

Т.І. ТАММ., В.В. НЕПОМНЯЩИЙ, О.Я. БАРДЮК, О.П. ЗАХАРЧУК, К.О.КРАМАРЕНКО
Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії та проктології, Харків

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Представлені результати лікування 238 хворих з несправжніми кістами підшлункової залози. З них у 51 хворого виникли різні ускладнення: у 35 – нагноєння кіст, у 6 – перфорація кіст у черевну порожнину, у 5 – кровотеча у порожнину кісти, портальна гіпертензія – у 4 хворих, механічна жовтяниця – у 1 хворого. Лікування хворих здійснювали з урахуванням виду ускладнення та ступеня зрілості капсули кісти, на основі інформації, здобутої при УЗД. Летальність склала 0,4%.

Ключові слова: ускладненні кісти підшлункової залози, УЗД, пункційно-дренувальний метод лікування, критерії ступеня зрілості капсули несправжніх кіст

Вступ. На сучасному етапі для хірургів лікування неускладнених кіст підшлункової залози (ПЗ) є вирішеним питанням. Хворих такого роду оперують в плановому порядку, коли у хірурга є час та можливість визначити необхідний обсяг оперативного втручання, який полягає у формуванні цистодигестивного анастомозу, або повне видалення кісти. Однак залишається суперечливою тактика лікування хворих з незрілими кістами та кістами з різними ускладненнями.

Ряд хірургів сповідують, очікувальну тактику до закінчення формування зрілої капсули, яка є основою для успішного формування цистодигестивного анастомозу [1, 5, 7, 9, 10]. Інші віддають перевагу мініінвазивним втручанням, у тому числі – повторним пункціям та дронуванням під контролем УЗД. Основним аргументом хірургів, які пропонують «агресивну» тактику у хворих з постнекротичними кістами ПЗ, є профілактика ускладнень, які виникають у 20 – 34% [2, 3, 4, 6, 8]. До найчастіших ускладнень відносять – нагноєння вмісту кісти (11-14%), кровотеча у порожнину кісти (1,6 – 20%), перфорація кісти у черевну порожнину (5-15%), компресія різних відділів шлунково-кишкового тракту зустрічається у 3-4%, розвиток синдрому портальної гіпертензії ускладнює формування капсули кісти у 4-6%, малігнізація кіст – у 1,7 – 3,4% хворих [1, 2, 3, 4, 5]. При цьому у хірургів немає об'єктивних критеріїв, які б дозволяли до операції визначити ступінь зрілості капсули несправжньої кісти.

Мета дослідження. Розробити тактику лікування хворих з постнекротичними кістами ПЗ, в залежності від ступеня зрілості капсули кісти та перебігу ускладнення, що розвинулося у кісті.

Матеріали та методи. В клініці з 2000 по 2010 роки лікувалися 238 пацієнтів з кістами ПЗ у віці від 18 до 79 років. Співвідношення чоловіків до жінок було 3:1, перебіг захворювання складав від 3 тижнів до 2 років. Найчастішим ускладненням було нагноєння кіст, яке виникло у 35 (14,3%) хворих. Перфорація кісти в черевну порожнину

відбулась у 6 (2,5%) пацієнтів, арозивна кровотеча в порожнину кісти – у 5 (2,1%), цистаденому діагностували у 4 (1,7%) пацієнтів, портальну гіпертензію – у 4 (1,7%), механічну жовтяницю – у 1 (0,4%) хворого. Пацієнтам проводили увесь спектр діагностичних досліджень, включаючи цитологічний та біохімічний аналіз вмісту кіст, а також морфологічне дослідження капсули в післяопераційному періоді.

Ступінь зрілості капсули кісти (авторське свідоцтво № 69695 А від 2004 р.) визначали методом УЗД, критерії якого базувались на даних біохімічного, цитологічного та морфологічного досліджень.

Кісти першого ступеня зрілості на ехограмах були представлені в вигляді утворень неправильної форми з нечіткими контурами та зниженою ехогенністю. У деяких випадках в порожнині кісти виявляли ехопозитивні включення різних розмірів – секвестри. Головна панкреатична протока у всіх випадках була не розширеною.

Кісти другого ступеня зрілості були представлені ехонегативними утвореннями округлої форми з чіткими контурами та товщиною капсули 1-2 мм, яка простежувалась на всьому протязі. Розширення головної панкреатичної протоки теж не було виявлено.

Кісти третього ступеня зрілості представляли собою утворення округлої форми з товщиною капсули 3-4 мм та більше, яка візуалізувалася на всьому протязі. В деяких випадках в порожнині кісти виявляли включення. Усім хворим з кістами ПЗ проводили УЗД, згідно якого за ультразвуковими критеріями визначали ступінь зрілості капсули кісти та вид ускладнення, які дозволяли обрати оптимальний обсяг оперативного втручання.

Результати досліджень та їх обговорення. Найчастішим ускладненням було нагноєння кіст, яке зустрічали у хворих з незрілою капсулою, тобто з кістами першого ступеня зрілості. Клінічно нагноєння кіст проявлялось у вигляді гіпертермії, лейкоцитозу із зсувом лейкоцитарної формули

ліворуч, та збільшенням об'єму порожнини кісти, появою або посиленням больового синдрому. Враховуючи наявність незрілої капсули, а точніше її відсутність 25 хворим із 31 були проведені пункції під контролем УЗД з евакуацією вмісту та дренажуванням кісти за методом Сельдінгера. В подальшому порожнина кісти була санована розчином «Октенісепту». Вміст кісти при цитологічному дослідженні був представлений лейкоцитами на все поле зору, а при біохімічному дослідженні рідини кісти рівень панкреатичних ферментів був мінімальним – 0-30 од. г/год×л. У 15 пацієнтів пункційно-дренажний метод призвів до одужання.

У 10 хворих прогресування гнійно-некротичного процесу потребувало відкритого оперативного втручання, об'єм якого полягав у виконанні лапаротомії, секвестректомії і санації та дренажування гнійного осередка. У зв'язку з відсутністю ехо – вікна для проведення пункції під контролем УЗД, і великою можливістю ятрогенних ушкоджень магістральних судин відкрите оперативне втручання виконали 3 хворим, у яких кісти були локалізовані позаду перешийка, або в ділянці портальної вени та судин брижі. Наявність великих секвестрів в порожнині кісти, які виявлені методом УЗД, було показанням до традиційного оперативного втручання. В цій групі хворих помер 1 (0,4%) пацієнт від гнійно-септичних ускладнень.

Перфорація несправжніх кіст ПЗ проявлялась клінікою перитоніту у 4 хворих, 2 з яких були доставлені до клініки в ургентному порядку. Об'єм оперативного втручання у цих пацієнтів полягав у санації та дренажуванні порожнини кісти та черевної порожнини. При біохімічному дослідженні рівень амілази був високим – 180-345 од. г/год × л. В післяопераційному періоді хворим проводили патогенетичну терапію з обов'язковим долученням антисекреторних препаратів.

Ускладнення у вигляді кровотечі у порожнину кісти було у 5 хворих. Клінічна картина відповідала кровотечі без зовнішніх проявів: зниження АТ та гемоконцентраційних показників. При УЗД виявлено збільшення об'єму порожнини кісти, наявність ехопозитивних утворень, які раніше не візуалізувалися. Цих хворих оперували ургентно. Під час лапаротомії у 1 хворого виконали лігування судини, що кровоточила, а у 4 хворих після видалення згустків виконали тампонаду та дренажування порожнини кісти на тлі комплексу гемостатичної терапії.

При морфологічному дослідженні тканини, яка контактувала з порожниною кісти виявили молоду незрілу сполучну тканину, яка включала лейкоцити, еритроцити, моноцити, а також малодиференційовані клітини сполучної тканини.

В цій групі у 1 хворого після операції сформувалася панкреатична норичя, яка перестала функціонувати до 20 доби.

Лікування хворих з кістами ПЗ, ускладненими портальною гіпертензією, здійснювали оперативним шляхом. У 3 хворих при наявності «зрілої» капсули, гістоструктура якої була представлена двома шарами з наявністю вузького некротичного шару в стадії реорганізації, та шару грануляційної тканини, в якій визначали значну кількість капілярів з інтенсивною проліферацією епітелію, що свідчило про активність формування сполучної тканини капсули, виконували формування цистодигестивних анастомозів.

У 1 хворого причиною механічної жовтяниці була псевдокіста ПЗ, яка щільно прилягала до дванадцятипалої кишки та частково стискала її простір, а також порушувала пасаж жовчі в дистальну частину спільної жовчної протоки. У цьому випадку виконували ендоскопічну дуоденоцистостомію. Післяопераційних ускладнень не було.

Під нашим наглядом знаходились 3 пацієнти з кістами другого ступеня зрілості, які були ускладні нагноєнням. При цьому клінічна картина відповідала ознакам гнійного запалення, ехографічні критерії були ідентичні до неускладнених кіст другого ступеня зрілості. Об'єм оперативного втручання включав розкриття гнійної порожнини та видалення капсули кісти, просоченої гнійною рідиною. Така необхідність була обумовлена даними морфологічного дослідження, при якому було виявлено розповсюдженість гнійно-некротичного процесу на всю товщину капсули з імбібіцією лейкоцитами як внутрішнього так і зовнішнього шару.

У хворих з кістами третього ступеню зрілості таких ускладнень, як нагноєння, кровотеча, перфорація не було виявлено, що свідчило про завершення процесів формування сполучної тканини в капсулі кісти. Однак, у пацієнтів цієї групи виникли інші проблеми діагностики, які потребували різного обсягу хірургічного лікування. У 3 хворих при УЗД були виявлені утворення округлої форми різних розмірів з товщиною капсули 4 мм та більше. Цитологічне дослідження не виявило будь-яких включень, крім наявності клітин мезотелію. Гістологічне дослідження капсули кісти після їх виділення виявило два види морфогенезу незалежно від ехограм. У 3 випадках були виявлені багатокамерні порожнини з циліндричним епітелієм, що свідчило про наявність цистаденоми, а у 1 хворого при гістологічному дослідженні капсули кісти виявлена сполучна тканинна капсула, яка містила фіброцити з наявністю колагенових волокон, що свідчило про завершення дозрівання капсули. В цій групі 3 хворим проведена енуклеація кісти, яка гістологічно відповідала цистаденомі. У 1 випадку проведено видалення кісти із спленектомією та резекцією хвоста ПЗ. Морфологічне дослідження цієї кісти відповідало кісті третього ступеня зрілості. Кісти цього ступеню за даними УЗД

потребують повного видалення, у зв'язку з тим, що їх ехосеміотика ідентична цистаденомі.

Постнекротичні кісти ПЗ в процесі свого формування проходять послідовні стадії від незрілої кісти, коли відсутня її капсула, до зрілої – в якій є міцна капсула з наявністю колагенових волокон, що підтверджено гістологічним дослідженням. Ступень зрілості кісти можливо оцінити за даними УЗД, критерії якого визначають об'єм оперативного втручання: пункція кісти, внутрішнє або зовнішнє дренирування, чи повне видалення кісти при підозрі на цистаденому. Найбільша кількість ускладнень – нагноєння, перфорація та кровотеча в порожнину кісти виникає у хворих з незрілими кістами.

Пункційно-дренажний метод лікування псевдокіст призводить до одужання хворих та попереджує розвиток різного роду ускладнень, а також зменшує кількість хворих з кістами другого та третього ступеня зрілості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Айрапетян А.Т. Роль инструментальных методов в диагностике кистозных опухолей поджелудочной железы / А.Т.Айрапетян, В.А. Кубышкин // Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. — Москва, 2000. — С. 3—4.
2. Бойко А.В. Методы ультразвуковой диагностики в лечении кист и абсцесса поджелудочной железы / А.В.Бойко, П.И. Пустовойт // Клін. хірургія. — 2003. — №1. — С. 39—40.
3. Використання мініінвазивних методів у лікуванні несправжньої кісти підшлункової залози / М.П.Павловський, В.І.Коломійцев, А.А.Переяслов, С.М.Чуклін // Клін. хірургія. — 2003. — № м1. — С. 50—51.
4. Возможности малоинвазивных методов в диагностике и хирургии билиарно—панкреатических обструкций / Н.Н.Велигоцкий, А.Н.Велигоцкий, С.П.Маслов [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2002. — № 2. — С. 37—38.
5. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования / Л.В.Поташов, В.В.Васильев, Н.П. Емельянова [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И.Грекова. — 2002. — № 36. — С. 23.
6. Ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози / В.І.Русин, О.О.Болдіжар, А.В.Русин, К.Є.Рум'янцев [та ін.] / Вісник морської медицини. — 2003. — № 2. — С. 269—272.
7. Курыгин А.А. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы / А.А.Курыгин, Э.А.Нечаев, А.Д.Смирнов. — СПб., 1996. — 156 с.
8. Пункционное лечение неосложненных ложных кист поджелудочной железы / Е.Е.Ачкасов, Н.Л.Травникова, Е.В. Карамышева [и др.] // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. — Тернопіль, 2002. — Т.2. — С. 196—197.
9. Лечебно-тактические подходы у больных с псевдокистой поджелудочной железы / В.В.Бойко, И.А.Криворучко, А.М.Тищенко [и др.] // Клін. хірургія. — 2004. — № 6. — С. 16—19.
10. Ваккасов М.Ф. Хирургическое лечение кист и кистоподобных образований поджелудочной железы / М.Ф. Ваккасов, Т.С. Мамадумаров // Клін. хірургія. — 2002. — № 11—12. — С. 94—97.

T.I.TAMM, V.V. NIEPOMNYASHCIJ, O.YA. BARDIUK, O.P. ZAKHARCHUK, K.O. KRAMARENKO

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Surgery and Proctology, Kharkiv
FEATURES OF TREATMENT OF THE COMPLICATED PANCREATIC PSEUDOCYSTS

Results of treatment of 238 patients with false pancreatic cysts were presented. In 51 from them various complications appeared: 35 cysts suppuration, in 6 perforation into free abdominal cavity, bleeding into cyst cavity – 5, portal hypertension – 4 patients, mechanical icterus in 1 patient. Treatment was carried out accounting the type of complication and degree of cyst capsule maturity. Lethality was 0,4%.

Key words: complicated pancreatic cysts, USD, paracentetic-drainage method of treatment, criteria of false cyst capsule degree of maturity

Стаття надійшла до редакції: 25.05.2011 р.