

© В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Мартяшов, 2011

УДК 616.37-006.2-039-089-072/073

В.І. РУСИН, О.О. БОЛДІЖАР, А.В. МАРТЯШОВ

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород

РОЛЬ МАЛОІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ У ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Число хворих на гострий панкреатит складає 10-15% від всіх пацієнтів, які госпіталізуються в хірургічний стаціонар. Збільшується кількість тяжких деструктивних форм захворювання, що в свою чергу призводить до збільшення числа псевдокіст підшлункової залози.

На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) від січня 1998 до травня 2011 року проліковано 327 пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, малоінвазивні методи лікування

Вступ. В закордонних і українських фахових виданнях звертає на себе увагу неуклісний ріст захворюваності на гострий панкреатит. На сьогоднішній день число хворих на гострий панкреатит складає 10-15% від всіх пацієнтів, які госпіталізуються в хірургічний стаціонар [5]. Збільшується кількість тяжких деструктивних форм захворювання, що в свою чергу призводить до збільшення числа псевдокіст (ПК) підшлункової залози, питома вага яких серед кістозних уражень підшлункової залози складає 80% [1, 3]. Існування ПК підшлункової залози небезпечно виникненням грізних не рідко фатальних ускладнень, таких як: кровотеча, нагноєння, перфорація, механічна жовтяниця, тромбоз селезінкової вени, стиснення вихідного відділу шлунка. Згідно даних світової літератури близько 20-50% ПК підшлункової залози супроводжується виникненням ускладнень. Летальність при виникненні ускладнень може сягати 40-90%, а якість життя у хворих, які вижили, часто залишається незадовільною в зв'язку з тривалою непрацездатністю, соціальною дезадаптацією та інвалідизацією [2, 6]. Не існує єдиної думки щодо строків та методів малоінвазивного хірургічного втручання при виникненні ускладнень ПК підшлункової залози, яка б мала патогенетичне обґрунту-

вання [3, 4, 7]. В зв'язку з цим хірургічне лікування ускладнень ПК підшлункової залози продовжує залишатись складною і актуальною проблемою абдомінальної хірургії.

Мета дослідження. Визначити можливості малоінвазивних хірургічних методів у лікуванні ускладнень псевдокіст підшлункової залози.

Матеріали та методи. На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) від січня 1998 до травня 2011 року проліковано 327 пацієнтів з ПК підшлункової залози. З них чоловіків було 193, жінок – 134). Вік хворих коливався від 28 до 65 років, в середньому склав 42,5 роки.

У 234 (71,6%) пацієнтів псевдокісти розвинулися внаслідок гострого, а у 93 (28,4%) внаслідок хронічного панкреатиту. Усі хворі скаржилися на болі у черевній порожнині різної інтенсивності.

Пацієнтів розподілено на дві групи з сформованими і несформованими ПК підшлункової залози.

Серед 169 хворих зі сформованими псевдокістами у 83 (49,1%) спостерігалися ускладнення, які вплинули на вибір та тактику лікування. При несформованих псевдокістах ускладнення відмічено у 81 (51,3%) хворого (табл. 1).

Таблиця 1

Ускладнення у хворих з псевдокістами підшлункової залози

Ускладнення	Сформовані ПК (n=169)	Кількість пацієнтів, яким виконані малоінвазивні втручання (n=98)		Несформовані ПК (n=158)
		n=23	n=75	
Кровотеча	19	8	–	–
Кровотеча та нагноєння	5	–	–	–
Нагноєння	32	12	15	21
Стиснення воротарної частини шлунка з порушенням евакуації	3	3	–	–
Механічна жовтяниця	–	–	20	20
Тромбоз селезінкової вени	21	–	–	–
Панкреатичний асцит	–	–	36	36
Ексудативний плеврит	–	–	4	4
Перфорація	3	–	–	–

Для кожного ступеня зрілості псевдокіст властиві свої ускладнення. Інфікування псевдокіст діагностовано у 32 (18,9%) пацієнтів із сформованими псевдокістами та у 21 (13,3%) хворого з несформованими псевдокістами. Панкреатогенний асцит характерний тільки у пацієнтів із несформованими псевдокістами і спостерігався у 36 (22,8%) хворих. У той же час портальна гіпертензія або тромбоз селезінкової вени були діагностовані у 21 (12,4%) пацієнта тільки при сформованих псевдокістах. Кровотеча була специфічним ускладненням у 19 (11,2%) хворих з сформованим ПК підшлункової залози, у п'яти осіб кровотеча відбулась у нагноєну ПК підшлункової залози. Перфорація ПК в черевну порожнину виникла 3 (1,8%) хворим з сформованими ПК. Специфічними ускладненнями для несформованих псевдокіст були: механічна жовтяниця – у 20 (12,6%) хворих і ексудативний плеврит – у 4 (2,5%). Стиснення воротарної частини шлунка з порушенням евакуації відмічено у трьох пацієнтів.

Попередньо всім хворим проводилося клінічне обстеження, ультрасонографічне обстеження (УСГ), комп'ютерна томографія та ретроградна холангіопанкреатографія. Ангіографічне обстеження виконувалось пацієнтам з підозрою на кровотечу у просвіт кишки або в порожнистий орган

та при ознаках сегментної допечінкової портальної гіпертензії.

У 98 хворих з ускладненим перебігом ПК виконано 125 малоінвазивних втручань. Переважна більшість втручань виконані при несформованих ПК.

Серед малоінвазивних методів при лікуванні ускладнень сформованих ПК використанні: рентгеноендоваскулярні – 8, ендоскопічно-дренуючі – 15.

У групі хворих з несформованими ПК виконали: лапароскопічно-дренуючі – 36, пункційно-дренуючі під контролем УСГ – 28, пункційно-аспіраційні під контролем УСГ – 11, ендоскопічні втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки – 20, транспапілярне ендоскопічне ретроградне дронування спільної жовчної протоки – 3 і підшлункової протоки (протоки Вірсунга) – 4.

Результати досліджень та їх обговорення. Кровотеча в просвіт ПК спостерігалась у 7 (2,1%), кровотеча в просвіт шлунка у 4 (1,2%), просвіт дванадцятипалої кишки у 3 (0,9%), кровотеча в просвіт нагноєної псевдокісти у 5 (1,5%) хворих.

Арозивна кровотеча із селезінкової артерії у просвіт кісти зупинена у 5 хворих шляхом емболізації (рідкий „Емболін”) селезінкової артерії (рис. 1).

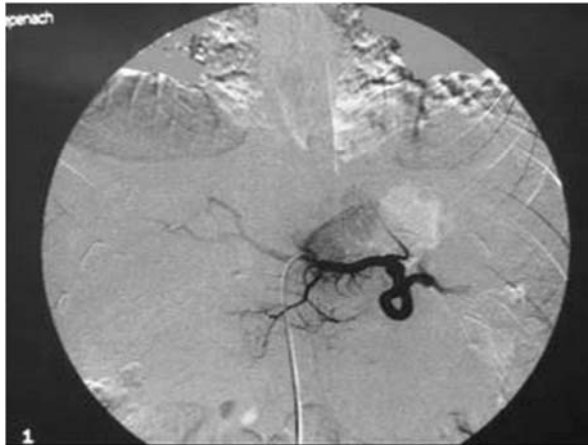


Рис. 1. Селективна ангіографія селезінкової артерії. "Пропотівання" контрасту за межі судини – ознака арозивної кровотечі у порожнину кісти.

У двох хворих з кровотечею в просвіт верхніх відділів шлунково-кишкового тракту діагностована псевдоаневризма селезінкової артерії, а ще у одного паціє-

нта – псевдоаневризма підшлунково-дванадцятипалої артерії (рис. 2). У даній групі пацієнтів виконували емболізацію артерії балоном, що відокремлюється.



Рис. 2. Селективна ангіографія. Псевдоаневризма підшлунково-дванадцятипалої артерії.

Таким чином, у 19 пацієнтів з ПК підшлункової залози ускладненою кровотечею досягнути належного гемостазу шляхом використання рентгеноендоваскулярних методик вдалось у 8 випадках (42,1%).

Основними клінічними ознаками нагноєння ПК підшлункової залози були: поява чи посилення

болю в ділянці ПК, підвищення температури тіла, лейкоцитоз, наявність ехопозитивного вмісту, іноді наявність – пухирців газу. Вміст нагноєних ПК мав більш високу щільність у порівнянні з неінфікованими, бо ультразвукографічна щільність гною є вищою, ніж рідини (рис. 3).

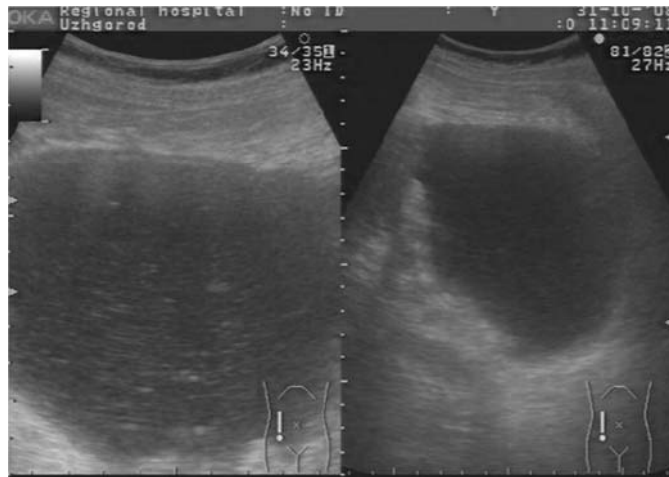


Рис. 3. УСГ хворого П. Нагноєна псевдокіста тіла підшлункової залози.

При ознаках нагноєння сформованої ПК у трьох хворих виконували назоцистогастродренування катетером "Zimmon" 12F для можливості санації порожнини та бактеріологічного контролю в післяопераційному періоді. Усім пацієнтам з назоцисто-

гастродренуванням проводили контрастну назоцистографію, деескалаційну антибактеріальну терапію, інтраопераційно та через кожні 3 доби виконували посіви вмісту псевдокісти до стерильного вмісту та ультразвукографічний моніторинг (рис. 4).

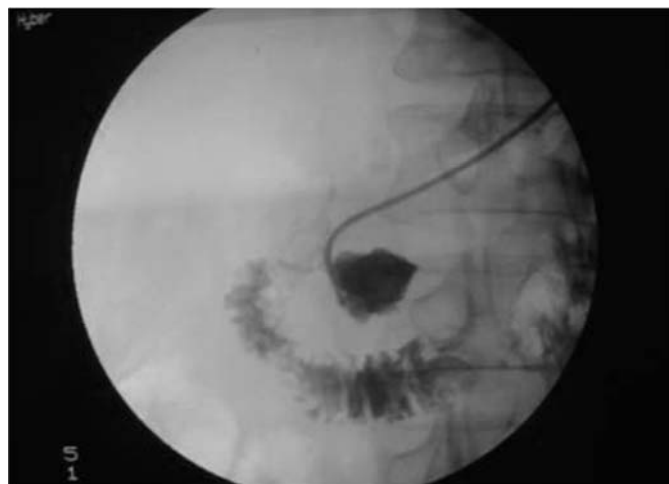


Рис. 4. Післяопераційна (цистограма). Стан після ендоскопічної назоцистогастростомії з назоцистогастральним дренажем.

Ще у дев'яти хворих дренування псевдокісти у просвіт шлунка здійснювалося за допомогою катетера типу "Pigtail" розміром 7F, у п'яти випадках використано по два катетера.

У хворих з ендоскопічною цистогастростомією у трьох хворих відмічено випадіння дренажу, що потребувало його заміни в амбулаторних умовах, у одного хворого відмічена кровотеча під час створення цистогастростомії, яку вдалося зупинити під час процедури коагуляцією. У одного пацієнта з назоцистогастральним дрена-

жем на третю добу після дренування виникла шлункова кровотеча середнього ступеня важкості з випадінням дренажу внаслідок блювання. Кровотеча зупинена консервативно. Назоцистогастральний зонд замінено на внутрішній дренаж типу „Pigtail” через 6 діб після кровотечі, що відбулася.

Назоцистогастральні і назоцистодуоденальні дренажі видаляли по мірі облітерації порожнини кіст протягом 30-45 діб. Внутрішні дренажі по мірі облітерації порожнини кіст випадали самостійно

або видалялися ендоскопічно (9 хворих) на 60-90 добу з моменту операції.

За результатами динамічного ультрасонографічного моніторингу та повторного ендоскопічного дослідження спостерігали очищення вмісту порожнини кісти та її прогресивне зменшення.

Суб'єктивно всі хворі відзначали покращання загального стану, зменшення вираженості болювого синдрому вже на 2-3 добу після втручання, на 7-9 добу їх виписували під нагляд лікаря-хірурга поліклініки за місцем проживання.

У 15 хворих з нагноєними несформованими ПК підшлункової залози виконано черезшкірне пункційне дренування, наявність двох дренажів типу „Pigtail” дозволило встановити проточно-промивну систему і застосовуючи деескалаційну антибактеріальну терапію досягнути повної ліквідації (облітерації) кісти. На контрольній черездренажній фістулографії зв'язку з протоковою системою підшлункової залози і рідинних утворів не виявлено. Тривалість дренування порожнини ПК

підшлункової залози склала в середньому 3-8 тижнів.

У трьох хворих з групи пацієнтів, яким проводилося пункційне черезшкірне дренування під контролем УСГ, післяопераційний період ускладнився лівобічним піддіафрагмовим абсцесом, що потребував свого способу лікування.

Лапароскопічне дренування у зв'язку з наявністю вільної рідини в черевній порожнині виконана у 36 хворих. Зазвичай дренували піддіафрагмові простори, підпечінковий простір, бічні канали, порожнину малого тазу.

Об'єм аспірованого вмісту коливався від 80 до 3500 мл. Характер рідини залежав від термінів виникнення деструкції в підшлунковій залозі і у 69,5% був геморагічний, у 19,4% – жовтого кольору різної густини з високим вмістом білка > 28 г/л, у 8,3% – прозора рідина, у 2,8% – отримано мутно-гнійну рідину. Вміст амілази в отриманому рідинному вмісті був від 1200 до 4600 ммоль/год. х літр (рис. 5).



Рис. 5. Ультрасонографія хворого Л. Наявність асциту, паранекротичного скупчення рідини та ПК підшлункової залози.

У 20 хворих з несформованою ПК підшлункової залози, ускладненою механічною жовтяницею при УСГ були виявленні ознаки біліарної гіпертензії у вигляді розширення внутрішньо- та позапечінкових жовчних проток до 8-17 мм, в середньому $12,4 \pm 1,8$ мм. У 13 пацієнтів причиною гіпербілірубінемії являвся холедохолітіаз. Рівень гіпербілірубінемії сягав показника 375 ммоль/л.

У всіх пацієнтів із гіпербілірубінемією проведено ендоскопічну папілосфінктеротомію, у хворих із компресією спільної жовчної протоки або підшлункової (протоки Вірсунга) одночасно виконали транспапілярне ретроградне дренування спільної жовчної протоки у – 3 випадках і підшлункової протоки – у 4.

У 7 хворих даної групи виконали пункційну аспірацію ПК під контролем УСГ з склеротерапією. У 13 хворих виконали черезшкірне пункційне дренування ПК підшлункової залози під контро-

лем УСГ з використанням катетера типу “Pigtail” розміром 7F з санацією її порожнини. Після отриманого малоінвазивного лікування стан хворих покращився, зникли явища механічної жовтяниці.

Ендоскопічна цистодуоденостомія у трьох хворих з явищами високої кишкової непрохідності виявлялась успішною у всіх випадках.

У чотирьох пацієнтів, у яких існування несформованої ПК ускладнювалось ексудативним плевритом, виконали пункційну аспірацію ексудату під контролем УСГ, у трьох випадках по 4 рази, в одному – тричі.

Таким чином, алгоритм лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози передбачає індивідуалізацію хірургічної тактики для кожного хворого, яка залежить не тільки від відмінностей побудови та ступеня зрілості ПК, а від тієї обставини, що ПК найчастіше є лише одним із ускладнень панкреатиту. У зв'язку із цим малоінвазивні та тради-

ційні методи лікування ПК підшлункової залози повинні враховувати необхідність усунення причини панкреатиту, передусім біліарний його характер, інтрапанкреатичну гіпертензію, а також різноманітних ускладнень, які можуть супроводжувати процес формування ПК підшлункової залози.

Висновки. Основним методом лікування ускладнень ПК підшлункової залози є відкри-

те лапаротомне втручання, альтернативою якому в окремих випадках стають ендоскопічні, ультрасонографічні, лапароскопічні та рентгеноендоваскулярні способи лікування. Проблеми оптимального обсягу втручання, можливості малоінвазивних способів лікування продовжують вивчатись та обговорюватись.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Діагностика та лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту / В.М. Копчак, І.М. Тодуров, І.В. Хомяк [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія „Медицина”. — 2006. — Вип. 29. — С. 45—49.
2. Ендоскопічне лікування псевдокіст підшлункової залози / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, О.П. Кондратюк, А.Г. Дейниченко // Клінічна хірургія. — 2009. — № 5. — С. 5—8.
3. Загальні принципи вибору хірургічної тактики при лікуванні псевдокіст підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин, П.О. Болдіжар // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. — 2007. — Випуск 1—2 (17—18). — С. 157—159.
4. Запорожченко Б.С. Диагностика и хирургическое лечение осложненного хронического панкреатита / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 2. — С. 17—19.
5. Лечебно-тактические подходы у больных с псевдокистой поджелудочной железы / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, А.М. Тищенко [и др.] // Клінічна хірургія. — 2004. — № 6. — С. 16—19.
6. Редкое осложнение постнекротической кисты поджелудочной железы / И.М. Буриев, Б.С. Корняк, Р.Х. Азимов, Н.В. Панова // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — № 5 (1). — С. 77—80.
7. Юдін О.О. Роль інтервенційної сонографії у лікуванні гострих кіст підшлункової залози / О.О. Юдін // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 4. — С. 116—118.

V.I. RUSIN, A.A. BOLDIZHAR, A.V. MARTYASHOV

Uzhhorod National University, Faculty of Medicine, Department of the Surgical Diseases, Uzhhorod

ROLE OF MINIINVASIVE SURGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

The number of patients with acute pancreatitis is growing up and makes 10-15% of all patients hospitalized in the surgical departments. The amount of severe destructive forms of the disease, which leads to the pseudocysts formation is growing too.

On the basis of surgical clinic of Transcarpathian Regional Clinical Hospital from 1998 to 2011 327 patients with pancreatic pseudocysts were treated.

Keywords: pancreatic pseudocysts, non-invasive treatment

Стаття надійшла до редакції: 14.05.2011 р.