

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО

БОЛДІЖАР ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 616.37-006.2-089-07

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ
ЗАЛОЗИ

14.01.03- хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

доктора медичних наук

Тернопіль – 2007

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Ужгородському національному університеті Міністерства освіти та науки України

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор **Русин Василь Іванович**, Ужгородський національний університет МОН України, завідувач кафедри госпітальної хірургії.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор, академік АМН України **Павловський Михайло Петрович** Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України , завідувач кафедри факультетської хірургії;

доктор медичних наук, професор **Дронов Олексій Іванович**, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри загальної хірургії №1 медичного факультету №2;

доктор медичних наук, професор **Семенюк Юрій Степанович**, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри невідкладних станів та сімейної медицини факультету післядипломної освіти.

Захист відбудеться 30 листопада 2007 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001 м.Тернопіль, майдан Волі,1).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001 м.Тернопіль, вул. Січових Стрільців,8).

Автореферат розісланий 26 жовтня 2007 року.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01

доктор медичних наук, професор

Я.Я. Боднар

Загальна характеристика роботи

Актуальність проблеми. Захворюваність на гострий панкреатит продовжує зростати і становить 10-12% всієї хірургічної патології (Pavlovsky M. et al., 1996; Вашетко Р.В. и соавт., 2000; Бойко В.В. та співавт., 2002; Губергриц Н.Б., 2004; Youssef N. et al., 2004; Андрущенко В.П. та співавт., 2006; Дзюбановський І.Я. та співав., 2006; Дронов О.І. та співав.2006). Найбільш поширеним ускладненням гострого деструктивного панкреатиту є утворення псевдокіст підшлункової залози, що виникає у 29-50% цих хворих, а при нагноєнні псевдокіст смертність від ускладнень сягає 80% і вважається основною причиною летальності при панкреонекрозі (Pavlovsky M. et al., 1996; Ковальчук Л.Я., 2000; Коновалов Е.П. и соавт., 2001; Ярешко В.Г. и соавт., 2002; Деллинджер Э.П., 2003).

Травми підшлункової залози у 20-30% хворих також ускладнюються утворенням псевдокіст, а приблизно 15 % усіх хворих на кістозні ураження підшлункової залози становлять пухлинні кісти – цистоаденоми та цистоаденокарциноми (Вилявин Г.Д. и соавт., 1977; Павловський М.П. та співав., 1997; Шалимов А.А. и соавт., 2000; Testi W. et al, 2001; Sedivy R. et al., 2002).

Псевдокісти частіше утворюються на місці деструкції тканини підшлункової залози, отже можуть бути зв'язані з її протоковою системою (Muraoka A. et al., 2002; Vucsimazza I. et al., 2006; Русин В.І. та співав., 2007). Утворення псевдокіст трапляється і при легких формах та хронічному перебігу гіперферментативного панкреатиту з парапанкреатичними рідинними скупченнями, при цьому консервативна терапія є ефективною приблизно у 15% хворих за умови активного лікування протягом 3-5 тижнів з моменту появи гострого панкреатиту (Дзюбановський І.Я. та співав., 2006; Yamazaki K. et al.,2006; Карпачев А.А. и соавт., 2007).

Виявлення кістозного утворення підшлункової залози у більшості випадків визначає показання до операційного лікування, яке відтак залежить значною мірою від причини утворення псевдокіст, локалізації, терміну існування, розмірів та вмісту, від зв'язку псевдокісти з протокою підшлункової залози, від наявності ускладнень та супровідних уражень органів суміжних із ПЗ (Бабенков Г.Д. и соавт., 2001; Bhattacharya D. et al., 2003; Березницький Я.С. та співавт., 2006; Семенюк Ю.С. та співавт., 2006; Чуклін С.М. та співавт., 2006; Allen P.J. et al., 2006). При цьому летальність у післяопераційному періоді є у межах 5-10% при операціях внутрішнього дренивання і сягає 25-26% при спробі радикального видалення псевдокісти (Oria A. et al., 2000; Русин В.І. та співав., 2006). При життєво небезпечних ускладненнях псевдокіст, таких як нагноєння із утворенням абсцесу або заочеревинної флегмони, прорив у черевну порожнину з розвитком перитоніту, крововиливи та арозійні кровотечі, дуоденальна та тонкокишкова непрохідність, біліарна обструкція та холангіт, летальність зростає утричі, сягаючи 80-100% (Шалимов А.А. и

соавт. 1997; Pirro N. et al., 2003; Shrestha S. et al., 2004; Копчак В.М. та співавт., 2006; Русин В.І. та співавт., 2007).

Хірургічна тактика та вибір методу лікування залишаються предметом дискусій і до сьогодні. Ось чому питання хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози потребують подальшого вивчення з метою напрацювання найбільш доцільної тактики та вибору раціональних методів лікування хворих, що і визначає актуальність цього дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є фрагментом комплексної наукової програми кафедри госпітальної хірургії медичного факультету Ужгородського національного університету з держбюджетної тематики “Стан про- і антиоксидантних систем, вміст селену та нуклеопро- і протеїнів у хворих з різними формами клінічного протікання атеросклерозу і методи хірургічної та медикаментної корекції допечінкової портальної гіпертензії та її ускладнень” (№0102U005294). Автор є співвиконавцем науково-дослідної роботи. Тема дисертації затверджена проблемною комісією „Хірургія” (протокол №9 від 12.05.2006 року).

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози шляхом розпрацювання та впровадження у клінічну практику оптимальних алгоритму діагностики, методів хірургічного лікування і способів мініінвазивної корекції, спрямованих на зменшення післяопераційної летальності та покращання якості життя хворих.

Завдання дослідження:

1. Визначити клінічну цінність різних методів діагностики псевдокіст підшлункової залози, розпрацювати та впровадити у клінічну практику раціональний алгоритм диференційної та топічної діагностики псевдокіст та їх ускладнень.
2. Вивчити особливості протокової системи підшлункової залози, визначити їх роль у патогенезі утворення псевдокіст.
3. Розпрацювати і впровадити у клінічну практику комплекс консервативних і малоінвазивних втручань при несформованих псевдокістах підшлункової залози та дати їм оцінку.
4. Удосконалити способи відкритих і мініінвазивних хірургічних втручань при різних формах псевдокіст підшлункової залози та їх ускладненнях.
5. Оптимізувати методи профілактики, хірургічні та медикаментні способи лікування нагноєних псевдокіст підшлункової залози.
6. Розпрацювати та апробувати у клініці методи хірургічної корекції псевдокіст підшлункової залози із ознаками допечінкової портальної гіпертензії.
7. Уніфікувати показання до операційного лікування хворих, конкретизувати вибір відкритих та мініінвазивних втручань, у залежності від форми та локалізації псевдокіст підшлункової залози.

8. Оцінити ефективність напрацьованої тактики комплексного лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози .

Об'єкт дослідження – хворі на псевдокісти підшлункової залози.

Предмет дослідження – ефективність комплексного консервативного та хірургічного лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози та їх ускладнення із застосуванням загальноприйнятих «відкритих» та мініінвазійних технологій.

Методи дослідження. Для встановлення діагнозу, клініко-лабораторного моніторингу перебігу захворювання, оцінки стану клітинного та гуморального імунітету виконували загальноклінічні дослідження та імунологічні. Для визначення хірургічної тактики та виконання мініінвазійних операційних втручань застосовували рентгенологічні, ендоскопічні методи, ультрасонографічне обстеження, комп'ютерну томографію, ангіографічні методи, лапароскопічні методи, ендоскопічну ретроградну панкреатикохолангіографію, бактеріологічне та цитологічне дослідження вмісту псевдокіст.

Наукова новизна отриманих результатів. Робота є комплексним дослідженням діагностики та хірургічного лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози.

Вперше розпрацьовано алгоритм діагностики та лікування хворих на різні види псевдокіст підшлункової залози, що передбачає застосування різних методів діагностики та послідовність хірургічних етапів лікування із застосуванням відкритих та мініінвазійних втручань.

Доведено, що на різних стадіях формування псевдокіст підшлункової залози пріоритетним є проведення консервативної терапії зі застосуванням за показаннями мініінвазійних втручань (лапароскопічне дронування черевної порожнини на фоні тривалої регіонарної внутрішньоартеріальної перфузії, пункція та дронування псевдокіст підшлункової залози при їх нагноєнні під ультрасонографічним контролем, ендоскопічні способи дронування), які є методом вибору при лікуванні обмежених парапанкреатичних, як сформованих, так і несформованих псевдокіст. При неефективності мініінвазійних втручань, при сформованих псевдокістах підшлункової залози показані операції внутрішнього дронування відкритим способом, і тільки при окремих ускладнених формах перебігу псевдокіст – операції зовнішнього дронування.

Підтверджено, що різні способи операційного лікування не конкурують один з одним, а їх застосування залежить від локалізації, сформованості та наявності ускладнень псевдокіст підшлункової залози. Встановлено достатню ефективність мініінвазійних втручань під ультрасонографічним контролем, а також лапароскопічного дронування за умови наявності обмежених скупчень рідини у ділянці підшлункової залози, чепцевій сумці, у парапанкреатичному просторі.

Вивчено імунологічні зміни в організмі хворих на псевдокісти хвоста підшлункової залози та клінічні вияви портальної гіпертензії, коли метою хірургічного лікування є не тільки ліквідація

псевдокісти, але і профілактика кровотеч з варикозно розширених вен шлунка та стравоходу. Доповнено Кембріджську класифікацію структури протокової системи чотирма новими варіантами, що дозволяє обирати оптимальний спосіб хірургічного лікування хворих.

Розпрацьовано діагностичний алгоритм, що стало основою подальшого поглибленого вивчення та наукового розвитку програми комплексного лікування псевдокіст підшлункової залози, профілактики їх ускладнень, ефективної медичної реабілітації хворих.

Проведено багатофакторний аналіз результатів лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози та їх ускладненнями, що дозволило планувати та розпрацьовувати тактику ведення хворих у периопераційному періоді для досягнення найкращих результатів лікування.

Практичне значення одержаних результатів. Диференційований підхід до вибору об'єму лікувально-діагностичних заходів у хворих на псевдокісти підшлункової залози, що містить багатофакторний аналіз клінічної семіотики з огляду прогнозування перебігу і кінця захворювання, застосування комплексу лабораторно-інструментальних досліджень, проведення патогенетично обґрунтованого консервативного лікування зі застосуванням мініінвазійних технологій поряд з відкритими способами хірургічного лікування, сприяє оптимізації перебігу патологічного процесу, внаслідок зменшення частоти виникнення післяопераційних ускладнень, зниженню летальності, покращанню якості життя хворих на етапах виздоровлення, а також більш швидкій медичній, соціальній і трудовій реабілітації хворих.

Вперше запропоновано спосіб ендоскопічного внутрішнього цистогastro- та цистодуоденоанастомозу (патент № 51570 А, МПК 7 А61В17/00, А61N7/00), розпрацьовано метод панкреатодуоденальної резекції при множинних псевдокістах підшлункової залози (патент № 6437, МПК 7 А61В17/00), розпрацьовано хірургічний спосіб профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих на інфіковані псевдокісти підшлункової залози.

Використання комбінацій ендоскопічних методів (лапароскопічного і дуоденоскопічного з папілосфінктеротомією і стентуванням спільної жовчної та протоки підшлункової залози на фоні ендоскопічного внутрішнього дренивання) дозволяє досягнути одужання хворих із ускладненнями псевдокіст, застосовуючи тільки малоінвазійні технології.

Застосування черезшкірного маркера псевдокісти дозволяє топічно чітко вибрати місце створення цистогastro- або цистодуоденоанастомозу.

Застосування мініінвазійних технологій назоцистогastroстомії, цистодуоденостомії при нагноєних та інфікованих псевдокістах не призводить до збільшення гнійних післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень і дозволяє проводити адекватну деескалаційну антибіотикотерапію.

Розпрацьовані діагностичний алгоритм і мініінвазійні технології лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози впроваджено у роботу хірургічної клініки обласної клінічної

лікарні м.Ужгорода, Ужгородської центральної міської клінічної лікарні, міських та районних лікарень Закарпатської області.

Результати роботи використовуються у навчальному процесі на медичному факультеті та факультеті післядипломної освіти Ужгородського національного університету.

Особистий внесок здобувача. Мета і завдання дослідження визначені автором. Усі наведені у роботі конкретні результати досліджень здобувач отримав особисто. Усі серії експериментальних досліджень автор виконував особисто. Автор самостійно ретроспективно вивчив історії хвороб, склав програму статистичного аналізу, клінічних спостережень, проаналізував і встановив чинники ступеня ризику розвитку післяопераційних ускладнень, розпрацював і впровадив у клінічну практику методи їх профілактики. Автор брав безпосередню участь в обстеженні та лікуванні більшої частини хворих, обґрунтував оптимальні принципи і етапність застосування різних операційних методів лікування псевдокіст підшлункової залози, є автором і єдиним виконавцем ендоскопічних мініінвазивних втручань. Виконував самостійно та брав участь у виконанні більшості операційних втручань. Здійснив статистичний аналіз та узагальнення отриманих результатів, написав усі розділи дисертації. У наукових роботах, що опубліковані самостійно та у співавторстві, не використано ідеї співавторів, а також матеріали кандидатської дисертації.

Апробація результатів дослідження. Основні положення роботи оприлюднено на: засіданнях Асоціації хірургів Закарпаття (2000, 2002, 2004, 2005); науково-практичній конференції “Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту (Львів, 2002); Всеукраїнській конференції “Актуальні питання гнійно-септичної хірургії” (Запоріжжя, 2003); науково-практичній конференції „Нове в хірургії та трансплантології”, (Київ, 2003), науково-практичній конференції “Актуальные вопросы диагностической и лечебной эндоскопии” (Київ, 2003), науково-практичній конференції „Актуальні питання клінічної хірургії” (Львів-Трускавець, 2005), X юбилейном Московском международном конгрессе эндоскопической хирургии (Москва, 2006); на другій всеукраїнської науково-практичній конференції „Використання фізичних факторів у хірургії” (Чернівці, 2006), науково-практичній конференції “Актуальні питання хірургії шлунка та гепатопанкреатобіліарної зони” (Одеса, 2006); міжнародній конференції “Гострий та хронічний панкреатит. Хірургія панкреатобіліарної зони” (Ужгород, 2006); всеукраїнській науково-практичній конференції „Фундаментальні науки – хірургії” (Полтава, 2007).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 32 наукові праці, серед них 18 статей у наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 1 монографія, 1 стаття у фаховому журналі, 1 деклараційний патент України на винахід, 1 деклараційний патент України на корисну модель України, 10 – у матеріалах наукових з’їздів, конгресів, конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається із вступу, десяти розділів, висновків та списку використаних джерел (124 вітчизняних та 174 закордонних). Робота викладена на 303 сторінках. Бібліографічний опис літературних джерел, ілюстрації та додатки викладені на 40 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. У роботі вивчено та проаналізовано результати комплексного обстеження та хірургічного лікування 236 хворих на псевдокісти підшлункової залози, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у хірургічній клініці обласної клінічної лікарні м.Ужгород від 1986 до березня 2007 року.

Хірургічні втручання та інвазійні дослідження проводилися з дотриманням принципів біоетики. Комісією з питань біоетики Ужгородського національного університету МОН України (протокол № 2 від 14.03.2007р.) не виявлено порушень морально-етичних норм при проведенні дисертаційного дослідження.

У числі хворих було 188 (79,7%) чоловіків і 48 (20,3%) жінок віком від 28 до 64 років (середній вік – 43,6).

У 218 (92,4%) хворих псевдокісти підшлункової залози утворилися внаслідок перенесеного гострого панкреатиту, причиною якого у 159 (72,9%) хворих були аліментарні фактори, у 59 (27,1%) – біліарна патологія, у інших 18 (7,6%) хворих псевдокісти утворилися внаслідок травми підшлункової залози. Сформовані псевдокісти діагностовано у 157 (66,5%) пацієнтів, несформовані – у 79 (33,6%) хворих.

При сформованих псевдокістах підшлункової залози зв'язок з протоковою системою підтверджено у 85 (54,1%) хворих, такий зв'язок був відсутній у 72 (45,3%) пацієнтів; при несформованих псевдокістах ця різниця є більш значною – 67,1% до 32,9%. Інфікування псевдокіст діагностовано у 55 (35%) пацієнтів із сформованими псевдокістами й у 14 (17,7%) – з несформованими псевдокістами.

Множинні псевдокісти стверджено у 27(11,4%) хворих, поодинокі – у 209 (88,6%). При цьому множинні псевдокісти відзначено тільки у 3 (11,1%) хворих із несформованими й у 24 (88,9%) – із сформованими псевдокістами. При цьому локалізація патологічного процесу у головці підшлункової залози становила 34,1%, у тілі – 36%, у хвості підшлункової залози – 30,9%. Поєднання двох псевдокіст „головка-тіло” діагностовано у 14 (5,9%) хворих, „головка-хвіст” – у 13 (5,5%).

Для кожного ступеня зрілості псевдокіст були притаманні свої ускладнення. При сформованих псевдокістах кровотеча виникла у 6 пацієнтів, нагноєння – у 55, висока кишкова

непрохідність – у 4, механічна жовтяниця – у 10 хворих, сегментна допечінкова портальна гіпертензія – у 15 пацієнтів. При несформованих псевдокістах нагноєння відмічено у 14 хворих, перфорація псевдокісти у черевну порожнину – у 3, механічна жовтяниця – у 18, панкреатогенний асцит – у 27 пацієнтів (табл. 1).

Таблиця 1

Ускладнення у хворих на псевдокісти підшлункової залози

Ускладнення	Сформовані псевдокісти (n=157)	Несформовані псевдокісти (n=79)
Кровотеча	4	–
Кровотеча та нагноєння	2	–
Перфорація ПК	–	3
Нагноєння	55	14
Стиснення вихідного відділу шлунка з порушенням евакуації	4	–
Механічна жовтяниця	10	18
Сегментна допечінкова портальна гіпертензія	15	–
Панкреатичний асцит	–	27
Ексудативний плеврит	–	3

План обстеження хворих на псевдокісти підшлункової залози містив загальноклінічні методи – опитування, аналіз скарг та анамнезу захворювання, послідовне об'єктивне обстеження; лабораторні – загальні аналізи крові та сечі, визначення числа тромбоцитів, коагулограма, визначення HBs Ag у крові, біохімічний аналіз крові (визначення загального рівня білка та білкових фракцій, рівень білірубіну за Єндрашиком, активність глютаміново-аланінової та глютаміново-аспарагінової трансаміназ за методом Рейтман і Френкель, тимолова, сулемова проби, лужна фосфатаза, сечовина та креатинін сироватки), визначення ендокринної та екзокринної функції ПЗ (визначення цукру крові, глікемічний профіль, результати копрограми), визначення маркерів вірусних гепатитів за загальноприйнятими методами; тест імунохроматографічний для виявлення ракоембріонального (PEA) антигену у цільній крові. PEA є онкомаркером, який представлений онкоембріональним глікопротеїном. Відносна чутливість: 98,7% (95,4%-99,8%), відносна специфічність: 99,2% (97,8%-99,8%), точність: 99,1% (97,9%-

99,7%), 95% інтервал довіри; біохімічне, бактеріологічне та цитологічне дослідження вмісту псевдокіст та парапанкреатичних скупчень рідини. Для оцінки показників неспецифічної резистентності визначали наступні показники – загальну фагоцитарну активність та фагоцитарне число, фагоцитарну активність нейтрофілів, що є одним із факторів природного імунітету, загальну окисно-відновну активність нейтрофілів та їх функціонального резерву (спонтанний та стимульований НСТ-тест). Оцінку В-ланки імунітету проводили за допомогою визначення титру загального комплементу, титру загальних IgE, визначення антитіл до гастрину, секретину, холецистоцитокініну, жовчного міхура, підшлункової залози, рівень циркуляційних імунних комплексів.

При оцінці Т-ланки проводили визначення кількості їх основних субпопуляцій методом люмінесцентної мікроскопії з моноклональними антитілами (CD-3, CD-22, CD-0, CD-4, CD-8, CD – 25, CD-71)

Апаратно-інструментальні – електрокардіограма, рентгенологічне обстеження грудної клітки та шлунково-кишкового тракту (ШКТ) з контрастуванням, ультрасонографія (УСГ) органів гепатопанкреатобіліарної зони, комп'ютерна томографія (КТ), ендоскопічна ретроградна панкреатикохолангіографія (ЕРПХГ), ангіографічні методи обстеження .

Із метою вивчення особливостей протокової системи підшлункової залози у патогенетичному аспекті утворення псевдокіст у морфологічній частині роботи використано планіметричні та рентгенологічні методи дослідження підшлункової залози та її проток у нормі (20 автопсійних препаратів підшлункової залози у нормі та 20 препаратів хворих на деструктивний панкреатит).

Для статистичного обчислення матеріалів роботи використовували програму “Microsoft Excel”. Оцінку віддалених результатів хірургічного лікування хворих ми проводили за методом Culter (1958) та Stokes (1963). Для оцінки якості життя (ЯЖ) використовували загальну анкету-опитування SF (36-Item Short-Form Health Survey), яка містить 36 запитань і 8 ознак, що становлять фізичні та психологічні компоненти здоров'я.

Результати досліджень. Клінічна картина псевдокіст підшлункової залози різноманітна і залежить від її локалізації та розмірів. За основними клінічними ознаками псевдокісти можна розділити на наступні форми:

- панкреатична – супроводжується приступами різкого болю у верхніх відділах живота;
- біліарна – при якій внаслідок стиснення жовчовивідних шляхів виникає жовтяниця;
- виразкоподібна – внаслідок стиснення псевдокістою виникає деформація верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, явища стенозу воротаря – нудота, блювання, зригування, здуття;
- плевральна – супроводжується появою ексудату у плевральній порожнині;

кишкова – при стисненні просвіту кишки домінують закрепи, явища кишкової непрохідності, при прогресуванні зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози – діарея.

Синдром екстравазальної компресії – при стисненні ворітної вени та нижньої порожнистої вени – набряки на нижніх кінцівках; оклюзія селезінкової вени призводить до явищ сегментної портальної гіпертензії – асцит, спленомегалія, варикозно розширені вени стравоходу та шлунка, масивні кровотечі.

При локалізації псевдокіст у корені брижі може відбуватися компресія лімфатичних колекторів і грудної протоки з появою хільозного перитонеального ексудату (хілюс-асцит).

Серед специфічних клінічних ознак найчастіше спостерігали втрату маси тіла (55,5%), свербіж шкіри (17,4%), кишкові коліки (15,7%), жовтяницю (10,2%), асцит (11,4%).

Достатньо типові скарги на прогресивну втрату маси тіла, загальну слабкість, зазвичай, пов'язані з мальабсорбцією при зниженні екзокринної функції підшлункової залози. Значно рідше причиною схуднення можуть бути вторинний цукровий діабет або малігнізація псевдокісти.

При об'єктивному обстеженні у низки хворих виявляли асиметрію живота у надчеревній та пупковій ділянці, де вдавалося пальпувати тугоеластичної консистенції, нерухомий пухлиноподібний утвір з передатною пульсацією від черевного відділу аорти.

Лабораторні дослідження не відіграють великої ролі у діагностиці псевдокіст підшлункової залози. При загальноклінічному дослідженні крові можна визначити помірний лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, рідше незначну гіпохромну анемію.

Анемія (рівень гемоглобіну нижче 110 Г/л) відзначена у 25 (10,6%) хворих, збільшення кількості лейкоцитів (понад $9,5 \times 10^9$ /л) – у 17 (7,2%). Еозинофілія діагностована у 33 (14%) пацієнтів, анеозинофілія – у 14 (5,9%), відносна лімфоцитопенія – у 23 (9,7%) хворих. Підвищення ШОЕ відмічено у 97 (41,55%) пацієнтів.

Гіпербілірубінемію (показник білірубіну вище 60 мкмоль/л) при госпіталізації спостерігали у 24 (10,9%) пацієнтів. Ще у 41 (17,4%) хворого білірубін був у межах 30 мкмоль/л. У цих же пацієнтів виявлено незначне зростання активності лужної фосфатази. Підвищення рівня трансаміназ встановлено у 21 (8,9%) пацієнта. Гіпопротеїнемію та диспротеїнемію визначено у 37 (15,7%) хворих; гіперглікемію, як наслідок перенесеного гострого панкреатиту – у 27 (11,4%).

Певне діагностичне значення має дослідження вмісту псевдокісти. Питома вага рідини у псевдокісті становила 1018-1023, реакція лужна, частіше нейтральна. Рідина містила еритроцити, лейкоцити, краплі жиру, іноді холестерину та панкреатичні ферменти. Клітин, характерних для пухлинного ураження підшлункової залози, не було виявлено у жодному випадку. Наявність високого рівня панкреатичних ферментів з високою вірогідністю вказує на зв'язок псевдокісти з системою проток підшлункової залози.

Рентгенологічне дослідження дозволяє виявити рідину у плевральних порожнинах із 100% достовірністю. Інколи доцільно використати рентгенконтрастні методи з метою діагностики псевдокіст підшлункової залози (симптоми деформації шлунка та поперечно-ободової кишки); проте діагностична цінність методу не перевищує 80%. Не піддається порівнянню ультрасонографічна діагностика псевдокіст, де ехографічний симптом порожнини був основною ознакою псевдокіст підшлункової залози у 98,7% обстежених хворих. При цьому ультрасонографія (УСГ) дає можливість оцінювати стан позапечінкових жовчних проток, магістральних судин гепатолієнальної системи, наявність вільної рідини і, що дуже важливо, проводити окрім діагностичних також лікувальні процедури.

Із променевих методів діагностики комп'ютерна томографія (КТ) залишається єдиним методом, який дозволяє отримати чітке зображення підшлункової залози, оцінити її форму, розміри, структуру, співвідношення з навколишніми тканинами та органами. На відміну від УСГ, розширення системи проток при КТ виявляється у 98% хворих. Метод КТ дозволяє виконати деякі лікувальні процедури.

Показаннями до виконання фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) та ЕРПХГ є необхідність диференціювати хронічний панкреатит і рак підшлункової залози, виявити ускладнені форми панкреатиту, оцінити результати операцій на підшлунковій залозі, отримати матеріал для цитологічного дослідження. Нарешті, у багатьох хворих вказані процедури можуть стати першим етапом різноманітних хірургічних втручань на великому дуоденальному сосочку (ВДС), підшлунковій залозі та її протоках: ендоскопічна папілосфінктеротомія, літоекстракція, біліарна літотріпсія, стентування та протезування проток, супрапапілярна холедоходуоденостомія, ендоскопічна цистогастростомія, цистодуоденостомія, назобіліарне та назоцистогастральне, назоцистодуоденальне дренивання.

Основні рентгенологічні симптоми при псевдокістах підшлункової залози, отриманні при ЕРПХГ, є наступними:

- 1) стеноз і дилатація протоки підшлункової залози, при цьому на панкреатикограмах можуть виявлятися внутрішньопрокові кальцифікати та згустки, повна обструкція протоки залози на тому або іншому відрізку, спричинена конкрементом;
- 2) стриктури дистального відділу спільної жовчної протоки та протоки підшлункової залози;
- 3) рентгенологічно підтверджений зв'язок псевдокісти зі системою проток підшлункової залози;
- 4) наявність сегментних дефектів наповнення протоки підшлункової залози;
- 5) заповнення кістозної порожнини контрастом.

На жаль, у практичній медицині відношення до ЕРПХГ достатньо стримане, що на нашу думку пов'язане тільки з тим, що є дефіцит фахівців відповідного рівня. У діагностиці псевдокіст метод ЕРПХГ значно поступається УСГ та КТ, але за функціональними можливостями йому немає рівних – діагностична цінність ЕРПХГ становить 98,7%. За вислідами ЕРПХГ ми доповнили Кембріджську класифікацію і виділили дев'ять варіантів структури протокової системи підшлункової залози при псевдокістах, які безпосередньо впливають на вибір того або іншого методу хірургічного лікування (рис.1).

Рис.1 Особливості системи проток підшлункової залози при псевдокістах.

Варіант А – вклинений конкремент великого дуоденального сосочка, гіпертензія у жовчовивідних шляхах та в панкреатичній протоці. У цьому випадку патогенетично обґрунтованими є ендоскопічна папілосфінктеротомія, літоекстракція та формування цистоентероанастомозу.

Варіант Б – помірне розширення холедоха та протоки підшлункової залози. У цій ситуації ми вважаємо доцільним формування цистоентероанастомозу.

Варіант В – стриктура дистального відділу протоки підшлункової залози, її сегментне розширення. У цьому випадку виправданим є стентування протоки та накладання цистоентероанастомозу.

Варіант Г – протока підшлункової залози у вигляді „ланцюга озер”. У такій ситуації доцільним є виконання повздовжньої панкреатоєюностомії.

Варіант Д – стриктура протоки підшлункової залози у дистальному та проксимальному відділі. Цей варіант вимагає виконання повздовжньої панкреатоєюностомії.

Варіант Е – стриктура протоки підшлункової залози. Цей варіант припускає виконання стентування протоки при можливості або ж операцій Фрея, Бегера, дистальної резекції ПЗ.

Варіант Ж – стриктура дистального відділу холедоха, розширення протоки ПЗ та протоки Санторіні, що відкривається окремим сосочком у дванадцятипалу кишку. У такому випадку оптимальним є виконання папілосфінктеротомії або папілосфінктеропластики та формування цистоентероанастомозу.

Варіант З – наявність псевдокісти підшлункової залози, що має зв'язок з розширеною протокою ПЗ у її проксимальному відділі. Ця ситуація вимагає виконання дистальної резекції ПЗ разом з псевдокістою.

Окрім того, ми виявили варіант І – локальне розширення системи проток тільки у головці підшлункової залози у вигляді „зірки”. У такій ситуації, на наш погляд, доцільно виконати панкреатодуоденальну резекцію (рис.2).

Рис.2 Схема ізольованого розширення системи проток у головці підшлункової залози у вигляді „зірки”.

I, на-кінець, інвазійний ангиографічний метод діагностики псевдокіст, який теж базується певною мірою на опосередкованих рентгенологічних ознаках ПК. Проте, тільки суперселективна ангиографія селезінкової артерії у венозній фазі дає відповідь на питання прохідності ворітної та селезінкової вен. Щобільше, при цьому методі можливі ендovasкулярні способи припинення, як арозійних кровотеч із псевдокіст, так і кровотеч з псевдоаневризм судин панкреатодуоденальної зони, а також виконання їх профілактичного „пломбування”.

Таким чином, зважаючи на можливості неінвазійних та малоінвазійних методів діагностики псевдокіст, ми запропонували наступний діагностичний алгоритм (рис.3).



Рис.3 Діагностичний алгоритм при псевдокістах підшлункової залози.

Поряд з клінічними та лабораторними обстеженнями при підтверженому діагнозі псевдокісти підшлункової залози методом УСГ усім хворим у обов'язковому порядку виконують пункцію псевдокісти з визначенням активності наявних ферментів, бактеріологічним та цитологічним обстеженнями. При цьому підвищена активність ферментів є ознакою зв'язку псевдокісти з системою проток підшлункової залози.

Окрім усього, УСГ дає відповідь на наявність парапанкреатичного скупчення рідини, асцити, спленогепатомегалії, про стан позапечінкових жовчних шляхів. При псевдокістах < 7 см у діаметрі після пункції під контролем УСГ псевдокіста облітерується у більшій частині хворих.

Для визначення ступеня зрілості та топографії протокової системи ПЗ у подальшому використовуємо КТ з попереднім виконанням рентгенологічного обстеження грудної клітки для виключення наявності вільної рідини у плевральних порожнинах. Тільки після цих обстежень хворому виконують ЕРПХГ з діагностичною ендоскопією верхніх відділів ШКТ, яка дає відповідь на наявність можливого зв'язку ПК з протоковою системою, наявність стриктур, конкрементів, варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу та шлунка, випинання стінки шлунка або дванадцятипалої кишки у просвіт органа. При необхідності діагностична процедура переходить відразу у лікувальну. При наявності ВРВ стравоходу та шлунка, спленомегалії хворим показано ангіографічне дослідження. Запропонований алгоритм максимально доцільно та раціонально, на наш погляд, використовує діагностичні методи у певній послідовності без особливого навантаження на пацієнта.

Із метою вивчення особливостей системи проток підшлункової залози у патогенезі утворення псевдокіст, у морфологічній частині роботи використано планіметричні та рентгенологічні обстеження ПЗ та її проток (40 автопсичних препаратів – 20 з незміненою підшлунковою залозою та 20 препаратів хворих на деструктивний панкреатит). Для оцінки стану ПЗ використано 11 критеріїв – визначення величини органа, збереження або незбереження його часточкової структури, топографія основної протоки з вимірами у чотирьох площинах та товщини підшлункової залози у відношенні до неї, наявність додаткової протоки, місце її з'єднання із основною протокою, наявність стеатонекрозів, некротичних полів.

Рентгенологічні дослідження проток органа проводили після введення у протоку ПЗ через катетер водорозчинних рентгеноконтрастних речовин, при цьому визначили форму розгалуженості проток та герметичність їх системи.

Певне значення для патогенезу виникнення псевдокіст як і для операцій на підшлунковій залозі має розміщення протоки підшлункової залози у відношенні до її поверхні. У хвості підшлункової залози протока лежить звичайно центрально і дещо зміщена до передньої поверхні, в тілі – завжди ближче до передньоверхньої поверхні, а в головці – до задньої, вступаючи у тісні топографо-анатомічні взаємовідносини із спільною жовчною протокою

При цьому товщина тканини верхнього краю підшлункової залози та передньої поверхні над протокою у хвості та тілі підшлункової залози становить 6-8 мм, проти 10-20 мм нижнього краю та задньої поверхні. В ділянці головки товщина тканини підшлункової залози над протокою становить 8-12 мм, нижнього контуру – 3-5 мм, а задньої поверхні – 2-4 мм. Ми встановили, що рентгеноконтрастна рідина може витікати не тільки на передній або задній поверхні органа, але й

на верхньому краю тіла і хвоста підшлункової залози, особливо при локальному некрозі цих ділянок .

Прискіпливе дослідження показало, що при деструктивному панкреатиті псевдокіста формується ближче до передньоверхнього контуру тіла та хвоста підшлункової залози і ближче до заднього – у ділянці головки підшлункової залози.

При цьому „передні” псевдокісти тіла підшлункової залози великих розмірів прилягають до задньої стінки шлунка або дванадцятипалої кишки. „Верхні” псевдокісти можуть досягати великих розмірів і не примикають до задньої стінки шлунка. Псевдокісти хвоста підшлункової залози, зазвичай, є передніми і потребують певних підходів при лікуванні. „Задні” псевдокісти головки підшлункової залози є найбільш проблемними у питаннях вибору тактики лікування. При цьому формування псевдокісти залежить від протокової гіпертензії. Термінальна обструкція може призвести до формування псевдокісти як у головці так й у тілі і хвості підшлункової залози. Обструкція протоки підшлункової залози на рівні тіло-хвіст, може призвести до формування ПК тільки у хвості ПЗ.

Отож, при лікуванні хворих на псевдокісти підшлункової залози потрібно одночасно вирішувати два завдання – ліквідацію протокової гіпертензії та ліквідацію псевдокісти.

Правильний вибір методу лікування псевдокіст підшлункової залози необхідно виконати з урахуванням анатомічної будови вивідних проток та рівня обструкції, що спричиняє протокову гіпертензію.

Із наведеного очевидно, що формування псевдокіст після гострого панкреатиту може формуватися ближче до передньоверхнього контуру тіла і хвоста підшлункової залози, а не тільки до передньонижнього або задньої частини головки підшлункової залози, а стан протокової системи підшлункової залози при псевдокістах визначає клінічний варіант перебігу хвороби і є основою вибору методу лікування хворого: патогенетично доцільнішим при формуванні псевдокіст ближче до передньоверхнього контуру підшлункової залози є накладання цистогастро- і цистодуоденоанастомозів; ближче до передньонижнього контуру підшлункової залози – накладання цистоєюностомії, ближче до заднього контуру – накладання як цистодуодено-, так і цистоєюностомії, у залежності від анатомічних співвідношень суміжних органів.

Виявлення псевдокісти підшлункової залози часто визначає показання до операційного втручання. Характер його здебільшого залежить від стадії кістоутворення, терміну існування псевдокісти, наявності або відсутності ускладнень. Тактика лікування хворого залежить не так від того, у якій фазі розвитку знаходиться псевдокіста, а чи зв'язана її порожнина з протоковою системою ПЗ, та наскільки синтопічно стінка ПК прилягає до порожнистого органа. Слід також враховувати локалізацію псевдокісти (головка, тіло або хвіст), патогенез її розвитку – гостра

псевдокіста, як результат вогнищового панкреонекрозу, ретенційна псевдокіста або псевдокіста, що розвинулася внаслідок пошкодження протоки.

При сформованих псевдокістах у 24 хворих виконано резекційні способи лікування, іншим 133 пацієнтам виконано дренажальні операції: лапаротомне внутрішнє дренивання – у 83 хворих, ендоскопічне трансмуральне дренивання – у 50 хворих. При несформованих псевдокістах у 39 пацієнтів виконано пункційні дренивання, у 27 – лапароскопічне дренивання, аспірація з наступною склеротерапією у 7, зовнішнє лапаротомне дренивання – у 6 хворих (табл.2).

Псевдокісти, що виникають при гострому панкреатиті, слід відрізняти від кіст, які виникають при хронічному. Також треба відрізняти клінічно інфіковані та неінфіковані псевдокісти. Приблизно у 75-85% хворих на гострий панкреатит простежують парапанкреатичні скупчення рідини. Частина їх розсмоктується самостійно, якщо вони є менше ніж 4-5 см у діаметрі.

Показаннями до дренивання парапанкреатичного скупчення рідини (ПСР), за нашими спостереженнями є виражений больовий синдром без явного перитоніту, наявність рідинних скупчень, підтверджених на УСГ або КТ, стиснення холедоха, порожнистих органів, наростаюче збільшення розмірів ПСР, підозра на інфікування.

Вміст ПСР необхідно оцінювати візуально і спрямовувати на цитологічне, бактеріологічне та біохімічне дослідження. При наявності у черевній порожнині рідини до 1 л можлива її аспірація або дренивання під контролем ультрасонографії. При наявності більше 1 літра скупчення рідини слід дренивати під контролем лапароскопа, включаючи обидва піддіафрагмальні простори та порожнину малого таза.

Об'єм аспірованого вмісту становив від 80 до 3500 мл. Характер рідини залежав від термінів виникнення деструкції в підшлунковій залозі й у 67% був геморагічний, у 20,9% - жовтого кольору різної густини з високим вмістом білка (>28 г/л), у 7,4% – прозора рідина, у 3,7% – каламутно-гнійна рідина. Вміст амілази в отриманому рідинному вмісті був від 1200 до 4600 ммоль/год х л. Для зменшення надходження панкреатичного секрету в порожнину псевдокісти, у парапанкреатичну ділянку або у вільну черевну порожнину доцільно, на наш погляд, поряд із базисною терапією застосовувати тривалу регіонарну селективну перфузію підшлункової залози.

Таблиця 2

Методи лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози

Метод лікування		Несформовані псевдокісти	Сформовані псевдокісти
Резекційні способи	Панкреатодуоденальна		3

	резекція		
	Дистальна резекція ПЗ + спленектомія		15
	Дистальна резекція ПЗ		3
	Енуклеація псевдокісти		3
Лапаротомні операції внутрішнього дронування	Цистогастростомія (ЦГС)		34
	Цистодуоденостомія (ЦДС)		15
	ЦГС+ЦДС		6
	Цистоєюностомія		14
	Панкреатикоєюностомія		14
Зовнішнє лапаротомне дронування		6	
Ендоскопічні дронувальні операції	Трансдуоденальне ендоскопічне ретроградне дронування (ТЕРД)		13
	Ендоскопічна цистогастростомія (ЕЦГС)		18
	Ендоскопічна цистодуоденостомія (ЕЦДС)		13
	ЕЦДС+ТЕРД		6
Лапароскопічне дронування+аспірація ПК під контролем УСГ		27	
Аспірація ПК під контролем УСГ+склеротерапія		7	
Пункційне черезшкірне дронування під контролем УСГ		39	

Спеціальним ангиографічним катетером (7F) катетеризували черевний стовбур за методом Сельдінгера через одну із стегнових артерій. Через інфузомат (SEP – 108) проводили тривалу регіонарну перфузію (ТРП) із швидкістю 40 мл/год розчином новокаїну 0.25 % – 150-250 мл із 40 000 ОД контрикалу або ук्रेотиду, реополіглюкіном – 250 мл, розчинами антибіотиків широкого спектра дії (карбапенему або фторхінолонів). До програми ТРП входили також преднізолон – 180 мг, пентоксифілін – 100 мг, розчин папаверіну 2 % – 2 мл.

У 18 (27,7%) хворих досліджуваної групи виявлено екстрапанкреатичні псевдокісти на ґрунті важкого панкреатиту. Цим хворим на фоні ТРП виконували пункцію псевдокісти з відсмоктуванням її вмісту. У 12 із них у зв'язку з гіпербілірубінемією виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію. Дев'яти хворим на псевдокісти, у яких ПСР локалізувалися паралієнально у хвості ПЗ, з підтвердженою комп'ютерною томографією типовою картиною псевдокісти хвоста ПЗ у стадії формування, виконано дронування двома катетерами „Cystofix” діаметром 7 F. Усім пацієнтам цієї групи виконано лапароскопічне дронування черевної порожнини у зв'язку з наявністю вільної рідини.

ТРП у поєднанні з пункцією псевдокіст під контролем ультрасонографії та папілосфінктеротомією з лапароскопічним дронуванням черевної порожнини при гострому панкреатиті було ефективним у 22 хворих. П'ятьох хворих через 3 тижні з моменту надходження на фоні консервативного лікування оперовано, їм виконано дронування абсцесу чепцевої сумки.

Базисна медикаментна терапія містить: голод, аспірацію шлункового вмісту, препарати, які забезпечують функціональний спокій підшлункової залози (блокатори протонної помпи, блокатори H₂-гістамінорецепторів, холінолітики), антиоксиданти та інші. Паралельно під контролем УСГ виконували пункцію псевдокіст:

при псевдокістах головки підшлункової залози – трансгастрально або через ліву долю печінки з одномоментною аспірацією вмісту;

при псевдокістах тіла – дронування через безпечне акустичне вікно черевної порожнини;

при псевдокістах хвоста – дронування через ІХ-ХІ міжребер'я зліва по середній аксиллярній лінії.

При псевдокістах ≤ 7 см у діаметрі краще виконувати просту аспірацію вмісту. При рецидиві псевдокісти аспірація доповнюється введенням склерозанту (75% спирту або 2% полідоканолу).

Показаннями до черезшкірного дронування є несформовані симптоматичні псевдокісти, які збільшуються, інфіковані псевдокісти, псевдокісти більші ніж 7 см у діаметрі, псевдокісти, що не розсмокталися.

Аспірацію псевдокіст < 7 см у діаметрі будь-якої локалізації та ступеня зрілості, особливо ускладнених та інфікованих, можна і необхідно виконувати під контролем ультрасонографії як з діагностичною, так і з лікувальною метою.

У 39 хворих виконано черезшкірне пункційне дронування псевдокіст підшлункової залози. У 8 із них псевдокіста була інфікована, але через два встановлених дренажі типу „Pigtail” вдалося налагодити проточно-промивну систему і, застосовуючи деескалаційну антибактеріальну терапію, досягнути повної облітерації псевдо кісти. Цей метод був ефективним передовсім при лікуванні псевдокіст, не зв'язаних з протокою підшлункової залози. Ефективність лікування хворих за цим

методом досягла 94,9%. Тільки в одного хворого сформувався піддіафрагмальний абсцес, який вимагав санаційного дренивання; в іншому випадку наступив рецидив псевдо кісти, яка була пов'язана з протокою підшлункової залози. Порожнина псевдокісти облітерувалася після ТЕРД та повторної пункції.

Зовнішнє дренивання – один і нерідко єдиний можливий спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози. Ми використали його у 6 (2,5%) хворих. Ця вимушена паліативна операція при гострих інфікованих, ще не сформованих та великих псевдокістах підшлункової залози у перші 2-6 тижні від початку захворювання спрямована на можливе запобігання таким ускладненням, як арозійна кровотеча, нагноєння, розрив. Головними негативними сторонами цього втручання є збереження тривалих зовнішніх панкреатичних та гнійних норниць, яких ми виявили у трьох хворих, а частота рецидивів псевдокісти становила 50%.

До групи резекційних способів хірургічного лікування увійшло 24 пацієнти, із них трьом проведено панкреатодуоденальну резекцію (ПДР), 15 – дистальну резекцію підшлункової залози зі спленектомією; трьом хворим виконано дистальну резекцію підшлункової залози без спленектомії, ще трьом – енуклеацію псевдокісти.

У групу нерезекційних способів лікування увійшло 133 пацієнти, яким виконували ендоскопічні дренивальні операції (50 осіб) або наклали внутрішні анастомози (83 хворих).

Серед пацієнтів, яких лікували резекційними способами, на наш погляд, особливої уваги заслуговує 15 хворих на псевдокісти хвоста підшлункової залози з клінічними ознаками сегментної портальної гіпертензії. Близьке до підшлункової залози анатомічне розміщення місця формування ворітної вени, після злиття верхньої брижової та селезінкової вен, чинником, що сприяє залученню стінок цих судин у запальний процес, який протікає як у самій залозі, так й у парапанкреатичній клітковині, з наступним утворенням тромбів, оклюзією просвіту та фіброзом вен .

Bernades P. та співавтори (1992) у 13,2% пацієнтів при хронічному панкреатиті виявили порушення прохідності вен портальної системи, коли оклюзія селезінкової вени настала у 8,3%, ворітної – у 3,8%, верхньої брижової – у 1,9% пацієнтів.

Таким чином, при наявності псевдокісти дистальних відділів підшлункової залози з ознаками сегментної портальної гіпертензії патогенетично виправданою є дистальна резекція підшлункової залози з псевдокістою та спленектомією, хоча достеменно відомо, що після спленектомії знижуються первинна імунна відповідь та здатність до формування імунологічної толерантності.

Водночас, при порівняльному вивченні стану клітинного та гуморального імунітету, ми встановили, що у хворих, яким виконано спленектомію, відбуваються зміни імунітету, які характерні також для хворих на синдром портальної гіпертензії: Т-лімфопенія (20% від норми) зі зниженням Т-гелперної та Т-супресорної активності (до 45%) з відповідним зниженням CD4/CD8

імуно-регулювального індексу. У гуморальній ланці відзначено збільшення кількості імунних комплексів, що циркулюють, на фоні різкого зниження титру комплементу; це вказує на появу імунних комплексів до автоантигенів печінки, шлунка, селезінки.

При оцінці неспецифічної резистентності в обох групах хворих стверджено помірне зниження фагоцитної активності, зниження показників спонтанного та індукованого НСТ-тесту на 50 %, порівняно з показниками контрольної групи; але у групі хворих, яким виконано спленектомію, це зниження більш суттєве, що пояснюється відсутністю в організмі цієї категорії хворих тетрапептиду тафтсіну, який синтезується селезінкою і збільшує міграцію, фагоцитарну активність та подовжує життя макрофагів і нейтрофілів, стимулює синтез антитіл та „навчання” Т-клітин макрофагами. Отримані результати вимагають проведення активної імунокорекції у таких пацієнтів у післяопераційному періоді.

У другому, особливо у третьому-четвертому періодах еволюції псевдокісти, при варіантах А, Б, В, Ж структури протокової системи підшлункової залози, згідно з доповненою Кембріджською класифікацією, показано внутрішнє дронування, яке можна виконувати як ендоскопічно, так і лапаротомним шляхом.

Принципи ендоскопічного дронування псевдокіст підшлункової залози ті ж самі, що і при хірургічному внутрішньому дронуванні: пункція стінки шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК) в ділянці вип'ячення псевдокістою з наступним введенням у стому катетера.

Ендоскопічне внутрішнє дронування використовують при псевдокістах головки і тіла підшлункової залози. Воно більш ефективне при ретенційних кістах протоки підшлункової залози, при псевдокістах внаслідок пошкодження протоки підшлункової залози з екстравазацією секрету в паренхіму, у хворих на обструкційний хронічний панкреатит, при псевдокістах внаслідок вогнищового панкреонекрозу.

У 20 хворих коагуляцію та розтин стінки псевдокісти виконано лазером інфрачервоного діапазону потужністю 6 Вт, довжиною хвилі 1060 нм, у інших коагуляційною петлею.

У 13 випадках псевдокісти підшлункової залози були дреновані методом ТЕРД, 18 – ЕЦГС, 13 – ЕЦДС. У шести хворих ТЕРД поєднували з ЕЦДС у зв'язку із наявністю множинних псевдокіст головки підшлункової залози.

При ендоскопічних методах лікування псевдокіст підшлункової залози у 50 хворих виникли ускладнення специфічного характеру.

Отож, при трансдуоденальному ендоскопічному ретроградному дронуванні протоки підшлункової залози у трьох хворих наступила облітерація дренажа, що потребувало його заміни. У хворих після ендоскопічної цистогастростомії в одного пацієнта випав дренаж, що також потребувало його заміни; у двох хворих під час створення цистогастростомії виникла кровотеча, яку вдалося ще під час процедури зупинити коагуляцією. В одного пацієнта кровотеча відкрилася

на третю добу післяопераційного періоду. Назоцистогастральний зонд замінено на внутрішній дренаж типу „pigtail” через 6 діб після кровотечі, що відбулася.

При ознаках нагноєння псевдокісти у чотирьох хворих виконували назоцистодренування катетером "Zimmon" 12F для можливості санації порожнини та бактеріологічного контролю у післяопераційному періоді. Усім пацієнтам з назоцистодренуванням проводили контрастну назоцистографію, ультрасонографічний моніторинг, деескалаційну антибактеріальну терапію, інтраопераційно та через кожні 3 доби виконували посіви вмісту псевдокісти до стерильного результату. Ще у шести хворих дренування псевдокісти у просвіт шлунка здійснювалося за допомогою катетера типу “pigtail” розміром 7F.

Рецидив псевдокісти підшлункової залози розвинувся у двох хворих після ТЕРД та у двох – після ендоскопічної цистогастростомії. На наш погляд це сталося у зв'язку з недостатньою величиною анастомозу.

Лапаротомні операції внутрішнього дренування при сформованих псевдокістах ми виконали 83 хворим – 34 цистогастростомії, 15 цистодуоденостомій, 6 поєднаних цистогастро- та цистодуоденостомій, 14 цистоеюностомій та 14 панкреатикоєюностомій.

При цьому частині хворих симультанно виконували холецистектомію, зовнішнє дренування холедоха за Кером, пункцію, аспірацію та склеротерапію другої меншої псевдокісти.

Із 236 хворих у 69 з інфікованими псевдокістами підшлункової залози у 14 (20,3%) із несформованими виконані зовнішнє лапаротомне дренування (6 пацієнтів) та черезшкірне дренування під контролем УСГ (8 хворих). У інших 55 (79,7%) пацієнтів із інфікованими сформованими псевдокістами виконано 13 цистогастростомій за Дос-Сантос, 21 цистогастростомію за Юрашем, 10 цистодуоденостомій, одну цистоеюностомію та 10 ендоскопічних дренувань – ЕЦГС (6 пацієнтів), ЕЦДС (4 хворих).

Використання цистоназального або черезшкірного дренування, а також постійний ендоскопічний моніторинг псевдокісти дозволяють контролювати положення дренажів і проводити адекватну деескалаційну антибактеріальну терапію. Висіванність бактерій у динаміці показала, що після 12 доби посіви були практично стерильними. Найчастіше відзначено ріст мішаної флори: *E. coli* – 49,3%, *Pseudomonas* – 31,1%, *Staphilacoccus aureus* – 12,5%, *Streptococcus pyogenes* – 7,1%, *Proteus vulgaris* – 7,1%, *Bacteroides fragilis* – 7,1%.

При кровотечах з арозованих судин порожнин псевдакіст у двох хворих успішно виконано внутрішнє дренування псевдокісти з прошиванням судини (атравматичний матеріал 3/0). У чотирьох пацієнтів кровотеча зупинена ендоваскулярним способом з допомогою рідкої емболізувальної суміші „Емболін”. Можливість ендоваскулярного припинення кровотеч може стати альтернативою до хірургічних методиків.

Тільки в одному випадку після цистогастростомії у хворого з інфікованою псевдокістою виникла масивна арозійна кровотеча з летальним наслідком. Ще один пацієнт помер після цистоєюностомії від поліорганної недостатності після неодноразових втручань з приводу кишкової непрохідності та тонкокишкової нориці, пусковим механізмом яких стала неспроможність цистоентероанастомозу.

При оцінці післяопераційних ускладнень ми користувалися класифікацією P.Clavien et al. (1992), які виділили 4 класи післяопераційних ускладнень:

1 клас – ускладнення, які є відхиленнями від ідеального післяопераційного перебігу, і є незагрозливими для життя та не призводять до збільшення терміну непрацездатності. Такого роду ускладнення вимагають тільки процедур, під час яких пацієнт знаходиться у ліжку, й не продовжують тривалість перебування його у клініці;

2 клас – потенційно небезпечні для життя ускладнення, які не приводять до залишкової непрацездатності. Їх поділяють на такі, що потребують і такі, що не потребують застосування інвазійних процедур;

3 клас – ускладнення, які призводять до стійкої втрати або зниження працездатності. Зазвичай, такі ускладнення виникають після резекції органа або при розвитку захворювань, що персистують і знижують якість життя;

4 клас – смерть в результаті ускладнення.

Із 27 хворих, яким проведено лапароскопічні дренажувальні операції та аспірацію псевдокісти під контролем УСГ, у післяопераційному періоді у 5 хворих розвинувся абсцес чепцевої сумки, що потребував відповідного дронування. Ще в одного хворого з групи пацієнтів, яким проводили пункційне черезшкірне дронування псевдокіст під контролем УСГ, післяопераційний період ускладнився лівобічним піддіафрагмальним абсцесом.

Рецидив захворювання розвинувся в одного хворого після пункційного дронування псевдокісти під ультрасонографічним контролем та у трьох хворих – після лапаротомного зовнішнього дронування псевдокісти. Частка ускладнень другого класу у групі пацієнтів із несформованими псевдокістами становила 13,9%, а летальність – 1,3% (3 хворих).

Резекційні способи лікування псевдокіст підшлункової залози застосовано у 24 пацієнтів.

Такі післяопераційні ускладнення, як ексудативний плеврит (4 хворих) та піддіафрагмальний абсцес зліва (2 хворих), виникли тільки у групі 15 хворих з локалізацією псевдокіст у хвості підшлункової залози з клінічними ознаками сегментної допечінкової портальної гіпертензії. У цих пацієнтів дистальна резекція підшлункової залози разом з псевдокістою супроводжувалася спленектомією, яка відтак викликала пригнічення, як специфічного, так і неспецифічного імунітету. На це необхідно зважати при виборі обсягу операційного втручання, але водночас

спленектомія при сегментній формі допечінкової порталльної гіпертензії до сьогодні залишається єдиним патофізіологічним способом лікування цього захворювання.

Кумуляційний аналіз стабільності результатів хірургічного лікування за двома основними параметрами – рецидив панкреатиту і летальність протягом 5 років спостереження – показав, що задовільний результат лікування хворих на несформовані псевдокісти становить 84,8%. Задовільним результатом вважали відсутність у хворих рецидиву панкреатиту та рецидиву псевдокісти.

У перший рік спостереження задовільний результат відзначено у 94,7% пацієнтів з подальшим зниженням цього показника з кожним роком – 93,4%, 88,9%, 87,2%, 84,8%. Таке зниження відбулося за рахунок 10 хворих з рецидивом панкреатиту, що на всю групу аналізованих хворих дорівнювало 13,1%. При цьому був тільки один (1,3%) летальний наслідок.

Кумуляційний аналіз стабільності результатів хірургічного лікування за двома основними параметрами – рецидив панкреатиту і летальність протягом 5 років спостереження – показав, що задовільний результат лікування хворих на сформовані псевдокісти дорівнював 80,6%.

У перший рік спостереження задовільний результат був у 95,3% пацієнтів з подальшим зниженням цього показника з кожним роком – 90,2%, 85,4%, 82,6%, 80,6%. Таке зниження показника відбувалося внаслідок рецидивів панкреатиту у 24 (15,3%) пацієнтів. За час спостереження у групі сформованих псевдокіст померло 3 хворих – 1,9%. Кількість рецидивів у групі пацієнтів зі сформованими псевдокістами вища на 2,2% ніж у групі з несформованими псевдокістами, що, на наш погляд, пов'язано із тривалішою компресією тканини підшлункової залози псевдокістою, з погіршенням мікроциркуляції у зоні стиснення та подальшими, незворотними змінами у самій залозі, що виявляється порушеннями екзо- та ендокринної функції органа.

Результати оцінки різноманітних параметрів здоров'я свідчать, що хворі, оперовані з приводу псевдокіст, мають певну обмеженість у повсякденній діяльності, проте відзначають зменшення больових відчуттів у порівнянні із передопераційним періодом. У хворих на псевдокісти, які продовжують вживати алкоголь, домінують порушення емоційної сфери у сукупності з меншою соціальною активністю, що відтак обумовлено загостреннями панкреатиту. Протягом $3,1 \pm 1,3$ року реабілітаційного періоду значно покращується самопочуття хворих на псевдокісти, якщо вони виконують призначення і дотримуються рекомендацій лікаря. При порівнянні якості життя (ЯЖ) хворих із порушеннями екзо- та ендокринної функції підшлункової залози та без таких порушень встановлено, що ЯЖ, стан як фізичного так і психічного здоров'я, вища у тих хворих, у яких функції підшлункової залози не порушені. Водночас, при аналізі критерію порівняння самопочуття (ПС) встановлено чітку тенденцію підвищення оцінки свого здоров'я під час періоду реабілітації у хворих із порушеним функціональним станом підшлункової залози.

Отримані результати стосовно ЯЖ хворих на псевдокісти після хірургічного лікування дозволяють стверджувати, що більша частина хворих здатна повернутися до своєї повсякденної роботи. Розвиток екзо- та ендокринної недостатності функції підшлункової залози в окремих пацієнтів внаслідок некротичної деструкції залози істотно не впливає на показники ЯЖ, що очевидно пов'язано із своєчасною корекцією виявлених порушень.

Описані варіанти операцій з приводу кістозних уражень підшлункової залози не вичерпують весь набір хірургічних втручань, які можуть бути використані при цій патології. При наявності множинних псевдокіст різної локалізації зі серйозними патологічними змінами у самій підшлунковій залозі та суміжних органах виникає необхідність виконання атипових і комбінованих операційних втручань. До них можна віднести одночасне внутрішнє і зовнішнє дренивання проток і псевдокіст поєднане із резекцією підшлункової залози.

Наш досвід хірургічного лікування хворих на кістозні ураженнями підшлункової залози дає підстави стверджувати, що для отримання задовільних результатів лікування таких пацієнтів необхідним є дотримання низки загальних положень, відповідно до яких у клініці розпрацьовано і застосовується наступний алгоритм лікування псевдокіст підшлункової залози (рис.4).

Рис.4 Алгоритм лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози.

Для ефективного лікування хворих на панкреатичні псевдокісти з усього арсеналу методів операційного лікування повинен бути обраний найбільш адекватний та безпечний для кожного конкретного хворого. Ця необхідність індивідуалізації хірургічної тактики диктується не тільки відмінностями у побудові псевдокісти, а й тою обставиною, що кістозні утворення найчастіше є лише одним із ускладнень панкреатиту. Ось чому при операційному лікуванні є потреба одночасно враховувати, як необхідність корекції причини розвитку панкреатиту, передовсім, холецисто- та холедохолітіаз, так і ліквідацію основних патогенетичних чинників захворювання – інтрапанкреатичну та біліарну гіпертензію, а також різноманітні ускладнення, які можуть супроводжувати процес утворення псевдокіст.

Принципи вибору тактики хірургічного лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози можуть бути об'єднані наступним чином:

процес лікування хворих з парапанкреатичними скупченнями рідини повинен починатися з пункції та дренивання утворів під контролем УСГ або КТ;

операції зовнішнього дренивання слід виконувати у всіх випадках, коли неможливо виконати радикальніше втручання у зв'язку з панкреонекрозом, що продовжується, запальними або дегенеративними змінами стінки псевдокісти, у важких хворих при перфорації псевдокісти у

черевну порожнину або у хворих із кровотечею у порожнину псевдокісти з її наступною тампонадою;

для зупинки кровотечі у порожнину псевдокісти та кровотечі з псевдоаневризм судин слід застосовувати ендovasкулярні способи гемостазу;

при великих інтрапанкреатичних псевдокістах підшлункової залози переважно проксимальної локалізації, що тісно зрощені зі шлунком і дванадцятипалою кишкою (ДПК), ефективним методом лікування залишається цистогастростомія та цистодуоденостомія;

при псевдокістах тіла і головки підшлункової залози, синтопічно розміщених у відношенні до шлунка і ДПК, альтернативою до класичних методів накладання цистогastro- та цистодуоденоанастомозів може стати ендоскопічне виконання цих втручань;

на думку багатьох авторів, більш універсальною процедурою є цистоеюностомія, яку можливо виконувати у будь-якій модифікації при сформованих, як екстра- так і інтрапанкреатичних, псевдокістах з проксимальною та центральною локалізацією;

при поєднанні псевдокіст, що виникли на тлі первинного (алкогольного) панкреатиту, з дилатацією протоки підшлункової залози на протязі (варіант Г та Д згідно з доповненою Кембріджською класифікацією структури протокової системи підшлункової залози) більш радикальним є формування поздовжнього панкреатоеюноанастомозу;

при псевдокістах дистальної частини підшлункової залози (варіант З згідно з доповненою Кембріджською класифікацією структури протокової системи підшлункової залози) найбільш радикальним втручанням є її дистальна резекція без видалення селезінки, яку у випадку протокової гіпертензії доцільно доповнити панкреатоеюноностомією;

у випадках клінічно та інструментально підтвердженої сегментної допечінкової портальної гіпертензії обов'язковим елементом втручання дистальної резекції згідно з доповненою Кембріджською класифікацією структури протокової системи підшлункової залози з псевдокістою є виконання спленектомії;

дистальна резекція згідно з доповненою Кембріджською класифікацією структури протокової системи підшлункової залози, в окремих випадках панкреатодуоденальна резекція, є незамінними у випадках необхідності виконання повторних та реконструкційних втручань при незадовільних результатах після нерезекційних методів хірургічного лікування хворих;

основною операцією при кістозному розширенні панкреатичних проток, що характерно для первинних панкреатитів, є створення широкого поздовжнього панкреатоеюноанастомозу зі залученням до нього усіх кістозних порожнин;

обґрунтоване підозріння на злоякісний характер кістозного ураження підшлункової залози, тим більше морфологічно доведене безумовно є показанням до радикальної операції, яка, у

залежності від локалізації та об'єму „пухлинної кісти”, може бути дистальною, субтотальною, секторальною або проксимальною резекцією ПЗ.

Таким чином, диференціальна тактика з використанням малоінвазивних та традиційних методів лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози дозволяє у більшості пацієнтів отримати позитивний результат.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота містить новий підхід до вирішення наукової проблеми – діагностики і лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози.

Створений діагностичний алгоритм поетапного використання клінічних, лабораторних та інструментальних способів дослідження, де інструментально-апаратні методи з діагностичних можуть бути переведені у лікувальні, дозволив обґрунтувати доцільність впровадження розробленої лікувальної програми. Розпрацьована концепція використання малоінвазивних технологій у поєднанні зі загальноприйнятими хірургічними удосконаленими втручаннями сприяла покращанню результатів лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози.

1. Ендоскопічна ретроградна панкреатикохолангіографія виявила зв'язок псевдокісти з системою проток підшлункової залози у 30,1% обстежених, при діагностичній цінності процедури у 98,7%. Ультрасонографія дає точну інформацію про локалізацію та ступінь сформованості псевдокісти у 98,7%, комп'ютерна томографія – у 100% хворих.
2. На основі підвищеного рівня ферментів у вмісті псевдокісти встановлено, що при несформованих псевдокістах зв'язок із системою проток підшлункової залози був у 53 (67,1%), а при сформованих псевдокістах – у 85 (54,1%) пацієнтів.
3. За результатами планіметричних та рентгенологічних досліджень макропрепаратів підшлункової залози встановлено, що формування псевдокіст може відбуватися у передньо-верхньому контурі тіла та хвоста підшлункової залози, а не тільки у передньо-нижньому або задньому відділі головки підшлункової залози, а стан протокової системи при псевдокістах визначає клінічний варіант перебігу хвороби та є основою вибору методу лікування.
4. На основі результатів ендоскопічної ретроградної панкреатикохолангіографії доповнено Кембріджську класифікацію варіантів структури протокової системи підшлункової залози при псевдокістах, що дозволяє обрати оптимальний метод хірургічного лікування хворих.
5. Лапароскопічні методи дренивання та аспірація з дрениванням під контролем ультрасонографії при гострих несформованих псевдокістах в умовах панкреатогенного

асцити на фоні тривалої селективної ендovasкулярної медикаментозної терапії приводить до одужання 81,5% пацієнтів.

6. Ефективність черезшкірного пункційного дренивання псевдокіст під контролем ультрасонографії становить 94,9%. Частота рецидивів захворювання при лапаротомному зовнішньому дрениванні – 50%.
7. При наявності псевдокіст дистальних відділів підшлункової залози з ознаками сегментної портальної гіпертензії патогенетично виправданою є дистальна резекція підшлункової залози зі спленектомією.
8. При порівняльній характеристиці стану клітинного та гуморального імунітету хворих на псевдокісти підшлункової залози з ознаками сегментної портальної гіпертензії, яким виконана дистальна резекція залози і спленектомія стверджено Т-лімфопенію на 20 % від норми зі зниженням Т-гелперної та Т-супресорної активності до 45% з відповідним зниженням CD4/CD8 імунорегуляційного індексу, що потребує імунокорекції у післяопераційному періоді.
9. Запропоновані ендоскопічні способи внутрішнього дренивання при псевдокістах головки і тіла підшлункової залози у другому, особливо третьому і четвертому періодах еволюції псевдокісти виявилися ефективними у 92% пацієнтів.
10. Використання цистоентероназального або черезшкірного дренивання інфікованих псевдокіст підшлункової залози, а також постійний ендоскопічний моніторинг після операції внутрішнього дренивання, виконаних малоінвазійними або традиційними методами, дозволяють контролювати положення дренажів і проводити деескалаційну антибактеріальну терапію, знизити рівень потенційно небезпечних для життя хворого ускладнень до 10%.
11. При несформованих псевдокістах підшлункової залози, ускладнених перфорацією або кровотечею, показані операції зовнішнього дренивання псевдокіст. При несформованих, інфікованих та неінфікованих псевдокістах підшлункової залози, доцільним є виконання зовнішнього дренивання малоінвазійними методами під ультрасонографічним контролем.
12. При сформованих псевдокістах, синтопічно розміщених до шлунка або дванадцятипалої кишки, ендоскопічні способи дренивання можуть стати альтернативою до відкритих операцій внутрішнього дренивання. При сформованих псевдокістах передньо-верхніх відділів підшлункової залози операцією вибору є цистогастростомія; при задніх, розміщених у головці підшлункової залози – цистодуоденостомія; при псевдокістах нижніх відділів підшлункової залози будь-якої локалізації – цистоеюностомія.
13. Запропонований та впроваджений у клінічну практику алгоритм обстеження та лікування хворих на несформовані і сформовані, ускладнені та неускладнені псевдокісти

підшлункової залози забезпечив задовільні результати лікування у віддаленому п'ятирічному періоді спостереження відповідно у 84,8% і 80,6% пацієнтів, при загальній післяопераційній летальності 1,3% та рівні потенційно небезпечних для життя ускладнень – 13,6%, зберігаючи при цьому якість життя оперованих пацієнтів на достатньо високому рівні.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Для діагностики псевдокіст підшлункової залози загальноклінічні ознаки та специфічні симптоми без анамнестичних даних про перенесений гострий панкреатит мають менше значення ніж ультрасонографічні ознаки порожнистого утвору підшлункової залози. При підтвердженому методом ультрасонографії діагнозі псевдокісти підшлункової залози усім хворим в обов'язковому порядку слід виконувати пункцію псевдокісти з подальшим визначенням активності наявних ферментів, бактеріологічним та цитологічним обстеженням вмісту. З інструментальних методів дослідження після виконання ультрасонографії необхідно застосовувати комп'ютерну томографію та ретроградну ендоскопічну панкреатикохолангіографію. При наявності варикозно розширених вен нижньої третини стравоходу та шлунка, спленомегалії – ангиографію судин гепатопанкреатолієнальної зони. При такому порядку обстеження кожна діагностична процедура при необхідності відразу може перейти у лікувальну.
2. Псевдокісти підшлункової залози при деструктивному панкреатиті формуються ближче до передньоверхнього контуру тіла та хвоста підшлункової залози і ближче до заднього – у ділянці головки підшлункової залози.
3. Пункція псевдокіст підшлункової залози під контролем ультрасонографії у залежності від їх локалізації може виконуватися через вільне акустичне вікно черевної порожнини, трансгастрально, через ліву долю печінку, через ІХ-ХІ міжреберний проміжок зліва.
4. Малоінвазійне ендоскопічне внутрішнє дренивання псевдокіст слід виконувати при вип'яченні задньої стінки шлунка або дванадцятипалої кишки, що є свідченням синтопічного розташування псевдокісти до порожнистого органу, з попереднім маркування місця формування анастомозу струною шляхом пункції псевдокісти під контролем ультрасонографії.
5. При наявності псевдокіст дистальних відділів підшлункової залози з ознаками сегментної допечінкової портальної гіпертензії патогенетично виправданою є операція дистальної резекції підшлункової залози зі спленектомією.

6. При лапаротомних способах формування цистоентероанастомозів обов'язковою процедурою є попередня пункція псевдокісти для оцінки її вмісту.
7. Показаннями до цистогастростомії та цистодуоденостомії є сформовані однокамерні псевдокісти з чіткою фіброзною капсулою, які мають зв'язок з системою проток підшлункової залози.
8. Найкращим методом хірургічного лікування неінфікованих псевдокіст, які розташовані ближче до нижнього краю тіла та хвоста підшлункової залози, є створення цистоентеростомії на виключеній петлі.
9. При наявності двох псевдокіст підшлункової залози цистоентероанастомози слід формувати окремо з обома, якщо не має підтвердження прохідності протоки підшлункової залози.
10. При інфікованих псевдокістах необхідно виконувати зовнішньо-внутрішнє дронування шляхом накладання мікрогастростоми, через яку окремо дронується порожнина псевдокісти.
11. Використання цистоназального або черезшкірного дронування при інфікованих псевдокістах з постійним ендоскопічним моніторингом після операції внутрішнього дронування, виконаних малоінвазійним або традиційним методом, дозволяє контролювати положення дренажів та проводити деескалаційну антибіотикотерапію.
12. Черезшкірне дронування під контролем ультрасонографії двома дренажами при інфікованих несформованих псевдокістах є альтернативою іншим хірургічним методам лікування.
13. При механічній жовтяниці з ознаками високої кишкової непрохідності при псевдокістах головки підшлункової залози, при умові відсутності конкрементів жовчних проток, цистодуоденостомія з тимчасовою декомпресією жовчних шляхів є операцією вибору.
14. Альтернативою іншим хірургічним методам зупинки та профілактики кровотеч при псевдокістах підшлункової залози є ендovasкулярні способи.
15. Алгоритм лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози передбачає індивідуалізацію хірургічної тактики для кожного хворого, яка залежить не тільки від відмінностей побудови та ступеня зрілості псевдокісти, а від тієї обставини, що псевдокісти найчастіше є лише одним із ускладнень панкреатиту. У зв'язку із цим малоінвазійні та традиційні методи лікування псевдокіст підшлункової залози повинні враховувати необхідність усунення причини панкреатиту, передусім холецисто- та холедохолітіазу, інтрапанкреатичної та біліарної гіпертензії, а також різноманітних ускладнень, які можуть супроводжувати процес утворення псевдокісти підшлункової залози.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О., Румянцев К.Є. Гострий панкреатит. Псевдокісти підшлункової залози. – Ужгород: ВЕТА Закарпаття, 2006. – 204 с. (Здобувачеві належить написання окремих розділів, виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).
2. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є., Болдіжар П.О. Хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози // Шпитальна хірургія. – 2002. - №4. – С. 29 – 33. (Здобувачеві належить матеріал дослідження).
3. Русин В.І., Русин А.В., Болдіжар О.О. Покращання якості життя хворих на рак підшлункової залози після радикального хірургічного лікування // Харківська хірургічна школа. – 2002.– №1(02).–С.17-20. (Здобувачеві належить виконання частини дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).
4. Болдіжар О.О. Ендоскопічна папілосфінктеротомія при холедохолітіазі // Практична медицина. – 2003. - Т ІХ, №1. – С.25-26.
5. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є., Стойка В.І. Ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози // Вісник морської медицини. - 2003. - №2(21). – С.269-271. (Здобувачеві належить ідея, частина матеріалу дослідження).
6. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є. Малоінвазійні ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози// Acta medica leopoliensia. – 2004. – Vol.10, №2А. - Р. 42 – 44. (Здобувачеві належить ідея, матеріал дослідження, виконання операційних втручань).
7. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В. Малоінвазивні ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози // Експериментальна і клінічна медицина. – 2004. – №3. – С.314-316. (Здобувачеві належить ідея, виконання операційних втручань).
8. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О. Нові способи реконструкції після панкреатодуоденальної резекції // Acta medica leopoliensia. – 2005. – Vol. 11. – №4/1. - Р. 71 – 73. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).
9. Русин В.І., Болдіжар О.О. Ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2006. – Т.6, Випуск 1-2 (13-14). – С.116-118. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, підготовка до друку).
10. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.П., Румянцев К.Є. Показники клітинного та гуморального імунітету при хірургічному лікуванні псевдокіст дистальних відділів підшлункової залози в залежності від обсягу втручання // Науковий вісник Ужгородського

- університету. Серія медицина. – 2006. – Вип. 28. – С. 149 – 152. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).
11. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О. Визначення тактики та методу лікування при псевдокістах підшлункової залози // Клінічна анатомія та оперативна хірургія.– 2006. – Т.5, №4.– С.36-38. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, систематизація діагностичних критеріїв, розпрацювання алгоритмів лікування).
 12. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є., Болдіжар П.О. Взаємозв'язок деструктивних форм панкреатиту з псевдокістами підшлункової залози // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – Ужгород, 2006. – Вип. 29. – С. 109 – 113. (Здобувачеві належить виконання морфологічної частини дослідження, виконання ендоскопічних маніпуляцій).
 13. Русин В.І., Болдіжар О.О. Хірургічні методи лікування псевдокіст підшлункової залози // Клінічна хірургія. – 2007. - №1. – С.33-35. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).
 14. Русин В. І., Болдіжар О. О., Болдіжар П.О. Особливості протокової системи підшлункової залози у патогенезі утворення псевдокіст // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – 2007. – Вип. 30. – С. 153-156. (Здобувачеві належить виконання морфологічної частини дослідження та ретроградних ендоскопічних панкреатохолангіографій).
 15. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Буцко Є.С., Болдіжар П.О., Румянцев К.Є. Ангіографія в діагностиці та лікуванні ускладнень псевдокіст підшлункової залози // Харківська хірургічна школа.– 2007.– №2.–С.234-236. (Здобувачеві належить виконання частини дослідження, відбір пацієнтів, статистичне обчислення отриманих результатів).
 16. Русин В.І., Болдіжар О.О., Болдіжар П.О. Самооцінка результатів хірургічного лікування та якість життя хворих із панкреатитом та псевдокістами підшлункової залози // Вісник невідкладної та відновної медицини.– 2007.–Т8, №1.–С.41-44. (Здобувачеві належить виконання частини дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів).
 17. Русин В.І., Болдіжар О.О., Корсак В.В., Болдіжар П.О. Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія при псевдокістах підшлункової залози // Шпитальна хірургія.– 2007.– № 1. – С. 84-87. (Здобувачеві належить ідея, виконання ендоскопічних маніпуляцій, підготовка ілюстраційного матеріалу).
 18. Русин В.І., Болдіжар О.О., Корсак В.В., Болдіжар П.О. Хірургічне лікування несформованих псевдокіст підшлункової залози // Acta medica leopoliensia. – 2007.– Vol. XIII, №1-2 – Р. 83-87. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).

19. Русин В.І., Болдіжар О.О. Русин А.В., Болдіжар О.О. Загальні принципи вибору хірургічної тактики при лікуванні псевдокіст підшлункової залози // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2007. – Т.7, Випуск 1-2 (17-18). – С.157-159. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, розпрацювання алгоритмів лікування).
20. Деклараційний патент на винахід 51570 А, МПК 7 А61В17/00, А61N7/00. Спосіб лікування псевдокісти підшлункової залози / Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є. - №2002075434; Заявл. 02.07.2002; Опубл. 15.11.2001; Бюл. №11.(Здобувачеві належить ідея, виконання операційних втручань).
21. Деклараційний патент на корисну модель 6437, МПК 7 А61В17/00. Спосіб панкреатодуоденальної резекції/ Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є. - №20040806757; Заявл. 12.08.2004; Опубл. 16.05.2005; Бюл. № 5. (Здобувачеві належить ідея, виконання операційних втручань).
22. Русин В.І., Болдіжар О.О., Мартинич К.І., Кравчук І.Б., Румянцев К.Є. Лікувальні бронхоскопії при деструктивних формах гострого панкреатиту // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – 2006. – Вип. 29. – С. 103 – 106. (Здобувачеві належить виконання частини дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів).
23. Русин В.І., Русин А.В., Болдіжар О.О., Стойка В.І., Румянцев К.Є. Подовжена регіонарна перфузія з мініінвазивними втручаннями при гострому панкреатиті // Матеріали Науково-практ. конф. „Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту”. – Львів: „Простір - М”. – 2002. – С. 106-109. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).
24. Болдіжар О.О. Ендоскопічна папілосфінктеротомія в комплексному лікуванні гострого біліарного панкреатиту // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2003. – Т.7, №3. – С.33.
25. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Румянцев К.Є. Спосіб виконання реконструктивного етапу панкреатодуоденальної резекції // Клінічна хірургія. – 2003. - №1. – С.63-64. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).
26. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин В.В., Румянцев К.Є. Способи дренивання нагноєних псевдокіст підшлункової залози // Збірник наукових праць Запорізького Державного інституту удосконалення лікарів. – Вип. 64. – Запоріжжя: ”Дике поле”. – 2003. – С. 114-119. (Здобувачеві належить ідея, виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).

27. Русин В.І., Шляхта Т.Я., Болдіжар О.О., Румянцев К.Є., Качала Т.В. // Застосування замісної еферентної терапії у пацієнтів з поліорганною недостатністю на тлі ускладнених хірургічних захворювань // Клінічна хірургія. – 2005. - №11-12. – С.95-96. (Здобувачеві належить ідея, виконання частини дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів).
28. Русин В.И., Болдижар А.А. Эндоскопические способы лечения псевдокист поджелудочной железы // Сборник тезисов под ред. проф. Ю.И. Галлингера.– 19-21 Апреля, Москва.–2006.– С.185-186. (Здобувачеві належить ідея, виконання операційних втручань, підготовка до друку).
29. Русин В.І., Болдіжар О.О., Румянцев К.Є., Болдіжар П.О. Мінінвазивні втручання в діагностиці та комбінованому лікуванні обтураційної жовтяниці // Клінічна хірургія. – 2006. - №4-5. – С. 51. (Здобувачеві належить виконання ендоскопічних діагностичних маніпуляцій та мініінвазивних операційних втручань).
30. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О. Визначення тактики та методу лікування при псевдокістах підшлункової залози // Матеріали другої всеукраїнської науково-практичної конф. „Використання фізичних факторів у хірургії”.– Чернівці, 2006. – С.168-171. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів).
31. Русин В.І., Болдіжар О.О. Тактика лікування псевдокіст підшлункової залози // Клінічна хірургія. – 2007. - №2-3. – С.102-103. (Здобувачеві належить виконання операційних втручань, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).
32. Русин В.І., Болдіжар О.О. Вибір методу хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози у залежності від структури протокової системи // Клінічна хірургія.– 2007.–№5-6. – С. 77-78. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, виконання частини дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів).

АНОТАЦІЯ

Болдіжар О.О. Діагностика та хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози.–

Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук зі спеціальності 14.01.03. – хірургія.– Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, 2007.

У роботі вивчено та проаналізовано результати обстеження та комплексного хірургічного лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози. Розпрацьовано алгоритм діагностики та лікування хворих на різні форми псевдокіст підшлункової залози, що передбачає послідовність

хірургічних етапів лікування, а також застосування на етапах різних методів відкритих та мініінвазійних втручань. На основі результатів ендоскопічної ретроградної панкреатикохолангіографії виділено вісім варіантів структури протокової системи підшлункової залози, які безпосередньо впливають на вибір методу операційного лікування. Доведено, що у стадіях формування псевдокіст пріоритетним є проведення консервативної терапії з застосуванням за показаннями мініінвазійних втручань: лапароскопічне дренивання черевної порожнини на фоні тривалої регіонарної внутрішньоартеріальної перфузії, пункція та дренивання псевдокіст підшлункової залози під ультрасонографічним контролем при їх нагноєнні, ендоскопічні способи дренивання; при їх неефективності при сформованих псевдокістах підшлункової залози – операції внутрішнього дренивання відкритим способом, і тільки при окремих ускладнених формах псевдокіст – операції зовнішнього їх дренивання.

Ключові слова: псевдокіста підшлункової залози, хірургічне лікування.

АННОТАЦИЯ

Болдижар А.А. Диагностика и хирургическое лечение псевдокист поджелудочной железы.– Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.03. – хирургия.– Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, г.Тернополь, 2007.

В работе изучены и проанализированы результаты обследования и комплексного хирургического лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы. Разработаны алгоритм диагностики и лечения больных с разными формами псевдокист поджелудочной железы, которые предполагают последовательность хирургических этапов лечения, а также применения на этапах различных методов открытых и миниинвазивных вмешательств. На основе результатов эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии выделено восемь вариантов структуры протоковой системы поджелудочной железы, которые непосредственно влияют на выбор метода оперативного лечения.

Доказано, что на стадии формирования псевдокист пріоритетним является проведение консервативной терапии с использованием по показаниям малоинвазивных вмешательств (лапароскопическое дренирование брюшной полости на фоне длительной регионарной внутриартериальной перфузии, пункция и дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем ультрасонографии при их нагноении, эндоскопические способы дренирования), которые являются методом выбора при лечении ограниченных парапанкреатических, как сформированных, так и несформированных псевдокист, а при неэффективности малоинвазивных

вмешательств, при сформированных псевдокистах поджелудочной железы – операции внутреннего дренирования открытым способом, и только при отдельных осложненных формах псевдокист – операции наружного дренирования.

Подтверждено, что различные способы оперативного лечения не конкурируют друг с другом, а применяют их в соответствии с локализацией, степенью сформированности и наличием осложнений псевдокист поджелудочной железы. Установлена достаточная эффективность малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвукографии при условии наличия ограниченных скоплений жидкости в области поджелудочной железы и в парапанкреатическом пространстве, а также лапароскопического дренирования брюшной полости.

Предложен способ эндоскопического внутреннего цистогastro- и цистодуоденоанастомоза, разработан хирургический способ профилактики гнойно-септических осложнений у больных с инфицированными псевдокистами хвоста поджелудочной железы. Изучены иммунологические изменения организма у больных с псевдокистами хвоста поджелудочной железы и клиническими проявлениями портальной гипертензии, когда целью хирургического лечения является не только ликвидация псевдокисты, но и профилактика кровотечения из варикозно расширенных вен желудка и пищевода.

Разработан диагностический алгоритм, который стал основой программы комплексного лечения псевдокист поджелудочной железы, профилактики их осложнений, эффективной медицинской реабилитации. Проведен многофакторный анализ результатов лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы и их осложнениями, что позволило спланировать и разработать тактику ведения больных в периоперационном периоде для достижения лучших результатов лечения, за счет уменьшения частоты возникновения послеоперационных осложнений, снижения летальности, улучшения качества жизни больных на этапах выздоровления, а также более быстрой медицинской, социальной и трудовой их реабилитации. Использование комбинации эндоскопических методов (лапароскопического и дуоденоскопического с папилосфинктеротомией, стентированием холедоха и панкреатического протока на фоне эндоскопического внутреннего дренирования) позволило провести радикальное лечение у больных с осложнениями псевдокист, используя только малоинвазивные технологии.

Кумулятивный анализ стабильности результатов хирургического лечения по двум основным параметрам, рецидив панкреатита и летальность на протяжении 5 лет наблюдения, показал, что удовлетворительный результат лечения у больных с несформированными псевдокистами отмечен у 84,8%. Такой показатель является результатом рецидивов панкреатита у 10 больных, что составило на всю группу проанализированных пациентов 13,1%. При этом отмечен только один летальный исход (1,3%).

Кумулятивный анализ стабильности результатов хирургического лечения больных со сформированными псевдокистами показал, что удовлетворительный результат отмечен у 80,6% оперированных. Снижение показателя отмечено за счет рецидивов панкреатита у 22 (15,3%) больных. За время наблюдения в группе сформированных псевдокист умерло 3 (1,9%) пациентов. Количество рецидивов в группе пациентов со сформированными псевдокистами на 2,2% выше чем в группе с несформированными, что связано с более длительной компрессией ткани поджелудочной железы псевдокистой, с ухудшением микроциркуляции в зоне давления и последующими необратимыми изменениями в самой железе, что проявлялось нарушением экзо- и эндокринной функции органа. При оценке качества жизни в группе 30 оперированных больных по поводу псевдокисты поджелудочной железы установлено, что только у 6 (20%) больных были отмечены нарушения экзо- и эндокринной функции. У 80% пациентов нарушения функции поджелудочной железы отсутствовали. При этом установлено, что развитие эндо- и экзокринной недостаточности у отдельных больных вследствие некротической деструкции железы достоверно не влияет на показатели качества жизни, что связано с современными возможностями коррекции выявленных нарушений.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, хирургическое лечение.

SUMMARY

Boldizhar O.O. Diagnostics and surgical treatment of pancreatic pseudocysts. – Manuscript.

Dissertation for obtaining the degree of doctor of medical sciences on a speciality 14.01.03 – surgery. – Ternopol State Medical University by I.Horbachevsky MH of Ukraine, Ternopil, 2007.

The results of complex examination and surgical treatment in patients with pancreatic pseudocysts have been presented in the work. The diagnostic algorithm and algorithm of treatment in patients with different types of pancreatic pseudocysts were worked out. It suggests consecution of surgical treatment stages and propose to use different open and miniinvasive surgical techniques. According to endoscopic retrograde pancreaticholangiography results eight variants of pancreatic duct system were figured out, which directly influenced the choice of surgical technique. The efficacy of conservative therapy and miniinvasive methods on indications (laparoscopic drainage of abdominal cavity in combination with long-term regional intraarterial perfusion, punction and pseudocysts drainage in case of purulent pseudocysts under ultrasound guidance, endoscopic drainage techniques) in case of unformed pancreatic pseudocysts was proved. In case of miniinvasive techniques failure the open surgeries of internal drainage are indicated in patients with formed pseudocysts and only in complicated course of pseudocysts – the external drainage surgeries.

Key words: pancreatic pseudocysts, surgical treatment.