



Н. М. Гончарова,
І. В. Лещук,
К. А. Меженська

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ВАРІАНТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Резюме. Виконано аналіз даних історій хвороби 52 хворих з псевдокістами підшлункової залози, які ускладнилися механічною жовтяницею. Виділено три групи хворих, відповідно до класифікації D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.). Виходячи з результатів дослідження, у хворих з псевдокістами підшлункової залози першого типу доцільно виконувати пункції під контролем ультрасонографії, що було ефективним та остаточним методом лікування у 75 % хворих. При псевдокістах підшлункової залози другого та третього типів мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання треба використовувати як взаємодоповнюючі.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, механічна жовтяниця, мініінвазивні методи.

Вступ

Псевдокіста (ПК) підшлункової залози (ПЗ) — найрозповсюдженіше ускладнення перебігу гострого й хронічного панкреатиту. Це утворення, що містить ферменти ПЗ та відокремлене стінкою, яка складається з грануляційної та/або фіброзної тканини, не вислана епітелієм [3, 5]. Утворення знаходиться у тканині залози (інтрапанкреатичні) або поряд із залозою (екстрапанкреатичні ПК). ПК ускладнює гострий панкреатит (ГП) у 7-80 % випадків. Після травми ПЗ ПК утворюються приблизно у 10 % хворих. Хронічний панкреатит (ХП) ускладнюється формуванням кістозних утворень у 20-40 % випадків. У чоловіків у 57-84 % випадків ПК виникають на фоні зловживання алкоголем. У жінок провідним етіологічним фактором є жовчокам'яна хвороба (31-65 % випадків). Останнім часом спостерігається підвищення показників захворюваності на ГП та ХП, і випадків травми ПЗ, що зумовлює актуальність даної проблеми. Наразі все частіше хірургічне лікування ПК, що ускладнилися механічною жовтяницею (МЖ), проводять за допомогою менш травматичних мініінвазивних втручань, у вигляді пункцій та дренування під контролем ультразвукового дослідження (УЗД), ендоскопічної цистогастростомії, лапароскопічних методів формування цистоентероанастомозів (ЦЕА) з метою відкладення лапаротомного втручання, а інколи є достатніми для проведення адекватного лікування [3, 5].

Матеріали та методи досліджень

Проведено ретроспективний аналіз 52 історій хвороби пацієнтів, що лікувалися у хірургічному відділенні КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня — центр екстреної медичної до-

помогі та медицини катастроф» м. Харкова у 2015-2018 роках з приводу ПК ПЗ, які ускладнилися МЖ. З них чоловіків — 47 (90,4 %), жінок — 5 (9,6 %) віком від 25 до 76 років (у середньому — 50,5 років). Хворі розподілені на три групи, відповідно до класифікації D'Egidio A. та Schein M. (1991): ПК I типу — постнекротичні кісти, що виникли внаслідок нападів ГП; ПК II типу — постнекротичні ПК, що утворилися після загострення ХП; ПК III типу — ретенційні кісти на тлі ХП (через стриктури протоків ПЗ). У 1-го хворого з ПК I типу та МЖ виникла кровотеча в порожнину кісти, у одного хворого — нагноєння. У пацієнтів з ПК II типу та МЖ спостерігалися такі ускладнення: нагноєння — у 2 хворих, тубулярний стеноз холедоху — у 3, деформація шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК) — у 3. У 6 пацієнтів на ПК III типу з МЖ виникла деформація шлунка або ДПК, кровотеча у порожнину кісти — у 2 хворих. Усім хворим проведено загальний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, УЗД. Залежно від клінічної ситуації, за показаннями, виконували мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ) (з/без контрастування), ендоскопічну езофагогастродуоденоскопію (ЕЕГДС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), ендосонографію, ангиографію, пункції ПК з наступним морфологічним, цитологічним, біохімічним дослідженням пунктату.

Результати досліджень та обговорення

Всім пацієнтам з ПК I типу було проведено пункції під контролем УЗД, які у 3-х хворих (75 % даної групи) були завершальним етапом хірургічного лікування. У 1-го хворого з нагноєнням та хворого з кровотечею у порож-

нину ПК виконано цистопанкреатоєюностомію (ЦПЕС) та холецистоєюностомію (ХЄС). Пункцію ПК II типу з МЖ, під контролем УЗД провели 1-му пацієнту. Ендоскопічні пункції ПК виконані 2-м хворим. Ендоскопічну цистодуоденостомію виконано 1-му хворому. У 7-ми хворих з ПК II типу проведено повздожню ЦПЕС за Ру, у 3-х з них, зі стенозом термінального відділу холедоху, вона доповнена холецистоєюностомією. У 6-ти пацієнтів виконані цистоеюностомії (ЦЄС). За наявності нагноєння ПК, 2-м хворим показана лапаротомія із зовнішнім дрениванням. 5 пацієнтам, у яких ПК знаходилася у голівці ПК, виконано операцію за Frey. 13-ти хворим з ПК III типу виконані повздожні ЦПЕС. У 2-х хворих з ПК ПЗ з кровотечею у порожнину кісти та МЖ, виконано лапаротомію, гемостаз та зовнішнє дренивання ПК. 2-м пацієнтам, у яких ПК голівки ПЗ ускладнилася

компресією шлунку або ДПК. У 1-го пацієнта пункція ПК під контролем УЗД ускладнилася кровотечею з арозивної судини у порожнину ПК, що було усунено РЕО гастродуоденальної артерії. Летальних випадків при лікуванні ПК ПЗ, ускладнених МЖ, не було.

Висновки

Отже, хірургічне лікування хворих з ПК ПЗ, ускладненими МЖ, вимагає розроблення індивідуального плану та підходу з використанням мініінвазивних методів, що є менш травматичними, на відміну від відкритих. У хворих з ПК ПЗ I типу виконували пункції під контролем УЗД, що було ефективним та остаточним методом лікування у 75 % хворих. При ПК ПЗ II та III типів мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання треба використовувати як взаємодоповнюючі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрущенко В. П. Систематизований підхід до застосування сучасних мініінвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / В. П. Андрущенко, Д. В. Андрущенко, Л. М. Когут // Український журнал хірургії. — 2009. — № 2. — С. 7-12.
2. Діагностика та лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених механічною жовтяницею / В. Г. Ярешко, Ю. А. Міхеєв, І. В. Криворучко, С. Г. Живиця // Львівський медичний часопис. — 2010. — Т. 16, № 4. — С. 75 — 77.
3. Endoscopic transmural debridement of symptomatic organized pancreatic necrosis (with videos) / R. P. Voermans, M. C. Veldkamp, E. A. Rauws [et al.] // *Gastrointest Endosc.* — 2007. — Vol. 66. — P.909-916.
4. Peroral transgastric/transduodenal necrosectomy: success in the treatment of infected pancreatic necrosis / J. Escourrou, H. Shehab, L. Buscail [et al.] // *Ann Surg* 2008. — Vol. 248. — P.1074-1080.
5. Severe acute pancreatitis: overall and early versus late mortality in intensive care units / V. Bumbasirevic, D. Radenkovic, Z. Jankovic [et al.] // *Pancreas.* — 2009. — Vol. 38. — P.122-125.



**ВАРИАНТЫ И
ОСОБЕННОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ,
ОСЛОЖНЕННЫХ
МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ**

*Н. Н. Гончарова, И. В. Лещук,
Е. А. Меженская*

Резюме. Выполнен анализ данных историй болезни 52 больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными механической желтухой. Выделены три группы больных, согласно классификации D'Egidio A. и Schein M. (1991). Исходя из результатов исследования, у больных с псевдокистами поджелудочной железы первого типа целесообразно выполнять пункции под контролем ультразвукографии, что было эффективным и окончательным методом лечения у 75 % больных. При псевдокистах поджелудочной железы второго и третьего типов миниинвазивные методы и традиционные открытые хирургические вмешательства необходимо использовать как взаимодополняющие.

Ключевые слова: *псевдокисты поджелудочной железы, механическая желтуха, миниинвазивные методы.*

**VARIATIONS AND
FEATURES OF SURGICAL
TREATMENT OF
PSEUDOCYST OF THE
PANCREAS COMPLICATED
BY MECHANICAL
JAUNDICE**

*N. M. Honcharova,
I. V. Leschuk, K. A. Mezhenska*

Summary. The analysis of the data of the histories of the disease of 52 patients with pseudocysts of the pancreas, complicated by mechanical jaundice, was performed. Three groups of patients have been identified, according to the classification of D'Egidio A. and Schein M. (1991). Based on the results of the study, in patients with pseudocysts of the pancreas of the first type it is expedient to perform a puncture under the control of ultrasonography, which was an effective and final method of treatment in 75 % of patients. In pseudocysts of the pancreas of the second and third types, minimally invasive methods and traditional open surgical interventions should be used as complementary.

Key words: *pancreatic pseudocysts, mechanical jaundice, mininvasive methods.*