

© В.І. Лупальцов, 2011

УДК 616.37-006.2-002.4-06-089-035

В.І. ЛУПАЛЬЦОВ

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №3, Харків

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПОСТНЕКРОТИЧНИХ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Проведено аналіз 41 хворого з ускладненими постнекротичними кістами підшлункової залози: нагноєння, кровотеча в порожнину кісти, перфорація і розрив стінки кісти, її малігінізація. Відзначено, що такі ускладнення є небезпечними для життя і часто вимагають невідкладних хірургічних втручань. З великою ретельністю вивчені питання клініки та діагностики ускладнень. Висвітлюються питання вибору методу лікування описуваних ускладнень. Викладено найбільш раціональні методи хірургічних втручань, які показані в ситуації, що склалася. При кістах, ускладнених кровотечею в їх порожнину, рекомендуються оклюзійні методи, а при неможливості їх виконання детально викладаються хірургічні втручання і показання до них. Підкреслюється, що вибір методу хірургічного лікування ускладнених постнекротичних кіст підшлункової залози необхідно визначати з урахуванням тяжкості стану хворого і можливостей лікувального закладу.

Ключові слова: постнекротична кіста, підшлункова залоза, кровотеча в порожнину кісти, нагноєння кісти, дренивання

Вступ. Кісти підшлункової залози (ПЗ) при гострому панкреатиті (ГП) зазвичай є наслідком панкреонекрозу, що розвивається через тромбоз судин ПЗ та самопереварювання її тканин. В результаті цього процесу з розкритих проток відбувається виділення панкреатичного соку, який викликає реактивне запалення очеревини та оточуючих тканин, відсумковується в замкнуту або сполучену з панкреатичними протоками порожнину.

Утворення постнекротичних кіст ПЗ при гострому деструктивному панкреатиті становить від 20 до 30% та вище [3, 5, 7]. У 20-50% випадків їх перебіг супроводжується такими грізними ускладненнями як нагноєння, перфорація або розрив стінки кісти з розвитком панкреатичного «асцити» або перитоніту, кровотеча в порожнину кісти, переродження в злоякісну пухлину з високою летальністю, яка часом досягає 20-60% [4, 6].

Вілявін Г.Д. та співавтори (1977) класифікують всі ускладнення постнекротичних кіст підшлункової залози на два види: до першого виду належать ускладнення, що залежать від патологічних процесів, які відбуваються безпосередньо в самій кісті, а до другого – всі ускладнення, що виникають в сусідніх з кістою органах як наслідок її прояву та зростання.

Шалімов О.О. та співавтори (1990) виділяють три типи ускладнень. Ми не претендуємо на оригінальність класифікування можливих ускладнень, які виникають при формуванні та перебігу постнекротичної кісти, а зупинимося на ускладненнях небезпечних для життя.

Інфікування постнекротичної кісти ПЗ, яке підтверджується бактеріологічними дослідженнями пунктату, може перебігати безсимптомно, що вимагає консервативної та антибактеріальної терапії. У 8-15% з цих пацієнтів розвивається нагноєння (абсцедування) з симптоматикою гнійного запального процесу, що вимагає хірургічного втручання. Найчастіше оперативні втручання у них закінчу-

ються дрениванням порожнини кісти або марсупіалізацією, після чого, нерідко, утворюються зовнішні нориці.

Особливої уваги заслуговують кістозні утворення, перебіг яких ускладнюється кровотечею в порожнину кісти. Застосовувані при цьому інструментальні методи діагностики джерела кровотечі – УЗД, СКТ, МРТ та ангіографія. Остання дозволяє виконати емболізацію судини, що кровоточить, з іншого боку її не завжди можливо застосувати в більшості клінік через відсутність належної апаратури, також встановлення джерела кровотечі становить певні труднощі.

Викладене вище свідчить про складність патології, а частота і тяжкість ускладнень постнекротичних кіст ПЗ, незадоволеність результатами лікування, диктує необхідність пошуку та розробки нових технологій, у тому числі й мініінвазивних. Залишається відкритою проблема оптимального обсягу хірургічного втручання при кістах, ускладнених кровотечею в їх порожнину.

Мета дослідження. Визначити найбільш найраціональніше методи лікування ускладнень постнекротичних кіст підшлункової залози.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження і лікування 41 пацієнта з ускладненими постнекротичними кістами підшлункової залози, у 22 відзначено нагноєння кісти, у 11 перебіг ускладнився кровотечею в порожнину кісти, у 6 – сталася перфорація кісти. У одного хворого з кістою головки підшлункової залози встановлено здавлення термінального відділу жовтої печінки з розвитком механічної жовтяниці, і в одного хворого відзначено ракове переродження кістозної стінки.

Нагноєння постнекротичних кіст ПЗ є досить частим ускладненням, яке виникає в період формування кісти. Після встановлення діагнозу постнекротична кіста ПЗ, в період динамічного спостереження за хворим у випадках її нагноєння відзначається підвищення температури тіла до 39-40° С,

яке носить гектичний характер з наростанням лейкоцитозу до $10\text{-}12 \cdot 10^9/\text{л}$, із зсувом формули крові вліво та прискорення ШОЕ. В окремих випадках відзначалося посилення болю як в самому утворенні, що пальпується, так і навколо нього. Всі хворі оперовані – виконано зовнішнє дренивання: 14 пацієнтам із мінідоступу, 3 – з лапаротомного доступу, у 5 виконана марсупіалізація.

При перитоніті, який виник у 6 хворих внаслідок перфорації та розриву кісти в черевну порожнину, оперативні втручання зводилися до санації та дренивання черевної порожнини і порожнини кісти.

У хворих з кровотечами в порожнину кісти у всіх випадках використовували лапаротомний доступ. Після розтину кісти виконували прошивання та лігування судини, що кровоточить, з наступним зовнішнім дрениванням порожнини кісти. Метод дренивання залежав від місця локалізації кісти. В одному випадку відзначено кровотечу з селезінкової артерії в області хвоста ПЗ, де однією зі стінок кісти була селезінка. Проведена резекція хвоста ПЗ з видаленням селезінки.

У 4 хворих використовувалася активна очікувальна тактика, яка полягала у проведенні інтенсивної гемостатичної терапії при динамічному спостереженні за хворим під контролем показників червоної крові. Використовувана тактика дала позитивний ефект – кровотеча була зупинена за рахунок обтурації судини, що кровоточить, згустками крові. Подібна тактика була використана [1]. Після стабілізації гемодинаміки на 3-4 добу хворі були оперовані, пройшовши стадію неповної панкреатичної нориці пацієнти одужали.

Хворому з кістою головки ПЗ, ускладненою механічною жовтяницею, проведена дрениуюча операція з дрениванням холедоха за Доліотті.

Малігнізація кістозної стінки в одного хворого було операційної знахідкою. Оперативний посібник полягав у висіченні стінок кісти.

Результати досліджень та їх обговорення. При виконанні вимушених оперативних втручань, які виконувались по терміновим та життєвими показаннями у зв'язку з розвиненими ускладненнями постнекротичних кіст ПЗ: нагноєння кісти, кровотеча в порожнину кісти, перфорація стінки кісти або її розрив з розвитком перитоніту, померло 7 хворих, двоє з них – від розлитого гнійного перитоніту, четверо від профузної кровотечі в по-

рожнину кісти та черевну порожнину, в одного хворого причиною летального наслідку було нагноєння кісти з абсцедуванням.

Стійка панкреатична нориця, що загоюється, утворилася у 9 хворих. При їх лікуванні на початкових стадіях використовували весь обсяг сучасних засобів консервативної терапії з індивідуальним підходом у кожній конкретній ситуації. У 6 хворих консервативна терапія була успішною. Троє хворих оперовані: двом виконано висічення ходу нориці з лігуванням її основи, одному проведено висічення нориці з наступним формуванням панкреатоентероанастомозу на вимкненій порожній кишці за О.О. Шалімовим.

Хворим, у яких перебіг постнекротичних кіст ускладнився кровотечею в порожнину кісти, методом вибору було розтин кісти з лапаротомного доступу з прошиванням та лігуванням судини, що кровоточить, і дрениванням її порожнини двохлапосвітним дренажем через Вінсловий отвір.

Загально визнаним методом лікування перфорації кісти або розриву її стінки з розвитком перитоніту є санація черевної порожнини із зовнішнім дрениванням кісти та черевної порожнини.

Висновки. Аналіз результатів проведених досліджень показав, що у випадках нагноєння постнекротичної кісти ПЗ з симптоматикою гнійно-запального процесу необхідно виконання хірургічних втручань – дренивання кісти мініінвазивним (під контролем УЗД) методом або традиційним способом.

Ускладнення перебігу постнекротичної кісти ПЗ кровотечею в її порожнину є одним з найбільш важких, яке вимагає термінового ангіографічного обстеження з подальшою оклюзією судини, що кровоточить. При відсутності можливості її виконання показано хірургічне втручання з лапаротомного доступу з розкриттям кісти, прошиванням судини, що кровоточить, і зовнішнім дрениванням порожнини кісти двохлапосвітним дренажем через Вінсловий отвір. Вибір методу хірургічного лікування необхідно визначати з урахуванням тяжкості стану хворого і можливостей лікувального закладу.

При перфорації постнекротичної кісти, що нагноїлась, з розвитком перитоніту необхідне дотримання загальноприйнятих правил – санації черевної порожнини з зовнішнім дрениванням її та порожнини кісти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акжигитов Г.Н. Острый панкреатит / Акжигитов Г.Н. — М., 1974. — 167 с.
2. Вилявин Г.Д. Кисты и свищи поджелудочной железы / Вилявин Г.Д., Кочиашвили В.И., Калтаев К.К. — М.: Медицина, 1977. — 190 с.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы / Данилов М.В., Федоров В.Д. — М.: Медицина, 1995. — 512 с.
4. Диагностика и тактика лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы / Копчак В.М., Копчак К.В., Мошковский Г.Ю. [и др.]: материалы XVII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ [«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»], (Уфа, 15-17 сентября 2010 г.). — Уфа, 2010. — С. 219—220.
5. Кубачев К.Х. Трансдуоденальные эндоскопические вмешательства при кистах поджелудочной железы / Кубачев К.Х., Хромов В.В., Качабеков М.С.: материалы XVII Международного конгресса хирургов-

гепатологов стран СНГ [«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»], (Уфа, 15-17 сентября 2010 г.). — Уфа, 2010. — С. 222—223.

6. Обоснование хирургической тактики при осложнениях псевдокист поджелудочной железы / Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Прядко А.С., Бойко И.Ю.: материалы XVII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ [«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»], (Уфа, 15-17 сентября 2010 г.). — Уфа, 2010. — С. 224.

7. Внутренние и наружные дренирующие операции при хронических перипанкреатических псевдокистах поджелудочной железы / Третьяк С.И., Ращинский С.М., Ращинская Н.Т. [и др.]: материалы XVII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ [«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»], (Уфа, 15-17 сентября 2010 г.). — Уфа, 2010. — С. 248.

8. Острый панкреатит и его осложнения / Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е.; отв. ред. Шалимов А.А. — Киев: «Наукова думка», 1990. — 272 с.

V.I. LUPALTSOV

Kharkiv National Medical University, Department of Surgery №3, Kharkiv

TREATMENT OPTIMIZATION OF THE COMPLICATIONS OF POSTNECROTIC PANCREATIC CYSTS

The study is based on the analysis of 41 patients with postnecrotic pancreatic cysts complicated by suppuration, bleeding in the cyst, perforation or rupture of the cyst wall and malignancy. It is noted that the complications are potentially life-threatening and often require urgent surgery. Their clinic and diagnostics are carefully considered. Problems of choosing the treatment method are described. Best practices surgeries were set out. Occlusion methods are recommended when the cysts complicated by a hemorrhage into their cavity, when impossible ones detailed surgical procedures and indications for them are shown. It is emphasized that choosing the method of surgery of postnecrotic pancreatic cysts should be determine taking into account the severity of the patient's condition and resources of the hospital.

Keywords: postnecrotic cyst, pancreas, cyst bleeding, cyst abscess, draining

Стаття надійшла до редакції: 16.06.2011 р.