

УДК 616.37-006.2-039-07-089

Никоненко¹ А.О., Гайдаржі¹ Є.І., Головка¹ М.Г., Охріменко¹ Г.І., Гавриленко¹
Б.С., Вайло¹ Ю.М., Гуров² Т.В.

ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В АСПЕКТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя,

²КНП «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР, м. Запоріжжя,
gavrilenko.likar@gmail.com

Питання хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози залишається актуальним та дискусійним через відсутність чітко встановлених підходів до його розв'язання, через що вимагає продовження активної роботи в цьому напрямі.

Мета роботи – поліпшення результатів діагностики та хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози.

Матеріали та методи. Проаналізовано 45 клінічних випадки у пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози, яким виконано різні хірургічні втручання. Діагностика проводилась за допомогою ультразвукового дослідження в поєднанні з комп'ютерною томографією. Хірургічне лікування проводилось із застосуванням малоінвазивних методик та лапаротомних втручань. Оперативне лікування із застосуванням лапаротомних методик проводилось 32 пацієнтам. Характер операцій був таким: зовнішнє дренивання псевдокіст -15 пацієнтів, псевдоцистостома на відключеній петлі за Ру – 10, псевдоцистостома з ентеро – ентероанастомозом за Брауном – у 4 пацієнтів, псевдоцистогастростома та псевдоцистодуоденостома – у 3 пацієнтів. Черезшкірне зовнішнє дренивання псевдокіст підшлункової залози піж ультразвуковим контролем виконали 13 пацієнтам. Показаннями до зовнішнього черезшкірного пункційного дренивання псевдокіст підшлункової залози під УЗ – контролем були такі: наявність безпечного акустичного вікна, відсутність зв'язку псевдокісти з протоковою системою підшлункової залози, діаметр порожнини псевдокісти більше 60мм та з товщиною стінки не менше 4мм,

наявність важкої супутньої патології та високий операційно – анестезіологічний ризик (III – IV клас по ASA).

Результати та їх обговорення. Наш досвід показав, що основні скарги пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози такі: біль в епігастрії та лівому підребір'ї (92,7%), дискомфорт в епігастрії (38,7%), нудота (35,4%), наявність щільного утвору у черевній порожнині (25,8%), блювота без пологшення (25,8%), загальна слабкість (25,8%). За даними анамнеза встановлено, що період від першого приступу панкреатиту до виявлення псевдокісти становив від 14 днів до 2 років. Аналіз топографоанатомічного розташування псевдокіст показав що у 20 (44,4%) пацієнтів псевдокісти розташовані в області голівки, у 18 (40%) в області тіла, у 7 (15,6%) в області хвоста підшлункової залози. Ускладнення псевдокіст підшлункової залози були такі: механічна жовтяниця через компресію холедоха у 5 (11,1 %) пацієнтів, нагноєння у 2 (4,44%) пацієнтів, перфорація у черівну порожнину з розвитком перитоніту у 3 (6,66%) пацієнтів. У всіх хворих було виконано оперативне втручання із лапаротомного доступу в ургентному порядку. В подальшому післяопераційний період протікав без ускладнень. Пацієнти виписані із стаціонару на 10 – 21 добу. Ранні результати хірургічного лікування (3 – 6 місяців після операції) псевдокіст підшлункової залози оцінені як відмінні, добрі, задовільні та незадовільні. Аналіз ранніх результатів показав, що у 42 (95,5%) пацієнтів отримані відмінні та добрі результати. Задовільних результатів не відмічено. Незадовільні результати, які вимагали реоперації, відмічені тільки у 3 (4,5%) пацієнтів.

Висновки.

1. Методом вибору діагностики псевдокіст підшлункової залози повинно бути ультразвукове дослідження у поєднанні з комп'ютерною томографією.
2. Псевдокісти які клінічно проявляються прогресивним збільшенням в розмірах мають великий ризик розвитку ускладнень.
3. Показанням до зовнішнього черезшкірного пункційного дренивання псевдокіст підшлункової залози під УЗ контролем є: наявність безпечного акустичного вікна, відсутність зв'язку з протоковою системою підшлункової

залози, діаметр порожнини псевдокісти більше 60мм з стінкою менше 4 мм, наявність тяжкою супутньої патології.

4. Застосування поряд з загальноприйнятими лапаротомними втручаннями малоінвазивного черезшкірного зовнішнього пункційного дренивання псевдокіст підшлункової залози під ультразвуковим контролем дозволяє досягти відмінних і хороших результатів у 95,5% пацієнтів.