

УДК 616.37–003.4–089.48]–091

© Л.Я. КОВАЛЬЧУК, Б.Т. СТЕПАН

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, Волинська обласна клінічна лікарня

Вибір хірургічних методів лікування постнекротичних кіст підшлункової залози з врахуванням сонографічної та морфологічної будови стінки на різних стадіях їх формування

L.YA. KOVALCHUK, B.T. STEPAN

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky, Volyn Regional Clinical Hospital

CHOICE OF SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF POSTNECROTIC CYSTS OF PANCREAS TAKING INTO CONSIDERATION SONOGRAPHIC AND MORPHOLOGICAL PARIES' STRUCTURE ON DIFFERENT STAGES OF THEIR FORMATION

Проаналізовано результати лікування 222 хворих із кістами підшлункової залози, які перебували у хірургічному відділенні Волинської обласної клінічної лікарні протягом 2005–2009 рр. Чоловіків було 189 (85 %), жінок – 33 (15 %). Основним методом діагностики було ультразвукове дослідження за допомогою апарата “Toshiba petio” та “Voluson 730” із кольоровим дуплексним картуванням. Оцінювали локалізацію, розміри псевдокіст, характер вмісту, наявність ехогенних включень, кровотік, ступінь розвитку фіброзної капсули. Аналіз морфогенезу екстрапанкреатичного та інтрапанкреатичного кістоутворення з урахуванням сонографічної картини та гістологічної структури стінок таких патологічних об'єктів залежно від тривалості їх формування дає підстави до індивідуалізації тактики лікування хворих – вибору дренуючих операцій та оптимальних термінів їх виконання.

There were analysed results of treatment in 222 patients, with cysts of pancreas, who were in Volyn Regional Clinical Hospital surgical department during 2005–2009. There were 189 (85 %) men and 33 (15 %) women. The basic diagnostic method was ultrasonic examination by means of devices “Toshiba Petio” and “Voluson 730” with colour duplex mapping. There were evaluated the localization, dimensions of pseudo-cysts, character of contents, presence of echogene insertions, haemorrhage, degree of development of fibrous capsule. Analysis of morphogenesis of extra-pancreatic and intra-pancreatic cyst-formation taking into consideration sonographic picture and histological walls' structure of such pathological objects depending on duration of their formation give the reasons to tactics individualization of patients treatment – choice of draining operations and optimal terms of their fulfilment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гострий панкреатит є актуальною та до кінця не вирішеною проблемою сучасної хірургії через високий рівень летальності, яка корелює з різноманітними його ускладненнями [4]. У зв'язку із значним збільшенням за останні 20 років захворюваності на гострий панкреатит спостерігається тенденція до зростання кількості постнекротичних кіст підшлункової залози. За даними О.І. Гіленко, кісти підшлункової залози (ПЗ) зустрічаються у 7–8 % хворих на гострий панкреатит [1]. Клінічний перебіг гострого некротичного панкреатиту ускладнюється розвитком гострих кіст підшлункової залози у 18–22 % хворих [2, 8].

Різнманітність морфології панкреатичних кіст, зокрема стану їх стінки, характеру вмісту, змін решти

відділів підшлункової залози та суміжних з нею органів, вимагає диференційованого підходу та індивідуалізації тактики лікування хворих із кістозними ураженнями підшлункової залози. Значною мірою показання до операції та вибір її конкретного методу визначаються стадією формування панкреатичної кісти [5, 6].

Однією з важливих проблем щодо хірургічної тактики при цій патології є питання про терміни виконання оперативного втручання залежно від ступеня морфологічної сформованості стінок кістозного утвору. В науковій літературі досить широко представлена описова макроскопічна характеристика стінок та вмісту кіст підшлункової залози, однак недостатньо інформації щодо морфологічних особливостей стінок таких патологічних утворів залежно від часу їх виникнення (стадії кістоутворення).

Мета роботи: вибір правильної тактики хірургічного лікування з оптимізацією часу та техніки хірургічного втручання із врахуванням сонографічної будови кіст підшлункової залози та морфогенезу кістоутворення.

Матеріали і методи. У хірургічному відділенні Волинської обласної клінічної лікарні протягом 2005–2009 рр. на стаціонарному лікуванні перебували 222 хворих із кістами підшлункової залози. Серед них чоловіків – 189 (85 %), жінок – 33 (15 %). Вікова група 20–59 рр. складала 205 (92 %) пацієнтів; старших 60 років – 17 (8 %). Основним методом діагностики було ультразвукове дослідження за допомогою апарата “Toshiba nemio” та “Voluson 730” із кольоровим дуплексним картуванням. Оцінювали локалізацію, розміри псевдокіст, характер вмісту, наявність ехогенних включень,

кровотік, ступінь розвитку фіброзної капсули. Гістологічним методом досліджено 17 інтраопераційних біопсій стінок різного ступеня сформованості кіст підшлункової залози: три спостереження кіст терміном 4–6 тижнів та по сім спостережень кіст терміном 8–10 тижнів і 12–15 тижнів із моменту кістоутворення. Розміри біоптатів були різними внаслідок конкретних особливостей оперативного втручання, зумовлених тривалістю існування (стадією морфогенезу), локалізацією та діаметром кістозного утвору, а також характером патологічних змін підшлункової залози і синтопічних структур.

Результати досліджень та їх обговорення. Кісти діагностовано на різних стадіях перебігу: гострі (2–3 міс. існування) – у 89 (40 %) хворих; підгострі (3–6 міс.) – у 53 (24 %); хронічні (понад 6 міс.) – у 80 (36 %) пацієнтів (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих із псевдокістами ПЗ за стадіями перебігу

Види	Абсолютна кількість	%	Всього
Гостра	89	40	89
Підгостра	53	24	53
Хронічна	80	36	80
Всього	222	100	222

Кіста (псевдокіста) підшлункової залози – анехогенний овальний або округлий утвір різного діаметра із рівними чіткими контурами та вираженою капсулою, майже з повною аваскуляризацією порожнини кісти, та, як правило, без внутрішніх структур. Чим більше сформована псевдокіста, тим вища її щільність і тим більш чіткими були ехографічні ознаки (рис. 1).

Залежно від стадій перебігу, представлених у таблиці 1, та за сонографічними ознаками хворі були поділені на 3 групи.

До першої групи включено 89 хворих із гострими незрілими кістами ПЗ, які перенесли напад гострого панкреатиту в терміни до 3 міс., та ремісією запального процесу в ПЗ. У таких пацієнтів виявлені порожнисті утвори різних розмірів із розмитими нечіткими контурами. Капсула в більшості випадків не визначається (рис. 2).

У даній групі біоптатів патологічних об'єктів відзначалась наявність морфологічних ознак неповного кістоутворення. Виявлено порожнину з некро-

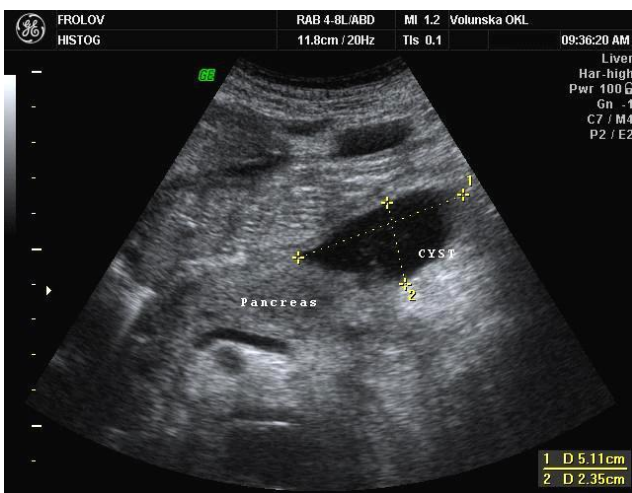


Рис. 1. Ехограма хворого Д. Псевдокіста ПЗ.

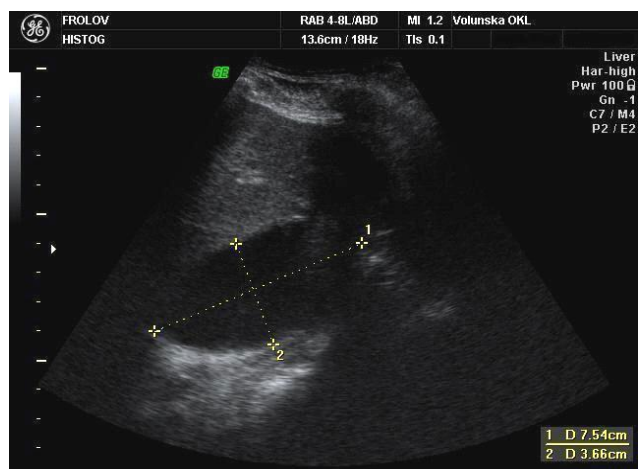


Рис. 2. Ехограма гострої псевдокісти ПЗ у хворого Р.

тичним вмістом у межах підшлункової залози. Також зафіксовано поширення утвору кістозної порожнини за межі ПЗ внаслідок стеатонекрозів у прилеглий жирівій клітковині. У прилеглий до зони деструкції тканині підшлункової залози та перипанкреатичній клітковині відмічено повнокрів'я, виражений інтерстиційний набряк, множинні крововиливи і дифузну інфільтрацію сегментоядерними лейкоцитами, а також інтенсивно виражені некробіотичні зміни в залозистих структурах паренхіми підшлункової залози. У прилеглий до порожнини зони некротичного розпаду паренхіми підшлункової залози виявлено тотальний некроз залозистих часточок, стінок кровоносних судин із геморагічним просяканням детриту та вираженою нейтрофільною інфільтрацією по периферії. Поодинокі протокові структури траплялися у вигляді "тіней" із повною десквамацією епітелію, однак частковою збереженістю базальної мембрани.

Друга група містила 53 хворих із підгострими кістами ПЗ. За даними УЗД, в ділянці ПЗ визначалося скупчення рідини у вигляді ехонегативного утвору округлої форми з чіткими контурами та наявністю тонкої, до 2 мм товщиною, капсули (рис. 3).

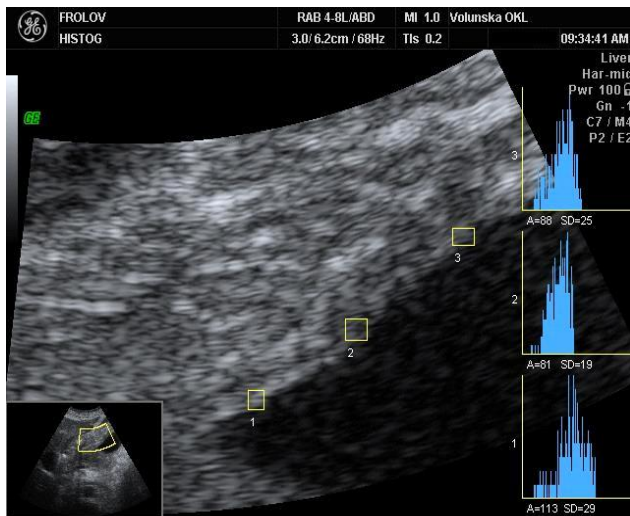


Рис. 3. Гістограма фрагмента стінки псевдокісти.

При гістологічному дослідженні виявлено, що вміст патологічних порожнин у вигляді білкової рідини та залишків тканинного детриту локалізувався переважно пристінково, у двох випадках – просякнутий сегментоядерними лейкоцитами. Стінка кісти мала ознаки певного ступеня сформованості, утворена зсередини грануляційною тканиною: багатою сіткою капілярів в оточенні клітинного інфільтрату, представленого переважно лімфоцитами, плазматичними клітинами і фібробластами та поодинокими волокнистими струк-

турами. Вглиб товщі стінки кісти, за зоною грануляційної тканини, спостерігали зменшення чисельності кровоносних судин та наявність переважно фібробластів. Екстрацелюлярний матрикс представлений колагеновими волокнами, сформованими в паралельно орієнтовані пучки в оточенні проміжної речовини.

У 80 хворих із хронічним перебігом кіст підшлункової залози, за результатами УЗД, в проекції ПЗ визначався анехогенний утвір округлої форми з капсулою товщиною 3-5 мм та більше.

При дослідженні біоптатів стінок порожнистих структур у третій групі відмічено відсутність некротичного детриту. Стінка порожнини представлена переважно шаром зрілої сполучної тканини різної товщини, зсередини вистеленою вузькою смужкою грануляцій, стінка кісти сформована переважно із безсудинної рубцевої тканини з явищами контракції: хаотично переплетених, різної товщини компактних пучків колагенових волокон та незначної частки клітинного компонента – фібробластів по периферії. Судини виявлено лише у складі смужки грануляційної тканини – внутрішнього шару стінки кісти, тут же місцями траплялися скупчення гемосидерину.

У прилеглих до кістоподібного утвору ділянках тканини підшлункової залози на фоні дифузної лімфоплазматичної інфільтрації місцями визначалися скупчення клітин запального ряду у вигляді структур типу лімфоїдних фолікулів.

При патогістологічному дослідженні збереженої тканини підшлункової залози було виявлено ознаки різного ступеня міжлобулярного склерозу, вогнищового ліпоматозу з ознаками септації часточок на фрагменти внаслідок вrostання сполучної тканини вглиб між ацинарними прошарками.

Периваскулярно і перидуктально відмічалася сформована дифузна або дрібновогнищова запальна клітинна інфільтрація з переважним вмістом лімфоцитів, плазматичних клітин і макрофагів. Міжчасточкові протокові структури мали потовщену склерозовану стінку, слизова оболонка якої підлягала атрофічним змінам, але місцями з тенденцією до внутрішньопротокової проліферації залозистого епітелію і кістозного розширення просвіту основної протоки.

У кістах відмічено тенденцію до епітелізації стінки, яка проявляла себе наявністю фокусів проліферуючого циліндричного, кубічного або плоского епітелію. Вказані патоморфологічні знахідки траплялися на фоні проявів регенераторної гіперплазії епітелію в редукованих тубулярних структурах протокової системи прилеглої тканини підшлункової залози.

Висновки. 1. Аналіз морфогенезу екстрапанкреатичного та інтрапанкреатичного кістоутворення з урахуванням сонографічної картини та гістологічної структури стінок таких патологічних об'єктів залежно від тривалості їх формування дає підстави до індивідуалізації тактики лікування хворих – вибору дренуючих операцій та оптимальних термінів їх виконання.

2. Ефективне використання міні-інвазивних методів лікування псевдокіст ПЗ можливе з початкових термінів кістоутворення.

3. Операції внутрішнього дренивання кіст ПЗ, враховуючи дані сонографічного дослідження та морфологічні зміни стінки кісти, можна виконувати, починаючи з 3-4 місяця з моменту утворення кістозного утвору, при відсутності ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гіленко І.О., Дем'янюк Д.Г., Крижанівський О.А., Саневич П.П. Тактика лікування псевдокіст підшлункової залози // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2006. – С. 141-144.
2. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. Острый панкреатит: Монография. – Донецк, 2008. – 352 с.
3. Кондратюк О.П. Псевдокісти підшлункової залози як ускладнення гострого панкреатиту: сучасні та стандартні методи хірургічного лікування / О.П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 93-95.
4. Павловський М.П., Чуклін С.М., Переяслов А.А. Псевдокісти підшлункової залози. – Львів, 1997. – 150 с.
5. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В. та ін. Хірургічне лікування псевдокісти підшлункової залози // Шпитальна хірургія. – 2002. – № 4. – С. 29-33.
6. Тамм Т.И., Белов С.Г., Непомнящий В.В., Мамонтов И.Н.

Критерии диагностики ложных кист поджелудочной железы // Клінічна хірургія. – 2009. – № 7-8. – С. 119-121.

7. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховський А.П. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь: Таврида, 1997. – 560 с.
8. Юдін О.О. Роль інтервенційної сонографії у лікуванні гострих кіст підшлункової залози // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 116-118.
9. Andren-Sandberg A., Ansorge C., Eieikssonk, Glomsaker T. Treatment of pancreatic pseudocysts // Scand. J. Surg. – 2005. – Vol. 94. – P. 165-175.
10. Morana G., Guarise A. Cystic tumors of the pancreas // Cancer Imaging. – 2006. – V. 6. – P. 60-71.
11. Varadarajulu S. Non – operative management of pancreatic pseudocysts: there is still a role // Ann. Surg. – 2006. – V. 244 (1). – P. 161-162.

Отримано 26.08.10