

УДК 616.37-00.2.4-006.2-07-089.81

МОЖЛИВОСТІ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯНЕКРОТИЧНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.В. Хацко, А.М. Дудин, С.В. Межаков, С.О. Шаталов, В.М. Войтюк

Донецький Національний медичний університет ім. М.Горького

Реферат. Мета роботи - оптимізація діагностики і хірургічного малоінвазивного лікування післянекротичних псевдокіст підшлункової залози (ПППЗ) для покращення результатів. Матеріал і методи. Проаналізовано результати малоінвазивного лікування псевдокіст підшлункової залози під сонографічним і лапароскопічним контролем у 116 хворих (чоловіків – 69, жінок – 37) у віці 22-63 років. Лікувальні пункції проводились з використанням ультразвукового сканера AJ – 5200 фірми Dornier, а лапароскопічні маніпуляції – з допомогою приборів та інструментів фірми “Wolf” (Германія). Результати та обговорення. Після малоінвазивного лікування у 78 (81,4%) пацієнтів спостерігали повне одужання, у 18 (18,6%) були рецидиви кісти, їм зроблена радикальна операція. У 14 випадках були різні ускладнення, котрі ліквідовані консервативно, 4 пацієнтам з норицею підшлункової залози виконана цистоентеростомія з Брауновським анастомозом і заглушкою по Шалімову, 2 - за нашою методикою. Летальних випадків не було. Таким чином, малоінвазивне лікування ПППЗ призводить до покращання результатів.

Ключові слова : псевдокісти підшлункової залози, діагностика, малоінвазивна хірургія.

За статистичними даними, тяжкі некротичні форми панкреатиту у 47-53% випадків ускладнюються утворенням псевдокіст [2, 3, 5]. Частіше це відбувається на 2-5 тижні від початку захворювання. Однак ця патологія може виникнути і значно пізніше. Актуальність цієї проблеми полягає в тому, що страждають ПППЗ головним чином люди працездатного віку (30-45 років).

За останні роки у вітчизняній і закордонній літературі питанням діагностики і лікування ПППЗ приділяється велика увага [4, 6, 7, 8]. Результати УЗД підтверджують, що ПППЗ утворюються у 46 – 57% випадків гострого панкреатиту [1-3, 5-6]. Головним фактором під час утворення кісти є внутрішньопротокова гіпертензія. Необхідними умовами для утворення ПППЗ є пошкодження паренхіми залози, протоків з утрудненим відтоком і порушенням мікроциркуляції [6, 2, 3].

Для діагностики ПППЗ застосовують ультрасонографічне дослідження, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, фіброгастроудоденоскопію, релаксаційну дуоденографію, рентгенологічне дослідження шлунку та дванадцятипалої кишки, лапароскопію, біохімічні дослідження крові.

Дискусійним є питання вибору метода хірургічного лікування ПППЗ – від цистектомії і резекції підшлункової залози [1, 5, 6] до зовнішнього [4, 6-7] та внутрішнього дренивання [2-3, 6, 8]. Після таких операцій частота післяопераційних ускладнень досягає 11,6-80%, кількість рецидивів – 15 – 57%, летальність – 5,7-40% [2-4].

За останні роки усе частіше повідомляють про успішне (62%) ендоскопічне внутрішнє дренивання ПППЗ – транспаплярне дренивання, цисто-, гастро- і цистодуоденостомію [1, 4, 8], пункцію та аспірацію кіст під сонографічним або комп'ютерно-томографічним контролем [2, 5, 6], лапароскопічне дренивання [1, 4, 6]. Кількість ускладнень при цьому досягає 10-25%, а рецидиви виникають у 10-35% випадків, особливо коли кіста має зв'язок з панкреатичним протоком.

Сучасний підхід до лікування хворих на ПППЗ відображає загальну тенденцію пошуків і впровадження малоінвазивних втручань у хірургічну практику. До теперішнього часу продовжуються пошуки найбільш оптимального комплексу методів діагностики цих хворих, до кінця не вирішено питання щодо термінів оперативного лікування та вибору раціонального виду малоінвазивної або відкритої радикальної операції.

Мета дослідження

Оптимізація діагностики і хірургічного малоінвазивного лікування ПППЗ для покращення результатів.

Матеріал та методи

Під доглядом знаходились 116 пацієнтів з хронічними ПППЗ (23-головки, 46-тіла, 37-хвоста) діаметром 5-32 см. Жінок було 37, чоловіків – 69 у віці 22-63 років. Причиною утворення кіст у 48 хворих було побутове пияцтво з панкреатитом, у 68 - жовчнокам'яна хвороба з панкреатитом.

У хворих на гострий панкреатит терміни від моменту приступу до виявлення кісти становили від 6 тижнів до 1,5 років. Екстрапанкреатичні кісти спостерігали у 62 людей, інтрапанкреатичні – у 28, у 6 діагностували поєднання екстра – та інтрапанкреатичних кіст. Вторинний цукровий діабет різного ступеню важкості спостерігали у 44 пацієнтів.

Первинний огляд проводився на ультразвуковому сканері "Алока -630" (Японія) з використанням електронних конвексних і лінійних датчиків 3,5 МГц. Із спеціальних методів дослідження в різних сполученнях проводили: УЗД, комп'ютерну томографію, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (рентгеноскопію шлунку, дуоденоскопію в умовах гіпотонії, іригографію), фіброгастро-дуоденоскопію.

Були використані методи пункційного дренивання кіст: під сонографічним контролем – 64, лапароскопічний – 28, лапароскопічний з відеопідтримкою – 14. Лікувальні пункційні втручання (з катетером 20-28F) проводилися з використанням ультразвукового сканера AJ – 5200 фірми Dognier, укомплектованими електронними конвексними і лінійними датчиками 3,5 МГц, 5 МГц та 7,5 МГц. Особливістю є диференційний підхід до склерозування залишкових порожнин та дренивання кіст.

Лапароскопічне дренивання у 28 чол. проводилося за допомогою приборів і інструментів фірми "Wolf" (Німеччина), в 14 випадках – з відеопідтримкою на моніторі. Усім пацієнтам проводили цитологічне і бактеріологічне дослідження евакуйованої рідини, а також дослідження на амілазу.

Результати та обговорення

При цитологічному дослідженні клітин епітелію не було, в 32 випадках виявлені групи нейтрофілів. У 69 чол. бактеріологічний посів росту не дав, у 34 (з нагноєнням і після травми) знайдені стафілокок та кишкова паличка. Підвищення рівня амілази в евакуйованій рідині (132-960 г/ч/л) спостерігали у 27 пацієнтів.

Всі ускладнення ПППЗ необхідно розділити на дві групи: 1 – котрі потребують невідкладного оперативного лікування: нагноєння, перфорація кісти в свободну черевну порожнину і кровотеча; 2 – при яких треба робити планову операцію: прорив кісти у шлунково-кишковий тракт, стиснення сусідніх органів і малігнізація.

Ускладнені кісти ПЗ потребують хірургічного лікування. Оптимальним варіантом хірургічного втручання є радикальне усунення або внутрішнє дренивання кісти. Зовнішнє дренивання, як правило, здійснювали при нагноєнні і перфорації кісти у свободну черевну порожнину. Краще за марсупіалізацію активне, постійне або фракційне, зовнішнє проточно-аспіраційне дренивання за допомогою 2-просвітних дренажних трубок. При арозивній кровотечі доцільно видалити кісту. При стенозах різних відділів шлунково-кишкового тракту від стиснення кістою ПЗ необхідні операції внутрішнього дренивання або радикальне усунення

кісти. Малігнізована кіста ПЗ підлягає до радикального усунення за онкологічними принципами.

Основні напрямки консервативної терапії загострень ПППЗ були: пригнічення секреції ферментів ПЗ, зменшення цитоксичного впливу запальних цитокінінів, вільних радикалів, активованих ферментів; попередження вторинного інфікування та розвитку системних ускладнень.

Для черездренажної санації і склерозування порожнини кісти використовували: розчини антисептиків, слабкі розчини 5% йоду і 96% етилового спирту, розчини цитостатиків (5-фторураціл), інгібіторів ферментів (контрікал, гордокс).

При гострих панкреатитах майже у 50% випадків в сальниковій сумці збирається реактивна випотна рідина. Аспірація цієї рідини дає хороший ефект у комплексному лікуванні панкреатитів. При наявності післянекротичних кіст у випадках маніфестної клінічної картини необхідна їх аспірація, в інших – питання з аспірації чи дренивання вирішується через 5 – 6 тижнів після гострого періоду, тому що за цей час більше половини кіст регресують.

Після малоінвазивного лікування ПППЗ у 88 (81,4%) пацієнтів зафіксовано повне одужання. У 19 (18,6%) осіб виявлено рецидиви кісти, їм виконана радикальна операція. У 14 випадках відзначені ускладнення у виді короткочасного підвищення температури тіла, остуди, больових відчуттів по ходу дренажного каналу, котрі ліквідовані консервативно. У 4 хворих утворилась нориця ПЗ, яка, незважаючи на консервативне лікування протягом 5-7 місяців, не закрилася. Цим хворим проведена цистоентеростомія з Браунівським співустям та заглушкою по Шалімову. Летальних наслідків не було. У 5 чол. застосували з хорошими результатами розроблений нами винахід "Спосіб накладення анастомозу між порожнистими органами" (патент України № 64520 від 13.11.2003 р.).

Соціально-трудова реабілітація оперованих пацієнтів повинна бути спрямована у першу чергу на корекцію перебігу хронічного рецидивного панкреатиту, різних порушень функції ПЗ і повну заборону уживання алкогольних напоїв.

Висновки

Таким чином, вибір хірургічної тактики повинен ґрунтуватися на всебічному дослідженні хворого, особливостях клінічного перебігу патологічного процесу, наявності ускладнень і бути індивідуальним. Консервативне лікування несформованих ПППЗ у більшості випадків не призводить до регресу кісти.

Малоінвазивне дренування ПППЗ під сонографічним або лапароскопічним (з відеоідтримкою) контролем є високоефективним малотравматичним способом лікування при відпрацьованій техніці виконання. Показанням до малоінвазивного дренування є ПППЗ будь-яких розмірів і локалізації при відсутності призначень секвестрації, особливо у хворих з високим операційним ризиком, коли радикальна операція неможлива. Етапні ендоскопічні некротектомії і санації прискорюють процес очищення і ліквідацію кіст. При кістах, котрі зв'язані з панкреатичними протоками, доцільно накладати цистогastro- або цистодуоденоанастомоз за розробленою нами методикою, що значно покращує результати.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕНЕКРОТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Хацко, А.М. Дудин, С.В. Межаков, С.А. Шаталов, В.М. Войтюк

Реферат. Цель работы - оптимизация диагностики и хирургического малоинвазивного лечения посленекротических псевдокист поджелудочной железы (ПППЖ) для улучшения результатов. Материал и методы. Проанализированы результаты малоинвазивного лечения псевдокист поджелудочной железы под сонографическим и лапароскопическим контролем у 116 больных (мужчин – 69, женщин – 37) в возрасте 22-63 лет. Лечебные пункции проводились с использованием ультразвукового сканера AJ – 5200 фирмы Dornier, а лапароскопические манипуляции – с помощью приборов и инструментов фирмы “Wolf” (Германия). Результаты и обсуждение. После малоинвазивного лечения у 78 (81,4%) пациентов наблюдали полное выздоровление, у 18 (18,6%) были рецидивы кисты, им сделана радикальная операция. В 14 случаях были разные осложнения, которые ликвидированы консервативно, 4 пациентам со свищем поджелудочной железы выполнена цистоэнтеростомия с Брауновским анастомозом и заглушкой по Шалимову, 2 - по нашей методике. Летальных случаев не было. Таким образом, малоинвазивное лечение ПППЖ приводит к улучшению результатов.

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, диагностика, малоинвазивная хирургия.

OPPORTUNITIES MIMINVASIVE OF TREATMENT POSTNECROTIC PSEUDOCYSTS OF A PANCREAS

V.V. Khatsko, A.M. Dudin, S.V. Mejakov, S.A. Shatalov, V.N. Voituk

Abstract. The purpose of work - optimization of diagnostics and surgical miminvasive of treatment postnecrotic pseudocysts of a pancreas (PPPP) for enriching results. Stuff and methods. The results of treatment of pseudocysts of a pancreas under sonographic and laparoscopic by the control at 116 patients (male - 69, women - 37) in the age of 22-63 years are analysed. The medical punctures were carried out (spent) with use of the ultrasonic scanner AJ - 5200 firms Dornier, and laparoscopic of manipulation - with the help of devices and instruments of firm “Wolf” (Germanium). Results and discussion. After miminvasive of treatment at 78 (81,4 %) patients observed complete convalescence, at 18 (18,6 %) were relapses of a cyst, he(it) makes radical operation. In 14 cases there were different complications, which are liquidated conservatively, to 4 patients with fistula underwent cystoenterostomy with Brown anastomosis and the Shalimov's stunner. The lethal cases were not. Thus, miniinvasive the treatment PPPP results in enriching results.

Key words: pseudocysts of a pancreas, diagnostics, miniinvasive surgery.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гринцов А.Г. Возможности пункционно-дренажного метода в лечении псевдокист поджелудочной железы / А.Г. Гринцов, А.Д.Шаталов, В.В.Хацко // *Анналы хир. гепатологии.* - 2003. - Т. 8, № 2. - С. 237 – 238.
2. Земсков В.С. Выбор хирургической тактики при лечении множественных постнекротических псевдокист поджелудочной железы / В.С.Земсков, И.А.Ковальская, Е.А.Крючина // *Клін. хірургія.* - 2001. - № 2. - С. 5 – 8.
3. Курьгин А.А. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы / А.А.Курьгин, Э.А.Нечаев, А.Д.Смирнов // *СПб. : “Типократ”.* - 1996. - 144 с.
4. Мишин В.Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы / В.Ю.Мишин, А.П.Квезерова // *Анналы хирургии.* - 2000. - № 3. - С. 32 – 39.
5. Ничитайло М.Е. Диагностика, прогнозирование течения деструктивного панкреатита и лечение его осложнений путём чрескожных эхоконтролируемых вмешательств / М.Е. Ничитайло, Д.Ю.Машковский, Н.Д. Вокошенкова // *Анналы хир. гепатологии.* - 2002. - Т. 7, № 1. - С. 217 – 218.
6. Хворостов Е.Д. Малоинвазивное лечение ложных кист поджелудочной железы с использованием видеолапароскопической техники / Е.Д.Хворостов, Р.Н.Гринёв, А.И.Шеремет // *Анналы хир. гепатологии.* - 2002. - Т. 7, № 1. - С. 235.
7. Giovannini M. Endoscopic ultrasound – guided drainage of pancreatic pseudocysts of pancreatic abscesses using a therapeutic echo endoscope / M. Giovannini, C.Pesenti, A.L.Rolland // *Endoscopy.* - 2001. - Vol. 33, N 6. - P. 473–477.
8. Grzebieniak Z. Surgical and endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts / Z.Grzebieniak, M.Woyton, W.Kielan // *Przegl. Lek.* - 2000. - Vol. 57, suppl. 5. - P. 50-52.