

УДК 616.37-006.2:616.381-072.1

*Б.С. Запороженко, О.Б. Зубков, В.Г. Шевченко, А.Ю. Корытня***ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***Одесский национальный медицинский университет*

В работе анализируется опыт эндоскопического лечения 28 больных на основании топографической классификации. Оперативные вмешательства выполнялись в различных вариантах: путем рассечения задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки – эндоскопический цистогастроанастомоз (n=9) и эндоскопический цистодуоденоанастомоз (n=7), стентирования кистозного образования через заднюю стенку этих органов (n=11), путем стентирования вирсунгова протока (n=1), путем цистоназального дренирования при необходимости. Таким образом, применив топографическую классификацию, удалось улучшить результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы путем использования эндоскопических методов.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, эндоскопическое лечение, классификация, стентирование.

Хронический панкреатит остается одной из основных нозологий в структуре заболеваний поджелудочной железы, частота его возникновения варьируется от 80 до 110 человек на 100 000 населения в отдельных странах [1, 5]. Из этих больных у 25% возникают псевдокисты, во время операции частота выявления их у больных составляет 35-40% [2, 5].

В последнее время принципы хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы кардинально изменились в связи с внедрением миниинвазивных методов [4]. Значительное место заняла оперативная эндоскопия, которая в последние годы становится операцией выбора при многих хирургических заболеваниях, и, в частности, при псевдокистах поджелудочной железы [3].

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы путем использования эндоскопических методов.

Материал и методы

Мы располагаем опытом эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы у 28 больных, находившихся на лечении с 2005 по 2010 годы в Одесском областном центре хирургии печени и поджелудочной железы. Мужчин было 22, женщин – 6. средний возраст составлял $40,3 \pm 2,6$ года. У 4 больных причиной возникновения псевдокист была желчнокаменная болезнь, осложненная билиарным панкреатитом, у 2 больных – травми-

ческое повреждение поджелудочной железы в сроки от 6 до 9 месяцев, у остальных – постнекротические кисты алиментарного происхождения.

Оперативные вмешательства выполнялись в различных вариантах: путем рассечения задней стенки желудка – цистогастроанастомоз (ЭЦГА) (n=9); путем рассечения задней стенки двенадцатиперстной кишки – цистодуоденоанастомоз (ЭЦДА) (n=7); стентирования (ST) кистозного образования через заднюю стенку этих органов – ЭЦДА+ST и ЭЦГА+ST (n=11); путем стентирования вирсунгова протока (n=1).

Во всех случаях локализация псевдокист ограничивалась головкой и телом поджелудочной железы. При наложении ЭЦДА и ЭЦГА соустье накладывалось путем рассечения стенки этих органов обычными папиллотомами Olympus® Corp., при наложении ЭЦДА+ST и ЭЦГА+ST, стентировании вирсунгова протока пользовались системой доставки стентов OASIS и стентами Soehendra-Tannenbaum™ (Wilson-Cook®) 10-11 Fr.

Результаты и обсуждение

В своей работе мы использовали топографическую классификацию [3] псевдокист поджелудочной железы, которая позволяет планировать характер эндоскопических хирургических вмешательств.

При локализации псевдокисты в проекции головки поджелудочной железы изолиро-

ванно отдавливая заднюю стенку двенадцатиперстной кишки, мы определили, что оптимальным эндоскопическим вмешательством является ЭЦДА и ЭЦДА+СТ, при необходимости дополняя эндоскопической папиллосфинктеротомией и назобилиарным дренированием.

Эндоскопическое вмешательство при псевдокисте, деформирующей луковицу двенадцатиперстной кишки, требует особой осторожности из-за угрозы повреждения близлежащих сосудов, и возможно только при тугом наполнении желудка воздухом на 2-4 см выше угла желудка по малой кривизне. В таком случае мы рекомендуем выполнять ЭЦГА или ЭЦГА+СТ. При ригидных стенках псевдокисты не обеспечивается адекватного дренирования, у больных часто отмечается инфицирование псевдокист после эндоскопического вмешательства за счет заброса содержимого желудка в полость кисты, что в свою очередь требует дополнительного цистоназального дренирования.

При локализации псевдокисты по большой кривизне желудка операцией выбора стала ЭЦГА+СТ, при необходимости дополняемая цистоназальным дренированием.

З а к л ю ч е н и е

Предметом данной работы стало усовершенствование методов эндоскопического лечения больных псевдокистами поджелудочной железы в зависимости от их локализации. До 2008 года использовали способ наложения соустья с помощью папиллотомы размером до 1,5-2 см, при этом руководствовались общепринятым мнением, что необходимо накладывать широкий анастомоз для профилактики рецидива образования псевдокист. Однако, при использовании данного метода, столкнулись с рядом возникающих проблем: высокий риск кровотечения из создаваемого соустья – у 4 больных (14.3%), отсутствие возможности адекватной санации полости псевдокисты антисептическими растворами, заброс содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки в полость кисты с последующим нагноением у 2 больных (7.1%) и неадекватное дренирование за счет склеивания краев гастростомы; что потребовало усовершенствования данной методики – создания соустья путем точечного

прожигания задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с заведением в полость кисты стента на 3-4 месяца. Такое вмешательство обеспечило адекватное внутреннее дренирование кисты, а в ряде случаев дополненное, для санации полости псевдокисты, наружным цистоназальным дренированием. Созданное наружновнутреннее дренирование позволяло выполнять оптимальное санирование при нагноении постнекротических кист поджелудочной железы.

Таким образом, в зависимости от локализации кисты поджелудочной железы и развитие осложнений заболевания, эндоскопическое вмешательство может стать методом выбора хирургического лечения данной патологии.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ РІЗНИХ ЛОКАЛІЗАЦІЯХ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Б.С. Запорожченко, О.Б. Зубков, В.Г. Шевченко, А.Ю. Коритна

В роботі аналізується досвід ендоскопічного лікування 28 хворих на підставі топографічної класифікації. Оперативні втручання виконувались у різних варіантах: шляхом розтину задньої стінки шлунку та дванадцятипалої кишки – ендоскопічний цистогастроанастомоз (n=9) та ендоскопічний цистодуоденоанастомоз (n=7), стентування кістозного утворення крізь задню стінку цих органів (n=11), шляхом стентування вірсунгова протока (n=1), шляхом цистоназального дренивання за необхідністю. Таким чином, застосувавши топографічну класифікацію вдалося вдосконалити результати хірургічного лікування псевдокист підшлункової залози шляхом застосування ендоскопічних методів.

Ключові слова: псевдокіста підшлункової залози, ендоскопічне лікування, класифікація, стентування.

CHOOSING OF OPTIMAL ENDOSCOPIC SURGICAL INTERVENTION AT DIFFERENT LOCALIZATIONS OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

B.S. Zaporozhchenko, O.B. Zubkov, V.G. Shevchenko, A.Yu. Korytnaya

The topographic based results of 28 patients endoscopic treatment were analyzed. Such operative treatment as endoscopic cystic-gastroanastomosis (n=9) and cystic-duodenal anastomosis (n=7), stenting of these formations through the posterior wall of the stomach and duodenum (n=11), main pancreatic duct stenting (n=1), cystic nasal draining in same cases. So, due to topographic classifications with the usage of these methods the results of pancreatic pseudocyst surgical treatment were improved.

Key words: pancreatic pseudocyst, endoscopic treatment, classification, stenting.

ЛИТЕРАТУРА

1. Можливості лапароскопічної хірургії в лікуванні кістозної патології підшлункової залози / В.М. Копчак, К.В. Копчак, І.В. Хом'як [та інш.] // Ювілейна науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання невідкладної хірургії». – Харків, 1-2 квітня 2010 р.: Всеукраїнський збірник наукових робіт / Під ред. В.В. Бойко. – Харків, 2010. – С. 93-97.
2. Эндоскопическое дренирование кист поджелудочной железы / Г.М. Соловьев, В.В. Богдасаров, С.А. Гращенко [и др.] // 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 24-26 апр. 2002 г.: Сб. тез. / Под ред. Ю.И. Галлингера. – М., 2002. – С. 265-266.
3. Эндоскопическое лечение псевдокист поджелудочной железы в зависимости от их топографо-анатомического расположения / В.Ф. Куликовский, И.П. Парфенов, А.А. Карпачев [и др.] // Харьковська хірургічна школа. – 2009. – № 2-1. – С. 130-132.
4. Эндоскопические операции в лечении кист поджелудочной железы / С.М. Дыньков, А.М. Энштейн, А.Г. Тодрик [и др.] // 10-й юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 19-21 апр. 2006 г.: Сб. тез. / Под ред. Ю.И. Галлингера. – М., 2006. – С.88.
5. Запороженко Б.С. Вибір оптимального методу ендоскопічного лікування псевдокістозних утворень підшлункової залози / Б.С. Запороженко, В.І. Шишлов, О.Б. Зубков [и др.] // Практична медицина. – 2010. – Т. XVI, № 4. – С. 149-152.

Стаття надійшла 31.01.2011