюзії сусідніх органів та ін.), неефективність консервативних методів лікування, неодноразові рецидиви після черезшкірного дренивання [2].

Післяопераційна летальність при оперативних втручаннях сягає 5 %, рецидиви спостерігають у 10-30 %, ускладнення (кровотечі, неспроможність анастомозів, утворення зовнішніх панкреатичних нориць) – у 15-30 % [1]. Очевидно, що летальність та виникнення ускладнень залежать від правильності вибору лікувальної тактики в кожному конкретному випадку та зростають при використанні травматичних хірургічних втручань [2, 7].

Успішне ендоскопічне дренивання псевдокіст підшлункової залози досягається у 55-76 % хворих при кількості ускладнень 5-10 % і частоті виникнення рецидиву кісти 5-20 % [5].

Мета роботи: провести аналіз міні-інвазивних відеоконтрольованих оперативних втручань при псевдокістах підшлункової залози.

Матеріали і методи. Нами вивчені результати ендоскопічного лікування 54 хворих із псевдокістами підшлункової залози як ускладненням гострого панкреатиту алкогольної етіології – 28 (51,9 %) спостережень, біліарної етіології – 21 (38,9 %) випадок, аліментарного походження – у 5 (9,2 %) хворих.

Серед обстежених було 15 (27,8 %) жінок та 39 (72,2 %) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав (48,1±3,3) року. В комплексному обстеженні хворих використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи, що включали: ультразвукове обстеження черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію, магнітно-резонансну томографію, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію та ендоскопічне дослідження. Ендоскопічні транспапілярні втручання виконували дуоденофіброскопами JF-1 – T 20, JF-1 – T 40 та TJF, з використанням модифікованих папілотомів KD-10-Q1, KD-11-Q1.

Результати досліджень та їх обговорення. У 85 % пацієнтів основною скаргою був біль в животі, 30 (55,6 %) хворих скаржились на втрату маси тіла, а у 2 (3,7 %) випадках перебіг патологічного процесу був безсимптомним.

При детальному обстеженні хворих аналізували топографічне розміщення кісти, її розмір, зрілість, вміст порожнини, стан стінок, поряд з цим

проводили оцінку стану протокової системи та паренхіми підшлункової залози (рис. 1).

Характер ендоскопічних втручань залежно від способів дренивання та локалізації кіст наведений в таблиці 1.



Рис. 1. УЗД-дані кісти підшлункової залози.

Таблиця 1. Характер ендоскопічних втручань при псевдокістах підшлункової залози

Групи хворих	Характер ендоскопічних втручань	Кількість пацієнтів	
		n	%
1	Цистодуоденостомія	3	5,6
2	Цистодуоденостомія + трансмуральне стентування	12	22,2
	Цистогастростомія + трансмуральне стентування	2	3,7
3	Цистодуоденостомія + цистоназальне дренивання	9	16,7
	Цистогастростомія + цистоназальне дренивання	7	12,9
4	Цистодуоденостомія + комбіноване дренивання	3	5,6
	Цистогастростомія + комбіноване дренивання	6	11,1
5	Ендопанкреатичне транспапілярне стентування	7	12,9
6	Ендопанкреатичне стентування + зовнішнє дренивання під контролем УЗД	5	9,3
ВСЬОГО		54	100

Ендоскопічну цистодуоденостомію виконували у 27 (50 %) хворих, у випадках, коли псевдокіста локалізувалась у головці підшлункової залози та інтимно прилягала до стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки, кулеподібно вибухаючи у її просвіт. При локалізації псевдокісти в тілі підшлункової залози у 15 (27,8 %) пацієнтів виконували ендоскопічну цистогастростомію, розсікаючи вибухаючу поверхню задньої стінки шлунка і капсулу кісти.

Методика. У рентгеноопераційній під контролем дуоденофіброскопа в ділянці найбільшого вибухання стінки шлунка чи задньомедіальної стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки за допомогою голчастих папілотомів власної модифікації виконували пункцію кісти. Ретельно проводили максимальну аспірацію вмісту кісти з її санацією розчинами антисептиків.

Після контрастування і візуальної оцінки порожнини кісти розріз доповнювали на 1-2 см або ж виконували балонну дилатацію сформованого вічка з наступним введенням пластикового стента “double pigtail” діаметром 10 F у 14 (25,9 %) хворих (рис. 2, 3).

Ендопротез залишали в порожнині кісти на термін від 1 до 3 тижнів із метою проведення програмованої санації для мінімізації ризику виникнення таких ускладнень, як інфікування кісти, шлунково-кишкові кровотечі, рубцювання співустя.

Цистоназальне дренивання застосовували у 16 (29,6 %) пацієнтів із подальшою санацією порожнини кісти та періодичним ендоскопічним контролем. Дренаж видаляли на 7-9 добу.

Внутрішньо-зовнішнє (комбіноване) дренивання за наявності гнійного вмісту кісти та при її діа-

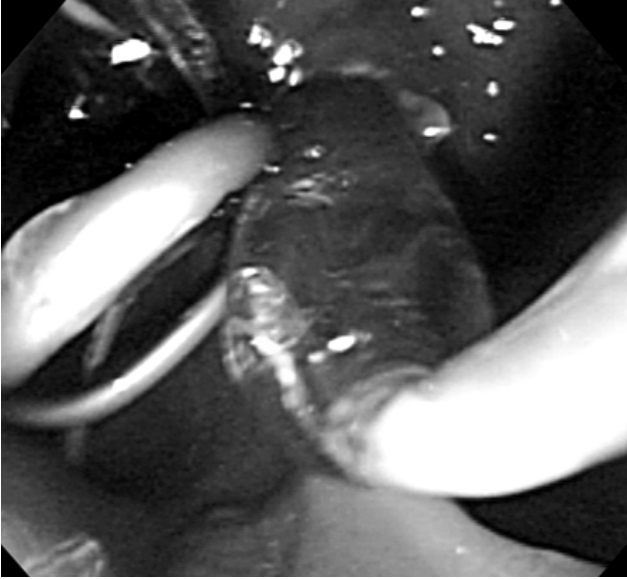


Рис. 2. Балонна дилатація цистогастрального вічка з подальшим трансмуральним стентуванням.



Рис. 3. Трансмуральне стентування кісти підшлункової залози після цистодуоденостомії.

метрі менше 6 см застосовували у 9 (16,7 %) хворих. Програмований ендоскопічний контроль із санацією порожнини кісти проводили двічі на добу до чистої рідини в перші три дні, скорочуючи терміни контролю залежно від клінічних проявів та характеру і кількості виділень з дренажу.

При прозорому вмісті кісти та широкому цистодигестивному співусті у 3 (5,6 %) хворих дренивання не виконували. Щоденно проводили оцінку стану залишкової порожнини за допомогою УЗД, при необхідності доповнюючи дуоденофіброскопією.

У 12 пацієнтів мали місце кісти хвоста підшлункової залози, сполучені з головною панкреатичною протокою та недоступні для трансмурального дренивання. При розмірах кісти менше 6 см у 7 (12,9 %) хворих виконували ендоскопічну папілотомію з транспапілярним ендопанкреатичним стентуванням (рис. 4). При великих кістах (більше 6 см) виконували ендопанкреатичне стентування, пункцію кісти під ультразвуковим контролем, з подальшим дрениванням порожнини кісти назовні через місце пункції.

Більшість хворих вказувала на поліпшення загального стану, зменшення болювого синдрому вже на 2-3 добу після втручання, а на 7-9 добу їх виписували додому під нагляд лікаря-хірурга поліклініки за місцем проживання.

Кровотечі після ендоскопічних операцій спостерігали у 8 (14,8 %) хворих. У 3 пацієнтів застосовували ендокліпування судин, що кровоточили, у 3 – аргонно-плазмову коагуляцію, а у 2 – електрокоагуляцію. Випадків перфорації порожнистих органів та летальності серед досліджуваної групи хворих не відмічено.

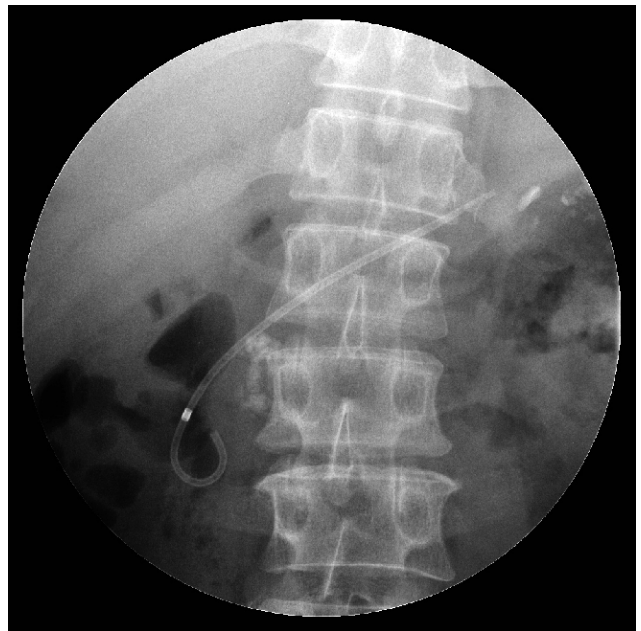


Рис. 4. Ендопанкреатичне стентування.

Рецидив кісти мав місце у 2 хворих через 6 місяців та ще у 2 пацієнтів через 10 місяців після ендоскопічного втручання. В одному випадку це стало показанням до проведення цистоеюностомії з виключенням кишки за Ру з лапароскопічного та у 3 випадках – з лапаротомного доступу.

Висновки. 1. Ендоскопічне внутрішнє дренивання псевдокіст підшлункової залози (цистогастростомія, цистодуоденостомія) є ефективною альтернативою традиційному хірургічному лікуванню.

2. Методом вибору ендоскопічного лікування псевдокіст є трансмуральний у поєднанні з корекцією патології протокової системи підшлункової залози.

3. За наявності гнійного вмісту псевдокіст підшлункової залози та їх розміру >6 см у випадках проведення цистогastro-цистодуоденостомії

доцільним є виконання комбінованого дренивання з метою більш ефективної санації порожнини кісти.

4. У випадках сполучення порожнини кісти підшлункової залози з розширеною головною панкреатичною протокою показано виконання папілотомії та транспапільярного стентування протоки з зовнішнім дрениванням кісти під ультразвуковим контролем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акуленко С.В., Овчинников В.А., Соловьёв В.А. и др. Поэтапное лечение посттравматических кист поджелудочной железы с использованием малоинвазивных методик // *Анналы хир. гепатологии*. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 168.
2. Богданов В.Е., Корымасов Е.А. Выбор способа лечения панкреатических псевдокист // *Тезисы докладов I Конгресса московских хирургов “Неотложная и специализированная хирургическая помощь”*. – М.: Геос, 2005. – С. 277-278.
3. Коломійцев В.І., Кушнірук О.І. Ендоскопічне трансмуральне внутрішнє дренивання псевдокіст підшлункової залози // *Матер. XXI з'їзду хірургів України*. – Запоріжжя. – 2005. – Т. 2. – С. 320-321.
4. Andren-Sandberg A., Ansoorge C., Eiriksson K., Glomsaker T. Treatment of pancreatic pseudocysts // *Scand. J. Surg.* – 2005. – Vol. 94. – P. 165-175.

5. Baron T.H. Endoscopic drainage of pancreatic fluid collections and pancreatic necrosis // *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* – 2003. – Vol. 13. – P. 743-764.
6. Binmoeller K.F., Seifert H., Soehendra N. Endoscopic pseudocyst drainage: a new instrument for simplified cystoenterostomy // *Gastrointest. Endosc.* – 1994. – Vol. 40. – P. 112-115.
7. Dohmoto M., Akiyama K., Lioka Y. Endoscopic and endosonographic management of pancreatic pseudocyst: a long-term follow-up // *Rev. Gastroenterol. Peru.* – 2003. – Vol. 23. – P. 269-275.
8. Lopes C.V., Pesent C., Bories E., Caillol F. Endoscopic ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts // *Arch. Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 45, № 1. – P. 237-242.