

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Цилюрик В.В., студ. 6-го курсу

Науковий керівник – доц. Кащенко Л.Г.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Одним з ускладнень гострого деструктивного панкреатиту (ГДП), хронічного рецидивуючого панкреатиту або гострої атаки хронічного панкреатиту (ГАХП) є псевдокіста підшлункової залози. Актуальність проблеми обумовлена значним зростанням в останні роки захворюваності на ГДП, що безумовно призводить до збільшення числа ускладнень, зокрема формування панкреатогенних кіст підшлункової залози (ПКПЗ). Питання адекватного вибору лікувальної тактики у хворих на ПКПЗ і на сьогодні залишаються дискусійними. Вибір методик оперативного лікування хворих на ПКПЗ також вирішується неоднозначно.

Приведені результати хірургічного лікування 72 хворих на ПКПЗ у віці від 21 до 76 років. Чоловіків було 63, жінок – 9. «Вік» кіст – від 2,5 тижнів до 3,5 років. Локалізація ПКПЗ: голівка - у 16 (22, 2 %), тіло - у 28 (38, 9 %), хвіст - у 21 (29,2 %), множинні кісти - у 7 (9,7 %). Розміри кіст (за даними ультразвукового дослідження (УЗД) і комп'ютерної томографії (КТ)) від 35,0 до 198,0 мм. Ускладнення спостерігали у 37(51,4%) хворих. Нагноєння кісти було у 9 (12,5 %); перфорація кісти в черевну порожнину - у 7 (9,7 %); кровотеча - у 3 (4.2 %); компресія дванадцятипалої і худої кишки з порушенням пасажу кишкового вмісту - у 5 (6,9 %); компресія позапечінкових жовчних шляхів з механічною жовтяницею - у 11 (15,3 %); асцит - у 1 (1,4 %), ексудативний плеврит - у 1 (1,4 %).

Діагноз кісти підшлункової залози верифікували на підставі анамнезу, клінічних, лабораторних, інструментальних, рентгенологічних та ендоскопічних методів обстеження.

Консервативне лікування проведене у 28 (38, 9%) хворих. Його вважали показаним при формуванні кісти підшлункової залози в термін до 3 - 3,5 місяців, за умов неускладненого перебігу захворювання та розмірів кісти не більше 35-40 мм (за даними УЗД чи КТ). Хірургічне лікування проведене у 44 (61,1 %) хворих. Операція зовнішнього дренивання кісти виконана у 23 (52,3 %); внутрішнє дренивання - у 17 (38,6 %); зовнішнє+внутрішнє дренивання – у 4 (9,1 %). В залежності від хірургічної ситуації операціями вибору вважаємо: цистоеюностомію за А.А.Шалімовим чи за Ру, що доповнюється, за показаннями, зовнішнім дрениванням псевдокіст, декомпресією гепатобіліарної системи і шлунково-кишкового тракту.