

УДК 616.37-002-036.11-06-089.819-072.1: 615.837

МАЛОІНВАЗИВНІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТА УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ**Русин В.І., Болдіжар О.О., Мартяшов А.В.***Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород*

РЕЗЮМЕ: на сьогоднішній день тактика лікування псевдокіст залежить не так від того, у якій фазі свого розвитку вона знаходиться, як від того, чи пов'язана її порожнина з протоковою системою підшлункової залози. В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака нами виконано 108 пункційних та лапароскопічних малоінвазивних втручань при лікуванні ускладнень гострого деструктивного панкреатиту.

Ключові слова: деструктивний панкреатит, псевдокіста підшлункової залози

Вступ. Виявлення кістозного ураження підшлункової залози (ПЗ) часто визначає показання до операційного втручання, які здебільшого залежать від стадії кістоутворення, терміну існування кісти, наявності або відсутності ускладнень [2, 5].

Для вибору тактики лікування псевдокіст (ПК) до цих пір важливим залишався поділ останніх на гострі (такі, що існують 2-3 місяці), підгострі (3-6 місяців), хронічні (термін існування більше 6 місяців) [2, 3].

Псевдокісти, що виникають при гострому панкреатиті, слід відрізнити від таких, що виникають при хронічному. Також треба відрізнити клінічно інфіковані та неінфіковані псевдокісти. Приблизно у 75-85% хворих на гострий панкреатит простежуються парапанкреатичні скупчення рідини. Частина їх розсмоктується самостійно, якщо вони є менше ніж 4-5 см у діаметрі [4].

На сьогоднішній день тактика лікування псевдокіст залежить не так від того, у якій фазі свого розвитку вона знаходиться, а чи пов'язана її порожнина з протоковою системою ПЗ. Слід також враховувати локалізацію кісти (головка, тіло або хвіст), патогенез її розвитку – гостра псевдокіста як результат вогнищового панкреонекрозу, ретенційна кіста або псевдокіста, що розвинулася внаслідок пошкодження протоки [1, 7].

На сьогоднішній день застосовують наступні малоінвазивні методи лікування псевдокіст ПЗ [6]:

- пункція та відсмоктування + склерозація;
- пункція та дренивання під контролем ультрасонографії або комп'ютерної томографії;
- пункційне дренивання під контролем лапароскопа;

– ендоскопічна декомпресія (через фатерів сосочок або ендоскопічна цистогастро- та цисто-дуоденостомія).

Мета дослідження. Вивчити особливості виконання та ефективність малоінвазивних лапароскопічних та пункційних методів зовнішнього дренивання ускладнень гострого деструктивного панкреатиту.

Матеріали та методи. В хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака нами виконано 108 пункційних та лапароскопічних малоінвазивних втручань при лікуванні ускладнень гострого деструктивного панкреатиту. Співвідношення чоловіків до жінок становило 67 до 41. Вік хворих коливався від 26 до 64 років, у середньому – 41,7. У 78 (72,2%) пацієнтів псевдокісти розвинулися внаслідок гострого, а 30 (27,8%) внаслідок хронічного панкреатиту. Попередньо всім хворим проводилося клінічне обстеження, ультрасонографічне (УСГ) дослідження, комп'ютерна томографія та ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ).

Для виключення органічних захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки всім хворим виконували ендоскопічну фіброгастродуоденоскопію (ЕФГДС). При виявленні ознак здавлення ззовні шлунка і дванадцятипалої кишки проводили рентгеноскопію шлунка та дванадцятипалої кишки.

Типи та кількість втручань, виконаних хірургічним малоінвазивним способом при лікуванні ускладнень гострого деструктивного панкреатиту, представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Типи та кількість втручань, виконаних хірургічним малоінвазивним способом при лікуванні ускладнень гострого деструктивного панкреатиту

Метод лікування	Кількість хворих
Лапароскопічне дренивання + аспірація ПК під контролем УСГ	37
Аспірація ПК під контролем УСГ + склеротерапія	12
Пункційне черезшкірне дренивання під контролем УСГ	59
Всього	108

Базисна медикаментозна терапія включала в себе: голод, аспірацію шлункового вмісту, препарати, які забезпечують функціональний спокій ПЗ (блокатори протонної помпи, блокатори H_2 -гістамінорецепторів, холінолітики), антиоксиданти й інші.

Результати досліджень та їх обговорення. Аспірація вмісту ПК під контролем УСГ в поєднанні з лапароскопічним дрениванням у зв'язку з наявністю вільної рідини в черевній порожнині виконана у 37 хворих.

Об'єм аспірованого вмісту коливався від 80 до 3500 мл. Характер рідини залежав від термінів виникнення деструкції в ПЗ і у 70,3% був гемора-

гічний, у 18,9% – жовтого кольору різної густини з високим вмістом білка > 28 г/л, у 8,1% – прозора рідина, у 2,7% – отримано мутно-гнійну рідину. Вміст амілази в отриманому рідинному вмісті був від 1200 до 4600 ммоль/год х л.

У 26 (24,1%) хворих, яким виконувалось лапароскопічне дренивання черевної порожнини, спостерігалися екстрапанкреатичні псевдокісти на фоні важкого панкреатиту. Цим хворим відповідно виконувалась пункція псевдокісти з відсмоктуванням її вмісту.

У 24 із них у зв'язку з гіпербілірубінемією виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію (рис. 1).



Рис. 1. ЕФГДС хворого Л. Виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія. Візуалізується конкремент у розсіченому великому сосочку дванадцятипалої кишки.

Під час ЕРПГХ частіше спостерігали гострі післянекротичні псевдокісти підшлункової залози без чіткої капсули (рис. 2).



Рис. 2. ЕРПГХ хворого Л. Множинні конкременти холедоха. Гостра псевдокіста тіла підшлункової залози.

У 11 хворих, яким виконано лапароскопічне дренивання черевної порожнини з псевдокістами розміром більше 7 см, парапанкреатичні скупчення рідини (ПСР) локалізувались паралісально в

хвості ПЗ, з підтвердженою типовою картиною комп'ютерної томографії псевдокісти хвоста ПЗ у стадії формування виконане дренивання двома катетерами „Cystofix” діаметром 7 F (рис. 3).



Рис. 3. Ультрасонографія хворого Л. Наявність асциту, парапанкреатичного скупчення рідини та псевдокісти ПЗ.

Черезшкірна пункція псевдокіст проводилася трансгастрально або через ліву частку печінки при локалізації псевдокісти у головці ПЗ, через безпечне акустичне вікно черевної порожнини – при псевдокістах тіла, через ІХ-ХІ міжребер'я зліва по

середній аксилярній лінії – при псевдокістах хвоста ПЗ.

Пункційні способи лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту під контролем УСГ представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Пункційні способи лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту під контролем УСГ

Доступ \ Метод лікування	Вільне акустичне вікно	Шлунок	Ліва доля печінки	Плевральна порожнина
Пункційна аспірація	–	5	3	4
Повторна пункційна аспірація+склеротерапія	–	4	3	3
Аспірація+дренивання одним дренажем	43	–	–	–
Аспірація+дренивання двома дренажами	16	–	–	–

У 59 хворих виконане черезшкірне пункційне дренивання.

Перед виконанням пункційного дренивання проводили УСГ пошук максимально

сприятливої ділянки для встановлення дренажу та знеболення ділянки пункції 2% розчином лідокаїну в об'ємі близько 20 мл (рис. 4).



Рис. 4. Інтраопераційне фото хворого Р. Псевдокіста головки ПЗ. Знеболення ділянки пункції та УСГ огляд.

Після знеболення під контролем УСГ виконувалась пункція псевдокісти пункційною голкою розміром 18-22 G. Через просвіт голки в порожнину псевдокісти ПЗ проводився провідник (рис. 5).

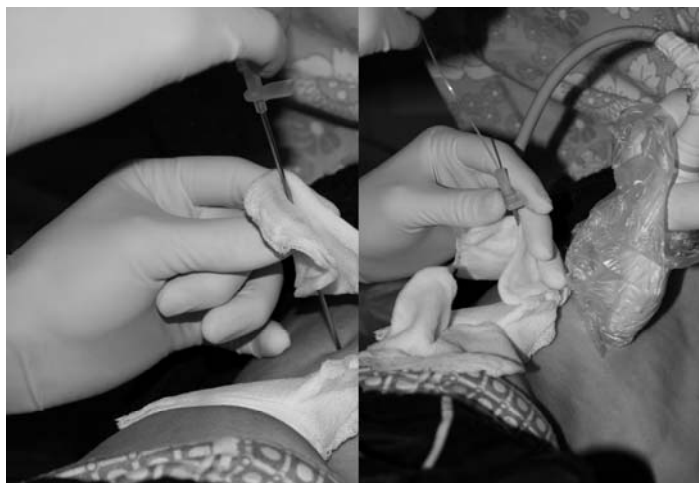


Рис. 5. Інтраопераційне фото хворого Р. Псевдокіста головки ПЗ.
Пункція та проведення провідника в порожнину псевдокісти ПЗ під УСГ контролем.

По встановленому провіднику в порожнину псевдокісти проштовхували дренажну трубку. Перевіряли правильність встановлення шляхом аспірації вмісту псевдокісти ПЗ та УСГ контролю (рис. 6).



Рис. 6. Інтраопераційне фото хворого Р. Псевдокіста головки ПЗ. Встановлення дренажної трубки.

Черезшкірне пункційне дренивання ПК підшлункової залози під контролем УСГ одним дренажем виконано у 43 хворих, у яких розмір ПК не перевищував 7 см.

У 16 пацієнтів виконано черезшкірне пункційне дренивання ПК двома дренажними трубками,



Рис. 7. Пункційна аспірація ПК під контролем УСГ. Наявність голки у порожнині псевдокісти.

Пункційна аспірація псевдокіст під контролем ультразвукографії та папілосфінктеротомією з лапароскопічним дрениванням черевної порожнини при гострому панкреатиті була ефективним у 31 хворого.

Серед 37 хворих, яким були проведені лапароскопічні дренируючі операції та аспірація ПК під контролем УСГ, у післяопераційному періоді у шести хворих спостерігався абсцес сальникової сумки, що відповідно потребував свого способу дренивання.

У 16 із 59 хворих, яким виконано черезшкірне пункційне дренивання, кіста була інфікована, але наявність двох дренажів типу „Pigtail” дозволила встановити проточно-промивну систему і, застосовуючи деескалаційну антибактеріальну терапію, досягнути повної ліквідації (облітерації) кісти, особливо це було властиво для кіст, не зв'язаних з протокою ПЗ.

У двох хворих з групи пацієнтів, яким проводилося пункційне черезшкірне дренивання під контролем УСГ, післяопераційний період ускладнився лівобічним піддіафрагмальним абсцесом.

Ефективність лікування за цією методикою досягла 97,2%. Тільки у двох випадках сформувався піддіафрагмальний абсцес, що потребувало санаційного дренивання, а в іншому випадку наступив рецидив, оскільки ПК була пов'язана з протокою ПЗ. Після повторної пункції та склерозації порожнини псевдокісти облітерувалася.

Показаннями до дренивання ПСР за нашими даними є виражений больовий синдром без явного перитоніту, наявність рідинних скупчень, підтверджених на УСГ або КТ, стиснення холедоха, порожнистих органів, прогресивне збільшення розмірів ПСР, підозра на інфікування.

що було пов'язано як з інфікуванням ПК, так і з її великими розмірами, які перевищували 7 см.

У 12 хворих при кістах менше 5 см у діаметрі виконана проста пункційна аспірація кісти (рис. 7), з них у десяти хворих – двічі з успішною склеротерапією 2 % розчином полідоканолу.

Вміст ПСР необхідно оцінювати візуально і направляти на цитологічне, бактеріологічне та біохімічне дослідження. При наявності рідини до 1 літра у черевній порожнині можлива аспірація останньої, або дренивання під контролем ультразвукографії. При наявності рідини більше 1 літра виконується дренивання під контролем лапароскопа, включаючи обидва піддіафрагмальні простори та порожнину малого тазу.

Черезшкірна пункція з наступним дрениванням порожнини псевдокісти є одним із ефективних способів лікування у будь-який період еволюції псевдокісти.

Показаннями до черезшкірного дренивання є несформовані симптоматичні псевдокісти, які збільшуються, інфіковані псевдокісти, ПСР, псевдокісти, що не розсмокталися.

При псевдокістах ≤ 5 см в діаметрі краще виконувати просту аспірацію. При рецидиві кісти аспірація доповнюється введенням склерозанту (75% спирту або 2% полідоканолу).

Дренивання порожнини псевдокісти одним дренажем показано при розмірах псевдокісти, які варіюють від 5 см до 7 см.

Аспірацію псевдокіст можна і необхідно виконувати під контролем ультразвукографії з подальшим дрениванням двома дренажними трубками при кістах > 7 см в діаметрі будь-якої локалізації та ступеня зрілості, особливо при інфікованих псевдокістах.

Надзвичайно ефективним є виконання аспірації та дренивання одночасно з ендоскопічною папілосфінктеротомією на фоні біліарного панкреатиту.

Висновки.

1. Лапароскопічні дренування та аспірація з дренуванням під контролем ультразвукографії при гострих несформованих кістах в умовах панкреатогенного асцити на фоні медикаментозної терапії у 83,8% випадків приводить до одужання пацієнтів.

2. Ефективність черезшкірного пункційного дренування під контролем ультразвукографії при

лікуванні ускладнень гострого деструктивного панкреатиту сягає 97,2%.

3. Пункція під контролем УСГ при псевдокістах у залежності від локалізації останніх може проводитися через вільне акустичне вікно черевної порожнини, трансгастрально, через ліву долю печінки, через IX-XI міжребер'я зліва.

ЛІТЕРАТУРА

1. Болдіжар О.О. Ендоскопічна папілосфінктеротомія в комплексному лікуванні гострого біліарного панкреатиту / О.О. Болдіжар // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2003. — Т.7, №3. — С. 33.
2. Визначення тактики та методу лікування при псевдокістах підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин, П.О. Болдіжар // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2006. — № 4. — С. 36—38.
3. 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.
4. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis / A. Aghdassi, J. Mayerle, M. Kraft [et al.] // *Pancreas*. — 2008. — Vol. 36 (2). — P. 105—112.
5. Endoscopic ultrasound-guided transmural cyst drainage (EUS-CD) was effective in a case of pancreatic pseudocyst with obstructive jaundice and duodenal stenosis / H. Honda, H. Miyatani, T. Ikeya [et al.] // *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi*. — 2010. — Vol. 107. — P. 1497—1504.
6. Habashi S. Pancreatic pseudocyst / S. Habashi, P.V. Draganov // *World J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 15 (1). — P. 38—47.
7. Michael F. Pancreatic Fluid Collections and Pseudocysts in Patients With Acute Pancreatitis / F. Michael, B. Baillie, J. Baillie // *Clinical Gastroenterology*. — 2005. — Vol. I. — P. 113—134.

SUMMARY**MINIMALLY INVASIVE LAPAROSCOPIC AND METHODS ULTRASONOGRAPHIC TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS**

Rusyn V.I., Boldizhar A.A., Martyashov A.V.

To date, treatment in pseudocysts depends not on where the phase of its development it is, and its associated cavity or duct system of the pancreas. In the surgical clinic of the Transcarpathian Regional Clinical Hospital Andrew Nowak We have created 108 puncture and laparoscopic minimally invasive surgery in the treatment of complications of acute destructive pancreatitis.

Key words: destructive pancreatitis, pancreatic pseudocysts