



Н. М. Гончарова

Харківський національний  
медичний університет

© Гончарова Н. М.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТРЕТЬОГО ТИПУ, УСКЛАДНЕНИХ ВТОРИННОЮ ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

**Резюме.** Проаналізовано результати оперативних втручань 43 хворих на псевдокісти підшлункової залози III типу за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.). При вирішенні проблеми комплексного лікування хворих з приводу псевдокіст підшлункової залози, ускладнених вторинною портальною гіпертензією використано напрямок, що полягає в етапності здійснення лікувальних заходів з використанням першим етапом пункційних або пункційно-дренувальних втручань – для поліпшення умов гемодинаміки у гепато-панкреатодуоденальній ділянці, другим етапом при прогресуванні захворювання – виконання відкритих оперативних втручань.

**Ключові слова:** підшлункова залоза, псевдокіста, хронічний панкреатит, вторинна портальна гіпертензія.

### Вступ

Одну з найбільш складних проблем у сучасній хірургії становить синдром вторинної портальної гіпертензії при хронічних прогресуючих захворюваннях підшлункової залози (ПЗ), а саме при хронічному фіброзно-дегенеративному панкреатиті та його ускладненнях, таких як псевдокісти (ПК) [3]. Вторинна портальна гіпертензія зустрічається при ПК ПЗ у 12 % випадків, є підпечінковою та, як правило, носить сегментарний характер. Вона може бути спричинена як тромбозом, так і здавленням мезентеріко-портального та селезінкового венозного стовбура ПК та прилягаючою ПЗ [3]. Не менш важлива ускладненість синдрому вторинної портальної гіпертензії асцитом і гіперспленізмом із геморагічним синдромом, що також значною мірою впливає на вибір тактики хірургічного лікування. Що стосується сегментарної портальної гіпертензії як у плановій, так і в ургентній ситуації, то методом вибору залишається спленектомія, оскільки методи ендоскопічного гемостазу залишаються неефективними, а рецидив кровотечі становить за даними А. Г. Шерцингера – 56,5 % [1].

### Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати оперативних втручань 43 хворих на ПК ПЗ третього типу за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991) – хронічні ретенційні ПК, які виникли при ХП внаслідок стриктури протоків ПЗ та завжди мали зв'язок з головною панкреатичною протокою [2], що ускладнені вторинною портальною гіпертензією, які знаходилися на лікуванні у хірургічних відділеннях Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна

лікарня – Центр екстреної медицини та медицини катастроф» за період з 2000 по 2015 р., з них чоловіків – 78 %, жінок – 22 %, віком від 21 до 79 років, у середньому (43,3±1,2) років. У всіх пацієнтів спостерігалися комбіновані ускладнення ПК ПЗ: компресія дванадцятипалої кишки (ДПК) з вторинною портальною гіпертензією – у 9; компресія шлунка та/або ДПК з вторинною портальною гіпертензією та асцитом – у 3, компресія шлунка та/або ДПК з гострою механічною жовтяницею та вторинною портальною гіпертензією – у 4; компресія ДПК, тубулярний стеноз холедоху, вторинна портальна гіпертензія – у 2; компресія шлунка та/або ДПК, стеноз v. portae, вторинна портальна гіпертензія – у 2; компресія ДПК, вірсунгоррагія, здавлення ворітної вени, вторинна портальна гіпертензія – у 1; кровотеча у порожнину ПК ПЗ, вторинна портальна гіпертензія – у 1; кровотеча у порожнину ПК ПЗ, тромбоз ворітної вени, вторинна портальна гіпертензія, асцит – у 2; кровотеча у порожнину ПК ПЗ, компресія шлунка, вторинна портальна гіпертензія – у 1; кровотеча у порожнину ПК ПЗ, вторинна портальна гіпертензія, асцит – у 1; нагноєння ПК ПЗ, вторинна портальна гіпертензія – у 1; нагноєння, компресія шлунка, механічна жовтяниця, вторинна портальна гіпертензія – у 1; нагноєння ПК ПЗ, здавлення термінального відділу холедоху, механічна жовтяниця, вторинна портальна гіпертензія – у 1; механічна жовтяниця, вторинна портальна гіпертензія – у 1; ПК ПЗ з перфорацією, вторинна портальна гіпертензія – у 1. Усім пацієнтам виконували загальноклінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, також використо-



ували інструментальні методи: ультразвукове дослідження (УЗД), спіральну комп'ютерну томографію (з/без контрастування), ендоскопічну фіброгастродуоденоскопію (ЕФГДС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію, магнітно-резонансну комп'ютерну томографію, ангіографію, морфологічні методи дослідження (бактеріологічні, цитологічні, гістологічні, гістохімічні та імуногістохімічні). При виборі способу оперативного втручання звертали увагу на вік пацієнта, локалізацію ПК ПЗ, вид ускладнення, а також ступінь дисфункції органу SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). При SOFA до 3 дисфункції органу не було, при SOFA від 3 до 8 (прогнозована летальність 22,5 %), дисфункцію органу вважали помірною, тоді як при показниках SOFA 8 або більше, дисфункцію органу вважали важкою.

### Результати досліджень та їх обговорення

Найбільш доцільним при вирішенні проблеми комплексного лікування хворих з приводу ускладнених ПК ПЗ третього типу з вторинною портальною гіпертензією є напрямок, що полягає в етапності здійснення лікувальних заходів з використанням першим етапом пункційних або пункційно-дренувальних втручань – для поліпшення умов гемодинаміки у гепатопанкреатодуоденальній ділянці (ГПДД), другим етапом при прогресуванні захворювання – виконання відкритих оперативних втручань [4, 5].

Пункції ПК ПЗ третього типу, які ускладнені вторинною портальною гіпертензією під контролем УЗД, у якості першого етапу, були використані у 5 хворих, з подальшим накладенням цистоентероанастомозів за Ру у 4-х та зовнішнім дрениванням ПК ПЗ у 1 пацієнта. Цистоентеростомії за Ру були виконані 15 хворим з метою декомпресії ПК ПЗ та поліпшення гемодинаміки у ГПДД.

У 1-го хворого з хронічним калькульозним панкреатитом з ПК ПЗ третього типу, ускладненою кровотечею у її порожнину, дуоденостазом та вторинною портальною гіпертензією виконана першим етапом рентгендоваскулярна оклюзія (РЕО) гастродуоденальної артерії (ГДА) з подальшою лапаротомією, тромбектомією з загальної та правої печінкової артерії, зовнішнє дренивання холедоуху. Основними протипоказаннями до РЕО були кровотечі із венозних судин, судин недоступних для емболізації, наявність вираженого коллатерального кровотоку у ділянці кровотечі, кровотечі з магістральної судини, емболізація якої була небезпечна для життя пацієнта, та при технічній неможливості оклюзії всіх джерел геморагії. При неможливості виконання РЕО та при невдалих спробах зупинки кровотечі були виконані лапаротомії з мобілізацією

судин, які спричинили кровотечу та втручанням на ПЗ.

При ПК ПЗ, які супроводжувалися калькульозом ПЗ, порушенням прохідності травного каналу, регіонарним портальним блоком, механічною жовтяницею, норицями, для декомпресії протокової системи найбільш розповсюдженим дрениуючим втручанням були повздовжні панкреатикоєюностомії. Так, у 2-х хворих з хронічним фіброзно-дегенеративним панкреатитом (ХФДП), ПК голівки ПЗ третього типу, деформацією бульби ДПК, вірсунгектазією та вторинною портальною гіпертензією виконано повздовжню панкреатоеюностомію за Ру. У 1-го пацієнта з ХФДП, ПК ПЗ третього типу, вірсунголітіазом, тубулярним стенозом холедоуху, компресією шлунка, бульби ДПК ззовні, механічною жовтяницею вторинною портальною гіпертензією виконано панкреатоеюностомію, гепатикоєюностомію. У 1-го хворого з ХФДП, ПК ПЗ третього типу, ускладненою кровотечею в її порожнину, вірсунгоррагією, механічною жовтяницею, стенозом *v. portae*, субкомпенсованим стенозом ДПК, вторинною портальною гіпертензією виконано РЕО ГДА з подальшою лапаротомією та зовнішнім дрениванням ПК ПЗ.

Резекцію вентральної частини голівки ПЗ за методикою Ch.F. Frey робили за наявності значної фіброзної «маси» в голівці ПЗ, при глибокому заляганні протоків ПК, за наявності ПК у збільшеній голівці ПЗ та значної інфільтрації мезентерико-портального тракту. Так, операція за методикою Frey виконана 7 хворим з ХФДП, ПК ПЗ третього типу, компресією ДПК та/або шлунку, вторинною портальною гіпертензією; у тому числі – у 1-го пацієнта з ХФДП, ПК ПЗ, гострою механічною жовтяницею, вторинною портальною гіпертензією операція за Frey було доповнено гепатикохолецисто- та холецистоеюностомією. У 1-го хворого з хронічним калькульозним панкреатитом, вірсунголітіазом, вторинною портальною гіпертензією, ПК тіла-хвоста ПЗ виконана корпокаудальна резекція ПЗ.

У 2-х хворих з ХФДП, ПК голівки ПЗ третього типу, вірсунгоррагією, здавленням *v. portae*, спленомегалією, деформацією ДПК за рахунок компресії ззовні та вторинною портальною гіпертензією з метою декомпресії ПК виконано її зовнішнє дренивання.

Одним із способів мініінвазивного внутрішнього дренивання ПК ПЗ було ендоскопічне внутрішнє дренивання. Показаннями до ендоскопічного внутрішнього дренивання були поодинокі ПК голівки або тіла ПЗ, капсула яких синтопічно розташована в контакт з стінкою шлунка або ДПК, що підтверджувалось даними ЕФГДС у вигляді випинання стінки шлунка або ДПК, а також ПК, які здав-

лювали шлунок або ДПК. Так, у 1-го пацієнта з ХФДП, ПК ПЗ третього типу, ускладненою деформацією шлунка, вторинною портальною гіпертензією та асцитом виконана ендоскопічна пункція ПК з подальшою ендоскопічною цистогастростомією та стентуванням. Обов'язковою умовою для ендоскопічного внутрішнього дренивання було щільне прилягання ПК до задньої стінки шлунка та ДПК, та локальне випинання ПК до їх просвіту. Ендоскопічні анастомози формували за допомогою пластикових стентів (7-10 F) за типом «double-pig tail». Протипоказаннями до цього виду лікування були полікістоз ПЗ, природжена ретенційна кіста, підозра на малігнізацію.

Ускладнення виникли у 5 (11,6 %) хворих: гостра шлунково-кишкова кровотеча з варікозно-розширених шлунку – у 2-х (зупинені

консервативно), вірсунгоррагія – у 1-го пацієнта (кровотеча зупинена РЕО ГДА), рецидив ПК ПЗ – у 2-х хворих (ПК ПЗ були ліквідовані повторними кризьшкірними пункціями ПК під контролем УЗД).

#### Висновки

При вирішенні проблеми комплексного лікування хворих з приводу ПК ПЗ третього типу, ускладнених вторинною портальною гіпертензією слід використовувати напрямок, що полягає в етапності здійснення лікувальних заходів з використанням першим етапом пункційних або пункційно-дренувальних втручань – для поліпшення умов гемодинаміки у гепатопанкреатодуоденальній ділянці, другим етапом при прогресуванні захворювання – виконання відкритих оперативних втручань.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией / А. Г. Шерцингер, С. Б. Жигалова, В. М. Лебезев [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2013. – № 2. – С. 30-34.
2. D'Egidio A. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications / A. D'Egidio, M. Schein // Br. J.Surg. – 1991. – Vol. 78, № 8. – P. 981-984.
3. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / de Franchis R. // J. Hepatol. – 2010. – Vol. 6. – P. 1010-1016.
4. Ojo E. O. Pancreatic pseudocyst in Federal Medical Center, Gombe and review of literature / E. O. Ojo, U. D. Babayo // Niger. J. Med. – 2010. – Vol. 19, № 2. – P. 223-229.
5. Pancreatic pseudocysts: observation, endoscopic drainage, or resection? / M. M. Lerch, A. Stier, U. Wahnschaffe [et al.] // Deutsches Arzteblatt International. – 2009. – Vol. 106, № 38. – P. 614-621.

#### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ТРЕТЬЕГО ТИПА, ОСЛОЖНЕННЫХ ВТОРИЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Н. Н. Гончарова*

**Резюме.** Проанализированы результаты оперативных вмешательств 43 больных с псевдокистами поджелудочной железы по классификации D'Egidio A. и Schein M. (1991 г.). При решении проблемы комплексного лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложненных вторичной портальной гипертензией использовано направление, которое заключается в этапности осуществления лечебных мероприятий с использованием на первом этапе пункционных или пункционно-дренирующих вмешательств – для улучшения условий гемодинамики гепатопанкреатодуоденальной области, на втором этапе, при прогрессировании заболевания – выполнения открытых оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** *поджелудочная железа, псевдокиста, хронический панкреатит, вторичная портальная гипертензия.*

#### SURGICAL TREATMENT OF THIRD TYPE PANCREATIC PSEUDOCYSTS, COMPLICATED BY SECONDARY PORTAL HYPERTENSION

*N. M. Goncharova*

**Summary.** The results of surgery of 43 patients with type pancreatic pseudocyst according to D'Egidio A. and Schein M. classification (1991) are analyzed. During the complex treatment of pancreatic pseudocyst, complicated by secondary portal hypertension we used the implementation of remedial measures using the first stage puncture or puncture-drainage interventions – to improve hemodynamics conditions in hepatopancreatoduodenal zone, the second step in the progression of the disease – implementation of open surgery.

**Key words:** *pancreas, pseudocyst, chronic pancreatitis, secondary portal hypertension.*