

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Назыров Феруз Гафурович, Эгамов Бехзодбек Юлдашалиевич
Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии
имени академика В. Вахидова, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ОШКОЗОН ОСТИ БЕЗИ АСОРАТЛАНГАН ПОСТНЕКРОТИК КИСТАЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Назыров Феруз Гафурович, Эгамов Бехзодбек Юлдашалиевич
Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

MODERN METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS

Nazirov Feruz Gafurovich, Egamov Behzodbek Yuldashaliyevich
Republican specialized scientific – practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: egamovphd@mail.ru

Резюме. Ошқозон ости беги асоратланган постнекротик кисталарида янги ва хар тамонлама исботланган даволаш натижаларини ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқ, Асоратланган постнекротик кисталарда жаррохлик амалиёти учун ишлаб чиқилган янги илмий асосланган даволаш алгоритм такдим этилади.

Калим сўзлар: меъда ости безининг кисталари, цистодигестив анастомоз, ошқозон ости безини ташқарига найчалаш, киста йиринглаши, киста перфорацияси.

Abstract. Search new evidence based forms of surgical treatment for complicated post necrotic pancreatic cysts, to clarify the indications and contraindications for their implementation, investigate the results of treatment and the quality of life of operated patients, and a treatment algorithm has been proposed.

Key words: pancreatic cysts, cystojejunoanastomosis, external drainage of the cyst, pancreas, cyst suppuration, cyst perforation.

Частота кист и кистозных образований поджелудочной железы неуклонно возрастает. Это обусловлено многими факторами: повышением заболеваемости острым панкреатитом, увеличением частоты травматичных повреждений поджелудочной железы, увеличением заболеваемости деструктивным панкреатитом различной этиологии, высокой заболеваемостью населения эндемичных регионов описторхозом. Примерно, у 25% больных хроническим панкреатитом встречается кистозное поражение поджелудочной железы. Одной из серьезных проблем гепатобилиарной хирургии является хирургическое лечение при кистозных поражениях поджелудочной железы, Данное заболевание характеризуется высокой частотой рецидивов после оперативных вмешательств [2,7].

Кистозные поражения поджелудочной железы составляют 0,3% абдоминальной хирургической патологии. Жидкостное образование в ткани самой железы или в парапанкреатической клетчатке является кистой поджелудочной железы (ПЖ) [kistomata pancreatitis]. Данная патология встречается у взрослых и детей [3].

Кистозная трансформация поджелудочной железы чаще встречается у взрослых и связана с социальными проблемами, в частности, со злоупотреблением алкоголя [3,8].

В XIX и начале XX столетия получены важные данные о физиологической роли органа, формируются представления о клинике, симптоматологии и диагностике заболеваний [6].

В монографиях Ancelet (1866), Fridrich (1878) изложены первые классификации кистозных поражений поджелудочной железы [1].

В 1862 году Le Dentu реализовал наружное дренирование кистозного образования поджелудочной железы. В 1882 году Gussenbauer подробно описал методику марсупиализации. Техника данного хирургического вмешательства не утратила значение в современном мире.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных с пост некротическими кистами поджелудочной железы на основе совершенствования диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный и проспективный анализ результатов лечения пациентов с постнекротическими кистами ПЖЖ. С 2008 по 2020 год в ГУ «РСНПМЦ хирургии имени академика В.Вахидова» получили лечение 105 пациентов с кистами ПЖЖ. Большинство составили пациенты мужского пола (67,6%; 71 из 105). Пациенты в возрасте от 20 до 44 лет составили (56,2%; 59 из 105); пациенты от 45 до 59 лет (30,5%; 32 из 105). Таким образом, больные с кистами ПЖЖ были молодого и трудоспособного возраста. У 28,6% (30 из 105) пациентов выявлены кисты от 5 до 10 см в диаметре. Кисты с диаметром более 15 см диагностированы у 36,2% (38 из 105) пациентов. В 40,0% (42 из 105) случаев кисты ПЖЖ располагались в теле и хвосте железы. В 58,1% (61 из 105) случаев кисты ПЖЖ характеризовались наличием плотной фиброзной стенкой за счет соединительной ткани. В 41,9% (44 из 105) случаев отмечались тонкостенные кисты ПЖЖ. При диагностике 78,1% в случаях (82 из 105) случаев киста не была связана с главным протоком ПЖЖ.

Клиническое обследование пациентов с кистами ПЖЖ состояло из сбора жалоб, анамнеза основного и сопутствующих заболеваний, осложнившихся формированием кист ПЖЖ, стандартного физикального исследования при осмотре брюшной области выявляли асимметрию при больших размерах кист, и выбухание в зоне образования кисты, также болезненность в эпигастриальной области. Лабораторный контроль: включал исследование периферической крови с оценкой клеточного состава и воспалительных реакций, биохимическое исследование крови, и мочи. В биохимический анализ крови были включали определение содержания глюкозы крови общего

белка в сыворотке крови, мочевины, креатинина, билирубина и его фракций; амилазы крови, печеночных ферментов. Инструментальное исследование: УЗИ, МРТ, МСКТ, ЭГДФС, ЭРПХГ.

Из 105 пациентов с кистами ПЖЖ отмечались осложнения в виде нагноений 24 случая у (22,9%) (табл. 1).

Хирургическое лечение при различных осложнениях кист ПЖЖ не могут решаться с помощью единого хирургического метода. Каждой форме осложнения должны соответствовать строго определенные показания, объем и вид хирургического вмешательства.

При нагноившихся кистах ПЖЖ применение разработанного в клинике алгоритма позволяет значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность.

Больным с кровотечениями в просвет кисты ПЖЖ при невозможности выполнить радикальную следует выполнять перевязку сосуда в сочетании с наружным дренированием.

При перфорациях кист ПЖЖ с перитонитом следует выполнять наружное дренирование с последующими санациями и этапными некрсеквестрэктомиями.

При развитии таких осложнений кист ПЖЖ, как механическая желтуха сдавление желудка и ДПК, мы считаем целесообразными радикальные операции или внутреннее дренирование. В данных группах срок существования кист составлял больше 6 месяцев, стенки кист представляли собой плотную фиброзную ткань, а клинические и данные УЗИ и МРТ показывали уменьшение воспалительных изменений в зоне операции. Такая тактика лечения этой категории больных позволила избежать летальных исходов.

Выводы: Анализ результатов исследования позволяет сделать выводы, что при хирургическом лечении больных с осложненными кистами ПЖЖ необходимо учитывать локализацию патологического процесса, степень «зрелости» стенки кисты, ее связь с главным панкреатическим протоком, наличие осложнений. Такой подход к решению данной проблемы позволит значительно улучшить результаты лечения больных с кистой ПЖЖ.

Таблица 1. Распределение пациентов по характеру осложнений кист ПЖЖ

Вид осложнения	Абс.	%
Нагноение кисты	24	22,9%
Кровотечение в полость кисты	16	15,2%
Перфорация кисты	18	17,1%
Сдавление близлежащего органа ЖКТ	14	13,3%
Механическая желтуха	11	10,5%
Всего	105	100%

Анализ клинической эффективности традиционных подходов, малоинвазивных и резекционных методов хирургического лечения при различных формах кист ПЖЖ показал, что ведение больных с осложненными кистами ПЖЖ не решиться с применением единого метода. Систематизация критериев тяжести течения при кистах ПЖЖ позволила изменить подходы к выбору лечебной тактики. В результате доля вынужденных хирургических вмешательств с наружным дренированием сократилась с 72,2% до 50,9% ($p=0.025$), частота применения методов внутреннего дренирования увеличилась с 18,5% до 39,2% ($p=0,019$).

Литература:

1. Линченко И.Ф. К вопросу об оперативном лечении кист поджелудочной железы / И.Ф. Линченко, В.А. Ерёмин // Клиническая хирургия, 1997(11): - С. 56-57.
2. Лызко И.А. Хирургическое и криохирургическое лечение кист поджелудочной. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Томск. - 2010.
3. Мордавин П.А. Эндохирургическое лечение кист поджелудочной железы у детей. // Канд. Диссер. – Москва. – 2017.
4. Мухин, А. С. Опыт применения комплексного подхода к лечению постнекротических панкреатогенных кист / А. С. Мухин, Б. А. Буровкин, О. Е. Башкуров [и др.] // XVI междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии»: тез. докл. – Екатеринбург, 2009. –

С. 160-161.

5. Andren-Saudberg A., Evander A., Isaksson G. et al. Management of pancreatic pseudocysts. Acta Chir. Scand. 1983. Vol. 2. 203-206.
6. Elta GH, Enestvedt BK, Sauer BG, Lennon AM. ACG clinical guideline: diagnosis and management of pancreatic cysts. Am J Gastroenterol. 2018;113(4):464–79.
7. Lennon AM, Ahuja N, Wolfgang CL. AGA guidelines for the management of pancreatic cysts. Gastroenterology. 2015 Sep;149(3):825.
8. Lloyd R, Osamura R, Klöppel G, Rosai J. WHO classification of tumours of endocrine organs [Internet]. 4th ed. WHO IARC; 2017 [cited 2018

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Назыров Ф.Г., Эгамов Б.Ю.

Резюме. Необходим поиск новых научно обоснованных форм хирургического лечения при осложненных постнекротических кистах поджелудочной железы, уточнения показаний и противопоказаний их выполнению, изучены результаты лечения и качества жизни оперированных больных, а также предложен алгоритм лечения.

Ключевые слова: кисты поджелудочной железы, цистоеюноанастомоз, наружное дренирование кисты поджелудочной железы, нагноение кисты, перфорация кисты.