



Н. М. Гончарова

Харківський національний  
медичний університет,  
м. Харків

© Гончарова Н. М.

## ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНІ ГОСТРІ ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

**Резюме.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 49 хворих з ускладненими гострими псевдокістами підшлункової залози, які знаходилися у хірургічних відділеннях клініки з 2000 по 2015 р. Мініінвазивні методи лікування хворих на ускладнені гострі псевдокісти підшлункової залози, у якості I етапу були застосовані у 49 пацієнтів. Перевагу віддавали пункціям під контролем УЗД, які у загальній структурі мініінвазивних методик склали 77,08 %. У 19 хворих, виникли ускладнення (реактивні плеврити, рецидиви псевдокіст), які були ліквідовані повторними УЗД пункціями. Застосування мініінвазивних методик дозволило знизити кількість лапаротомних втручань у хворих цієї групи, у якості II етапу, до 9 (18,75 %). Хірургічне лікування ускладнених гострих псевдокіст підшлункової залози повинно мати етапний характер з максимальним застосуванням мініінвазивних технологій. Використання «дво етапної» методики лікування дозволило знизити післяопераційну летальність до 2,04 %.

**Ключові слова:** ускладнені псевдокісти, підшлункова залоза, мініінвазивні методи, ультрасонографічна пункція

### Вступ

Гострі псевдокісти (ПК) підшлункової залози (ПЗ) виникають у 11–18 % хворих, які перенесли гострий деструктивний панкреатит [1, 5, 6], при цьому регрес ПК настає у 8–15 % пацієнтів [4, 6]. Довготривале спостереження за перебігом захворювання може привести до таких грізних ускладнень, як інфікування їх вмісту, кровотеча у просвіт ПК, перфорація чи розрив ПК у суміжні порожнинні органи або у вільну черевну порожнину, компресія жовчних шляхів з розвитком синдрому механічної жовтяниці, або компресія шлунка чи дванадцятипалої кишки (ДПК), або панкреатичні нориці [8, 9]. Виконання відкритих методів лікування супроводжується високою летальністю, низкою післяопераційних важких ускладнень, які потребують довготривалого перебування хворого у стаціонарі [7]. З появою мініінвазивних методик діапазон оперативних втручань, які виконуються хворим з гострими ПК ПЗ, достатньо розширився [2, 3]. Їх використання дозволяє стабілізувати загальний стан хворого, відтермінувати відкрите втручання, а іноді вони стають остаточним методом лікування пацієнта [3, 4].

### Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати хірургічного лікування 49 хворих з ускладненими гострими ПК ПЗ, які знаходилися у хірургічних відділеннях клініки з 2000 по 2015 р. Усіх хво-

рих було обстежено за загально прийнятими лабораторними та інструментальними методиками з використанням ультразвукового дослідження (УЗД), ендосонографії (ЕС), ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, комп'ютерної томографії, ангіографії, та цитологічним і біохімічним дослідженням пунктату. У якості ускладнень у 48,98 % хворих спостерігалися інфікування ПК, у 18,4 % – кровотечі у порожнину ПК, у 20,4 % – компресії ДПК та шлунку, у 6,1 % – механічні жовтяниці, у 2,04 % – перфорації ПК, у 4,08 % – панкреатогастральні нориці. Пацієнтам було застосовано лікувально-діагностичний алгоритм, який включав в себе «дво етапну» методику лікування, використовуючи у якості I етапу мініінвазивні методи, для стабілізації загального стану хворого, та у якості II етапу, лапаротомію, з ліквідацією самої ПК ПЗ. При лікуванні пацієнтів з гострими ПК ПЗ враховували загальний стан хворого, вид ускладнення та рівень дисфункції органу SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

### Результати досліджень та їх обговорення

Для лікування хворих з ускладненими гострими ПК ПЗ, у якості I етапу, застосовувалися мініінвазивні методики, з метою деконпресії ПК, та «вичікувальної» тактики для стабілізації стану хворого.

При інфікованих ПК ПЗ (24 пацієнта), у якості I етапу 19 хворим (у тому числі 2 – з ін-



фікованими ПК ПЗ, ускладненими кровотечею у їх порожнину, 2 – з інфікованими ПК ПЗ, ускладненими механічною жовтяницею) виконані пункції під контролем УЗД; 6 (у тому числі 1 – з інфікованою ПК ПЗ, ускладненою компресією ДПК, 1 – з інфікованою ПК ПЗ, тромбозом селезінкової вени, панкреатогенним асцитом-перитонітом) – зовнішнє дренування ПК ПЗ під контролем УЗД за типом «pig tail». У ранньому післяопераційному періоді 6 хворих потребували повторних пункцій під контролем УЗД, та 1 пацієнт – редренування ПК ПЗ, у зв'язку з нерозрішенням ПК та прогресуванням гострого панкреатиту. Реактивний плеврит виник у 3-х пацієнтів, яким було виконано пункції плевральних порожнин під контролем УЗД. З досліджуваних 24 хворих з інфікованими ПК ПЗ, 3 – вже мали в анамнезі пункції під контролем УЗД, 1 – оперований з приводу післятравматичного панкреонекрозу (санація та дренування чепцевої сумки).

При гострих ПК ПЗ, які ускладнені компресією шлунка та/або ДПК (9 пацієнтів), у якості I етапу, 6 хворим виконано черезшкірні пункції ПК під контролем УЗД, у 1 з них, у подальшому – зовнішнє дренування ПК ПЗ під контролем УЗД за типом «pig tail». У 1 пацієнта пункції під контролем УЗД виконувалися тричі. Одному хворому з гострим панкреатитом, ПК ПЗ, ускладненою компресією бульби ДПК, виконано ендосонографічну пункцію ПК, яка у післяопераційному періоді ускладнилася через 6 днів рецидивом ПК, що був ліквідований пункцією ПК під контролем УЗД. Черезшкірне дренування ПК ПЗ під контролем УЗД за типом «pig tail» виконано 1 хворому з багатокамерною ПК ПЗ великих розмірів, яка здавлювала шлунок. Рецидив ПК ПЗ виник у 1 хворого, був ліквідований повторними пункціями під контролем УЗД.

Лапароскопічне дренування гострих ПК ПЗ виконано 2 хворим. Одному хворому з гострим панкреонекрозом, ПК голівки та хвоста ПЗ, деформацією бульби ДПК у зв'язку з прогресуванням панкреонекрозу та синдрому загальної інтоксикації виконано релюмбоскопію, релароскопію, некрсеквестректомію, дренування позаочеревного простору, черевної порожнини. Хворий помер, причиною смерті був синдром поліорганної недостатності.

При гострих ПК ПЗ, що ускладнені кровотечею у її порожнину (9 пацієнтів), 7 хворим, у якості I етапу, виконано пункції ПК під контролем УЗД. Повторні пункції ПК, з метою декомпресії, були виконані 3 хворим. Одному пацієнту після пункції ПК ПЗ під контролем УЗД, з метою гемостазу, проведено

рентгендоваскулярну оклюзію (РЕО) селезінкової артерії. У 1 хворого з гострим інфікованим панкреонекрозом, ПК ПЗ, ускладненою кровотечею у її порожнину та перфорацією, розповсюдженим серозно-фібринозним перитонітом, у якості I етапу, виконано зовнішнє дренування ПК під контролем УЗД за типом «pig tail». У післяопераційному періоді у хворого виникло гостре рідинне скупчення у лівому піддіафрагмальному просторі, яке ліквідоване черезшкірними пункціями під контролем УЗД.

При гострих ПК ПЗ, ускладнених механічною жовтяницею, у якості I етапу, 3 хворим виконано пункції під контролем УЗД. У 1 хворого після пункції під контролем УЗД, механічну жовтяницю було ліквідовано за допомогою чрезшкірної чрезпечінкової холецистостоми. Рецидиви ПК ПЗ виникли у 2 хворих, ліквідовані повторними пункціями під контролем УЗД. Один пацієнт мав в анамнезі зовнішнє дренування ПК.

При гострій ПК ПЗ, що ускладнені цистогастральною норицею, астенічним синдромом, у якості I етапу, 1 пацієнту виконано черезшкірне дренування ПК ПЗ під контролем УЗД за типом «pig tail», з подальшою черезшкірною цистогастростомією зі стентуванням гастростомного отвору під контролем УЗД на 12 добу після стабілізації стану хворого. В анамнезі у цього пацієнта були неодноразові пункції ПК під контролем УЗД. У 1 хворого з гострим інфікованим панкреонекрозом, ПК ПЗ, яка перфорувала у шлунок, цистопанкреатичною норицею, у якості I етапу лікування, виконано пункцію ПК ПЗ під контролем УЗД.

У 38,8 % хворих, яким у якості I етапу, виконано мініінвазивні методики, виникли ускладнення (реактивні плеврити, рецидиви ПК), які були ліквідовані повторними УЗД пункціями.

Лапаротомні втручання виконані у 9 хворих, з ускладненими гострими ПК ПЗ, у якості II етапу, після декомпресії ПК під контролем УЗД та стабілізації стану хворого.

### Висновки

Хірургічне лікування ускладнених гострих ПК ПЗ повинно мати етапний характер з максимальним застосуванням мініінвазивних технологій. Використання «дво етапної» методики лікування, з використанням у якості I етапу мініінвазивні методи, для стабілізації загального стану хворого, та у якості II етапу, лапаротомію, з ліквідацією самої ПК ПЗ, дозволило знизити післяопераційну летальність до 2,04 % та кількість лапаротомних втручань у хворих цієї групи до 18,75 %.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Андрищенко В. П. Систематизований підхід до застосування сучасних мініінвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / В. П. Андрищенко, Д. В. Андрищенко, Л. М. Когут // Український журнал хірургії. – 2009. – № 2. – С. 7 – 12.
2. Влахов А. К. Эффективность эхонавигационных интервенций в лечении постнекротических кист поджелудочной железы / А. К. Влахов, В. Н. Старосек // Мат. пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Ижевск, 2012. – С. 8–10.
3. Десятерик В. І. Мініінвазивні втручання під контролем ультразвуку на етапах розвитку ускладнень панкреатиту / В. І. Десятерик, О. В. Котов // Укр. журн. хірургії. – 2009. – № 3. – С. 55 – 57.
4. Диагностика и тактика лечения незрелых постнекротических кист поджелудочной железы / Т. И. Тамм, Б. М. Даценко, А. Я. Бардюк, В. В. Непомнящий // Харьковская хирургическая школа. – 2009. – № 4.1(36). – С. 291 – 293.
5. Alsfasser G. Treatment of necrotizing pancreatitis: redefining the role of surgery / G. Alsfasser, F. Schwandner, A. Pertschy // World J. Surg. – 2012. – Vol. 36. – P. 1142 – 1147.
6. Brun A. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis / A. Brun, N. Agarwal, C. Pitchumoni // J. Clin. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 45. – P. 614 – 625.
7. Interventions for necrotizing pancreatitis: Summary of a Multidisciplinary Consensus Conference / M. L. Freeman, J. Werner, H. C. van Santvoort [ et al. ] // Pancreas. – 2012. – Vol. 41, № 8. – P. 1176 – 1195.
8. Ultrasound-guided percutaneous drainage may decrease the mortality of severe acute pancreatitis / X. Ai, X. Qian, W. Pain [ et al. ] // J. Gastroenterol. – 2009. [Epub ahead of print].
9. Van Baal M. C. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing pancreatitis // Br. J. Surg. – 2011. – Vol. 98. – P. 18 – 27.

ПРИМЕНЕНИЕ  
МИНИИНВАЗИВНЫХ  
МЕТОДОВ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
С ОСЛОЖНЕННЫМИ  
ПСЕВДОКИСТАМИ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Н. Н. Гончарова*

**Резюме.** Проанализованы результаты хирургического лечения 49 больных с осложненными острыми псевдокистами поджелудочной железы, которые находились в хирургических отделениях клиники с 2000 по 2015 г. Миниинвазивные методы лечения больных осложненными острыми псевдокистами поджелудочной железы в качестве I этапа применены у 49 пациентов. Преимущество отдавали пункциям под контролем ультразвукографии, которые в общей структуре миниинвазивных методик составили 77,08 %. У 19 больных возникли осложнения (реактивные плевриты, рецидивы псевдокист), которые были ликвидированы повторными пункциями под контролем ультразвукографии. Применение миниинвазивных методик позволило снизить количество лапаротомных вмешательств у больных этой группы, в качестве II этапа, до 9 (18,75 %). Хирургическое лечение осложненных острых псевдокист поджелудочной железы должно иметь этапный характер с максимальным применением миниинвазивных технологий. Использование «двух этапной» методики лечения позволило снизить послеоперационную летальность до 2,04 %.

**Ключевые слова:** осложненные псевдокисты, поджелудочная железа, миниинвазивные методики, ультразвукографическая пункция.

THE USING METHODS  
MINIMALLY INVASIVE  
SURGICAL TREATMENT OF  
COMPLICATIONS OF ACUTE  
PSEUDOCYST OF PANCREAS

*N. M. Goncharova*

**Summary.** Results of surgical treatment of 49 patients with complicated acute pseudocyst of the pancreas, which were in surgical wards clinic from 2000 to 2015 patients. Minimally invasive treatments of patients with complicated acute pseudocyst of the pancreas, in the first phase were used in 49 patients. Preference was given to puncture under ultrasound, which in the overall structure of mini-invasive techniques amounted to 77,08 %. The 19 patients had complications (reactive pleurisy, recurrent pseudocyst), who were eliminated by repeated ultrasound puncture. The use of mini-invasive techniques has reduced the number laparotomy in patients in this group, as a second stage, to 9 (18,75 %). Surgical treatment of complicated acute pancreatic pseudocyst should be phased character with the maximum use of mini-invasive technologies. Using a «2-phased» method of treatment has reduced postoperative mortality 2,04 %

**Key words:** complicated pseudocyst, pancreas, minimally invasive techniques ultrasonographic puncture.