

**РЕГИОНАРНОЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ВВЕДЕНИЕ ДИАЛИПОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОПАТИЧЕСКИ-ИНФИЦИРОВАННОЙ И СМЕШАННОЙ ФОРМАМИ СИНДРОМА СТОПЫ ДИАБЕТИКА**

*В.И.Пантьо, В.М.Шимон, С.С.Филип, Ю.П.Скрипинец, Р.М.Сливка, С.С.Чундак*

**Резюме.** Работа посвящена улучшению результатов лечения гнойно-некротических поражений стопы у больных сахарным диабетом. Клинический материал основывается на обследовании и лечении 238 больных с синдромом стопы диабетика нейропатически-инфицированной и смешанной форм. У 98 из них для лечения использовали пролонгированную регионарную внутриаартериальную комбинированную терапию. Доказана высокая эффективность предложенной методики лечения, базирующейся на введении препаратов через катетеризированную нижнюю надчревную артерию.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, синдром стопы диабетика, регионарная терапия.

**REGIONAL PROLONGED ADMINISTRATION OF "DIALIPON" IN HOLIATRY OF PATIENTS WITH NEUROPATHICALLY INFECTED AND MIXED FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME**

*V.I.Pantio, V.M.Shymon, S.S.Philip, Yu.P.Skrypynets', R.M.Slyvka, S.S.Chundak*

**Abstract.** The paper deals with bettering the results of treating pyo-necrotic foot affections in patients with diabetes mellitus. The clinical material is based on the examination and treatment of 238 patients with diabetic foot syndrome of neuropathically infected and mixed forms. Prolonged regional intraarterial combined therapy was used in 98 of them. The authors demonstrated the high efficacy of the suggested mode of treatment which is based on injecting drugs via the catheterized inferior epigastric artery.

**Key words:** diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, regional therapy.

National University (Uzhhorod)

Надійшла 23.06.2006 р.

© Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О.

УДК 616.37-006.2-089

**ВИЗНАЧЕННЯ ТАКТИКИ ТА МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*В.І.Русин, О.О.Болдіжар, А.В.Русин, П.О.Болдіжар*

*Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. В.І.Русин) Ужгородського національного університету*

**Резюме.** Проведено аналіз 236 хворих з псевдокістами підшлункової залози (ПЗ). Зі сформованими кістами прооперовано 159 пацієнтів. Вичікувальна хірургічна тактика в період формування псевдокіст ПЗ пов'язана з високим ризиком розвитку таких ускладнень, як кровотеча, нагноєння, перфорація псевдокісти, висока кишкова непрохідність, механічна жовтяниця, сегментна допечінкова портална гіпертензія. Операцією вибору при псевдокістах ПЗ є внутрішнє дренирування, виконуване класичним способом або ендоскопічно.

**Ключові слова:** псевдокіста підшлункової залози, хірургічне лікування.

Одним із небезпечних ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту і травм підшлункової залози (ПЗ) є утворення псевдокіст. Гострий набряково-больовий панкреатит ускладнюється кістою в 1,18-19,4% випадків, а

тяжкі деструктивні панкреатити – у половині випадків [1, 2]. При травмах ПЗ кісти виникають у 20-30% постраждалих [3, 4]. У процесі формування кісти виникають такі небезпечні для життя ускладнення, як перфорація, кровоте-

ча, нагноєння та інші [5-7]. Отже, питання хірургічного лікування при псевдокістах ПЗ потребує подальшого вивчення.

**Мета дослідження.** Розробити доцільну та раціональну тактику хірургічного лікування хворих із псевдокістами ПЗ.

**Матеріал і методи.** Проведено аналіз 236 хворих з псевдокістами ПЗ, які лікувалися у хірургічній клініці обласної лікарні м. Ужгород. У 218 (92,4%) хворих псевдокіста утворилася внаслідок перенесеного гострого панкреатиту, у 18 (7,6%) – травми ПЗ. Сформовані кісти виявлені у 159 (67,4%) пацієнтів, несформовані – 77 (32,6%).

Зі сформованими кістами оперовано 159 пацієнтів. Ускладнення виявлені у 39 (24,5%) хворих: у 4 – кровотеча, 2 – кровотеча та нагноєння, 3 – перфорація кісти, 5 – нагноєння, 4 – стискання кістою вихідного відділу шлунка із порушенням евакуації, 6 – механічна жовтяниця, 15 – сегментна допечінкова портальна гіпертензія.

У 24 хворих виконали радикальне оперативне лікування: у 18 – дистальна резекція ПЗ, 3 – панкреатодуоденальна резекція, 3 – видалення кісти. Внутрішні дреноуючі операції проведені у 86 пацієнтів: пункційно-дреноуючі – 18, ендоскопічно-дреноуючі – 31.

Групу хворих з гострими псевдокістами ПЗ, яких лікували консервативно, становили 77 осіб. Ускладнення виявлені у 45 (58,4%) хворих: 27 – панкреатичний асцит, 18 – механічна жовтяниця.

У 21 хворого з консервативним лікуванням розвинулися екстрапанкреатичні псевдокісти ПЗ на ґрунті тяжкого панкреатиту. Усім хворим виконували пункцію з відсмоктуванням її вмісту або дреноування під контролем ультрасонографії. У 27 хворих виконали лапароскопічне дреноування черевної порожнини із-за наявності вільної рідини у черевній порожнині. Зазвичай дреноували піддіафрагмальні простори, підпечінковий простір, бічні канали, порожнину малого таза. У 18 хворих із гіпербілірубінемією проведено ендоскопічну папілосфінктеротомію. Ендоскопічну цистогастротомію наклали 11-м пацієнтам.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз результатів оперативного лікування хворих з ускладненими кістами ПЗ показав, що у трьох пацієнтів із перфораціями вимушене зовнішнє дреноування псевдокісти призвело до нагноєння та формування зовнішнього свища, що потребувало повторного оперативного втручання. Серед хворих із псевдокістами, ускладненими кровотечею, в одному випадку виконана панкреатодуоденальна резекція, у трьох – прошивання арозованої судини на дні кісти і формування внутрішнього анастомозу. Серед хворих із псевдокістами, ускладненими кровотечею та нагноєнням, зовнішнє дреноування з

тампонадою кіст успіху не дало, обидва хворі померли.

Внутрішнє дреноування у хворих з явищами високої кишкової непрохідності виявилось успішним, як і в 6 хворих з явищами механічної жовтяниці, яким одночасно виконували транспапільярне дреноування спільної жовчної протоки. Серед 15 хворих із псевдокістами, ускладненими допечінковою портальною гіпертензією, у 33% випадків розвинулися гнійні ускладнення в післяопераційному періоді, один пацієнт оперований повторно з приводу піддіафрагмального абсцесу.

Отже, тривале консервативне лікування хворих із псевдокістами з метою формування кісти і проведення хірургічного втручання у сприятливіших умовах пов'язане з високим ризиком виникнення грізних ускладнень.

Серед хворих з ускладненими незрілими кістами ПЗ лапароскопічне дреноування черевної порожнини для ліквідації асцит-панкреатиту на фоні подовженої регіонарної перфузії виявилось успішним у всіх випадках. Надалі здійснювали пункційне дреноування кісти під контролем ультрасонографії або ендоскопічне дреноування. У випадку механічної жовтяниці виконували транспапільярне дреноування. У групі хворих з ускладненими незрілими кістами один хворий помер від кровотечі після ендоскопічного дреноування. У цій же групі після пункційного дреноування під контролем ультрасонографії було виконано вісім релапаротомій з приводу рецидиву псевдокісти.

Отримані результати зумовили перегляд хірургічної тактики на користь активації хірургічних операцій на ранніх стадіях формування псевдокісти та зміну видів оперативних втручань. Вибір внутрішнього цистогастроанастомозу та цистодуоденоанастомозу пояснюється такими чинниками: 1) "вигідне" топографо-анатомічне взаємовідношення псевдокісти зі шлунком і дванадцятипалою кишкою; 2) лапаротомний або ендоскопічний доступ не передбачає роз'єднання інфільтративно змінених тканин; 3) дотримується органозберігальний принцип; 4) візуалізація та активне втручання за допомогою ендоскопічної техніки; 5) відсутність загрози невідповідності анастомозів; 6) відсутність ризику виникнення свищів ПЗ; 7) відсутність загрози суперінфікування псевдокісти; 8) відносна технічна простота.

Псевдокісти ПЗ є частим варіантом локального ускладнення гострого панкреатиту: у 73% хворих з некротизуючим і у 5% з інтерстиційним панкреатитом у ранні терміни захворювання. Понад 20% псевдокіст інфікується, у 10-12% випадків розвивається кровотеча. Летальність при псевдокістах становить 12%, а за наявності інфікування – до 41% [4, 6]. Незважаючи на наявність широкого арсеналу медикаментів, невдоволення результатами лікування диктує необхідність розпочинати терапію у більш ранні терміни захворювання із застосуванням на фоні подовженої регіонарної перфузії таких малоінвазивних методик: пункції, пункційне дренивання під контролем ультрасонографії, лапароскопічне дренивання, ендоскопічне внутрішнє дренивання та стентування. В той же час питання терміну,

вибору і обсягу хірургічного втручання, як і профілактики укладень псевдокіст підшлункової залози, потребують подальшого вивчення.

**Висновки.** 1. Вичікувальна хірургічна тактика у період формування псевдокіст підшлункової залози пов'язана з високим ризиком розвитку кровотечі, нагноєння, перфорації псевдокісти, високої кишкової непрохідності, механічної жовтяниці, сегментної допечінкової портальної гіпертензії. 2. Операцією вибору з приводу псевдокіст підшлункової залози є внутрішнє дренивання, виконуване класичним способом або ендоскопічно.

**Перспективи подальших досліджень.** Необхідно розробити показання до трансмуральних ендоскопічних дренируючих операцій з приводу несформованих псевдокіст підшлункової залози.

#### Література

1. Губергеріц Н.Б., Христич Т.М. *Клінічна панкреатологія*. – Донецьк: Лебедь, 2000. – 413 с.
2. Cahen D., Rauws E., Fockens P. et al. *Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment* // *Endoscopy*. – 2005. – V. 37, № 10. – P. 977-983.
3. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В. та ін. *Хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози* // *Шпит. хірургія*. – 2002. – № 4. – С. 29-33.
4. Gibbs C.M., Baron T.H. *Outcome following endoscopic transmural drainage of pancreatic fluid collections in outpatients* // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2005. – V. 39, № 7. – P. 634-637.
5. Бабенков Г.Д., Ольшанецький А.А., Кириченко Б.Б. и др. *Выбор хирургической тактики при кистах поджелудочной железы* // *Вісн. морської мед.* – 2001. – № 2 (14). – С. 58-67.
6. Nealon W.H., Walser E. *Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas* // *Ann. Surg.* – 2005. – V. 241, № 6. – P. 948-957.
7. Yin W.Y. *The role of surgery in pancreatic pseudocyst* // *Hepatogastroenterology*. – 2005. – V. 52. – P. 1266-1273.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ И МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*В.И.Русин, О.О.Болдижар, А.В.Русин, П.О.Болдижар*

**Резюме.** Проведен анализ 236 больных с псевдокистами поджелудочной железы (ПЖ). Со сформированными кистами прооперировано 159 пациентов. Выжидательная хирургическая тактика в период формирования псевдокист ПЖ связана с высоким риском развития таких осложнений, как кровотечение, нагноение, перфорация псевдокисты, высокая кишечная непроходимость, механическая желтуха, сегментная допеченочная портальная гипертензия. Операцией выбора при псевдокистах ПЖ есть внутреннее дренирование, выполняемое классическим способом или эндоскопически.

**Ключевые слова:** псевдокиста поджелудочной железы, хирургическое лечение.

#### CHOICE OF A MODE AND APPROACH OF TREATING PANCREATIC PSEUDOCYSTS

*V.I.Rusyn, O.O.Boldizhar, A.V.Rusyn, P.O.Boldizhar*

**Abstract.** An analysis of 236 patients with pancreatic pseudocysts has been carried out. 159 patients with formed cysts have been operated. Expectant surgical approach during the period of pancreatic pseudocysts development is connected with a high risk of the development of such complications as bleeding, suppuration, pseudocyst perforation, high bowel obstruction, obstructive jaundice, segmental extrahepatic portal hypertension. An operation of choice in case of pancreatic pseudocysts is internal drainage, performed by means of the traditional method or endoscopically.

**Key words:** pancreatic pseudocyst, surgical treatment.

National University (Uzhhorod)

Надійшла 26.06.2006 р.