

УДК 616.37-002.4-022.7-089

В.В. Мищенко¹, П.И. Пустовойт², В.В. Горячий¹, В.В. Величко¹, Р.Ю. Вододюк²**ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**¹Одесский национальный медицинский университет²Одесская областная клиническая больница

Проведен анализ лечения 143 больных с кистами поджелудочной железы. Пункционные вмешательства под контролем УЗИ с дренированием и без такового выполнены у 117(81,8%) больных. Рецидивы заболевания после дренирования под контролем УЗИ отмечены у 8(6,7%) больных. Лапароскопическое дренирование очаговых скоплений жидкости в области поджелудочной железы и окружающих тканей выполнено у 2(1,4%) больных. Эндоскопическое вмешательство с дренированием кисты в просвет желудка произведено у 7(4,9%) больных. Первично лапаротомные операции проведены у 17(11,9%) случаях. У 5 больных выполнено гастроцистостомия, у 2 - цистодуоденостомия, у 7 - цистозентеростомия. У 3 больных при локализации кисты в области тела поджелудочной железы и связи ее с протоковой системой наложен продольный панкреатоюноанастомоз. Проведение пункционных, пункционно-дренажных, эндоскопических, лапароскопических вмешательств при псевдокистах поджелудочной железы свидетельствуют о достаточно высокой эффективности этих операций.

Ключевые слова: лечебно-тактические подходы, псевдокисты поджелудочной железы.

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП) [1, 5]. Увеличивается количество тяжелых деструктивных форм заболевания, сопровождающихся наиболее высокой летальностью [2, 5]. От тяжелых форм острого деструктивного панкреатита (ОДП) умирает каждый второй больной, у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [2, 3]. Соответственно увеличивается количество кист поджелудочной железы (ПЖЖ), удельный вес которых среди всех кистозных образований составляет 80% [4, 5].

Задачей любой операции при псевдокистах ПЖЖ является устранение кисты, предпосылка к их рецидиву и возникновению хронического панкреатита.

Поэтому выбор способа операции при кистах поджелудочной железы остается актуальным с позиций этиопатогенеза ОДП, локализации и размеров кисты, морфофункциональных изменений ткани ПЖЖ, состояния ее протоковой системы.

Возможным, а иногда единственным путем решения проблемы лечения данной категории больных является использование чрезкожных вмешательств под контролем УЗИ на ряду с интенсивной терапией [1, 3, 4].

Целью исследования явилось изучение результатов лечения больных с ложными кистами поджелудочной железы с использовани-

ем чрезкожных, лапароскопических, эндоскопических и лапаротомных методов лечения и разработка лечебно-тактических подходов при данной патологии.

Материал и методы

Материалом настоящей работы явились результаты лечения 143 больных с кистами поджелудочной железы. Мужчин было 105 (73,4%), женщин – 38 (26,6%). Средний возраст пациентов составил $42,9 \pm 0,9$ лет. Пациентов госпитализировали в различные сроки от начала заболевания. Кистозные образования обычно выявляли на 5-15 сутки от возникновения признаков ОП. Диагностическая программа включала общеклинические и биохимические лабораторные исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию, по показаниям – эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

Кистозные образования в проекции ПЖЖ и окружающих тканей представлены у 133 (93,0%) пациентов ложными кистами ПЖЖ, у 3 (2,3%) из которых диагностирован абсцесс кисты. У 10 (7,0%) больных диагностированы истинные кисты и у 2 (20,0%) из них установлен диагноз цистаденомы.

Объем кист был от 20 до 2200 мл. Кисты располагались в головке ПЖЖ у 47 (35,5%) случаях, теле – 93 (69,9%), хвосте – 40 (30,1%). Связь

кистозных образований с протоковой системой ПЖЖ установлена у 15 (10,5%) больных.

Выбор метода хирургического лечения определялся в зависимости от размера кист, их содержимого (гной, секвестры), наличия признаков острого или хронического воспаления ПЖЖ, кальцинатов, степенью фиброзно-кистозных изменений железы, состоянием протоковой системы.

При небольших кистах до 5 см в диаметре без структурных изменений ПЖЖ и связи с протоковой системой применялась однократная пункция с аспирацией содержимого.

При кистах диаметром более 5 см обязательным условием при выполнении пункции кисты было ее наружное дренирование.

Показанием к лапароскопическому дренированию очаговых скоплений жидкости в области ПЖЖ и окружающих тканях служат большие кисты (более 6 см в диаметре), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования и детрита, а также неэффективность пункционного лечения. Условием для успешного выполнения эндоскопического вмешательства с дренированием кисты в просвет желудка являлась локализация кисты в проекции тела или хвоста ПЖЖ, наличие сформировавшейся стенки кисты и плотное соприкосновение ее с задней стенкой желудка.

Показанием к первично лапаротомным операциям было инфицирование псевдокисты с наличием больших секвестров, невозможность санации кисты через дренажи, прогрессирование панкреонекроза и перитонита, рецидивы кисты после внутреннего дренирования, наличие псевдокист на фоне хронического калькулезно-дегенеративного панкреатита, нарушение проходимости желчных протоков и желудочно-кишечного тракта.

Для улучшения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с ложными кистами ПЖЖ нами проводилось лечение гнойно-септических осложнений инфузионным антибиотиком лефлацином (левофлоксацином) по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, комбинируя его с введением метрогила по 100,0 3 раза в сутки. При проведении пункционных, пункционно-дренажных, эндоскопических, лапароскопических вмешательств при кистах ПЖЖ по показаниям проводилась санация полости кист, при лапаро-

томных вмешательствах – санация брюшной полости 0,02% раствором Декасана,

Результаты и обсуждение

На основании проведенного анализа основными лечебно-тактическими подходами в лечении псевдокист поджелудочной железы принято считать применение диагностического алгоритма, основой которого является УЗИ органов брюшной полости.

Установлено, что псевдокисты ПЖЖ чаще всего образуются у мужчин среднего возраста, что соотносится с данными литературы о заболеваемости ОП и развитием его осложнений.

При выборе метода оперативного вмешательства необходимо учитывать сроки от начала заболевания. Оптимальным сроком является период сформированной псевдокисты с плотными стенками и однородным содержимым.

Применение чрезкожных вмешательств под контролем УЗИ при псевдокистах ПЖЖ свидетельствует об их высокой эффективности и зависит в большой степени не столько от локализации образования, как от размера кист, характеристики их содержимого. Пункционные вмешательства под контролем УЗИ с дренированием и без такового выполнены у 117 (81,8%) больных.

Пункционное дренирование абсцедирующих кист, гнойных затеков при обширном панкреонекрозе показано как этап лечения ОП для выведения больного из критического состояния.

Критериями эффективности лечения было уменьшение размеров полости кисты с уменьшением количества отделяемого, что контролировалось данными УЗИ в динамике и чрездренажными фистулографиями. При использовании пункционно-дренажного метода у 4 больных образовались неполные панкреатические свищи, которые закрылись на фоне консервативной терапии с однократным введением соматулина в дозировке 30 мг. Рецидивы заболевания после дренирования под контролем УЗИ отмечены у 8 (6,7%) больных в период от 3 месяцев до 2 лет. Шести больным рецидив устранен с помощью повторного дренирования под контролем УЗИ, 2 больным – открытое наружное дренирование. Летальных исходов за данный период наблюдения не было.

Лапароскопическое дренирование очаговых скоплений жидкости в области ПЖЖ и окружающих тканей выполнено у 2 (1,4%) больных. У таких больных по показаниям одновременно выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Эндоскопическое вмешательство с дренированием кисты в просвет желудка произведено у 7 (4,9%) больных. Рецидивов кист после эндоскопической гастроцистостомии в сроки до 3 лет не выявлено.

Первично лапаротомные операции проведены у 17 (11,9%) случаях. У 5 больных выполнено гастроцистостомия, у 2 – цистодуоденостомия, у 7 – цистоэнтеростомия по Ру (4 наблюдения) или с заглушкой по Шалимову (3 наблюдения), у 3 больных при локализации кисты в области тела ПЖЖ и связи ее с протоковой системой наложен продольный панкреато-еюноанастомоз.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, в клинике сформирован и успешно применяется новый подход в лечении кист поджелудочной железы, как исхода деструктивного панкреатита, на основе современных миниинвзивных технологий.

Проведение пункционных, пункционно-дренажных, эндоскопических, лапароскопических вмешательств при псевдокистах поджелудочной железы свидетельствуют о достаточно высокой эффективности этих операций.

ЛІКУВАЛЬНО-ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ В ЛІКУВАННІ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.В. Міщенко, П.І. Пустовойт, В.В. Горячий, В.В. Величко, Р.Ю. Вододюк

Проведений аналіз лікування 143 хворих з кістами підшлункової залози. Пункційні втручання під контролем УЗД з дрениванням і без такого виконані у 117(81,8%) хворих. Рецидиви захворювання після дренивання під контролем УЗД відмічені у 8(6,7%) хворих. Лапароскопічне дренивання осередкових скупчень рідини в області підшлункової залози і навколишніх тканин виконане у 2(1,4%) хворих. Ендоскопічне втручання з дрениванням кисти в просвіт шлунку проведене у 7(4,9%) хворих. Пер-

винно лапаротомні операції проведені у 17(11,9%) випадках. У 5 хворих виконано гастроцистостомія, у 2 - цистодуоденостомія, у 7 - цистоентеростомія. У 3 хворих при локалізації кисти в області тіла підшлункової залози і зв'язку її з протоковою системою накладений повздовжній панкреато-еюноанастомоз. Проведення пункційних, пункційно-дренажних, ендоскопічних, лапароскопічних втручань при псевдокистах підшлункової залози свідчать про достатньо високу ефективність цих операцій.

Ключові слова: лікувально-тактичні підходи, псевдокисти підшлункової залози.

TREATMENT-TACTICAL APPROACHES IN TREATMENT OF PSEUDOCYSTS OF PANCREAS

V.V. Mishchenko, P.I. Pustovoyt, V.V. Goryachiy, V.V. Velichko, R.Y. Vododuk

The analysis of treatment was conducted 143 patients with the cysts of pancreas. Punction interferences under control ultrasonic with draining and without such carry out at 117(81,8%) patients. Recidivs of disease after draining under control ultrasonic marked at 8(6,7%) patients. The laparoscopic draining of hearth accumulations of liquid in area of pancreas and surrounding tissu was executed at 2(1,4%) patients. Endoscopic interferences with draining of cyst in the road clearance of stomach executed at 7(4,9%) patients. Initially laparatomic operations are conducted at 17(11,9%) cases. At 5 patients are executed gastrocystostomia, at 2 - cystoduodenostomia, at 7 - cystoenterostomia. At 3 patients at localization of cyst in area of body of pancreas and connections of it with the procurrent system longitudinal pancreatoejuoanastomosis is imposed. Leadthrough of punction, punction-drainage, endoscopic, laparoscopic interferences at the pseudocysts of pancreas testify to high enough efficiency of these operations.

Key words: Ttreatment-tactical approaches, pseudocysts of pancreas.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визначення тактики та методу лікування псевдокист підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2006. – Т. 5, № 4. – С. 36-38.
2. Гострий панкреатит: ключові аспекти лікувальної тактики / В.П. Андрюшенко, В.А. Мальований, Д.В. Андрюшенко [та ін.] // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – № 1. – С. 3-5.
3. Даценко Б.М. Гострий панкреатит / Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, К.О. Крамаренко. – Х.: Прапор, 2004. – 84 с.
4. Эндоскопическое дренирование постнекротических кист поджелудочной железы / В.Д. Луценко, А.П. Седов, И.П. Парфенов [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 11-13.
5. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / Beger H.G., Matsun O.S., Cameron J.L. – Springer-Verlag, Berlin. – 2008. – 905 p.

Стаття надійшла 14.02.2011