

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ІНТРАПАНКРЕАТИЧНИХ КІСТ

Проаналізовані результати хірургічного лікування 21 хворого з інтрапанкреатичними кістами підшлункової залози (ПЗ). Зловживання алкоголем встановлене у 16 (76,19%) хворих, гострий панкреатит перенесли 6 (28,57%) хворих. Тривалість захворювання з часу встановлення діагнозу до госпіталізації становила в середньому – $(3,6 \pm 0,25)$ років. Інтрапанкреатичні кісти головки ПЗ діагностовані у 13 (61,9%) хворих, хвоста – у 6 (28,57%) і тіла – у 2 (9,53%) хворих. Для діагностики використовували ультразвукове дослідження, спіральну комп'ютерну томографію з контрастним підсиленням, відеоезофагогастроуденоскопію, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію. У 20 хворих проведені прямі втручання на тканині підшлункової залози і протоковій системі. У одного хворого було ефективним ендоскопічне стентування підшлункової протоки. Для профілактики гострого панкреатиту в післяопераційному періоді застосовували синтетичні аналоги соматостатину.

Ключові слова: хронічний панкреатит, інтрапанкреатичні кісти, оперативне лікування.

Вступ. За останні роки в Україні і світі помітно зростає кількість хворих на гострий та хронічний панкреатит [3]. В структурі захворювань органів шлунково-кишкового тракту ці захворювання становлять 5,1-9% [7]. Розвитку хронічного панкреатиту (ХП) сприяють прийом алкоголю, особливо у поєднанні із білковою і жирною їжею (75-90% спостережень), порушення відтоку жовчі при жовчокам'яній хворобі, наявність конкрементів у спільній жовчній протоці, тривалий спазм сфінктера Одді (м'яза-замикача ампули), перенесений гострий панкреатит, рідше аномалії розвитку підшлункової залози (ПЗ) чи індивідуальна генетична схильність [1, 9, 10].

Процес фіброзної трансформації при ХП і поступове заміщення панкреатичної паренхіми сполучною тканиною призводить до розвитку екзокринної та ендокринної дисфункції органа, здавлення навколишніх структур запальним інфільтратом чи псевдокістами, порушення відтоку панкреатичного соку і жовчі спричинені різного роду обструкцією чи розширенням загальної панкреатичної і жовчної протоки [4].

Перебіг ХП має рецидивуючий характер, погано піддається консервативній терапії і у 7,5–21,3% спостережень супроводжується достатньо серйозними ускладненнями, які вимагають хірургічного втручання [2].

Кісти ПЗ у 25-45% хворих виникають після перенесеного гострого панкреатиту, у 20-25% хворих після травми ПЗ, у 15% спостережень діагностують пухлинні кісти [2, 6].

Псевдокісти ПЗ є найпоширенішим ускладненням ХП, частота якого коливається від 11 до 18% [5]. Діапазон оперативних втручань з приводу псевдокіст ПЗ досить широкий починаючи від черезшкірної пункції і дренивання під контролем ультразвукового дослідження при несформованій стінці до енуклеації, формування внутрішніх анастомозів, чи резекції частини ПЗ при сформованих псевдокістах [5, 8].

Але, в науковій літературі не достатньо висвітлена проблема хірургічного лікування інтрапанкреатичних кіст. Дискутабельними залишаються питання встановлення показань до застосування мініінвазивних і відкритих оперативних втручань, вибору методу та обсягу оперативного втручання, технічних особливостей його проведення. Отже, лікування хворих на ХП, ускладненим інтрапанкреатичними кістами, є актуальною, складною та дискутабельною проблемою.

Мета дослідження. Проаналізувати власні результати хірургічного лікування хворих з інтрапанкреатичними кістами підшлункової залози в залежності від їх локалізації, розмірів, походження та особливостей перебігу захворювання.

Матеріали та методи. За 2004-2010 рр. на лікуванні у хірургічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні, на базі кафедри хірургії № 2, перебувало 158 хворих з діагнозом ХП. Прооперовано 136 (86%) хворих з ускладненими формами захворювання.

Серед прооперованих хворих 111 (81,62%) чоловіків та 25 (18,38%) жінок віком від 23 до 79 років, в середньому $(48,6 \pm 1,3)$ років. Тривалість захворювання з часу встановлення діагнозу до госпіталізації становила від 0,5 до 7 років, в середньому – $(4,7 \pm 0,17)$ років. Серед встановлених причин виникнення ХП переважали зловживання алкоголем – у 83 (61%), жовчокам'яна хвороба та її наслідки – у 28 (20,58%) хворих. В минулому гострий панкреатит перенесли 67 (49,26%) із 136 хворих, з них прооперовано 29 (43,28%) хворих.

Діагностична програма включала стандартні загальноклінічні обстеження, біохімічний аналіз крові, коагулограма. У 37 (27,2%) хворих при госпіталізації відмічали підвищення рівня α -амілази в крові та гіперглікемію. Серед інструментальних методів обстеження використовували ультразвукове дослідження (УЗД) за допомогою апарата фірми ACUSON ANTARES (Premium Edition) фірми «Siemens». Спіральну комп'ютерну томогра-

фію (СКТ) з контрастним підсиленням проводили на апараті фірми «Siemens». Ендоскопічне дослідження, зокрема, відеоезофагогастроуденоскопію (ВЕГДС) проводили на апараті фірми «Olimpus», ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ) виконували дуоденоскопом TJF-V 70 фірми «Olimpus» під рентгенологічним контролем пересувної ангиографічної установки фірми «Arelem».

Результати досліджень та їх обговорення. Інтрапанкреатичні кісти ПЗ діагностовані у 21 хворого. За нашими даними, частота розвитку інтрапанкреатичних кіст ПЗ, за відношенням до всіх хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом ХП становила 13,29 %. Серед 136 прооперованих хворих з ускладненим перебігом захворювання частка пацієнтів з інтрапанкреатичною локалізацією кісти складала 15,44%.

Серед хворих з діагнозом інтрапанкреатичної кісти всі були чоловіки, віком від 33 до 56 років. Тривалість захворювання з часу встановлення діагнозу до госпіталізації становила в середньому $3,6 \pm 0,25$ років. Зловживання алкоголем, як ведучий фактор розвитку ХП, встановлено у 16 (76,19%) хворих. В минулому гострий панкреатит перенесли 6 (28,57%) хворих, з них були прооперовані 2 хворих. У решті 15 (71,42%) хворих чіткого етіологічного чинника розвитку захворювання встановити не вдалося.

Інтрапанкреатичні кісти головки ПЗ діагностовані у 13 (61,9%) хворих, хвоста – у 6 (28,57%) і тіла – у 2 (9,53%) хворих. У 2 хворих з інтрапанкреатичною кістою головки ПЗ відзначали розвиток обтураційної жовтяниці.

Найінформативнішим методом діагностики є УЗД, за допомогою якого верифікували локалізацію і об'єм інтрапанкреатичні кісти, оцінювали її вміст, а також характер змін у паренхімі ПЗ, розміри підшлункової протоки (ПП), її звуження і розширення та наявність конкрементів. При доплерографічному картуванні визначали характер кровотоку по магістральних судинах гепатопанкреатобіліарної зони. У 6 (28,57%) хворих при УЗД встановлено зв'язок кісти із головною підшлунковою протокою.

При ВЕГДС, виконаному у всіх хворих з інтрапанкреатичними кістами ПЗ до оперативного втручання, ознаки гастропатії встановлені у 16 (76,19%) хворих, гострі ерозії і виразки воротарної печери шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки мали місце у 7 (33,3%), зовнішнє стиснення дванадцятипалої кишки в проекції інтрапанкреатичної кісти головки ПЗ верифіковано у 6 (28,57%) хворих.

Спіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним болюсним контрастним підсиленням провели у 2 (9,52%) хворих для виявлення додаткових даних про стан паренхіми ПЗ, розміщення кісти, встановлення зв'язку з підшлунковою протокою, а також виключення кістозної метаблазії.

ЕРПХГ проведена у 5 (23,8%) хворих. Стентування ГПП вдалося провести тільки у одного хворого.

За даними проведених досліджень діаметр інтрапанкреатичної кісти складав від 1,2 до 6,1 см, об'єм рідинного вмісту – від 20 до 115 мл. У 11 хворих ГПП була поширена від 0,5 до 1,0 см. У 4 хворих виявлені конкременти у ПП і паренхімі ПЗ.

Вибір методу хірургічного лікування визначався розмірами інтрапанкреатичної кісти, її локалізацією, наявністю фіброзно-дегенеративних змін тканини ПЗ, станом ГПП, наявністю у ній конкрементів. У 20 (95,23%) хворих були проведені відкриті оперативні втручання. Ендоскопічне стентування ПП здійснене у одного хворого.

При локалізації кісти в головці ПЗ виконували операцію Фрея (5 хворих), цистопанкреатоєюностомію (5 хворих), панкреатоцистодуоденостомію (2 хворих).

При фіброзно-дегенеративних змінах тканини ПЗ, розширенні ПП і наявності інтрапанкреатичної кісти головки вважали доцільним проведення операції Фрея з висіченням стінки кісти, фіброзно-зміненої тканини ПЗ і наступним накладанням панкреатоєюноанастомозу за О.О. Шалімовим.

При інтрапанкреатичній кісті головки ПЗ без дилатації підшлункової протоки і за відсутності фіброзних змін в паренхімі ПЗ виконували панкреатоцистоеюностомію. Виконання такого оперативного втручання дозволяло ефективно ліквідувати інтрапанкреатичну гіпертензію.

При локалізації кісти в головці ПЗ, відсутності фіброзно-дегенеративних змін тканини ПЗ і розширенні ПП операцією вибору вважали панкреатоцистодуоденостомію. Одному хворому панкреатоцистодуоденостомоз накладено трансдуоденально. Для цього після дуоденотомії, по задній стінці кишки над ділянкою найбільшого пролабування провели пункцію кісти товстою голкою, по голці розсікли просвіт кісти. Край отвору обшили вузловими швами, передню стінку дванадцятипалої кишки зашили двошрядним швом в поперечному напрямі.

В клініці було тільки два хворих з локалізацією інтрапанкреатичних кіст в тілі ПЗ. Вони характеризувалися відносно невеликими розмірами паренхіми ПЗ в ділянці тіла і поширенням кісти в сальникову сумку. За відсутності фіброзних змін паренхіми ПЗ, незмінених розмірах ПП у одного хворого наклали цистопанкреатоєюноанастомоз. При фіброзно-дегенеративних змінах тканини ПЗ, розширенні ПП, та наявності інтрапанкреатичної кісти в тілі залози виконали операцію Фрея з панкреатоєюноанастомозом за О.О. Шалімовим.

При локалізації інтрапанкреатичних кіст у хвості ПЗ, панкреатоцистоеюностомію провели у 4 хворих, дистальну резекцію ПЗ разом із кістою – у 2 хворих. Показаннями до проведення цистопанкреатоєюностомії з розсіченням і висіченням країв

ПП в ділянці тіла та висіченням стінок кісти вважали діагностоване розширення ПП та наявність конкрементів у паренхімі ПЗ. При ізольованій інтрапанкреатичній кісті хвоста ПЗ без змін їх паренхіми і незмінній ПП можливе проведення дистальної резекції ПЗ чи накладання ізольованого панкреатоєноаноаностоми.

Для профілактики післяопераційного панкреатиту в консервативному лікуванні застосовували синтетичні аналоги соматостатину Октреотид, Окреостатин і препарат тривалої дії – Соматулін. Інших ускладнень після операцій у хворих з інтрапанкреатичними кістами ПЗ не відмічали.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Губергриц Н.Б. Новые возможности лечения хронического панкреатита после холецистектомии. / Губергриц Н.Б., Юрьева А.В. // Сучасна гастроентерологія. — 2007. — № 4 (36). — С. 63—69.
2. Дренирующие и резекционные операции в хирургическом лечении хронического панкреатита / В.М.Копчак, И.В.Хомяк, К.В.Копчак, А.И.Зелинский; материалы XV Международного конгресса хирургов—гепатологов стран СНГ [«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»], (Казань, 17—19 сент. 2008 г.) // Анналы хир. гепатол. — 2008. — № 3. — С. 167—168.
3. Криворучко І.А. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту. / І.А.Криворучко, В.В.Бойко, А.В.Сивожелізов // Науковий вісник Ужгородського університету. — 2006. — № 29. — С. 66—69.
4. Выбор способа хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / Кубышкин В.А., Козлов И.А., Вишневский В.А. [и др.]; материалы XV Международного конгресса хирургов—гепатологов стран СНГ [«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»], (Казань, 17—19 сент. 2008 г.) // Анналы хир. гепатол. — 2008. — № 3. — С. 172.
5. Павловський М.П. Псевдокісти підшлункової залози / Павловський М.П., Чуклін С.М., Переяслов А.А. — Львів, 1997. — 150 с.
6. Русин В.І. Хірургічні методи лікування псевдокіст підшлункової залози / Русин В.І., Болдіжар О.О. // Клін. хір. — 2007. — № 1. — С. 33—35.
7. Філіппов Ю.О. Епідеміологічні особливості хвороб органів черевної порожнини та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення / Ю.О.Філіппов, І.Ю.Скирда // Гастроентерологія. — 2005. — Вип. 36. — С. 9—17.
8. Щастный А.Т. Хирургическое лечение хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / Щастный А.Т., Кугаев М.И. // Новости хирургии. — 2010. — Т. 18, № 2. — С. 27—36.
9. Relation between mutations of the cystic fibrosis gene and idiopathic pancreatitis / Cohn J.A., Friedman K.J., Noone P.G. [et al.] // N Engl J Med. — 1998. — Vol. 339. — P. 653—658.
10. Mutations of the cystic fibrosis gene in patients with chronic pancreatitis / Sharer N., Schwarz M., Malone G. [et al.] // N Engl J Med. — 1998. — Vol. 339. — P. 645—649.

I.M. SHEVCHUK, A.F. KHRUNYK, T.M. DZVONKOVSKY, M.G. SHEVCHUK

Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Surgery №2, Ivano-Frankivsk

SURGICAL TREATMENT OF INTRAPANCREATIC CYSTS

Results of surgical treatment of 21 patients with intrapancreatic cysts are represented. Alcohol abuse as a cause was established in 16 (76.19%) patients, acute pancreatitis undergoing – in 6 (28.57%) patients. Duration of disease since diagnosis for hospitalization averaged near 3.6±0.25 years. Intrapaneatic cysts in the head of pancreas were diagnosed in 13 (61.9%) patients, in pancreatic tail – in 6 (28.57%) and in body – in 2 (9.53%) patients. For diagnosis authors used ultrasound, spiral computed tomography with contrast enhancement, oesofagogastroduodenoscopy, endoscopic retrograde pancreatocholangiography. In 20 patients authors conducted direct intervention onto the tissue of the pancreas and duct system. In one patient endoscopic stenting of the main pancreatic duct was effective. For the prevention of acute pancreatitis in the postoperative period authors used synthetic analogs of somatostatin.

Key words: chronic pancreatitis, intrapancreatic cysts, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 12.05.2011 р.