

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Довнар И.С., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Козак Е.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одним из часто встречающихся вариантов локального осложнения при остром панкреатите является псевдокиста. Псевдокисты небольших размеров подлежат консервативному лечению. В случае осложнения или увеличения размеров лечение должно быть исключительно хирургическим.

Мы проанализировали истории болезни 255 больных с кистами поджелудочной железы, поступивших в I хирургическое отделение УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» за период с 2003 г. по октябрь 2012 г.; среди них мужчин было 176 (69%), женщин 79 (31%).

Выявлено, что в последние годы (2008-2012) наблюдается рост заболеваемости кистами поджелудочной железы. Однако при изучении заболеваемости в течение аналогичного периода установлено, что количество больных острым панкреатитом уменьшилось, но увеличилось число пациентов с хроническим панкреатитом. Таким образом, формирование кист поджелудочной железы обусловлено переходом острого панкреатита в хронический процесс.

УЗИ у больных с кистами показало, что у 154 (60,4%) пациентов кисты располагались в головке, у 19 (7,5%) – в теле и у 66 (25,9%) – в хвосте поджелудочной железы. Кроме того, у 16 пациентов кисты располагались в 2 отделах поджелудочной железы: у 4 (1,6%) диагностировались в области головки и тела, у 10 (3,9%) больных – тела и хвоста и у 2 пациентов – в области головки и хвоста. При УЗИ поджелудочной железы у пациентов с кистами было установлено, что размеры кист варьировали от 1,1х1,1см до 13,4х19,5 см.

Больным с кистами поджелудочной железы проводилось как оперативное, так и консервативное лечение. Операции

выполнены 142 пациентам, а 113 больным проводилось только консервативное лечение.

Анализируя результаты консервативного лечения, необходимо отметить, что, несмотря на уменьшение болевого синдрома и улучшение общего состояния больных, при контрольном УЗИ у 22 (19,5%) пациентов кисты остались прежних размеров, у 56 (49,6%) больных кисты уменьшились в размерах, а у 35 (31,0%) кисты увеличились.

В настоящее время большинство хирургов признают методом выбора оперативного лечения кист поджелудочной железы пункционно-дренажный метод под контролем ультразвукового исследования.

Операции под контролем УЗИ имеют определенные преимущества не только по сравнению с лапаротомными оперативными вмешательствами, но и по сравнению с лапароскопическими. Эти преимущества особенно заметны при вмешательствах на кистах поджелудочной железы. Данные операции позволяют пунктировать и дренировать кисты наиболее коротким доступом, контролировать прохождение инструмента не только через брюшную полость, но и через паренхиматозный или полый орган. Операции выполняются из минидоступа, не требуют наложения пневмоперитонеума и осуществляются практически всегда под местной анестезией. Это обстоятельство позволяет оперировать больных с тяжелой патологией и в преклонном возрасте. Малая травматичность операций снижает риск инфицирования.

С 2003 по 2012 гг. в УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» на базе кафедры общей хирургии пункционно-дренажный метод был применен у 126 больных с кистами поджелудочной железы. Из 126 больных санационно-диагностическая пункция выполнена у 78, пункция в сочетании с дренированием – у 48 пациентов. Однократные пункции оказались эффективными у 26 больных, у 52 пациентов для купирования воспалительного процесса повторно проводили пункционное лечение.

При кистах больших размеров пункция одновременно дополнялась ее дренированием. Данная операция производилась через желудочно-ободочную связку у 115, через левую долю

печени – у 7 больных и через две стенки желудка у 4 пациентов. Несмотря на то, что в обоих случаях послеоперационный период протекал без перитонита или формирования наружного свища, тем не менее, мы считаем данную операцию более опасной и стараемся по возможности не применять данный способ дренирования.

Среднее количество содержимого в полости составило 350 мл.

В послеоперационном периоде проводилась аспирация содержимого кисты с фракционным промыванием полости. Эффективность лечения оценивали на основании уменьшения размеров полости кисты и оценкой количества и качества отделяемого из кисты содержимого.

В среднем срок лечения больных, подвергшихся оперативному лечению, составил 26 дней, консервативно лечившихся больных – 13 дней. При повторном УЗ-исследовании через 10-13 дней кисты поджелудочной железы после оперативного лечения у 67 (53,2%) больных не обнаруживались, у 59 (46,8%) пациентов кисты выявлялись, но размеры кист были значительно меньше – в 2-3 раза. Средняя длительность лечения пациентов при использовании пункционно-дренажного метода под контролем УЗИ составила 17 дней.

Малотравматичные пункционно-дренирующие оперативные пособия, выполняемые под местной анестезией, позволяют в кратчайшие сроки и без серьезной травматизации окружающих тканей дренировать полости, устраняя интоксикацию организма и болевой синдром. Данный метод является высокоэффективным в лечении больных с кистами поджелудочной железы. Хорошая ультразвуковая аппаратура, специальное оснащение для пункционно-дренирующих операций и подготовленные специалисты позволят минимизировать интраоперационные осложнения.