

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гайдаржи Е.И., Зубрик И.В.

Научный руководитель: акад. НАМНУ, член-корр. НАН Украины, проф. Никоненко А.С.

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 100000 взрослого населения в год, а в общей структуре заболеваемости – 1,6 - 4,5 %. По данным Klorpef G., Beger H.G., Nabashi S. (2009) частота псевдокист достигает 75-90 % всех диагностированных кистозных образований поджелудочной железы. На сегодняшний день вопросы хирургического лечения данной патологии широко и достаточно подробно освещены в литературе (Ничитайло М.Е. и соавт., 2012). Однако относительно высокой остается частота послеоперационных осложнений – 11,6-80,0 %, количество рецидивов 25-57 %, летальность – 5,7-40 %, а дискуссии относительно оптимального метода хирургического лечения продолжают до сих пор. Подобная ситуация не может оставаться без внимания и требует продолжения активной работы в данном направлении. Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы. Материалы и методы. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 31 пациента с псевдокистами поджелудочной железы, которым были выполнены различные хирургические вмешательства. Женщин было 11 (35,5%), мужчин - 20 (64,5 %). Возраст пациентов варьировал от 28 до 72 лет, средний возраст - 46,6 ± 11,2 лет. В хирургическом лечении псевдокист применялись минимально инвазивные чрескожные методики дренирования под ультразвуковым контролем и лапаротомные оперативные вмешательства. Оперативные вмешательства с применением лапаротомного доступа выполнены 24 (77,4 %) пациентам. Характер операций был следующим: наружное дренирование псевдокисты - у 9 (29,0 %) пациентов, псевдоцистостомия на отключенной по Ру петле тонкого кишечника - у 8 (25,8 %) пациентов, псевдоцистостомия с энтеро-энтероанастомозом по Брауну - у 3 (9,6 %), псевдоцистогастростомия – у 2 (6,5 %), псевдоцистодуоденостомия - у 2 (6,5 %). Минимально инвазивное чрескожное наружное пункционное дренирование псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем было выполнено 7 пациентам (22,6 %). Полученные результаты. Ранние и отдаленные результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы оценивали как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Критерием отличных результатов являлось отсутствие рецидивов и клинических проявлений заболевания. Хорошими считались результаты при отсутствии рецидивов, но с появлением симптомов послеоперационной желудочной диспепсии (тошнота, отрыжка, дискомфорт, чувство тяжести или неясная боль в эпигастрии, изжога, регургитация), легко купируемых применением медикаментозной терапии. Удовлетворительными считали результаты при наличии рецидива псевдокисты, не превышающего 1/2 первоначального размера, случаи бессимптомных рецидивов или отсутствие длительного эффекта от медикаментозного лечения симптомов послеоперационной желудочной диспепсии. В группу неудовлетворительных результатов относили пациентов с рецидивом, превышающим 1/2 первоначального размера псевдокисты, и пациентов, которым понадобилось повторное оперативное вмешательство. В результате у 28 пациентов (90,4%) были получены отличные и хорошие результаты, неудовлетворительные результаты, потребовавшие выполнения реоперации, были отмечены только у 3 (9,6 %) пациентов. Выводы: 1) Клинически проявляющиеся псевдокисты поджелудочной железы, прогрессивно увеличивающиеся в размерах, с высоким риском развития осложнений (нагноение, кровотечение, компрессия соседних органов) являются абсолютным показанием к хирургическому лечению. 2) Показаниями к наружному чрескожному пункционному дренированию псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем являются: наличие доступного акустического окна, позволяющего относительно безопасно призвести хирургическую манипуляцию, отсутствие связи псевдокисты с протоковой системой поджелудочной железы, наличие тяжелой сопутствующей патологии, представляющей высокий риск для традиционного лапаротомного оперативного вмешательства. 3) Включение в общий протокол лечения наряду с общепринятыми лапаротомными вмешательствами минимально инвазивного чрескожного наружного пункционного дренирования псевдокист поджелудочной железы под ультразвуковым контролем позволяет достичь отличных и хороших результатов у 90,4 % пациентов.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Гайдаржі Є.І., Ішук О.А.

Научный руководитель: акад. НАМНУ, член-корр. НАН Украины, проф. Никоненко А.С.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра госпітальної хірургії

Вступ: Золотим стандартом лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) визнана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), переважно завдяки поширеному використанню та чисельним мініінвазивним перевагам. Але, наряду з цим, поява нового мініінвазивного методу супроводжувалась і появою нових, специфічних цьому методу, хірургічних ускладнень (пошкодження позапечінкових жовчних проток, міхурової артерії та ін.), які дещо погіршують результати та дискредитують «золотий стандарт»