

УДК 616.37-002-036.11-08-092

Малоінвазивні технології при постнекротичних кістах підшлункової залози

І.В. АНДРЕЄВА, М.С. ЄФІМОВ, Е.В. СУМІШЕВСЬКИЙ, О.А. ВІНОГРАДОВ

Луганський державний медичний університет

MINIINVASIVE TECHNOLOGIES FOR POSTNECROTIC CYSTS OF PANCREAS

I.V. ANDREYEVA, M.S. YEFIMOV, E.V. SUMISHEVSKY, O.A. VYNOHRADOV

Luhansk State Medical University

Проаналізовані результати лікування 112 випадків осередкових рідинних утворів підшлункової залози при гострому і хронічному панкреатиті, з яких у 36 (32,14 %) були постнекротичні псевдокісти. 68 (86,08 %) хворих з осередковими рідинними утворами підшлункової залози були вилікувані радикально за допомогою черезшкірних втручань під ультразвуковим контролем. Ускладнень не було. Обговорюються можливості і проблеми ультразвукової діагностики.

The results of treatment of 112 cases of local liquor formations of pancreas in patients with acute and chronic pancreatitis are discussed. 36 (32,14 %) of them had postnecrotic cysts of pancreas. 68 (86,08 %) of the patients with local liquor formations of pancreas were radically treated with the help of intercutaneous echocontrol investigation. There were no complications after miniinvasive surgery. The possibilities and problems of ultrasound control operations are discussed.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Одним з найбільш частих ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту (ГП) є постнекротичні псевдокісти підшлункової залози (ПЗ) [2, 6]. За даними різних авторів, ГП ускладнюється утворенням псевдокіст в 3,5-11 %, хронічний – в 22-70 % випадків [2], при тяжких деструктивних формах ГП утворення псевдокіст спостерігається у 29,8-51,7 % хворих [4, 6]. Діапазон оперативних втручань, які виконують при псевдокістах ПЗ, достатньо широкий [1, 5]. Ускладнення при відкритому оперативному лікуванні кіст ПЗ складають до 70 %, при нагноєнні кісти летальність досягає 28-35 % [2]. Разом з тим лікувальна тактика відносно постнекротичних псевдокіст не розроблена [3, 6]. Якщо раніше показаннями для діагностичних технологій традиційно вважали нагноєння, компресійний, больовий і біліарний синдроми, швидке зростання кісти, то останнім часом більше схиляються до виконання міні-інвазивних операцій при неускладненому перебігу кісти [3, 4].

Мета роботи: аналіз результатів лікування хворих з постнекротичними псевдокістами ПЗ і виявлення проблемних моментів у використанні ультразвукової діагностики. Дана робота є розділом на-

уково-дослідної теми кафедри анестезіології, реаніматології та хірургії ФПО ЛугДМУ під номером державної реєстрації 0109U004607 “Міні-інвазивні втручання у лікуванні постнекротичних псевдокіст підшлункової залози”.

Матеріали і методи. Проведений аналіз 112 випадків осередкових рідинних скупчень ПЗ і навколишніх тканин у пацієнтів, що перебували на лікуванні в клініці з приводу гострого і хронічного панкреатиту. З них у 36 (32,14 %) хворих виявлені псевдокісти, у 27 (24,11 %) – оментобурсити, у 30 (26,79 %) пацієнтів – гострі рідинні скупчення в парапанкреатичній і заочеревинній клітковині, у 19 (16,96 %) – абсцеси ПЗ і навколишніх тканин.

Пацієнтам з осередковими рідинними утворами ПЗ і навколишніх тканин виконували черезшкірні втручання під ультразвуковим контролем методом вільної руки на ультразвуковому сканері SLE-101 РС (Латвія) з конвексним датчиком 3,5 МГц. Для пункцій використовували голки і дренажні набори фірми BALTON (Польща) 6-10 Fr. Пункції в більшості випадків виконували під місцевою анестезією. Аналізували результати малоінвазивного лікування хворих і виявляли можливості і проблеми, що виникають при використанні черезшкірних

операцій під ультразвуковим контролем. Цифрові дані оброблені методами варіаційної статистики.

Результати досліджень та їх обговорення.

Псевдокісти ПЗ формувалися в терміни від 2-3 тижнів до 2-3 місяців від початку захворювання. У деяких пацієнтів терміни формування їх встановити не вдалося. Клінічно псевдокісти невеликих розмірів проявляли себе тільки наполегливим больовим синдромом, великі, крім того, – наявністю об'ємного утвору в животі і симптомами здавлення навколишніх органів. Незважаючи на неінфікований характер панкреонекрозу, у більшості пацієнтів із псевдокістами спостерігали наполегливе збільшення температури до 38 °С у вечірні години, іноді з ознобами, помірну анемію і гіпопротеїнемію при незначному лейкоцитозі. Характерними ознаками запального процесу, що триває, були збільшення ШОЕ і помірна гіперамілаземія.

Ультразвукова картина псевдокіст була представлена однокамерними гіпо- або анехогенними утворами округлої форми з однорідною (або неоднорідною) структурою, частіше з наявністю дистального псевдопосилення. Товщина й ехогенність стінок порожнини залежали від стадії запального процесу. При множинних осередкових утворах нерідко відзначали різний характер вмісту, різні контури об'єктів. Локалізація псевдокіст у ділянці головки ПЗ спостерігалася у 13 (36,11 %) хворих, в ділянці тіла – у 18 (50 %) і в ділянці хвоста – у 5 (13,89 %) пацієнтів. Діаметр кіст склав від 2 до 12 см. Біохімічне дослідження пунктату псевдокіст у всіх випадках показало наявність амілази, проте гіперамілаземія була виявлена тільки у 7 (19,44 %) хворих.

Враховуючи можливість спонтанного розсмоктування осередкових рідинних скупчень ПЗ, особливо псевдокіст невеликих розмірів, всім хворим проводили стандартне консервативне лікування протягом 1-2 тижнів. Разом із стандартною схемою обов'язковими пунктами терапії вважали застосування октреотиду у вигляді Октрестатину “Фарм-синтез” (РФ) внутрішньовенно по 100-300 мкг 3 рази на добу, кортикостероїдів і сеансів ультразвуку на ділянку локалізації рідинних скупчень впродовж 5-7 днів. В результаті такого комплексу заходів спонтанно зникли близько 30 % псевдокіст, зокрема множинних (у 3 пацієнтів), а також оментобурситів.

З метою визначення ступеня зв'язку кісти з протоковою системою ПЗ ми тільки в деяких випадках використовували рентгенконтрастування (небезпека виникнення ускладнень). На наш погляд, адекватними показниками наявності зв'язку об'ємного утвору з протоковою системою є велика швидкість

наповнення її після евакуації і висока ферментативна активність вмісту кісти. Склеротерапію псевдокіст не проводили. За наявності декількох кіст проводили почергову пункцію кожної з них.

Показаннями до дренивання осередкових утворів ПЗ і навколишніх тканин вважали: великі за об'ємом рідинні скупчення (більше 5-6 см в діаметрі), отримання при пункції гною або ексудату, підозрілого на інфікування. Відносним показанням до дренивання вважали неефективність пункцій, що проводились більше 3 разів. Після черезшкірного дренивання псевдокіст ПЗ середні терміни дренивання склали 9 діб.

У результаті проведеного лікування 68 (86,08 %) хворих були виліковані радикально діапевтичними технологіями. Ускладнень пункцій і дренируючих маніпуляцій не було. У 3 пацієнтів відзначено больові реакції під час втручань під місцевою анестезією. У 7 випадках було потрібно провести повторні пункції, в 4 з них – дренивання. У решти пацієнтів виявлені дійсні кісти (у 4) і пухлинні захворювання ПЗ (у 3), зокрема метастатичні (в 1).

На наш погляд, псевдокісти з несформованими стінками є найбільш відповідними для пункційного лікування, а при стінках, що сформувалися, доцільнішим є первинне дренивання. Міні-інвазивне лікування потрібно прагнути проводити до появи гнійних ускладнень.

Проте, незважаючи на задовільні результати лікування наших пацієнтів, необхідно відзначити ряд труднощів і суперечливих питань, які виникали у нас в процесі лікування пацієнтів. Головним питанням була необхідність виконання пункції і визначення термінів її проведення. Це викликано тим, що у деяких хворих молодого віку в результаті консервативного лікування спонтанно лізувалися вельми великі за об'ємом (не менше 500 мл) множинні рідинні скупчення. Другим питанням був вибір методу: пункція або дренивання. Питання було зумовлено невпевненістю в інфікованості об'ємного утвору і наявності секвестрів у його порожнині. Питання виникали також з приводу кількості пункцій, що проводилися, термінів постановки дренажу, наявності зв'язку кісти з протоковою системою, оцінки ефективності пункції і необхідності оперативного втручання. В цілому, всі виниклі питання ми вирішували в межах власного розуміння суті процесів, що відбуваються, при практичній відсутності загальноприйнятої тактики.

Наш невеликий досвід міні-інвазивного лікування рідинних скупчень ПЗ підтверджує думку В.І. Мамчич та співавт. (2005) про те, що кісти ПЗ – одна з недостатньо вивчених проблем панкреатології. Це узагальнює поняття, під яким розуміються зміни

найрізноманітнішої етіології. Проте, на наш погляд, існує багато загальних клінічних ознак псевдокіст і оментобурситів, що вимагає поглибленого клінічного та експериментального вивчення.

У перспективі подальших досліджень доцільно провести комплексне клініко-експериментальне вивчення вказаних проблем, уточнити питання класифікації ГП і його ускладнень, визначити показання, терміни і види міні-інвазивних втручань.

Висновок. Ультразвукова діапевтика – сучасний комплекс міні-інвазивних технологій, що швидко розвивається, становить альтернативу лапаротомії і має кращі результати та меншу кількість ускладнень. Проте для широкого використання метод вимагає серйозного узагальнення знань фахівців з ультразвукової діагностики і хірургів для розробки єдиного уніфікованого підходу до лікування постнекротичних кіст підшлункової залози.

ЛІТЕРАТУРА

1. Даценко Б.М. Гострий панкреатит / Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, К.О. Крамаренко. – Харків: Прапор, 2004. – 84 с.
2. Ефективність пункційного дренивання кіст, абсцесів, гематом печінки та кіст підшлункової залози, вмісту черевної порожнини та заочеревинного простору / В.І. Мамчич, В.І. Паламарчук, В.Т. Шило та співавт. // Тези Міжнародної науково-практичної конференції “Ультразвукова діагностика в гастроентерології”. – К.: Вид-во ВБО “Український доплерівський клуб”, 2006. – С. 48-50.
3. Зубов А.Д. Значение чрескожных интервенций под контролем УЗ в диагностике и лечении острого и хронического панкреатита / А.Д. Зубов, Ю.Э. Чирков, С.И. Чердниченко // Тези Міжнародної науково-практичної конференції “Ультразвукова діагностика в гастроентерології”. – К.: Вид-во ВБО “Український доплерівський клуб”, 2006. – С. 34-35.
4. Кондратюк О.П. Псевдокісти підшлункової залози як ускладнення гострого панкреатиту: сучасні та стандартні методи хірургічного лікування / О.П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 95-95.
5. Современные возможности лечения острого панкреатита в условиях многопрофильной хирургической клиники / О.И. Мишиношвили, Г.Д. Попандопуло, В.И. Резниченко, А.В. Денисов // Хірургія України. – 2003. – Т. 4 (8). – С. 61-64.
6. Ультрасонография и рентгеновская КТ в диагностике осложненной острого панкреатита / А.А. Федусенко, С.Г. Живица, А.П. Мягков // Тези Міжнародної науково-практичної конференції “Ультразвукова діагностика в гастроентерології”. – К.: Вид-во ВБО “Український доплерівський клуб”, 2006. – С. 73-74.