

УДК 616.37-006.2-0<9

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Г. Ярешко, С.Г. Живица, Ю.А. Михеев,
И.В. Криворучко, А.О. Юдин

Реферат. Изучены результаты различных методов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы у 143 больных. Вмешательства под контролем ультразвука выполнены 117 (81,81%) больным, эндоскопические – у 7 (4,89%), лапароскопические – у 2 (1,39%) больных. Лапаротомные операции проведены 38 (26,57%) больным, из них у 25 (17,48%) вторым этапом после дренирования под контролем УЗС. Общая эффективность пункционно-дренажных методов составила 83,2%, осложнения отмечены в 1,7%. При формировании наружных панкреатических свищей после вмешательств под контролем УЗС на фоне хронических форм панкреатита проводились консервативные, эндоскопические методы лечения, а при их неэффективности – прямые вмешательства на поджелудочной железе.

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, ультразвуковое сканирование, пункционно-дренажные методы

Одним из наиболее частых осложнений тяжелого панкреатита и панкреонекроза, особенно его асептических форм, является образование псевдокист поджелудочной железы (ПЖ). Учитывая, что в последние десятилетия отмечается значительный рост деструктивных форм панкреатита, соответственно увеличивается количество кист железы и их удельный вес среди всех кистозных образований ПЖ составляет 80% [1, 3, 5, 8]. Рост подобных осложнений обусловлен еще и тем, что внедрение в нашей стране международных стандартов диагностики и лечения панкреатита, значительно уменьшило количество операций в первой стадии заболевания (панкреатогенного шока и органной дисфункции), больные оперируются при секвестрации железы и гнойно-септических осложнениях, а также при формировании объемных образований, в частности кист [2, 5, 8].

Несмотря на то, что операции при кистозных образованиях ПЖ в большинстве случаев не несут прямой угрозы жизни больного, тем не менее, каждая из них не является гарантированной в плане радикальности и сопровождаются большим количеством рецидивов [7, 9]. Это имеет отношение и к малоинвазивным технологиям, которые в последнее время совершенствовались как метод и заняли достойное место в лечении кист ПЖ в силу своей малотравматичности и относительной безопасности. Однако задачей любой операции является не только устранение осложнения заболе-

вания (кисты), но и предпосылок ее возникновения (хронического панкреатита). Поэтому выбор способа операции при кистах поджелудочной железы по-прежнему остается актуальным с позиций этиологии заболевания, локализации и размеров кисты, морфофункциональных изменений ткани железы, состояния ее протоковой системы.

Ц е л ь

Изучить возможности различных методов хирургического лечения псевдокист ПЖ в зависимости от их локализации и размеров, течения заболевания.

М а т е р и а л и м е т о д ы

В клинике кафедры хирургии с курсом гнойно-септической хирургии Запорожской медицинской академии последипломного образования на базе Запорожского областного центра хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков проанализированы результаты лечения 143 больных с псевдокистами ПЖ за период с 1999 по 2008 гг.

Мужчин было – 105 (73,43%), женщин – 38 (26,57%). Возраст пациентов варьировал от 22 до 68 лет и в среднем составил – $42,86 \pm 0,87$.

Диагностическая программа включала общеизвестные клинические и биохимические лабораторные исследования, ультразвуковое сканирование (УЗС) органов брюшной полости, компьютерную томографию, по показаниям эндоскопическую ретроградную холангио-панкреатографию, чрездренажные рентгеноконтрастные исследования. Тактика лечения определялась количеством, размерами и локализацией кист, степенью их зрелости, характером осложнений, общим состоянием больного. Применялись как открытые оперативные вмешательства, так и малоинвазивные (интервенционная сонография, лапароскопические и эндоскопические).

Вмешательства под контролем УЗС выполнены 117 (81,81%) больным, эндоскопические – у 7 (4,89%), лапароскопические – у 2 (1,39%) больных. Лапаротомные операции проведены 38 (26,57%) больным, из них у 25 (17,48%) вторым этапом после дренирования под УЗС.

Р е з у л ь т а т ы и о б с у ж д е н и е

При анализе клинического материала установлено, что у 60 (41,95%) больных анамнестиче-

чески были эпизоды острого панкреатита, 31 (21,68%) – страдал хроническим панкреатитом ранее, а у 8 (5,59%) до госпитализации не отмечалось никаких клинических проявлений патологии брюшной полости. С рецидивом заболевания поступило 11 (7,69%) больных из других хирургических стационаров.

Основным и ведущим методом в диагностике псевдокист ПЖ являлось УЗС. Псевдокисты ПЖ определялись как округлые анэхогенные образования (иногда с различными включениями) с четкими и ровными контурами, наличием в различной степени выраженной капсулы. Характерным для кист был сонографический эффект дистального псевдоусиления и боковых акустических теней.

Размеры псевдокист варьировали от 20,0 мм и до 200,0мм (в среднем $80 \pm 0,39$ мм). По локализации псевдокисты располагались следующим образом: в головке ПЖ – 47 (32,86%), теле – 14 (9,79%), хвосте – 40 (27,97%). У 21 (14,68%) больного было более 2 кист, расположенных в различных отделах ПЖ, экстрапанкреатическая локализация отмечена у 21 (14,68%) больного.

В 5 случаях данных УЗС было достаточно для диагностики связи псевдокисты главным панкреатическим протоком, что позволяло прогнозировать и определять дальнейшую тактику лечения без использования других методов диагностики (см. рис.).

Всего по данным других исследований и интраоперационно кистозные полости были связаны с протоками железы у 15 (10,49%) больных.

Компьютерная томография выполнена у 11 (7,69%) больным для дополнительных данных состояния паренхимы железы, а также исключения кистозной неоплазмы.

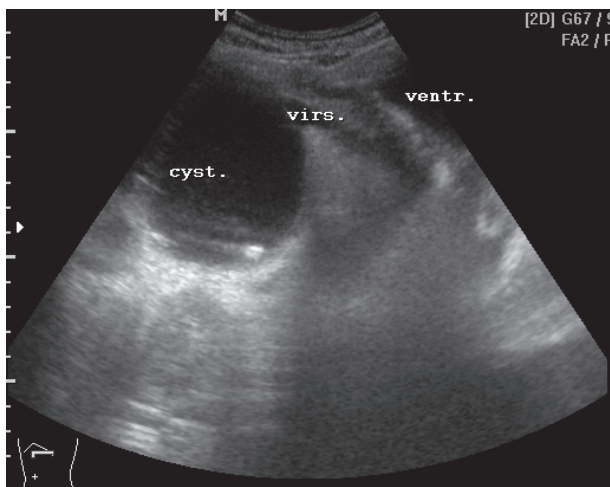


Рис. Сонографическая картина псевдокисты ПЖ, связанной с главным панкреатическим протоком

По совокупным данным обследования, кроме кист, у 12 (8,39%) пациентов выявлены осложнения хронического панкреатита в виде билиарной гипертензии с механической желтухой, у 2 (1,4%) отмечено кровотечение в полость кисты и 3 (2,1%) – дуоденальная непроходимость.

Выбор метода хирургического лечения определялся не только традиционно акцентированных в литературе размерами кист и их осложнениями, но и характером осложнений самой железы в виде острого или хронического воспаления, наличием кальцинатов и кальциноза, степенью фиброзно-кистозных изменений железы, состоянием протоковой системы.

При небольших кистах (от 1,0-3,0 см) без структурных изменений ПЖ и связи с протоками применялась однократная пункция с аспирацией содержимого кисты и склеротерапией 96° раствором этанола под УЗС. Данный метод применен у 16 больных (11,18%). В 11 (7,69%) больных достигнут положительный клинический эффект. У 5 (31,25%) больных в ранние сроки (до 3 мес) наблюдался рецидив кисты, что в 4 случаях потребовало повторного дренирования под УЗС, а 1 больному выполнена эндоскопическая цистодуоденостомия.

При кистах размерами более 5,0см с помощью малоинвазивных методик оперировано 119 больных. Из них под контролем УЗС наружное дренирование выполнено 117 больным, одному больному киста удалена лапароскопически, и еще одному больному эндоскопически дренирована киста в просвет двенадцатиперстной кишки. Условием для успешного выполнения единственной лапароскопической цистэктомии являлось локализация кисты в теле железы с хорошей ее визуализацией через истонченный малый сальник, сформировавшаяся стенка кисты.

В послеоперационном периоде полость кисты санировалась растворами антисептиков, а после исключения сообщения ее с протоками железы, проводились сеансы склеротерапии 96° этанолом. Критериями эффективности лечения было уменьшение размеров полости кисты с уменьшением количества отделяемого и ее ферментной активности, что контролировалось данными УЗИ в динамике и чрездренажными фистулографиями. Дренажи удалялись при отсутствии отделяемого и сонографических данных за жидкостное образование в брюшной полости. При использовании пункционно-дренажного метода у 4 больных образовались неполные наружные панкреатические свищи, которые закрылись на фоне консервативной терапии с однократным введением соматулина в дозировке 30 мг.

Осложненные псевдокисты ПЖ требовали дополнительных оперативных вмешательств, которые были выполнены 20 (16,8%) больным. При инфицировании псевдокисты 5 (25%) больных (после дренирования под УЗС) оперированы открытым способом – произведена некрсеквестрэктомии из мини-доступов в виду больших секвестров и невозможности санации полости кисты через дренажи. У 2 (10%) больных, вследствие развития и прогрессирования панкреонекроза, произведено вскрытие и дренирование флегмоны забрюшинного пространства.

При локализации кист в головке поджелудочной железы и билиарной гипертензии для устранения синдрома механической желтухи одному больному выполнена холедоходуоденостомия, четырьмя эндоскопическая папиллотомия.

При локализации кисты в хвосте поджелудочной железы у 9 больных на фоне хронического панкреатита после пункционных методов сформировались стойкие наружные панкреатические свищи, связанные с главным панкреатическим протоком, резистентные к консервативной терапии. У одной больной эффективной в лечении подобного осложнения была эндоскопическая папиллотомия. Остальным больным вторым этапом выполнена резекция ПЖ с кистой – 5, операция Фрея – 3, операция Бегера – 1. У 3 (15%) больных после дренирования не отмечалось динамики в уменьшении размеров полости кисты и были выполнены следующие операции: цистэктомия – 1, наружное дренирование кисты – 2.

Рецидивы заболевания после дренирования под контролем УЗС отмечены у 8 (6,7%) больных в период от 3 месяцев до 2 лет. Шести больным рецидив устранен с помощью повторного дренирования под контролем УЗС, 1 – выполнена цистэктомия, 1 – открытое наружное дренирование. У всех больных с положительным эффектом.

Основным показанием к выполнению лапаротомных операций были рецидивы кисты после внутреннего дренирования (цистодигестивные соустья), развитие псевдокист ПЖ на фоне хронического калькулёзно-дегенеративного панкреатита, невозможность исключить другую этиологию кистообразования, нарушение проходимости желчных протоков и желудочно-кишечного тракта.

При несформировавшихся кистах на фоне острых воспалительных процессов или быстро прогрессирующих хронических изменений в поджелудочной железе, также с кистообразованием, в отдельных клинических наблюдени-

ях (3 больных) отмечен регресс кисты. Больным в подобных случаях показано консервативное лечение, динамическое наблюдение, а операция выполняется при формировании кисты или развитии осложнений как со стороны кисты, так и самой поджелудочной железы.

Летальных исходов при лечении псевдокист поджелудочной железы не было, осложнения после операций составили 3,5%, из них под контролем ультразвука – 1,7%, после лапаротомных – 7,9%

Таким образом, у большинства больных с псевдокистами ПЖ методом лечения являются пункционно-дренажные под контролем УЗС, основным осложнением которого может быть образование панкреатического свища или рецидив кисты, которые могут быть успешно ликвидированы консервативной терапией, теми же повторными пункциями или эндоскопическими методами, а также прямыми операциями на поджелудочной железе при ее патологии.

Выводы

1. Пункционно-дренажный метод под контролем УЗС при лечении псевдокист поджелудочной железы, как самостоятельный, использован у 73,1% больных без летальных исходов, с осложнениями 1,7%. Общая эффективность метода составила 83,2%.

2. При формировании наружных панкреатических свищей после вмешательств под контролем УЗС на фоне хронических форм панкреатита показаны консервативные, эндоскопические методы лечения, а при их неэффективности – прямые вмешательства на поджелудочной железе.

СУЧАСНА ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.Г. Ярешко, С.Г. Живиця, Ю.О. Міхеев, І.В. Криворучко, О.О. Юдин

Реферат. Вивчені результати різноманітних методів хірургічного лікування псевдокист підшлункової залози у 143 хворих. Втручання під контролем ультразвуку виконано 117 (81,81%) хворим, ендоскопічні – у 7 (4,89%), лапароскопічні – у 2 (1,39%) хворих. Лапаротомні операції проведені 38 (26,57%) хворим, з них у 25 (17,48%) другим етапом після дренивання під контролем УЗС. Загальна ефективність пункційно-дренажних методів становила 83,2%, ускладнення спостерігалися в 1,7%. При формуванні зовнішніх панкреатичних норич після втручання під контролем УЗС на тлі хронічних форм панкреатиту проводились консервативні, ендоскопічні методи лікування, а при їх неефективності – прямі втручання на підшлунковій залозі.

Ключеві слова: псевдокісти підшлункової залози, ультразвукове сканування, пункційно-дренажні методи

MODERN TACTIC OF SURGICAL TREATMENT OF PSEUDOCYSTS OF PANCREAS

V.G. Yareshko, S.G. Zhivica, Y.A. Mikheev,
I.V. Krivoruchko, A.O. Yudin

Abstract. The results of different methods of surgical treatment of pseudocysts of pancreas are studied at 143 patients. Interferences under control an ultrasound are executed 117 (81,81%) to the patients, endoscopic – in 7 (4,89%), laparoscopic – in 2 (1,39%) patients. Opened operations are employed in 38 (26,57%) patients, from them in 25 (17,48%) after us-guided drainage procedure. General efficiency of small-access surgical methods was 83,2%, complications are marked in 1,7%. in condition of outward pancreatic fistula accompanied with chronic pancreatitis, we used a conservervative, endoscopic management. if they were uneffectiveness we employed direct approach on the pancreas.

Key words: pseudocysts of pancreas, ultrasonography, minimal invasive surgery.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хирургическому лечению // Університетська клініка. – 2007. – Т. 3, № 1. – С. 9-12.
2. Визначення тактики та методу лікування псевдокіст підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин, П.О. Болдіжар // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2006. – Т. 5, № 4. – С. 36-38.
3. Гострий панкреатит: ключові аспекти лікувальної тактики / В.П. Андрущенко, В.А. Мальований, Д.В. Андрущенко, Л.М. Когут // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – № 1. – С. 3-5.
4. Иванов В.А., Малярчук В.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны: Монография. – М.: Издательский дом «Каммерон», 2004. – 136 с.
5. Лечебно-тактические подходы у больных с псевдокистами поджелудочной железы / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, А.М. Тищенко и др. // Клінічна хірургія. – 2004. – № 6. – С.16-19.
6. Федорук А.М., Баранов Е.В., Третьяк С.И. Эффективность малоинвазивных вмешательств под УЗИ-контролем при панкреатическом скоплении жидкости // Новости лучевой диагностики. – 2000. – № 2. – С. 84-85.
7. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалимов, В.В. Грубник, Дж. Горовиц и др. – К.: Здоров'я, 2000. – 256 с.
8. Эндоскопическое дренирование постнекротических кист поджелудочной железы / В.Д. Луценко, А.П. Седов, И.П. Парфенов и др. // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 11-13.
9. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas. – Springer-Verlag, Berlin, 2008. – 905 p.