

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кравець О. В, Мисловський І. А.

*СумДУ, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії,
Сумська обласна клінічна лікарня*

Кількість хворих з кістами підшлункової залози (ПЗ) в останні роки значно збільшилася. Найбільш частою причиною кістоутворення є перенесені деструктивні форми панкреатиту, що ускладнюються утворенням кісти в 18-30% випадків.

В період з 2007 по 2011 роки в хірургічному відділенні СОКЛ проходили лікування 32 хворих з кістами ПЗ. Із них: чоловіків – 19 (59,4%), жінок – 13 (40,6%). Вік хворих коливався від 18 до 76 років, в середньому – 42,9.

В обстеженні хворих використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. Інструментальні методи включали ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту, комп'ютерну томографію з контрастним підсиленням. Метою було: визначення локалізації кісти, розмірів, характеру вмісту, товщини капсули, стану позапечінкових жовчних проток, паренхіми залози і її протокової системи.

Передопераційна підготовка полягала в корекції водно-електролітного, білкового обміну, антисекреторній терапії. Всі хворі оперовані під загальним знеболенням. Застосовували верхню серединну лапаротомію. Операцію починали з пункції кісти. При ускладнених кістах з їх порожнини при пункції отримували гній або кров. Локалізація кіст була наступною: голівка залози – 14, тіло – 11, хвіст – 6, подвійна – у 1 хворого. Ускладнення спостерігали в 11 випадках: нагноєння у 6 осіб, кровотеча – 1, перфорація кісти – 1, механічна жовтяниця – 3. Різноманіття форм кіст, їх локалізації, наявності ускладнень визначало індивідуальний підхід до вибору обсягу і характеру оперативних втручань. Основним видом оперативного втручання було накладання внутрішнього цистодигестивного анастомозу. Цистогастростомія виконана 18 (56,3%) хворим, цистоентеростомія – 5 (15,6%), у 1 (3,1%) хворого з двома кістами виконано цистогастростомію та цистодуоденостомію. У 1 пацієнта з явищами механічної жовтяниці виконана холедоходуоденостомія за Юрашем, зовнішнє дренивання жовчних проток за Піковським та накладання холецистостоми – по 1 випадку. Ускладнення кіст вимагало мінімальної операції – зовнішнього дренивання, яке виконано у 8 (25,0%) осіб, в основному, в екстреному порядку. Середній ліжко-день склав 15,0. Ускладнення спостерігали у 1 хворого у вигляді зовнішньої панкреатичної нориці, яка закрилась в результаті консервативного лікування через 5 тижнів. Рецидивів та летальних випадків не спостерігали.

Таким чином, індивідуальний підхід при виборі методу оперативного втручання при псевдокістах ПЗ дозволяє уникнути рецидивів і ускладнень захворювання, і може підвищити ефективність хірургічного лікування даної нозологічної групи в цілому.