

УДК 616.37-003.4-002.4]-89

Досвід лікування постнекротичних кіст підшлункової залози

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, Б.Т. СТЕПАН

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

EXPERIENCE OF TREATMENT OF POST-NECROTIC PANCREATIC CYSTS

L.YA. KOVALCHUK, B.T. STEPAN

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Проаналізовано результати лікування 312 хворих із кістами підшлункової залози. Розроблено діагностичний алгоритм, що включає ультрасонографію, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, фіброгастродуоденоскопію, рентгенологічне дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки, біохімічне дослідження крові та вмісту кіст. Розроблено показання до лапаротомних і малоінвазивних оперативних втручань.

The results of treatment of 312 patients with pancreatic cysts have been analyzed. The diagnostical algorithm, including ultrasonography, computer or magnetic-resonance tomography, fibrogastroduodenoscopy, X-ray examination of stomach and duodenum, biochemical investigation of blood and content of cysts, has been elaborated. The indications for laparotomic and miniinvasive operative interventions have been defined.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Рідинні утвори підшлункової залози (ПЗ) є одним із найбільш частих і тяжких ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту, летальність від яких продовжує залишатися високою [3]. Збільшення частоти виявлення кіст підшлункової залози пояснюється зростанням кількості деструктивних форм гострого панкреатиту та використанням сучасних методів діагностики: комп'ютерної томографії, ультразвукового дослідження (УЗД), ретроградної панкреатохолангіографії та ін. За даними Н.Б. Губергріц [2], О.О. Шалімова [7, 8], D.V. Adams, M.C. Anderson [9], гострий панкреатит ускладнюється рідинним утвором підшлункової залози у 3,5-17 % хворих, хронічний панкреатит – у 22-70 %. У 25-30 % пацієнтів кісту виявляють після травми підшлункової залози. Частота уроджених і паразитарних кіст становить 1-3 % від усіх кіст підшлункової залози. За даними Л.В. Поташова [4], серед усіх госпіталізованих хірургічних хворих частка пацієнтів із кістами підшлункової залози складає 3 %. У процесі формування кісти виникають такі небезпечні для життя ускладнення, як нагноєння, кровотеча, перфорація та ін. [1, 5, 9]. Тривала непрацездатність, інвалідизація, висока вартість лікування залишають питання лікування хворих із псевдокістами ПЗ одним з найскладніших у хірургії, що потребує подальшого вивчення.

Мета роботи: провести порівняльний аналіз методів лікування пацієнтів із псевдокістами

підшлункової залози для визначення раціональної тактики та поліпшення результатів лікування.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 312 хворих із кістами підшлункової залози. Серед них чоловіків – 260 (83 %), жінок – 52 (17 %). Вікову групу 20-59 рр. склав 281 пацієнт; старших 60 р. – 31 хворий. Причиною утворення кіст у 268 хворих (85,6 %) був аліментарний фактор з пияцтвом та подальшим панкреатитом; у 39 (12,5 %) – жовчнокам'яна хвороба з панкреатитом; 5 (1,6 %) хворих мали травму ПЗ. Кісти діагностовано на різних стадіях перебігу: гострі (2-3 міс. існування) – 112 хворих; підгострі (3-6 міс.) – 79; хронічні (понад 6 міс.) – 121 пацієнт. У 39 % спостережень кісти ПЗ розміщувались в головці, в 13 % – в її тілі, у 19 % – в ділянці хвоста, в 28 % випадків була поєднана локалізація. У 139 (44 %) хворих псевдокісти мали ускладнений перебіг, з них нагноєння відзначено у 80 хворих, в тому числі 3 випадки поєднання нагноєння з перфорацією, 2 випадки нагноєння з кровотечею, 1 випадок нагноєння після операції внутрішнього дренивання; кровотеча у 7 з них в 1 хворого поєднана з перфорацією; перфорація мала місце у 15 хворих, з них у 2 – повторно; механічна жовтяниця – у 12 хворих; компресія сусідніх органів – у 24; малігнізація – у 1 пацієнта.

Для діагностики псевдокіст ПЗ в алгоритмі обстеження хворих, окрім загальноклінічних та лабораторних досліджень, застосовували ультразвукове

обстеження, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, фіброгастродуоденоскопію, рентгенологічне дослідження шлунка та ДПК, біохімічні дослідження крові та вмісту кіст (рис. 1).

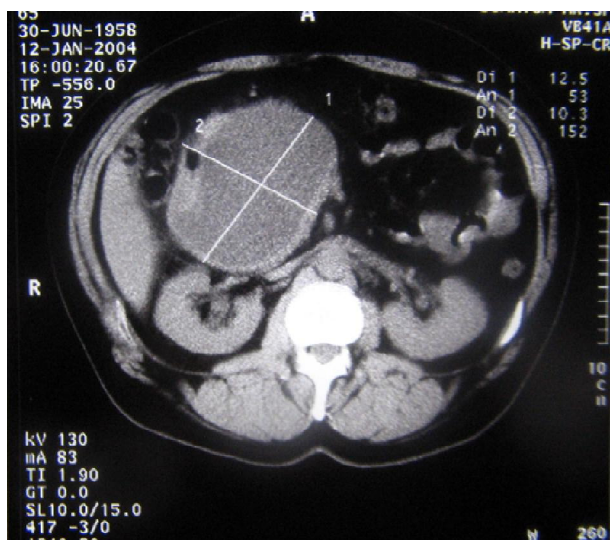


Рис. 1

Результати досліджень та їх обговорення. З усіх хворих консервативно проліковано 104 пацієнти (33 %). Основним напрямком консервативної терапії є пригнічення секреції підшлункової залози; зменшення цитотоксичного впливу вільних радикалів та запальних цитокінів, активних ферментів, попередження інфікування. У 208 хворих (67 %) проведені хірургічні втручання.

За допомогою класичних відкритих методик оперовано 139 хворих. У 9 з них виконали радикальні оперативні втручання: у 4 – видалення кісти, у 5 – дистальну резекцію ПЗ. Внутрішні дренуючі операції проведені 44 пацієнтам. У 86 хворих виконано операції зовнішнього дренивання (табл. 1).

Зовнішнє дренивання використовували лише при ускладненнях та тяжкому стані хворого.

Внутрішнє дренивання в просвіт шлунково-кишкового тракту – основна та найкраща операція для більшості псевдокіст. Основною передумовою успішного внутрішнього дренивання є наявність фіброзної капсули. Метод операції в основному залежить від локалізації кісти, її величини, зрощення

Таблиця 1. Види операцій при кістах підшлункової залози

Види операцій	Кількість	Летальність
Цистогастростомія	10	-
Цистодуоденостомія	7	1 (14,2 %)
Цистоентеростомія на виключеній петлі	18	1 (5,55 %)
Цистоентеростомія за Шалімовим	8	-
Поздовжня панкреатосюностомія	1	-
Кістектомія	4	-
Дистальна резекція підшлункової залози	5	-
Зовнішнє дренивання	86	4 (4,65 %)
Всього	139	6 (4,31 %)

із сусідніми органами та професійності оперуючого хірурга.

Для радикального лікування кіст підшлункової залози використовували операції видалення кісти з капсулою, а при неможливості кістектомії, особливо при локалізації псевдокісти в ділянці тіла та хвості та її поєднанні з псевдоаневризмою або зрощенням із воротами селезінки проводили дистальну резекцію підшлункової залози.

У результаті використання даних методик у лікуванні хворих виник ряд післяопераційних ускладнень: у 6 пацієнтів після зовнішнього дренивання кісти утворилась панкреатична нориця, у 5 хворих виконувались релапаротомії з приводу ерозії судин та розвитку кровотечі, з яких 3 померли, у 1 хворого релапаротомія спричинена повторним нагноєнням кісти. 1 пацієнт помер від тяжкої інтоксикації та розвитку поліорганної недостатності. Ре-

лапаротомії у хворих із внутрішніми дренуючими операціями викликані obtурацією цистоентероанастомозу із нагноєнням кісти (1); виникненням в післяопераційному періоді вторинного гострого панкреатиту з панкреонекрозом, що призвело до смерті хворого (1); 1 летальний випадок внаслідок недостатнього дренивання кісти із закидом хімусу в її порожнину, розвитком ранньої післяопераційної злукової кишкової непрохідності та перитоніту внаслідок неспроможності ентероентероанастомозу. Післяопераційна летальність склала 4,31 %.

Починаючи з 2004 року, в клініці почали застосовувати методи черезшкірної пункції та дренивання псевдокіст ПЗ під сонографічним контролем. За допомогою даного методу виконані оперативні втручання у 69 хворих (табл. 2).

Малоінвазивний черезшкірний метод дренивання використовували у лікуванні гострих псевдокіст

Таблиця 2. Характер оперативних втручань при кістах підшлункової залози

Роки	Лапаротомні	Малоінвазивні
2000-2004	89	1
2005-2008	50	68
Всього	139	69

– 50 хворих, у 19 пацієнтів кісти мали сформовану капсулу та тривалість процесу понад 3 місяці.

Показаннями до черезшкірної пункції є незрілі кісти, які збільшуються, та тривалість їх виникнення до 6 місяців.

Пункцію кісти виконували тонкою (20-21G) голкою під контролем ультразвукографії. Після аспірації вмісту кісти, з метою попередження інфікування, про-

цедуру завершували введенням у залишкову порожнину розчину антибіотика (частіше цефтазидим). Повторні пункції проводили через 3-4 дні при повторному накопиченні рідини. Повторні пункції виконувались у 10 хворих – 2 рази, у 2 хворих – 3 рази, у 1 – 4 рази. У 4 (8 %) випадках пункцію в подальшому завершували черезшкірним дрениванням (табл. 3).

При розмірах кіст більше 10 см, нагноєнні їх вмісту, відторгненні секвестрів у порожнину кісти, високій концентрації ферментів у її вмісті проводили черезшкірне дренивання кісти під ультразвукографічним контролем троакарного катетера Balton діаметром до 6 мм (6-12 F). При необхідності вводили додатковий дренаж для налагодження лаважу. Для промивання порожнини кісти використовували розчин деканалу або гіоксизолу.

Таблиця 3. Види черезшкірних оперативних втручань при кістах підшлункової залози

Черезшкірні пункційні втручання	Пункція	Пункція з дрениванням	Дренивання
Кількість хворих	46	4	19

Результатом малоінвазивного лікування у 46 (66 %) хворих із псевдокістами підшлункової залози стало їх повне зникнення, у 2 (2,9 %) хворих у подальшому планово проведено операцію внутрішнього дренивання, 3 (4,34 %) пацієнтам виконана

операція зовнішнього дренивання у зв'язку із розвитком інших ускладнень гострого панкреатиту, в 1 (2 %) хворого після пункції виник тромбоз ворітної вени, який пролікований консервативно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабенков Г.Д., Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б. и др. Выбор хирургической тактики при кистах поджелудочной железы // Вісник морської медицини. – 2001. – № 2 (14). – С. 58-67.
2. Губергриц Н.Б., Христинич Т.М. Клінічна панкреатологія. – Донецьк: Лебедь, 2000. – 413 с.
3. Павловський М.П., Чуکلін С.М., Переяслов А.А. Псевдокісти підшлункової залози. – Львів, 1997. – 150 с.
4. Поташов Л.В., Васильєв В.В., Емельянов Н.П. и соавт. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования // Вестник хирургии. – 2002. – Т. 161, № 6. – С. 35-38.
5. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В. та ін. Хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози // Шпитальна хірур-

6. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В. та ін. Визначення тактики та методу лікування псевдокіст підшлункової залози // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2006. – Т. 5, № 4. – С. 36-38.
7. Шалимов А.А. и др. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностики и лечения. – К.: Здоров'я, 2000. – 256 с.
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь: Таврида, 1997. – 560 с.
9. Adams D.B., Anderson M.C. Percutaneous catheter drainage compared with internal drainage in the management of pancreatic pseudocyst // Ann. Surg. – 1992. – Vol. 215, № 6. – P. 571-578.