

## ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зубрик И.В.

Научные руководители: член-корр. НАН Украины, академик НАМНУ, проф. Никоненко А.С.;  
доц. Гайдаржи Е.И.

Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра госпитальной хирургии

Наиболее изученным типом кистозных образований поджелудочной железы являются псевдокисты. Заболеваемость псевдокистами поджелудочной железы составляет 0,5-1 случай на 100 000 взрослого населения в год, а в общей структуре заболеваемости они достигают 1,6% - 4,5%. По данным Kloppel G., Beger H.G., Nabashi S. (2009) на долю псевдокист приходится 75-90% всех диагностированных кистозных образований поджелудочной железы. Как правило, они развиваются у 5-15 % пациентов, перенесших острый панкреатит, и у 20-60 % больных хроническим панкреатитом, преимущественно у мужчин работоспособного возраста (30-45 лет). Вопросы хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы достаточно подробно освещены в литературе (Ничитайло М.Е. и соавт., 2012). Однако, до сих пор нет единого мнения относительно выбора оптимального метода хирургического лечения. Ввиду этого, относительно высокой остается частота послеоперационных осложнений - 11,6-80 %, количество рецидивов 25-57 %, летальность – 5,7-40 %, особенно у пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и высоким операционно-анестезиологическим риском. Таким образом, проблема хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы остается достаточно актуальной и дискуссионной, а отсутствие четко установленных подходов к ее решению требует продолжения активной работы в данном направлении.

**Цель исследования:** Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы.

**Материалы и методы:** В работе анализируются данные хирургического лечения 36 пациентов с псевдокистами поджелудочной железы, которым за период с 2006 по 2015 год выполнены различные хирургические вмешательства. Женщин было 14 (38,8%), мужчин – 22 (61,2%); возраст пациентов варьировал от 28 до 72 лет, средний возраст - 46, 6 ± 11, 7 лет. У 28 пациентов (77,8%) была диагностирована сопутствующая патология. Для диагностики псевдокист во всех случаях в обязательном порядке использовали ультразвуковое исследование и компьютерную томографию. В хирургическом лечении псевдокист поджелудочной железы использовали минимально инвазивные методики лечения под УЗ-контролем и лапаротомные оперативные вмешательства. 29 (80,6%) пациентам выполнены оперативные вмешательства с использованием лапаротомного доступа. У данной категории пациентов оперативные вмешательства были следующими: псевдоцистостомия на отключенной петле тонкой кишки по Ру - у 10 пациентов (27,8%), псевдоцистостомия с энтеро-энтероанастомозом по Брауну – у 3 (8,3%), псевдоцистогастростомия – у 2 (5,6%), псевдоцистодуоденостомия - у 2 (5,6%), наружное дренирование псевдокисты – у 12 пациентов (33,3%). Минимально инвазивное наружное дренирование псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем было выполнено 7 пациентам (19,4%).

**Полученные результаты.** Результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы характеризовали как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Критериями отличных результатов считали отсутствие рецидивов и клинических проявлений заболевания. К хорошим результатам относили отсутствие рецидивов с возможным появлением симптомов диспепсии, которые легко устранялись с помощью консервативной терапии. Удовлетворительным считали результаты при наличии рецидива псевдокисты, не превышающего 1/2 дооперационного размера, случаи бессимптомных рецидивов или неэффективность консервативной терапии в купировании симптомов диспепсии. В группу неудовлетворительных результатов относили пациентов с рецидивом клинических проявлений или пациентов, которым потребовалась повторная операция. Анализ ранних результатов (до 6 месяцев) хирургического лечения показал, что у 33 пациентов (91,6 %) были получены отличные и хорошие результаты, удовлетворительных результатов отмечено не было. Неудовлетворительные результаты были отмечены только у 3 (8,4 %) пациентов. Оценку отдаленных результатов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы выполняли на протяжении от 7 месяцев года до 9 лет после операции. У 34 ( 94,4 % ) пациентов получены отличные и хорошие результаты, у 2 ( 5,6 % ) больных - неудовлетворительные.

**Выводы:** 1) Методом выбора диагностики псевдокист поджелудочной железы являются

ультразвуковое исследование и компьютерная томография, позволяющие с высокой точностью визуализировать патологию и контролировать в динамике результаты оперативного лечения. 2) Абсолютным показанием к хирургическому лечению являются прогрессивно увеличивающиеся в размерах псевдокисты, с высоким риском развития осложнений (нагноение, кровотечение, компрессия соседних органов). 3) Наружное чрескожное пункционное дренирование псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем показано при: наличии безопасного акустического окна, отсутствии связи псевдокисты с протоковой системой поджелудочной железы, диаметре полости псевдокисты, превышающем 60 мм с толщиной стенки не менее 3-4 мм, наличии тяжелой сопутствующей патологии и высокого операционно-анестезиологического риска (III-IV класс по ASA). 4) Дифференцированный подход к выбору метода лечения псевдокист поджелудочной железы, с учетом возможности чрескожного наружного пункционного дренирования под ультразвуковым контролем, позволяет достичь отличных и хороших результатов у 94,4 % пациентов.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

Полковников А.Ю., Капертехов А.А.

Научный руководитель: проф. Перцов В.И.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра медицины катастроф и военной медицины

Цереброваскулярные заболевания занимают третье место в структуре причин общей смертности. Субарахноидальное кровоизлияние ассоциированное с разрывом интракраниальных аневризм занимает особое место среди различных видов цереброваскулярной патологии, ввиду высокой смертности и грубой инвалидизации пациентов, чаще всего молодого и среднего возраста. Частота субарахноидального кровоизлияния в Украине 10-12 человек на 100 тыс. населения в год. До 75 % среди последних вызваны разрывом интракраниальных аневризм. С развитием в последние десятилетия эндоваскулярных технологий все чаще предпочтение отдают малоинвазивной хирургии. Увеличение количества операций и накопление опыта, позволяет выявлять недостатки характерные для эндоваскулярных операций. Последние связаны с реканализацией аневризм, рецидивами кровоизлияний из эмболизированных аневризм, особенностями анатомического строения МАГ и «материнских» артерий, кровотечением из места пункции бедренной артерии.

**Цель работы:** анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с интракраниальными аневризмами, при использовании рентгенэндоваскулярной технологии.

**Материалы и методы:** проанализированы результаты хирургического лечения 50-ти пациентов с интракраниальными аневризмами оперированных в нейрохирургическом отделении КУ «ЗОКБ» ЗОР в период 2012-2013 г.г. с применением отделяемых спиралей. Все пациенты прошли стандартное ангиографическое послеоперационное обследование: оперированные в острейшем и остром периодах кровоизлияния через 3 мес. и 1 год после операции, оперированные по поводу аневризм без разрыва через 6-ть мес. после операции. Верификацию источника кровоизлияния и послеоперационный контроль качества окклюзии аневризмы проводили на ангиографическом комплексе Siemens Axiom Artis MP.

Во всех наблюдениях для первичной нейровизуализации использовали КТ Toshiba Asteion Super4, контрольное обследование проводили на МРТ Hitachi Airis Mate 0,2T. Все операции согласно протоколу, были выполнены на фоне гепаринизации по схеме 10 000 ЕД гепарина в первый час вмешательства и 5 000 ЕД в каждый следующий час.

**Результаты:** В большинстве наблюдений (96%), аневризмы располагались в бассейне ВСА, и в двух случаях в ВББ. Мешотчатых аневризм развилки ПМА ПСА было 64%, ВСА 24%, СМА 8%. Множественные аневризмы отмечены в 4-х случаях (8%).

Разрыв аневризмы в 24 наблюдениях (48%) проявился изолированным субарахноидальным кровоизлиянием, в 23 (46%) субарахноидальным кровоизлиянием с паренхиматозным или вентрикулярным компонентом. Степень тяжести кровоизлияния по шкале Hunt-Hess: I - 20%, II - 56% (28) наблюдений, III - 10%, IV - 8%, V - 6%. 9 пациентов (18 %) оперированы на фоне выраженного ангиоспазма, потребовавшего проведения фармакопластики. Технические сложности связанные с анатомией (патологическая извитость) ВСА отмечены в 10% (5) наблюдений. В одном наблюдении при эмболизации аневризмы ВСА с широкой шейкой применен протекционный стент. В 3 наблюдениях (6%) оперированы пациенты с неразорвавшимися аневризмами. Причем в двух случаях