

УДК 616.37-006.03-036-089

И.А. Криворучко, Н.В. Красносельский, С.Н. Балака, В.Н. Шалдуга, О.В. Шалдуга

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

Работа является фрагментом научно-исследовательской работы Харьковского национального медицинского университета №0106U001855 по теме: “Патофізіологічне обґрунтування застосування сучасних методів діагностики і хірургічної корекції захворювань органів черевної порожнини, судин, легень, щитоподібної залози з урахуванням порушень гомеостазу”

Вступление. По мнению большинства авторов, наиболее оптимальным видом оперативного вмешательства при псевдокистах поджелудочной железы (ПЖ) является их внутреннее дренирование [3, 11, 16]. Однако, на ранних сроках существования кист данное хирургическое вмешательство, как правило, не выполнимо в связи с отсутствием капсулы или ее слабым развитием [13, 18]. В таком случае единственно возможным вмешательством является наружное дренирование (НД) псевдокисты [4, 8, 10]. При этом, в последнее время отмечается тенденция к уменьшению объема дренирующих вмешательств при полостных образованиях (ПО) ПЖ [1, 5, 6].

Однако наличие таких осложнений течения псевдокист как нагноение содержимого, перфорация и кровотечение в полость образования диктуют необходимость выполнения классической лапаротомии с НД кисты вплоть до ее марсупиализации [7, 16]. К сожалению, этот вид хирургического вмешательства чреват возникновением в отдаленном периоде свищей ПЖ у 10-33% больных [2, 8, 9], а также рецидивом ПО у 27-57% больных [12, 14, 18].

В связи с этим целью нашего исследования явилась разработка технологии хирургического лечения ПО ПЖ, позволяющая снизить риск развития послеоперационных осложнений и летальности, а также уменьшить вероятность рецидива псевдокисты в отдаленном периоде.

Объект и методы исследования. На базе Харьковской областной клинической больницы с 2000 по 2009 год находилось на лечении 139 больных с псевдокистами и абсцессами ПЖ, средний возраст которых составил 42, 4±0, 53 года. Из них, мужчин было 115, а женщин – 24. Повторно в разные сроки после первого поступления в клинику было

госпитализировано 19 больных, из них в 4 случаях – более 2 раз. Псевдокисты ПЖ выявлены в 123 наблюдениях, что составило 78, 3% от общего количества, а абсцессы – в 34 наблюдениях – 21, 7%. Осложненное течение псевдокист отмечено у 53 больных, что составило 43, 1% от всех кист. Оперировано было 107 больных, из них в 19 случаях выполнено внутреннее дренирование, в 80 – наружное, симптоматические операции выполнены у 7 больных. 26 больным по различным причинам оперативные вмешательства не производились.

Результаты исследований и их обсуждение. Показаниями к НД считали отсутствие хорошо выраженной капсулы и анатомически сложное расположение полостного образования с ретропанкреатической локализацией или размещением в области хвоста, что делало невозможным наложение цистодигестивного анастомоза. Также прямым показанием к НД являлось осложненное течение псевдокист ПЖ (нагноение, перфорация или кровотечение).

Для профилактики возникновения в послеоперационном периоде различных осложнений, а также для улучшения качества лечения нами предложен способ биологической тампонады (БТ) неактивных псевдокист с использованием большого сальника (БС) (Патент на полезную модель №8176 от 15.07.2005, бюл. № 7). Технология данного вмешательства заключается в следующем: после лапаротомии и выявления ПО последнее пунктируется с последующим определением уровня амилазы содержимого (при уровне амилазы в содержимом псевдокисты более 1000 г*ч/л тампонаду БС производить не рекомендуется). После чего для предотвращения травмирования жизненно-важных структур стенку кисты «по игле» рассекали, полость промывали раствором фурациллина с добавлением 3% раствором перекиси водорода, подогретыми до 43°C, и брали участок стенки кисты для экспресс-морфологического исследования. При отсутствии признаков злокачественного роста прядь БС заводится в полость кисты с ее тампонированием, а рассеченная стенка полостного образования ушивается с захватом бессосудистых зон сальника, фиксируя его в

полости кисты. Под нижний край БС предварительно подводится полихлорвиниловая трубка, а перчаточный дренаж фиксируется над сальником. Перчаточно-трубочный дренаж выводится через контрапертуру и фиксируется к коже. После обработки брюшной полости антибиотиками она ушивается наглухо. Перчаточный компонент дренажа убирается на четвертые сутки, а трубочный остается до прекращения поступления по нему отделяемого.

Повышение эффективности хирургического лечения неактивных ложных кист ПЖ достигается за счет биологической облитерации неактивного ПО прядью БС, что дает возможность не только ликвидировать полость, но и минимизирует возможность аррозивного кровотечения, абсцедирования или возникновения панкреатического свища. Обработка подогретыми до 43°C растворами антисептиков повышает эффективность действия последних.

По данной методике нами был оперирован 21 больной. Из них, необходимость urgentной операции была продиктована наличием панкреатогенного абсцесса у 4 пациентов, нагноением содержимого псевдокисты — у 9 больных и еще у 3 пациентов — сочетанием нагноения с кровотечением и перфорацией кисты. В остальных 5 случаях методика выполнялась в связи с «неудобной» локализацией ПО.

Пример. Больной Б. 37 лет, поступил в гнойное-септическое отделение с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, периодическую рвоту после приема пищи, потерю в массе тела 10 кг за последние 5 месяцев. В анамнезе за 7 месяцев до госпитализации перенес острый панкреатит. При осмотре состояние больного удовлетворительное, кожа и склеры обычного цвета. При пальпации в эпигастральной области было выявлено умеренно болезненное опухолевидное образование диаметром до 8 см, которое распространялось под левую реберную дугу. Симптомы раздражения брюшины отсутствовали. При ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии была выявлена киста на границе тела и хвоста ПЖ размером 80х50мм, заполненная жидкостью. В клиническом анализе крови обратил на себя внимание лейкоцитоз ($12,3 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, а также ускорение СОЭ до 53 мм/час. В биохимических анализах крови — без особенностей. Во время операции из псевдокисты было эвакуировано около 650 мл геморрагического оттенка жидкости (амилаза $30\text{г}^*\text{ч}/\text{л}$), после чего иссечена часть стенки кисты с экспрес-морфологическим исследованием удаленного участка. (биопсия: стенка кисты представлена грубоволокни-

стой соединительной тканью, внутренняя часть инфильтрирована лейкоцитами). Полость кисты промыта подогретыми до 43°C растворами фурациллина и 3% перекиси водорода. Прядь БС была заведена в полость с ее тампонированием, после чего стенка псевдокисты ушита с фиксацией сальника. Заведенные под его нижний край резиновая трубка, а также полоски перчатки, помещенные над сальником, выведены через контрапертуру в левом боку и фиксированы к коже. Антибиотик в брюшную полость, послыное ее ушивание. В послеоперационном периоде проводилось общепринятое лечение. Через дренажи выделялось на протяжении 5 суток до 30мл серозной жидкости, после чего выделение не было и дренажи были удалены. При контрольной проверке через 6 месяцев, 1 и 1, 5 года жалоб не было, выполнял работу, как и до операции, транспортировщика. На компьютерной томограмме пустот в зоне ПЖ не было выявлено.

При анализе непосредственных и отдаленных результатов лечения отмечено снижение длительности послеоперационного койкодня у больных после использования БТ, уменьшение частоты встречаемости осложнений с 30, 5% среди больных с НД полости псевдокисты до 19, 0% после использования нашего метода хирургического лечения. При анализе послеоперационной летальности обращает на себя внимание ее отсутствие после БТ БС, тогда как после НД без использования данной методики уровень летальности составил 8, 5%.

В отдаленном периоде свищ ПЖ наблюдался у трех больных из 59 (5, 1%) через 2, 2, 5 года и 6 мес. после наружного дренирования и ни в одном случае — после БТ. Рецидив кисты отмечен в 6 наблюдениях из 59 после НД (10, 2%) и не выявлен ни в одном случае из 21 после БТ БС.

У 3 больных в послеоперационном периоде при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии в области локализации псевдокисты определялось от 1 до 3 мелких жидкостных образований, которые расценены нами как неполная облитерация полости. При повторном обследовании через 6 месяцев после операции данные изменения ни в одном случае отмечены не были.

Выводы:

1. Использование БТ с применением БС при лечении ПО ПЖ позволило снизить на треть риск послеоперационных осложнений, а также избежать летальности в послеоперационном периоде.
2. Использование БТ у больных с псевдокистами ПЖ позволило предотвратить развитие панкреатических свищей и рецидив кисты.

3. Данное вмешательство является эффективным и технически простым в выполнении, что позволяет рекомендовать его к использованию в лечебных учреждениях общехирургического профиля.

Перспективы дальнейших исследований.

В дальнейшем планируется использовать метод БТ с применением БС в сочетании с алгоритмом выбора прогноза технологии хирургического лечения больных с ПО ПЖ для улучшения результатов их лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галимзянов Ф. В. Операции из минидоступа в хирургии гнойных осложнений панкреонекроза / Ф. В. Галимзянов, М. И. Прудков // Эн-доск. хирургия. — 1999. — Т. 5, № 2. — С. 15-17.
2. Кадошук Т. А. Лечение наружных панкреатических свищей / Т. А. Кадошук // Хирургия. — 1982. — № 1. — С. 44-47.
3. Кузин М. И. Хронический панкреатит / Кузин М. И., Данилов М. В., Благовидов Д. Ф. — М: Медицина, 1985. — 368 с.
4. Мишин В. Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы / Мишин В. Ю., Квезерова А. П. // Анн. хирургии. — 2000. — № 3. — С. 32-39.
5. Г. Ю. Мошковский. Чрескожные вмешательства под контролем ультразвукового исследования на органах гепатопанкреатобилиарной зоны / Г. Ю. Мошковский // Клінічна хірургія. — 2001. — № 10. — С. 41-44.
6. Оклей Д. В. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту, ускладненого псевдокістою, з застосуванням малоінвазивних методик : автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / Оклей Д. В. — Дніпропетровськ, 2007. — 20 с.
7. Тодуров І. М. Хірургічне лікування ускладнених форм хронічного панкреатиту : автореф. дис. на здобуття наук,

ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 «Хірургія» / Тодуров І. М. — Київ, 2005. — 35 с.

8. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / [А. А. Шалимов, В. В. Грубник, Дж. Горовиц и др.]. — К.: Здоров'я, 2000. — 256 с.
9. Adams D. B. Percutaneous catheter drainage compared with internal drainage in the management of pancreatic pseudocyst / Adams D. B., Anderson M. C. // Ann. Surg. — 1992. — Vol. 215, № 6. — P. 571-578.
10. Complications of in chronic pancreatitis / Ch. A. Seiler, M. A. Boss, A. Czernick [et al.] // Dig. Surg. — 1997. — Vol. 14, № 6. — P. 540-545.
11. Cooperman A. M. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts / Cooperman A. M. // Surg. Clin. North. Am. — 2001. — Vol. 81, № 2. — P. 411-419.
12. Huizinga W. K. Treatment of persistent and pancreatic pseudocysts / Huizinga W. K., Baker L. W. // J. R. Coll. Surg. Edinb. — 1992. — Vol. 37, № 6. — P. 373-376.
13. Kloppel G. Pseudocysts in chronic pancreatitis: A morphological analysis of 57 resection specimens and 9 autopsy pancreata / Kloppel G., Maillet B. // Pancreas. — 1991. — Vol. 6, № 3. — P. 266-274.
14. Pancreatic pseudocyst. Analysis of surgical therapy in 58 patients / [J. Lerut, Gianello P., Otte J. S., Kestens P. J.] // Acta Chir. Belg. — 1984. — Vol. 84, № 5. — P. 265-272.
15. Pseudocisti pancreatiche un importante problema chirurgico / G. Lombardo, R. Baldinetti, C. Del Piano [et al.] // Minerva Chir. — 1991. — Vol. 46, № 6. — P. 301-304.
16. A. L. Warshaw. Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocyst clinical and chemical criteria / A. L. Warshaw, D. W. Rattner // Ann. Surg. — 1985. — Vol. 202, № 6. — P. 720-724.
17. Attuale orientamento chirurgico nel trattamento delle pseudocisti pancreatiche / [P. Voghera, D. Fontana, R. Leli, V. Delia Beffa] // Minerva Chir. — 1993. — Vol. 48, № 12. — P. 683-688.
18. Williams K. J. Pancreatic pseudocysts: Recommendations for operative and nonoperative management / K. J. Williams, T. C. Fabian // Amer. Surg. — 1992. — Vol. 58, № 3. — P. 199-205.

УДК 616.37-006.03-036-089

НОВИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПОРОЖНИННИМИ УТВОРЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Криворучко І. А., Красносельський М. В., Балака С. М., Шалдуга В. М., Шалдуга О. В.

Резюме. Класична методика зовнішнього дренирування порожнинних утворень підшлункової залози приводить до виникнення панкреатичних нориць у 10-33% та рецидиву кист у 27-57% хворих. В статті описано новий спосіб хірургічного лікування порожнинних утворень підшлункової залози з використанням біологічної тампонади великим сальником. Запропоноване втручання є ефективним і технічно простим у виконанні. Використання біологічної тампонади дозволило знизити на третину ризик післяопераційних ускладнень, уникнути післяопераційну летальність, а також запобігти розвитку панкреатичних нориць та рецидиву псевдокісти.

Ключові слова: підшлункова залоза, порожнинне утворення, псевдокіста, абсцес, великий сальник.

UDC 616.37-006.03-036-089

NEW ACCESS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVERNOUS FORMATIONS OF PANCREAS

Krivoruchko I., Krasnoselskiy N., Balaka S., Shalduga V., Shalduga O.

Summary. Classical external drainage method of pancreatic cavernous formations leads to pancreatic fistulas in 10-33% and to cyst relapse in 27-57% of patients. A new way of treatment of pancreatic cavernous formations using a greater omentum was described. Offered intervention is effective and technically simple operation. This method of operation led to decrease of postoperative complications in one third, exclude postoperative lethality. Biological tamponade also prevented development of fistulas and pseudocyst relapse.

Key words: pancreas, cavernous formation, pseudocyst, abscess, greater omentum.

Стаття надійшла 28.10.2009 р.