УДК 616.37-006.2-089

В.Г. Ярешко, Ю.А. Михеев, И.В. Криворучко

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Проанализированы результаты лечения 170 больных с псевдокистами поджелудочной железы. У 51 (30%) больного наблюдались такие осложнения как нагноение кист – 11,18%, кровотечение в полость кисты – 1,18%, портальную гипертензию – 12,35%, компрессионный синдром в виде механической желтухи – 8,8% и нарушение проходимости желудка и двенадцатиперстной кишки – 4,12%. Дифференцированно ставятся показания к использованию различных методов оперативного лечения в зависимости от осложнений кист, локализации, размеров, состояния паренхимы самой железы Выполнено 78 оперативных вмешательств у 51 больного. Из них 41 вмешательство под контролем УЗС (у 23 больных как окончательный метод, а в 18 случаях как первый этап перед лапаротомной операцией). Только лапаротомные вмешательства выполнены у 17 больных. Также выполнено 1 эндоскопическое назобилиарное дренирование, 1 лапароскопическая цистэктомия. При выборе метода лечения осложненных кист поджелудочной железы необходимо учитывать не только вид осложнения, но и общее состояние больного, наличие системных нарушений и состояние паренхимы самой железы. Приоритетными являются методы интервенционной сонографии.

Ключевые слова: поджелудочная железа, псевдокиста, интервенционная сонография.

В последние годы отмечается значительный рост количества больных псевдокистами поджелудочной железы (ПЖ), который идет параллельно с ростом заболеваемостью острым и хроническим панкреатитом алкогольного, билиарного и травматического происхождения. [1, 5]. По данным литературы острым панкреатитом за год на 1млн населения заболевает от 47 до 238 человек с тенденцией к увеличению в структуре заболеваемости его тяжёлых форм [5].

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений деструктивных форм острого панкреатита и травмы ПЖ является образование псевдокист, которые формируются в 50-92% наблюдений [3]. Формирование кист также характерно для хронических дегенеративных форм панкреатита [7].

Панкреатические псевдокисты в процессе формирования в первую очередь опасны развитием фатальных осложнений, таких как кровотечение, нагноение, перфорация, механическая желтуха и дуоденальная непроходимость, вследствие сдавления извне, которые наблюдаются в 20-50% случаев, летальность при этом может достигать 40-60% [2-4]. Портальная гипертензия при псевдокистах ПЖ является подпеченочной и, как правило, сегментарного характера, она может быть обусловлена как тромбозом, так и сдавлением мезентерикопортального и селезёночного венозного ствола кистой и прилегающей ПЖ [7].

Хирургическое лечение осложнённых псевдокист ПЖ является актуальной и сложной проблемой современной абдоминальной хирургии [7]. Перед хирургом ставится задача не только прямого хирургического воздействия на кисту, но и коррекция возникших осложнений и системных нарушений.

Цель работы – изучить структуру осложнений при псевдокистах ПЖ и оценить возможности различных методов лечения в зависимости от вида осложнения и состояния ПЖ.

Материал и методы

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 170 больных с псевдокистами ПЖ за период с 2000 по 2010 год. Из них отмечено 64 различных форм осложнений кист у 51 (30%) больного.

В комплексном обследовании больных с псевдокистами ПЖ использовали клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Инструментальные методы включали ультразвуковое сканирование (УЗС) органов брюшной полости, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ). УЗС органов

брюшной полости выполняли всем пациентам. При этом особое внимание уделяли локализации кисты, ее размерам, характеру ее содержимого, наличию и толщине капсулы, состоянию внепеченочных желчных протоков, паренхимы железы и ее протоковой системы, наличию расширения сосудов портальной системы. Для уточнения топографии кистозного образования и структуры ПЖ использовали КТ с болюсным контрастным усилением.

Выявлены следующие осложнения кист ПЖ: нагноение кисты – 19 (11, 18%), кровотечение в полость кисты – 2 (1,18%) , портальная гипертензия – 21 (12,35%), механическая желтуха – 15 (8,8%) и нарушение проходимости желудка и двенадцатиперстной кишки – 7 (4,12%).

Выполнено 78 оперативных вмешательств у 51 больного. Из них 41 вмешательство под контролем УЗС (у 23 больных как окончательный метод, а в 18 случаях как первый этап перед лапаротомной операцией). Только лапаротомные вмешательства выполнены у 17 больных. Также выполнено 1 эндоскопическое назобилиарное дренирование, 1 лапароскопическая цистэктомия.

Результаты и обсуждение

Основными клиническими проявлениями нагноения кист ПЖ были появление или усиление боли в области кисты, повышение температуры тела, лейкоцитоз, при УЗС – наличие эхогенной взвеси в полости кисты, иногда – пузырьков газа. У 15 больных с данным осложнением выполнено дренирование кисты под контролем УЗС. Сроки существования кист при нагноениях не превышали года и возникли вследствие трансформации деструктивных форм острого панкреатита, при этом не выявлялась связь кисты с главным панкреатическим протоком. Больным проводилась антибактериальная терапия, санация кисты антисептиками через дренажи. В 8 (53,4%) случаях наступило выздоровление – отделяемое прекратилось, на чрездренажой фистулографии и контрольном УЗС связи кисты с главным панкреатическим протоком и жидкостных образований не наблюдалось. Сроки стояния дренажа составляли от 3 недель до 2 месяцев. В 7 случаях дренирование под контролем УЗС оказалось неэффективным, хотя дало возможность стабилизировать состояние больных и подготовить к следующей операции. Причиной неэффективности явилось наличие крупных секвестров в полости кисты и продолжающийся воспалительно-некротический процесс в ПЖ и парапанкреатической клетчатке. Этим больным выполнена некрсеквестрэктомия. Четырех больных (21%) оперировали первично лапаротомным способом, что связано в одном случае с наличием у больного двух кист, одна из которых осложнилась кровотечением, другая нагноением – произведен гемостаз и наружное дренирование кист. В другом случае у больного диагностирована панкреатическая гипертензия (дилатация вирсуногова протока до 8,0 мм) на фоне хронического кистозно-калькулёзного дегенеративного панкреатита – выполнена операция Фрея. Еще 2 больным выполнена некрсеквестрэктомия с наружным дренированием кисты.

При кистах ПЖ, осложнённых синдромом механической желтухи при УЗС были выявлены признаки билиарной гипертензии в виде дилатации внутрипеченочных протоков и внепеченочных желчных протоков до 8-16 мм, в среднем 12,2±1,7мм, что было результатом компрессии гепатикохоледоха. Уровень гипербилирубинемии достигал до 394 ммоль/л (в среднем 184,6±21,7).

Основным методом лечения псевдокист, осложнённых механической желтухой у 15 больных были малоинвазивные вмешательства под контролем УЗС. Одному больному однократно выполнена пункция кисты с аспирацией содержимого и склеротерапией этанолом, 12 больным произведено дренирование кисты с последующей санацией ее полости. У всех больных после дренирования состояние улучшилось, явления механической желтухи купировались. Для контроля эффективности дренирования использовалось рентгеноконтрастное исследование, при котором оценивались размеры остаточной полости, связь с протоковой системой железы, наличие секвестров. В 3 случаях отмечалось попадание контраста в желчные протоки с формированием цистобилиарных свищей, что потребовало дополнительных вмешательств: эндоскопическое назобилиарное дренирование, наложение эндоскопического супрапапиллярного холедоходуоденоанастомоза, чрезкожной чрезпеченочной холангиостомии под УЗС. Показанием для удаления дренажа было отсут-

ствие при контрольном УЗС полостных образований, отсутствие отделяемого. В основном дренажи удалялись в сроки от 3 недель до 3 месяцев. В сроки 3-6 месяцев после операции при обследовании в 11 (84,61%) больных кисты не определялись. В двух больных сформировались наружные панкреатические свищи, как следствие панкреатической гипертензии и калькулеза поджелудочной железы. Больным в плановом порядке выполнены операция Фрея. У одного больного при отсутствии условий для малоинвазивних вмешательств наложен цистодуоденоанастомоз открытым методом. Еще одному больному при наличии кисты в головке и хвосте поджелудочной железы с признаками панкреатической гипертензии и калькулеза наложен цистопанкреатоеюноанастомоз с гепатикоэнтероанастомозом.

Синдром портальной гипертензии отмечен у 20 (11,76%) больного и выявлялся при УЗС в виде дилатации воротной или селезёночной вены. Диаметр воротной вены варьировал от 14 до 22мм (в среднем 15мм), селезеночной – от 8 до 13 (в среднем – 10,1). В одном случае диагностирован тромбоз селезёночной вены. Спленомегалия отмечена у 4 больных.

Дренирование кист под контролем УЗС проведено 12 больным. Из них у 6 вторым этапом выполнены следующие вмешательства: операция Фрея – 2, некрсеквестрэктомия – 2, цистэктомия – 1, дистальная резекция – 1. Первично лапаротомные вмешательства выполнены у 6 больных. Из них: дренирование сальнковой сумки – 2, цистодуоденоанастомоз – 1, операция Фрея – 1, цистэктомия – 1, лапароскопическая цистэктомия – 1.

Кровотечение в просвет псевдокисты ПЖ отмечено у 2 (1,18%) больных. Кровотечение из ложной кисты можно заподозрить на основании триады симптомов: увеличение размеров объемного образования в животе, появление шума над объемным образованием, внезапное снижение уровня гемоглобина, гематокрита без признаков наружного кровотечения. В одном случае данное осложнение было выявлено до операции (снижение гемоглобина, увеличение размеров кисты) произведена лапаротомия, прошивание кровоточащего сосуда, наружное дренирование кисты. Во втором случае было выявлено после дренирования под УЗС и купировано консервативно. Развитие данного редкого осложнения можно объяснить перивазальным воспалением, некрозом стенки сосуда, расположенного рядом со стенкой кисты и формированием ложной аневризмы.

У 7 (4,12%) больных отмечалось нарушение эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки за счет сдавления кистой извне. Двум больным выполнено дренирование кисты под контролем УЗС, проходимость желудка восстановлена, дренажи удалены через 2 и 4 месяца – киста не визуализировалась. Троим больным в виду длительного анамнеза, признаков декомпенсации со стороны желудка произведена резекция 2/3 желудка с цистэктомией – 1, вскрытием кисты – 1 и субтотальной резекцией поджелудочной железы – 1. Двум пациентам учитывая выраженные изменения в паренхиме железы по типу хронического панкреатита операция Бегера в модификации Пьюстова (1) и наложение панкреатоцистоеюноанастомоза.

При использовании малоинвазивных методик, а именно дренирование под контролем УЗС, осложнения наблюдались в 2 (15,38%) случаях. В одном получено внутрибрюшное кровотечение, что было связано с вовлечением в процесс v.mesenterica superior, в другом – подтекание желчи в свободную брюшную полость при наличии цистобилиарного свища. Летальных случаев не было.

Таким образом, у больных с осложнённым течением псевдокист ПЖ методом выбора являются вмешательства под контролем УЗС, которые при отсутствии грубых некротических и хронических фиброзно-дегенеративных изменений паренхимы ПЖ могут быть самостоятельным и окончательным пособием. В остальных случаях методы интервенционной сонографии позволяют выполнить вторым этапом прямое вмешательство на ПЖ при полноценном предоперационном обследовании и подготовкой больного к операции с выбором патогенетической операции.

Выводы

1. Панкреатические псевдокисты в 30,58% случаях имеют осложненное течение.

2. В структуре осложнений можно выделить нагноение кист – 11,18%, кровотечение в полость кисты – 1,18%, портальную гипертензию – 12,35%, компрессионный синдром в виде механической желтухи – 8,8% и нару-

шение проходимости желудка и двенадцатиперстной кишки – 4,12%.

3. При выборе метода лечения осложненных кист поджелудочной железы необходимо учитывать не только вид осложнения, но и общее состояние больного, наличие системных нарушений и состояние паренхимы самой железы. Приоритетными являются методы интервенционной сонографии.

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Я.Г. Ярешко, Ю.О. Міхеєв, І.В. Криворучко

Проаналізовані результати лікування 170 хворих з псевдокістами підшлункової залози. В 51 (30%) хворого спостерігалися такі ускладнення як нагноєння кіст – 11,18 %, кровотеча в порожнину кісти – 1,18%, портальна гіпертензія – 12,35%, компресійний синдром у вигляді механічної жовтяниці – 8,8% і порушення прохідності шлунку і дванадцятипалої кишки – 4,12%. Диференційовано ставляться показання до використання різних методів оперативного лікування залежно від ускладнень кіст, локалізації, розмірів, стани паренхіми самої залози. Виконано 78 оперативних втручань в 51 хворого. З них 41 втручання під контролем УЗС (в 23 хворих як остаточний метод, а в 18 випадках як перший етап перед лапаротомною операцією). Лише лапаротомні втручання виконані в 17 хворих. Також виконано 1 ендоскопічне назобіліарне дренування, 1 лапароскопічна цистектомія. При виборі методу лікування ускладнених кіст підшлункової залози необхідно враховувати не лише вигляд ускладнення, але і загальний стан хворого, наявність системних порушень і стан паренхіми самої залози. Пріоритетними є методи інтервенційної сонографії.

Ключові слова: підшлункова залоза, псевдокіста, інтервенційна сонографія.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF COMPLICATED PANCREATIC PSEUDOCYST

V.G. Jareshko, J.A. Miheev, I.V. Krivoruchko

Results of treatment of 170 patients with pancreatic pseudocyst are analysed. At 51 (30%) the patient were observed such complications as a suppuration cyst – 11,18%, a bleeding in a cavity cysts – 1,18%, a portal hypertensia – 12,35%, mechanical jaundice – 8,8% and infringement of passableness of a stomach and a duodenal gut – 4,12%. Differential indications to use of various methods of operative treatment depending on complications cyst are put, localisations, the sizes, a condition parenhime gland 78 operative interventions at 51 patients Are executed. From them 41 intervention under ultrasound control (at 23 patients as a definitive method, and in 18 cases as the first stage before laparotomy operation). Only laparotomy interventions are executed at 17 patients. Also it is executed 1 endoscopic nasobiliary drenage, 1 laparoscopic cystectomy. At a choice of a method of treatment complicated cyst a pancreas it is necessary to consider not only a complication kind, but also the general condition of the patient, presence of system infringements and a condition паренхимы gland. Methods intervention sonography are priority.

Key words: pancreas, pseudocyst, intervention sonography.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев А.А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хиургическому лечению / А.А. Васильев // Університетська клініка. – 2007. – Т. 3, № 1. – С. 9-12.
2. Гадзюк П.В. Хирургическая малоинвазивная технология лечения осложнений псевдокист поджелудочной железы / П.В. Гадзюк // Харківська хірургічна школа – 2009. – № 3.1 (35). – С. 25-27.
3. Гостищев В.К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В.К. Гостищев, А.Н. Афанасьев, А.В. Устименко // Хирургия – 2006. – № 6. – С. 4-7.
4. Аневризмы висцеральных сосудов и аррозивные кровотечения в полость постнекротических кист поджелудочной железы / Г.Г. Кармазановский, Л.С. Коков, Ю.А. Степанова, В.Н. Цыганков // Анналы хирургической гепатологии – 2007. – Т.12, №2. – С.85-95.
5. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит. / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 390 с.
6. Старосек В.Н. Клинические признаки, тактика лечения и осложнения постнекротической кисты поджелудочной железы / В.Н. Старосек, А.В. Костырной // Клінічна хірургія – 2001. – №1. – С.11-13.
7. Шалимов А.А. Хронический панкреатит. / А.А. Шалимов, В.В. Грубник. – К.: Здоровье, 2000 – 256 с.

Стаття надійшла 16.03.2011