

© В.В. Міщенко, П.І. Пустовойт, В.В. Гарячий, В.В. Величко, Р.Ю. Вододюк, 2011

УДК 616.37-002.4-022.7-089

В.В. МІЩЕНКО¹, П.І. ПУСТОВОЙТ², В.В. ГАРЯЧИЙ¹, В.В. ВЕЛИЧКО¹, Р.Ю. ВОДОДЮК²

¹Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №1, Одеса; ²Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Проведений аналіз лікування 143 пацієнтів з кістами підшлункової залози. Пункційні втручання під контролем ультразвуку з/або без дренивання виконані у 117 (81,8%) пацієнтів. Рецидиви захворювання після дренивання під ультразвуковим контролем відбулись у 8 (6,7%) пацієнтів. Лапароскопічні дренивання скопичень рідини в підшлунковій залозі і навколишніх тканинах було виконане у 2 (1,4%) пацієнтів. Ендоскопічні втручання з дренивання кіст через просвіт шлунка виконані у 7 (4,9%) пацієнтів. Лапаротомні операції виконані у 17 (11,9%) пацієнтів. У 5 виконана цистогастростомія, у 2 – цистодуоденостомія, у 7 – цистоентеростомія. У 3 пацієнтів виконана поздовжня панкреатоєюностомія. Пункційні, пункційно-дренуючі, ендоскопічні, лапароскопічні втручання при псевдокістах продемонстрували високу ефективність в лікуванні.

Ключові слова: панкреатичні псевдокісти, хірургічне лікування

Вступ. Неухильне зростання частоти захворюваності на гострий панкреатит (ГП) у останні десятиліття є фактом беззаперечним і залежить від багатьох факторів, у тому числі і від зовнішніх епігенетичних чинників, таких як стан навколишнього середовища, місце проживання, професія, факторів внутрішнього середовища людини (характер харчування, шкідливі звички, фізична активність, соціальний стан), які формують зміни в організмі на рівні порушень метаболічного обміну та можуть бути одним з патогенетичних механізмів ГП [1, 5]. Відповідно збільшується кількість важких деструктивних форм захворювання, які потребують зовсім іншого лікувально-діагностичного підходу, і супроводжуються найбільш високою летальністю [2, 5]. Від важких форм гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) вмирає кожен другий хворий, у 40-70% хворих відбувається інфікування вогнищ некротичної деструкції [2, 3].

У певної частини хворих на гострий деструктивний панкреатит у подальшому відбувається формування несправжніх (псевдокіст), післянекротичних кіст підшлункової залози (ПШЗ), питома вага яких серед всіх кістозних утворень складає 80% [4, 5]. Наявність післянекротичних кіст ПШЗ потребує більш активного втручання у зоні поразки, ніж тільки консервативна терапія.

При цьому, завданням будь-якої маніпуляції або операції при псевдокістах ПШЗ є усунення кісти як такої, передумов до її рецидиву та виникнення хронічного панкреатиту, як результат гострого процесу у ПШЗ.

Тому вибір способу операції при кістах підшлункової залози залишається актуальним з позицій етіопатогенеза ГДП, локалізації і розмірів кісти, морфофункціональних змін у тканині ПШЗ, стану її протокової системи.

Можливим, а іноді єдиним шляхом вирішення проблеми лікування у певній категорії хворих на ГДП з формуванням післянекротичних кіст підшлункової залози є використання черезшкірних

втручань під контролем УЗО на ряду з інтенсивною терапією [1, 3, 4].

Мета дослідження. Вивчити результати лікування хворих з післянекротичними кістами ПШЗ, як ускладненням ГДП, з використанням черезшкірних, лапароскопічних, ендоскопічних і лапаротомних методів лікування і розробка лікувально-тактичних підходів при даній патології.

Матеріали та методи. Опрацьовано результати лікування 143 хворих на ГДП, перебіг якого ускладнився розвитком запального інфільтрату, а у подальшому – формуванням псевдокіст підшлункової залози, абсцесів ПШЗ, флегмон парапанкреатичної та параколярної клітковини, гнійного перитоніту. Чоловіків було 105(73,4%), жінок – 38(26,6%). Середній вік пацієнтів склав 42,9±0,9 років. Пацієнтів госпіталізували в різні терміни від початку захворювання. Запальний інфільтрат у проекції підшлункової залози виявляли на 5-10 добу від виникнення ознак ГП. Формуванням псевдокіст підшлункової залози, абсцесів ПШЗ, флегмон парапанкреатичної та параколярної клітковини, гнійного перитоніту починалось здебільшого з 10 доби захворювання. Діагностична програма включала загальноклінічні і біохімічні лабораторні дослідження, ультразвукове дослідження (УЗД), компютерну та магніто-резонансну томографію, при необхідності виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію.

Кістозні утворення в проекції ПШЗ і навколишніх тканинах представлені у 133(93,0%) пацієнтів псевдокістами ПШЗ, у 3(2,3%) з яких діагностований абсцес кісти. У 10(7,0%) хворих діагностовані істинні кісти і у 2(20,0%) з них встановлений діагноз цистаденоми.

Об'єм кіст був від 20 до 2200 мл. Кісти розташовувалися в головці ПШЗ у 47(35,5%) випадках, тілі – 93(69,9%), хвості – 40(30,1%). Зв'язок кістозних утворень з вивідною системою ПШЗ встановлений у 15(10,5%) хворих, як правило це були істинні кісти і цистаденоми.

Вибір методу хірургічного лікування визначається залежно від виду, розміру кіст, їх вмісту (гній, секвестри), наявності ознак гострого або хронічного запалення ПШЗ, кальцинатів, ступенем фіброзний-кістозних змін залози, станом вивідної системи.

При невеликих кістах до 5 см в діаметрі без структурних змін ПШЗ і зв'язку з вивідною системою застосовувалася одноразова пункція з аспірацією вмісту.

При кістах діаметром більше 5 см обов'язковою умовою при виконанні пункції кісти було її зовнішнє дренивання.

Показанням до лапароскопічного втручання та дренивання осередкових скупчень рідини в області ПШЗ і навколишніх тканинах служать великі кісти (більше 6 см в діаметрі), отримання під час пункції гною або ексудату з ознаками інфікування і детриту, а також неефективність лікування пункціями.

Умовою для успішного виконання ендоскопічного втручання з дрениванням кісти в просвіт шлунку була локалізація кісти в проекції тіла або хвоста ПЖЖ, наявність зформованої стінки кісти, і щільне її прилягання до задньої стінки шлунку.

Показанням до первинно лапаротомних операцій були ознаки інфікування псевдокісти з наявністю великих секвестрів, неможливість санації кісти через дренажі, прогресування панкреонекрозу і перитоніту, септичний стан хворого, рецидиви кісти після внутрішнього дренивання, наявність псевдокіст на тлі хронічного калькульозно-дегенеративного панкреатиту, порушення прохідності жовчних проток і шлунково-кишкового тракту.

Внаслідок транслокації мікрофлори з кишечника у зону запалення розвивається загроза інфікування некротизованих тканин ПШЗ, парапанкреатичної та параколярної клітковини з розвитком гнійного перитоніту. З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих з ГДП нами проводилася профілактика і лікування післяопераційних гнійно-септичних ускладнень інфузійним антибіотиком лефлацином (левофлоксацином) по 500 мг 2 рази на добу в продовж 7 днів, комбінуючи його з введенням метрогіла по 100,0 3 рази на добу. Для санації порожнини кіст, черевної порожнини та зони операційної рани під час пункцій, лапароскопічних втручань, відкритих лапаротомних операцій ми застосовували Декасан – 0,02% розчин декаметоксина- антисептичний препарат, похідне бічетвертичних амонієвих сполук, який концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробних клітин, сполучається з фосфатидними групами ліпідів мембрани, підвищуючи проникність цитоплазматичної мембрани мікроорганізмів.

Для корекції метаболічних порушень (енергетичні, водно-електролітні, кислотно-відновні) та профілактики кардіореспіраторних ускладнень, для покращення безпосередніх результатів ліку-

вання ми на протязі останніх 5 років на доопераційному та у ранньому післяопераційному періодах з успіхом застосовуємо у комплексній терапії Гекодез – препарат гідроксіетилкрохмалу з плазмозамінною, протишоковою дією, який збільшує об'єм циркулюючої крові, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції та гіперосмолярний комбінований препарат Сорбілакт і комплексний інфузійний препарат Реосорбілакт, які володіють протишоковими, реологічними, дезінтоксикаційними властивостями, стимулюють перистальтику кишечника, нейтралізують метаболічний ацидоз.

Результати досліджень та їх обговорення. На підставі проведеного аналізу основними лікувальними-тактичними підходами в лікуванні псевдокіст підшлункової залози прийнято застосування діагностичного алгоритму, основою якого є УЗД органів черевної порожнини.

Встановлено, що утворення псевдокіст ПШЗ залежить від багатьох факторів, у тому числі і від зовнішніх епігенетичних чинників, таких як стан навколишнього середовища, місце проживання, професія, факторів внутрішнього середовища людини (характер харчування, шкідливі звички, фізична активність, соціальний стан), найчастіше утворюються у чоловіків середнього віку, що співвідноситься з даними літератури про захворюваність ГП і розвитком його ускладнень.

При виборі методу оперативного втручання необхідно враховувати терміни від початку захворювання. Оптимальним терміном є період сформованої псевдокісти з щільними стінками і однорідним вмістом.

Застосування черезшкірних втручань під контролем УЗД при псевдокістах ПШЗ свідчить про їх високу ефективність і залежить у великій мірі не стільки від локалізації утворення, як від виду (справжні, несправжні) і розміру кіст, характеристики їх вмісту. Пункційні втручання під контролем УЗД з дрениванням і без такого виконані у 117(81,8%) хворих.

Пункційне дренивання абсцедуючих кіст, гнійних поразок при обширному панкреонекрозі показано як етап лікування ГДП для виведення хворого з критичного стану.

Критеріями ефективності лікування було зменшення розмірів порожнини кісти із зменшенням кількості вмісту, що контролювалося даними УЗД в динаміці і черездренажними фістулографіями. При використанні пункційного дренивання кіст у 4 хворих утворилися неповні панкреатичні нориці, які закрилися на тлі консервативної терапії з одноразовим введенням соматоліну в дозуванні 30 міліграм. Рецидиви захворювання після дренивання під контролем УЗД відмічені у 8(6,7%) хворих в період від 3 місяців до 2 років. Шести хворим рецидив усунений за допомогою повторного дренивання по контролем УЗД, 2 хворим – відкрите зовнішнє

дренування. Летальних результатів за даний період спостереження не було.

Лапароскопічне дренування осередкових скупчень рідини у ділянці ПШЗ і навколишніх тканин виконане у 2(1,4%) хворих. У таких хворих за показанням одночасно виконана лапароскопічна холецистектомія.

Ендоскопічне втручання з дренуванням кісти в просвіт шлунку проведене у 7(4,9%) хворих. Рецидивів кіст після ендоскопічної гастроцистостомії в терміни до 3-х років не виявлено.

Первинно лапаротомні операції проведені у 17(11,9%) випадках. У 5 хворих виконано гастроцистостомія, у 2 – цистодуоденостомія, у 7 – цистоентеростомія по Ру (4 спостереження),

або із заглушкою за Шалімовим (3 спостереження), у 3 хворих при локалізації кісти в ділянці тіла ПШЗ і її зв'язку з протоковою системою накладений повздовжній панкреатоеюноанастомоз.

Висновки. Таким чином, у клініці сформовано і успішно застосовується новий підхід у лікуванні кіст підшлункової залози, як результату деструктивного панкреатиту, на основі сучасних мініінвазивних технологій.

Проведення пункційних, пункційно-дренажних, ендоскопічних, лапароскопічних втручань при псевдокістах підшлункової залози свідчить про достатньо високу ефективність таких операцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Визначення тактики та методу лікування псевдокіст підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин [та ін.] // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2006. — Т. 5, № 4. — С. 36—38.
2. Гострий панкреатит: ключові аспекти лікувальної тактики / В.П. Андрущенко, В.А. Мальований, Д.В. Андрущенко [та ін.] // Архив клинической и экспериментальной медицины. — 2007. — № 1. — С. 3—5.
3. Даценко Б. М. Гострий панкреатит / Б. М. Даценко, Т. І. Тамм, К. О. Крамаренко. — Х.: Прапор, 2004. — 84 с.
4. Эндоскопическое дренирование постнекротических кист поджелудочной железы / В.Д. Луценко, А.П. Седов, И.П. Парфенов [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 9. — С. 11—13.
5. Beger H. G. Diseases of the Pancreas / Beger H. G., Matsun0 S., Cameron J. L. — Berlin: Springer—Verlag, 2008. — 905 p.

V.V. MISHCHENKO¹, P.I. PUSTOVOIT², V.V. GORYACHYI¹, V.V. VELICHKO¹, R.Y. VODODUK²

Odesa National Medical University, Department of Surgery №1, Odesa; Odesa Regional Clinical Hospital, Odesa

TACTICS OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS TREATMENT

The treatment of 143 patients with pancreatic cysts is analysed. Punctures under the control of ultrasonography with or without drainage was performed in 117 (81,8%) patients. Relapse after drainage under ultrasound control occurred in 8 (6,7%) patients. Laparoscopic drainage of fluid collections in the pancreas and in surrounding tissues was performed in 2 (1,4%) patients. Endoscopic interventions with cysts drainage through the lumen of the stomach performed in 7 (4,9%) patients. Laparotomic operations performed in 17 (11,9%) patients. In 5 of them it was cystogastrostomy, in 2 – cystoduodenostomy, in 7 – cystoenterostomy. In 3 patients performed longitudinal pancreatоеjunostomy. Puncture, puncture-drainage, endoscopic, laparoscopic intervention in pseudocysts demonstrated high efficacy in treatment. Key words: pancreatic pseudocysts, surgical treatment

Key words: pancreatic pseudocysts, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 12.05.2011 р.