

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

Ужгородський національний
університет

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. На сьогоднішній день 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 псевдокист підшлункової залози.

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

Ключові слова: псевдокисти підшлункової залози, малоінвазивні методи лікування.

Вступ

На сьогоднішній день число хворих на гострий панкреатит складає 10-15 % від всіх пацієнтів, які госпіталізуються в хірургічний стаціонар [2, 6]. Збільшується кількість тяжких деструктивних форм захворювання, що в свою чергу призводить до збільшення числа псевдокист (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 [4, 5].

Мета дослідження

Визначити можливості малоінвазивних хірургічних методів у лікуванні ускладнень псевдокист підшлункової залози.

Матеріали і методи досліджень

На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака від січня 1998 до травня 2011 року проліковано 327 пацієнтів з ПК підшлункової залози. Співвідношення чоловіків до жінок становило 193 до 134. Вік хворих коливався від 28 до 65 років, в середньому 42,5.

У 234 (71,6 %) пацієнтів псевдокисти 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 зі сформованими і несформованими ПК підшлункової залози.

Серед 169 хворих зі сформованими псевдокистами у 83 (49,1 %) спостерігалися усклад-

нення, які вплинули на вибір та тактику лікування. При несформованих псевдокистах ускладнення відмічено у 81 (51,3 %) хворого (табл. 1).

Таблиця 1
Ускладнення у хворих з псевдокистами підшлункової залози

Ускладнення	Сформовані ПК (n=169)	Кількість пацієнтів, яким виконано малоінвазивні втручання (n=119)		Несформовані ПК (n=158)
		n=44	n=75	
Кровотеча	19	8	-	-
Кровотеча та нагноєння	5	-	-	-
Нагноєння	32	12	15	21
Стиснення вихідного відділу шлунка з порушенням евакуації	3	3	-	-
Механічна жовтяниця	-	-	20	20
Тромбоз селезінкової вени	21	21	-	-
Панкреатичний асцит	-	-	36	36
Ексудативний плеврит	-	-	4	4
Перфорація	3	-	-	-

Для кожного ступеня зрілості псевдокист були притаманні свої ускладнення.

У 119 хворих з ускладненим перебігом ПК виконано 146 малоінвазивних втручань. Переважна більшість втручань виконані при несформованих ПК (рис. 1).



Рис. 1. Використання малоінвазивних втручань при лікуванні ускладнень.

7
мо
гіп
рах
снд
на
1
Р
К
(2,1
про
кром
у 5
А)
у пр
сми
вої
У
відд
това
а щ
пані
паці
лонс
Та
ков
ти н
ня р
у 8
П)
у трі
дрен
ливо
ного
Усім
ням
деесі
трао
вали
вміст
Щ)
у прс
катет
падк
КНА

Ендоскопічна цистогастростомія у трьох хворих з явищами високої кишкової непрохідності виявлялась успішною у всіх випадках. Лапароскопічне дренивання у зв'язку з наявністю вільної рідини в черевній порожнині виконана у 36 хворих. Зави чай дренивали піддіафрагмальні простори, підпечіничковий простір, бічні канали, порожнини малого таза. У 15 хворих з нагноєнням неформованими ПК підшлункової залози виконано черезшкірне пункцийне дренивання, наявність двох дренажів типу «Figtail» дозволило встановити проточно-промивну систему і застосовуючи дескалаційну антибактеріальну терапію до сьогутні повної ліквідації (облітерації) кісти. На контрольній черездренажній фістулограмі зв'язку з протоковою системою підшлункової залози і рідинних утворів не виявлено. У трьох хворих з групи пацієнтів, яким проводилась пункцийне черезшкірне дренивання під контролем VCL, післяопераційний період абсцесом. У 20 хворих з неформованою ПК підшлункової залози, ускладненою механічною жовтяницею при VCL були виявлені ознаки біліарної гіпертензії у вигляді розширення внутрішньої та позачепіничкових жовних проток до 8-17 мм, в середньому $12,4 \pm 1,8$ мм. У 13 пацієнтів причиною гіпербілірубінемії виявлявся холедохолітаз. Рівень гіпербілірубінемії сьгає показника 375 моль/л. У всіх пацієнтів із гіпербілірубінемією проведено ендоскопічну папілосфінктеротомію, у хворих із компресією холедоха або вірсунгової протоки виконано папілосфінктеротомію, у чотирьох пацієнтів — у чотирьох протоки даної групи виконали пункцийну аспірацію ПК під контролем VCL зі склеротерапією. У 13 хворих виконали черезшкірне пункцийне дренивання ПК підшлункової залози під контролем VCL з використанням дренажів типу «Figtail» розміром 7F з санацією її порожнини. У чотирьох пацієнтів, у яких існування неформованої ПК ускладнювалось ескулативним плевритом, виконали пункцийну аспірацію ескулату під контролем VCL, у трьох випадках по 4 рази, в одному — тричі. Таким чином, алгоритм лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози складається з наступних етапів: санації порожнини, у чотирьох пацієнтів, у яких існування неформованої ПК ускладнювалось ескулативним плевритом, виконали пункцийну аспірацію ескулату під контролем VCL, у трьох випадках по 4 рази, в одному — тричі.

ACTUAL TOPIC — TREATMENT OF PANCREATITIS AND PANCREATITIS PSEUDOCYSTS

Результати досліджень та їх обговорення. Тромбоз селізничкової вени у хворих зі сформованими ПК клінічно проявлявся ознаками гіперспленізму: виражений — 7, помірно виражений — 14. Дані групи пацієнтів виконані ендоскопічні втручання, які відображені на рис. 2.

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 зі селізничкової артерії у просвіт кісти зупинена у 5 хворих шляхом емболізації (пілки «Емболін») селізничкової артерії. У двох хворих з кровотечею в просвіт верхніх відділів шлунково-кишкового тракту діагностована псевдоаневризма селізничкової артерії, а ще у одного пацієнта — псевдоаневризма панкреатодуоденальної артерії. У даній групі пацієнтів виконували емболізацію артерії ба-лоном, що відокремлюється. Таким чином, у 19 пацієнтів з ПК підшлункової залози ускладненою кровотечею досягнути належного гемостазу шляхом використання рентгенендоваскулярних методик вдалось у 8 випадках (42,1%). При ознаках нагноєння сформованої ПК у трьох хворих виконували назоцистогастродренивання катетером «Zimmon» 12F для можливості санації порожнини та бактеріологічного контролю в післяопераційному періоді. Усім пацієнтам з назоцистогастродрениванням проводили контрастну назоцистографію, дескалаційну антибактеріальну терапію, інтраопераційно та через кожні 3 доби виконували посіви вмісту псевдокісти до стерильного вмісту та ультраасонографічний моніторинг. Ще у дев'яти хворих дренивання псевдокісти у просвіт шлунка здійснювалось за допомогою катетера типу «Figtail» розміром 7F, у п'яти випадках використано по два катетери.



Рис. 2. Рентгенендоваскулярна емболізація селізничкової артерії.

-
-
21
-
20
-
36
4
-

Висновки

Основним методом лікування ускладнень ПК підшлункової залози є відкрите лапаротомне втручання, альтернативою якому

в окремих випадках стають ендоскопічні, ультрасонографічні, лапароскопічні та рентгеноендоваскулярні способи лікування.

ЛІТЕРАТУРА

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. *Загальні принципи вибору хірургічної тактики при лікуванні псевдокист підшлункової залози* / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин, О.О. Болдіжар // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. — 2007. — Випуск 1–2 (17–18). — С. 157–159.
3. *Запорожченко Б.С. Диагностика и хирургическое лечение осложненного хронического панкреатита* / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 2. — С. 17–19.
4. *Русин В.І. Роль малоінвазивних хірургічних методів у лікуванні ускладнень псевдокист підшлункової залози* / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Мартяшов // Науковий вісник УжНУ. Серія „Медицина”. — 2011. — Випуск 41. — С. 211 – 215.
5. *Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment* / D. Cahen, E. Rauws, P. Fockens [et al.] // Endoscopy. — 2005. — Volume 37 (10). — P. 977.
6. *Belli A.M. Splenic and portal venous thrombosis: A vascular complication of pancreatic disease demonstrated on computed tomography* / A.M. Belli, C.M. Jennings, R.A. Nakielny // Clinical Radiology. — 2009. — Volume 41. — P 13–16.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Русин, А.А. Болдижар, А.В. Мартяшов

SURGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF COMPLICATIONS OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

V.I. Rusin, A.A. Boldizhar, A.V. Martyashov

Резюме. На сегодняшний день число больных острым панкреатитом составляет 10–15 % от всех пациентов, которые госпитализируются в хирургический стационар. Увеличивается количество тяжелых деструктивных форм заболевания, что в свою очередь приводит к увеличению числа псевдокист поджелудочной железы.

На базе хирургической клиники Закарпатской областной клинической больницы им. Андрея Новака с января 1998 по май 2011 года пролечено 327 пациентов с псевдокистами поджелудочной железы.

Ключевые слова: *псевдокисты поджелудочной железы, малоинвазивные методы лечения.*

Summary. To date, the number of patients with acute pancreatitis is 10–15 % of all patients hospitalized in the surgical patient. The number of severe destructive forms of the disease, which in turn leads to increase in the number of pancreatic pseudocysts.

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

Keywords: *pancreatic pseudocysts, non-invasive treatments.*