

УДК 616.37-00.2.4-006.2-07-089.81

Я.Г. Колкін, В.В. Хацко, О.М. Дудін, О.Є. Кузьменко, С.О. Шаталов, К.І. Павлов

СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ*Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

Мета роботи – оптимізація діагностики і хірургічного малоінвазивного лікування псевдокіст підшлункової залози (ППЗ) для покращення результатів. 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 апаратів та інструментів фірми “Wolf” (Германія). Після малоінвазивного лікування у 78 (81,4%) пацієнтів спостерігали повне одужання, у 18 (18,6%) були рецидивні 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 за Шалімовим, 2 – за нашою методикою. Летальних випадків не було. Таким чином, малоінвазивне лікування ППЗ призводить до покращання результатів, їх доцільно застосовувати у хірургічних відділеннях.

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

За даними літератури, деструктивні форми панкреатиту у 47-53% випадків ускладнюються утворенням псевдокіст [5, 2, 3]. 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 ППЗ головним чином люди працездатного віку (30-45 років).

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

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

Дискусійним є питання вибору метода хірургічного лікування ППЗ – від цистектомії і резекції підшлункової залози [6, 1, 5] 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 ППЗ – транспапілярне дренивання, цисто-, гастро- і цистодуоденостомію [1, 4, 8], пункцію та аспірацію кіст під сонографічним або комп'ютерно-томографічним контролем [2, 6, 5], 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 ППЗ 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 роботи – оптимізація діагностики і хірургічного малоінвазивного лікування ППЗ для покращення результатів.

Матеріал та методи

Під доглядом знаходились 116 пацієнтів з хронічними ППЗ (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), фіброгастроуденоскопію.

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 Dornier, 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 ППЗ необхідно розділити на дві групи: 1 – котрі потребують невід-

клого 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 фракціонне, 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 ППЗ 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-фторурацил), інгібіторів ферментів (контрикал, 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 ППЗ у 88 (81,4%) пацієнтів зафіксовано повне одужання. У 19 (18,6%) осіб виявлено рецидиви кісти, їм виконана радикальна операція. У 14 ви-

падках 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 проведено 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.

В и с н о в к и

Таким чином, вибір хірургічної тактики повинен бути індивідуальним. Консервативне лікування несформованих ППЗ у більшості випадків не призводить до регресу кісти.

Малоінвазивне дренування ППЗ під сонографічним або лапароскопічним (з відеопідтримкою) контролем є високоефективним малотравматичним способом лікування при відпрацьованій техніці виконання. Показанням до малоінвазивного дренування є ППЗ будь-яких розмірів і локалізації при відсутності признаков секвестрації, особливо у хворих з високим операційним ризиком, коли радикальна операція неможлива. Етапні ендоскопічні некротектостомії 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 і прискорює видужання.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.М. Дудин, А.Е. Кузьменко, С.А. Шаталов, К.И. Павлов

Цель работы – оптимизация диагностики и хирургического малоинвазивного лечения псевдокист поджелудочной железы для улучшения результатов. Проанализированы результаты малоинвазив-

ного 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 аппаратов и инструментов фирмы “Wolf” (Германия). После малоинвазивного лечения у 78 (81,4%) пациентов наблюдали полное выздоровление, у 18 (18,6%) были рецидивные кисты, им выполнена радикальная операция. В 14 случаях были разные осложнения, которые ликвидированы консервативно, 4 пациентам со свищом поджелудочной железы выполнена цистоентеростомия с Брауновским анастомозом и заглушкою по Шалімову, 2 – по нашей методике. Летальных исходов не было. Таким образом, малоинвазивное лечение псевдокист поджелудочной железы приводит к улучшению результатов, их целесообразно выполнять в хирургических отделениях.

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

MODERN TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

Y.G. Kolkin, V.V. Khatsko, A.M. Dudin, A.E. Kuzmenko, S.A. Shatalov, K.I. Pavlov

The purpose of work – optimization of diagnostics and surgical miniinvasive treatment of pseudocysts of a pancreas (PCP) for enriching results. 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 – with the help of devices and instruments of firm “Wolf” (Germany). After miniinvasive treatment at 78 (81,4 %) patients observed complete convalescence, at 18 (18,6 %) were relapses of a cyst, it makes radical operation. In 14 cases there were different complications, which are liquidated conservatively, to 4 patients with fistula underwent cystoenterostomy with Brown’s anastomosis with the Shalimov’s stunner. The lethal cases were not. Thus, miniinvasive treatment of PCP in enriching results, they should be applied in surgical abjoinings.

Key words: pancreatic pseudocysts, diagnostics, miniinvasive surgery.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агафонова Л.В. Выбор оптимального способа лечения панкреатических псевдокист / Л.В. Агафонова, В.П. Кочуков, И.М. Дмитриев [и др.] // Матер. XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 1. – С. 115-117.
2. Земсков В.С. Выбор хирургической тактики при лечении множественных постнекротических псевдокист поджелудочной железы / В.С. Земсков, И.А. Ковальская, Е.А. Крючина [и др.] // Клін. хірургія. – 2001. – № 2. – С. 5-8.
3. Копчак В.М. Современные тенденции в хирургическом лечении осложненных форм хронического панкреатита / В.М. Копчак, И.М. Тодуров, И.В. Хомяк // Матер. XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 1. – С. 186-188.
4. Милица Н.Н. Малоинвазивные способы лечения псевдокист поджелудочной железы / Н.Н. Милица,

- А.И. Мартыновский, Ю.И. Мартыновский // *Хірургія України*. – 2005. – № 3 (15). – С. 51-52.
5. Ничитайло М.Е. Диагностика, прогнозирование течения деструктивного панкреатита и лечение его осложнений путём чрезкожных 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 [и др.] // *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 [et al.] // *Endoscopy*. – 2001. – Vol. 33, № 6. – P. 473-477.
8. Kaestner K.H. Of cilia and cysts: modeling pancreatic polycystic disease / K.H. Kaestner // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130, № 3. – P. 926-928.

Стаття надійшла 29.03.2011