Применение наружного дренирования в лечении кистозных поражений поджелудочной железы

Луговая Ольга Владимировна
студентка
Белгородский государственный университет, медицинский факультет, Белгород, Россия
E-mail: Lugovaya@regadm.bel.ru

Кистозные образования, исходящие из поджелудочной железы (ПЖ) или тесно связанные с ней, являются показанием к хирургическому лечению. Лечение псевдокист (ПК) ПЖ, по-прежнему остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Тенденция роста подобных образований связана как с внедрением новых методов диагностики (КТ, МРТ, УЗИ), так и с ростом числа деструктивных форм панкреатита и травм ПЖ. Целью исследования является оценка эффективности методов наружного дренирования кист при различной их локализации. В исследование включены 80 пациентов, которым проведено наружное дренирование ПКПЖ в Межтерриториальном центре хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья за период 2002-2006гг. В комплексной диагностике кист всем пациентам выполнено: общеклиническое обследование, УЗИ, цитологическое исследование. С целью верификации диагноза дополнительно проведены: эндоскопическое обследование - 28, фистулография - 8, диагностическая пункция - 28 пациентам; для определения характеристик кисты, выявления связи с главным панкреатическим протоком и его состояния потребовалось проведение МРТ - 11, КТ и СКТ -27 пациентам. В 47,7% киста была локализована в области хвоста и перехода тела в хвост, в области головки – 18,75%, тела ПЖ – 13,75%, парапанкреатические и множественные кисты - 10%. Сроки существования кисты (по данным анамнеза, УЗИ) варьировали от месяца до 3 лет. Наружное дренирование при локализации кисты в теле и хвосте ПЖ проведено 56 пациентам (44 - ЧКНД, 12 - лапаротомно), что в 48 случаях (85,7%) привело к выздоровлению (отсутствие УЗ-признаков кисты, или уменьшение ее размеров менее 3 см). Дренирование кист головки (ЧКНД – 15 в случаях и лапаротомным доступом - 4) при осложненном течении было эффективно в 6 случаях. При парапанкреатической локализации кист всем 5 пациентам выполнено ЧКНД, приведшее к ликвидации полости. Средняя длительность пребывания в стационаре пигментов с ЧКНД 18,9 койко-дней, при лапаротомном дренировании - 25,5. Пункционно-дренирующий способ лечения эффективен у пациентов с ПКПЖ области хвоста и тела ПЖ, и из-за малотравматичности является предпочтительным. При локализации кисты в головке железы ЧКНД малоэффективно и должно выполняться только при осложненном течении кист. Лапаротомный метод наружного дренирования в большинстве случаев не дает преимуществ перед пункционным.

Литература

1. Васильев В.В., Семянов Д.Ю (2005) Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗИ контролем в лечении псевдокист поджелудочной железы//Анналы хирургии №6.
2. Шабунин А.В., Лукин А.Ю (2000) Сравнительный анализ лапаротомного и пункционн0дренирующего методов лечения при несформированных постнекротических киста поджелудочной железы//Вестник хирургии, Т.159, №5.
3. Тухбатуллин М.Г., Сафиуллин Р.Р. Миниинвазивные вмешательства на поджелудочной железе под контролем ультразвукового исследования и компьютерной томографии/ Анналы хирургической гепатологии
4. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А. и др. (2006) Хирургическое лечение кистозных поражений поджелудочной железы//Анналы хирургической гепатологии том 2, №1