



УДК 616.37+616-082+616-003.4



РАТЧИК В.М.,

ПРОЛОМ Н.В.,

БАБІЙ О.М.,

ОРЛОВСЬКИЙ Д.В.,

ТУЗКО Г.В.

Відділ хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ, Україна

## ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ КІСТОЗНИХ УТВОРЕННЯХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ПОХОДЖЕННЯ, АКТИВНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ ТА ХАРАКТЕРУ УСКЛАДНЕНЬ

**Резюме.** У відділенні хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» за 2011–2015 роки спостерігалися 472 пацієнти з патологічними змінами підшлункової залози. Хірургічне лікування проведене у 87 пацієнтів із кістозними утвореннями підшлункової залози. Залежно від походження та зрілості кіст, стану протокової системи та активності запалення паренхіми підшлункової залози оперативні втручання були розподілені на чотири типи: I – дренажні (виконано у 52 (59,8 %) пацієнтів); II – цистектомічні (4; 4,6 %); III – резекційно-дренажні (11; 12,6 %) та IV – резекційні (14; 16,1 %) операції. Непрямі види оперативних втручань виконано у 6 (6,9 %) пацієнтів. Післяопераційні ускладнення відзначено у 16 (18,3 %) випадках. Летальний кінець був в одному випадку (1,2 %).

**Ключові слова:** підшлункова залоза, кістозні утворення, активність запалення, хірургічне лікування, ускладнення.

### Актуальність

Актуальність лікування кіст підшлункової залози (ПЗ) визначається зростанням захворюваності на панкреатит, значною кількістю ускладнень і високою летальністю. Хронічний панкреатит (ХП) ускладнюється кістозними утвореннями ПЗ у 20–42 % випадків [1]. Псевдокісти (ПК) ПЗ входять до числа найбільш поширених ускладнень хронічного панкреатиту, частота яких, за даними різних авторів, коливається від 11 до 18 %. Питання діагностики та хірургічного лікування хворих із ПК ПЗ є одними з найскладніших в абдомінальній хірургії [1, 2].

Вибір адекватної тактики лікування кістозних утворень ПЗ залежить від багатьох чинників, які не завжди можливо встановити на доопераційному етапі: терміни утворення кісти, відсутність або наявність у порожнині секвестрів, ступінь зрілості кістозної стінки ПЗ і взаємозв'язок із протоками ПЗ, стан головної панкреатичної протоки (ГПП), наявність онкологічного процесу [3].

У наш час, незважаючи на широкі можливості сучасних діагностичних методів, практично складно визначити критерії для вибору способу хірургічного лікування кіст ПЗ. Через це тактичні підходи, що застосовують у клініках при лікуванні кістозних утворень ПЗ, нерідко діаметрально протилежні. Методи лікування варіюють від суворо консервативних підходів до надмірно радикальних. Одні автори обґрунтовують можливість широкого

Адреса для листування з авторами:

Пролом Н.В.

Відділ хірургії органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,  
пр. Газети «Правда», 96, Дніпропетровськ, 49074, Україна  
E-mail: gastrodnepr@i.ua

© Ратчик В.М., Пролом Н.В., Бабій О.М., Орловський Д.В.,  
Тузко Г.В., 2016

© «Гастроентерологія», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

застосування малоінвазивних методик лікування кіст ПЗ, іншими визначається доцільність відкритого хірургічного лікування з метою морфологічної верифікації діагнозу [3, 4].

Вибір методу хірургічного лікування кіст ПЗ на сьогодні залишається дискусійним. Оперативні втручання при кістозних утвореннях ПЗ можна умовно розподілити на основні типи: зовнішнє дренування кіст (ЗДК) ПЗ, внутрішнє дренування кіст (ВДК) ПЗ, зовнішньо-внутрішнє дренування кіст ПЗ, резекційно-дренуючі та резекційні операції, малоінвазивні пункційно-дренуючі операції під УЗ-контролем, маючи на меті ВДК і ЗДК ПЗ. Існує велике різноманіття лікувальних підходів до пацієнтів із кістами ПЗ. Існують як прихильники максимально вичікувальної тактики, так і автори, які віддають перевагу агресивному радикальному підходу [4–6].

Хірургічна тактика при кістозних пухлинах ПЗ відмінна від тактики при постнекротичних кістах ПЗ. Відбір пацієнтів із кістами ПЗ для резекції продовжує бути предметом розбіжностей за відсутності підтвердженого злоякісного новоутворення. Авторами виявлені значні прогалини у визначенні обґрунтованого приймання рішень щодо обсягу операції при панкреатичних кістах [7].

Останніми роками широке впровадження в клінічну практику отримують малоінвазивні методики, однак не завжди відзначається їх ефективність, про що свідчить висока частота рецидивів [8].

Неухильне зростання числа хворих на цю патологію, рецидиви захворювання, збільшення кількості післяопераційних ускладнень, що досягають 21,7 % обумовлені відсутністю єдиної хірургічної тактики у комплексному лікуванні хворих на ХП, ускладнений ПК ПЗ [9, 10]. Отже, залишається актуальним завдання вибору оптимального методу лікування хворих із кістами ПЗ, яке на сучасному рівні остаточно не вирішено. Зростання захворюваності на панкреатит, значна кількість ускладнень, висока летальність при невчасному лікуванні хворих із кістами ПЗ, різноманітність методів хірургічного та міні-інвазивного втручання, відсутність чіткого алгоритму їх використання є підставою для проведення даного дослідження.

Отже, проблема діагностики та хірургічного лікування хворих із кістозними утвореннями ПЗ потребує подальшого поглибленого вивчення, а розвиток сучасних медичних технологій відкриває нові можливості й перспективи в розробці цієї проблеми.

**Мета дослідження** — визначити тактику хірургічного лікування хворих із кістозною патологією ПЗ залежно від їх походження, характеру ускладнень і активності запалення.

## Матеріал і методи

У хірургічному відділенні органів травлення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»

за 2011–2015 рр. хірургічне лікування проведено у 87 хворих із кістозними утвореннями ПЗ.

Серед обстежених чоловіки становили 42 (61,8 %), жінки — 26 (38,2 %). Вік хворих коливався від 26 до 61 року, середній вік —  $(48,27 \pm 2,52)$  року. Тривалість анамнезу захворювання коливалася в межах від 24 місяців до 24 років. Обстежені пацієнти з кістозними утвореннями ПЗ були розподілені на дві групи: I групу становили 52 (76,5 %) пацієнти з ПК ПЗ, II групу — 16 (23,5 %) пацієнтів із кістозними пухлинами ПЗ.

Комплекс досліджень включав загальноклінічні, біохімічні, інструментальні (УЗД, КТ, ЕРПХГ, ЕГДС). Виконання ЕРПХГ проводили в рентген-операційній за допомогою фібродуоденоскопа з боковою оптикою — FD-34 V2 Pentax (Японія) та рентген-хірургічної установки MCA plus (Італія).

Критеріями зрілості кіст вважали:

- анамнестичні дані;
- за даними УЗД: а) зріла ПК ПЗ характеризувалась потовщеною капсулою до  $(4,41 \pm 0,49)$  мм з рівними, чіткими зовнішнім і внутрішнім контурами, гомогенним або неоднорідним вмістом у вигляді зависі або щільних включень, що можуть не зміщуватися через в'язкість осаду; б) незріла ПК ПЗ характеризувалась наявністю гіпоехогенної, неправильної форми тонкої капсули  $(2,50 \pm 0,52)$  мм і вмістом із щільністю вище, ніж рідина;

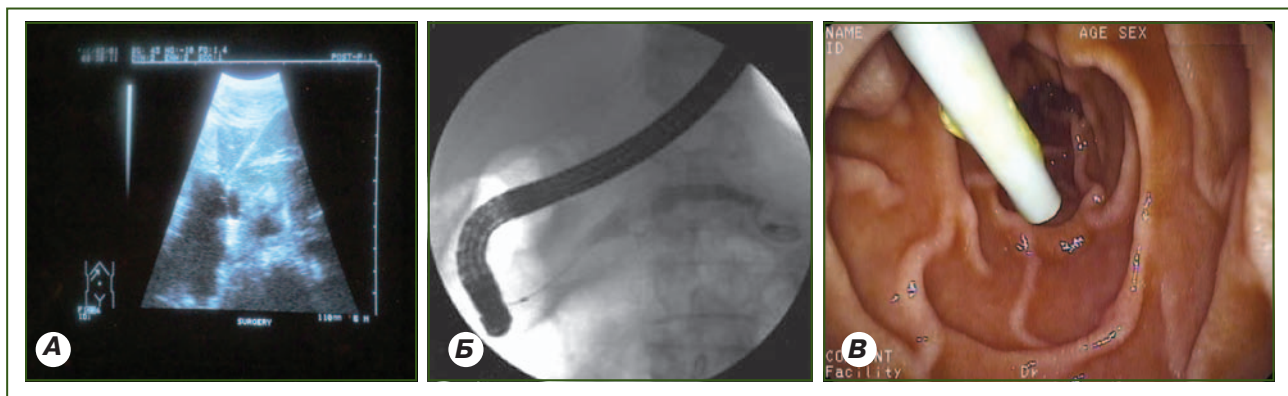
- за даними КТ, зрілі ПК ПЗ являли собою порожнинні утворення з чітким контуром, неправильної округлої форми, з вмістом щільністю 15–18 НУ; незрілі ПК ПЗ мали вигляд або ділянки зниженої щільності з рідинним вмістом, або порожнистих утворень, що не мають капсули, з вмістом щільністю 20–25 НУ.

Визначення активності запалення паренхіми ПЗ проводилось стосовно запровадження деклараційного патента України за 2014 рік на корисну модель № 92494 UA. При цьому активне запалення діагностувалось за даними рівня PMN-elastase в калі понад 100 нг/мл та співвідношення коефіцієнтів TNF- $\alpha$ /IL-10 в сироватці крові понад 2,6.

## Результати

При оцінці оперативних втручань останні були розподілені за функціональною спрямованістю на чотири типи: I — дренуючі (виконано у 54 (62,1 %) пацієнтів), II — цистектомічні (4; 4,6 %); III — резекційно-дренуючі (11; 12,6 %) та IV — резекційні операції (14; 16,1 %).

Тактика хірургічного лікування відповідала конкретним анатомічним змінам ПЗ і суміжних із нею органів і тканин. Вид, обсяг і строк виконання оперативного втручання визначалися походженням кістозного утворення, зрілістю стінки ПК ПЗ, локалізацією (головка, тіло, хвіст ПЗ), розміром і станом протокової системи ПЗ (наявність стриктур, розширень різної протяжності, вірсунголітіазом), їх відношенням із ГПП, а також урахуванням ознак активності запалення паренхіми ПЗ.



**Рисунок 1 — Комбіноване міні-інвазивне втручання: А) міні-інвазивне дренивання ПК ПЗ під УЗ-контролем; Б) етап стентування ГПП; В) дистальний кінець стента в просвіті ДПК**

При рідинному скупченні або незрілій кістозній порожнині ПЗ діаметром понад 6 см лікування починали з дренивання під УЗ-контролем з подальшим УЗ- та КТ-моніторингом. У частини хворих виконували комбіноване оперативне втручання — транспапілярне стентування ГПП на фоні дренивання ПК ПЗ під УЗ-контролем (рис. 1).

У пацієнтів із незрілими ПК ПЗ розміром до 6 см у діаметрі з ознаками активного запалення паренхіми ПЗ (за даними клініко-лабораторних та інструментальних досліджень) та без ознак ускладнень проводили консервативну терапію з динамічним лабораторним та інструментальним моніторингом. У хворих із незрілими ПК ПЗ з ознаками неактивного запалення проводили консервативну терапію, при неефективності якої здійснювали міні-інвазивне втручання (пункційно-аспіраційне під УЗ-контролем або транспапілярне стентування ГПП). Пацієнтам із зрілими ПК ПЗ з ознаками активного запалення ПЗ призначалася консервативна тактика, спрямована на купірування запального процесу, після чого проводили оперативне втручання. У пацієнтів зі зрілими ПК ПЗ без ознак активного запалення паренхіми ПЗ проводили міні-інвазивне втручання, при неефективності якого виконували внутрішнє дренивання.

Отже, на вибір тактики та способу оперативного втручання у хворих зі зрілими ПК ПЗ впливали розмір кісти, локалізація (інтра-, екстрапанкреатичне розташування), наявність або відсутність зв'язку з ГПП, із вірсунгодилатацією та вірсунголітіазом, активність запалення паренхіми ПЗ. У хворих з екстрапанкреатичним розташуванням ПК ПЗ, що мають сполучення з панкреатичними протоками, без вірсунгодилатації та вірсунголітіазу, без ознак активного запалення, виконували внутрішні дренируючі оперативні втручання: цистогастростомія — у 4 (4,6 %), цистодуоденостомія — у 4 (4,6 %), цистоеюностомія на виключеній за Ру петлі тонкої кишки — у 7 (8,0 %) хворих без дренивання ГПП. У хворих з вірсунгодилатацією без ознак активного запалення виконували дрениуючі одночасно ПК ПЗ та ГПП оперативні втручання (цистопанкре-

атоеюностомія на виключеній за Ру петлі тонкої кишки). Резекційно-дрениуючі та резекційні оперативні втручання проведено у 14 (16,1 %) хворих з інтрапанкреатичним розташуванням ПК у голівці ПЗ, з вірсунгодилатацією та вірсунголітіазом, без ознак активного запалення паренхіми ПЗ. Залежно від наявності або відсутності вірсунгодилатації виконували дуоденумзберігаючу резекцію голівки ПЗ із панкреатоеюностомією: операція Фрея — 7 (8,0 %) та інтрапаренхіматозна резекція голівки (Бернська операція) — у 4 (4,6 %) пацієнтів. Дуоденумзберігаюча ПДР виконана у 2 (2,3 %) пацієнтів із порушенням прохідності ДПК та неможливістю виключення злоякісної патології; дистальна резекція ПЗ — у 6 (6,9 %) пацієнтів без ознак вірсунгодилатації; дистальна резекція ПЗ із панкреатоеюностомією на виключеній за Ру петлі тонкої кишки виконувалась при наявності псевдокісти хвоста ПЗ із вірсунгодилатацією та/або вірсунголітіазом у 4 (4,6 %) пацієнтів.

У 6 (6,9 %) пацієнтів при ускладненнях ХП — дуоденальної непрохідності та механічної жовтяниці, на фоні активного запалення паренхіми ПЗ, були виконані непрямі оперативні втручання — холедохоєюностомія, гастроентеростомія як перший етап лікування.

Встановлення діагнозу кістозної пухлини ПЗ передумовлювало тільки резекційні методи оперативного втручання (залежно від локалізації процесу — в голівці, тілі або хвості ПЗ). ПДР за Whipple виконана у 2 (2,3 %), а дистальна (корпокаудальна) резекція ПЗ — у 6 (6,9 %) хворих (рис. 2, 3). Характер оперативних втручань у хворих із кістозними утвореннями ПЗ наведено у табл. 1.

Післяопераційні ускладнення відзначено у 16 (18,3 %) випадках. У групі оперованих помер один хворий, летальність — 1,2 %.

## Висновки

1. Вибір методу оперативного лікування у хворих із кістозними утвореннями ПЗ залежить від природи їх походження, розмірів, структурного стану паренхіми ПЗ, стану протокової системи ПЗ, поши-



Таблиця 1 – Характер оперативних втручань у хворих із кістозними утвореннями ПЗ

Оперативні втручання		Кількість хворих (n = 87)			
		Абс.	%	Абс.	%
Дренуючі оперативні втручання під УЗ-контролем	Пункція та аспірація кісти ПЗ під УЗ-контролем	4	4,6	11	12,6
	Зовнішнє дронування кісти ПЗ під УЗ-контролем	7	8,0		
Ендоскопічні дренуючі втручання	Ендоскопічна цистодуоденостомія	6	6,9	6	6,9
Зовнішнє дронування кісти ПЗ під УЗ-контролем + відкрите оперативне втручання	Цистодуоденостомія	4	4,6	14	16,1
	Цистоеюностомія	7	8,0		
	Цистоеюностомія + дронування абсцесу	3	3,4		
Лапаротомія, зовнішнє дронування кісти ПЗ		6	6,9	6	6,9
Внутрішнє дронування кісти ПЗ	Цистоеюностомія	5	5,7	15	17,2
	Цистогастростомія	4	4,6		
	Цистопанкреатоеюностомія на виключеній за Ру петлі тонкої кишки	6	6,9		
Резекційно-дренуючі операції	Операція за Фреєм	7	8,0	11	12,6
	Бернська операція	4	4,6		
Резекційні операції	ПДР	4	4,6	14	16,1
	Дистальна резекція ПЗ зі спленектомією	6	6,9		
	Дистальна резекція ПЗ зі спленектомією + панкреатоеюностомією	4	4,6		
Цистектомічні операції	Енуклеація кісти ПЗ	4	4,6	4	4,6
Непрямі оперативні втручання	Холедохоєюностомія, гастроентеростомія	6	6,9	6	6,9
Всього				87	100,0

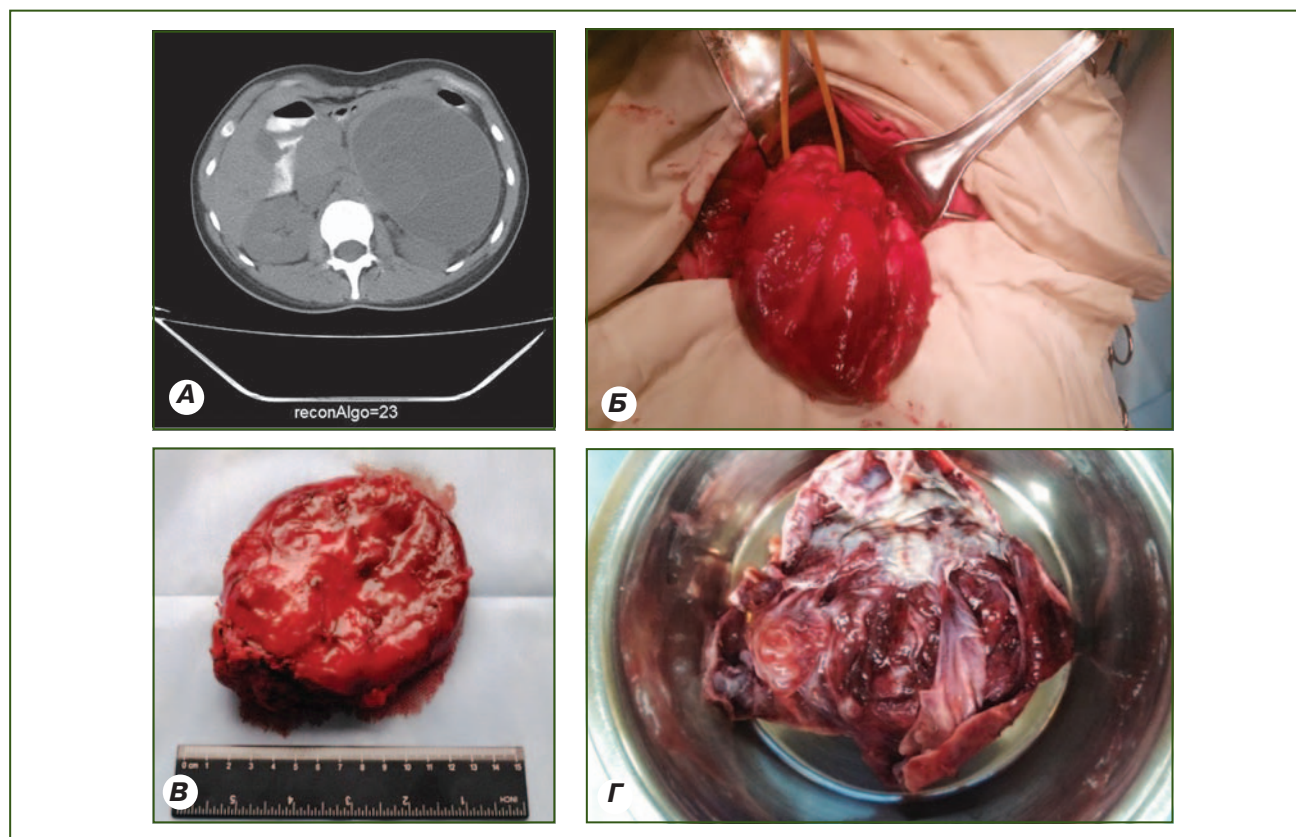
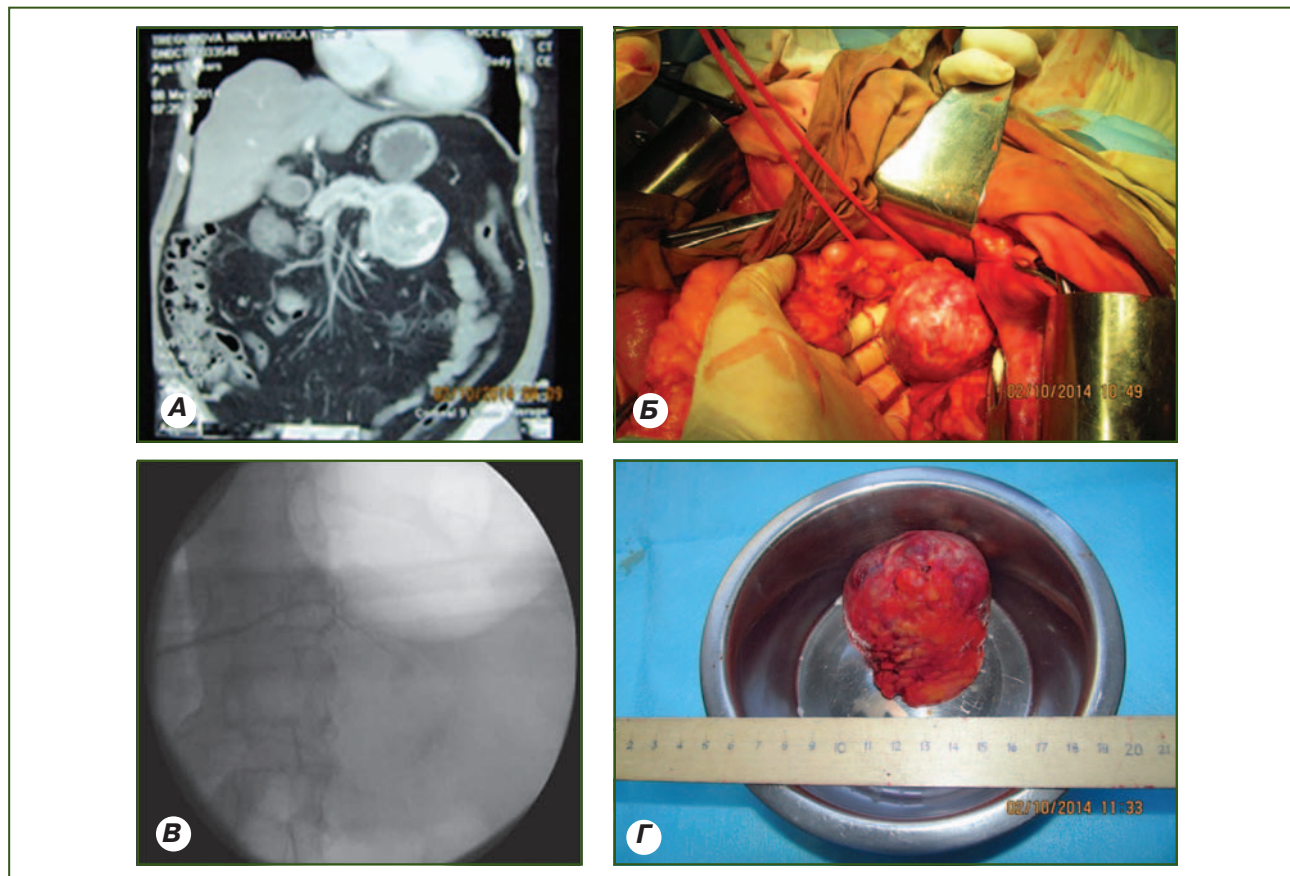


Рисунок 2 – Муцинозна кістозна пухлина хвоста ПЗ: А) комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням; Б) резекція хвоста ПЗ із кістозною пухлиною; В) макропрепарат резектованого хвоста ПЗ з кістозною пухлиною; Г) макропрепарат кістозної пухлини ПЗ на розтині (власний матеріал)



**Рисунок 3 — Аденосквамозна кістозна пухлина хвоста ПЗ: А) комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням органів черевної порожнини; Б) корпокаудальна резекція ПЗ із кістозною пухлиною; В) ЕРПХГ із контрастуванням ГПП; Г) макропрепарат резектованого хвоста ПЗ із кістозною пухлиною (власний матеріал)**

рення патологічного процесу на оточуючі органи, при цьому радикальними втручаннями є резекційно-дренуючі та резекційні операції.

2. Строки виконання оперативних втручань залежать від активності запалення паренхіми ПЗ та зрілості кістозних утворень ПЗ.

### Список літератури

1. Куприн А.А. Лечение больных с псевдокистами поджелудочной железы: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.17 «Хирургия» / Куприн А.А.; каф. факультетской хирургии РУДН. — М., 2012. — 34 с.
2. Ничитайло М.Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М.Е. Ничитайло, Ю.В. Снопко, И.И. Булик. — К.: Полиграфкнига, 2012. — 544 с.
3. Карюхин И.В. Дифференцированное лечение кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите: автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.17 «Хирургия» / Карюхин И.В.; ГБОУ ВПО «Рязанский гос. мед. университет им. академика И.П. Павлова». — Рязань, 2014. — 23 с.
4. Узденов М.Б. Дифференцированный выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.17 «Хирургия» / Узденов М.Б.; ГОУ ВПО «Ставропольская гос. мед. академия». — Ставрополь, 2010. — 36 с.

5. Анализ результатов хирургического лечения боли у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом / С.М. Рацинский [и др.] // Новости хирургии. — 2012. — Т. 18, № 1. — С. 21-29.

6. Тактика хирургического лечения больных хроническим панкреатитом / В.А. Кубышкин [и др.] // Хирургия. — 2013. — № 1. — С. 17-23.

7. Хирургическое лечение кистозных опухолей поджелудочной железы / В.М. Копчак, К.В. Копчак, И.В. Хомяк [и др.] // Украинский журнал хирургії. — 2013. — № 3(22). — С. 116-120.

8. Комплексный подход к ведению периоперационного периода у больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы / А.С. Мухин, Л.А. Отдельнов, И.С. Симутис, Т.Г. Котова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2015. — № 2. — С. 43-48.

9. Ачкасов Е.Е. Пункционный метод в лечении постнекротических кист поджелудочной железы / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, А.Л. Харин // Хирургия. — 2007. — № 8. — С. 33-37.

10. Бентил Ф.Э. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.01.17 «Хирургия» / Бентил Ф.Э. — Ростов-на-Дону, 2010. — 23 с.

Отримано 08.04.16 ■

Ратчик В.М., Пролом Н.В., Бабий А.М., Орловский Д.В., Тузко А.В.

Отдел хирургии органов пищеварения ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск, Украина

### ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОИСХОЖДЕНИЯ, АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ И ХАРАКТЕРА ОСЛОЖНЕНИЙ

**Резюме.** В отделении хирургии органов пищеварения ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМ Украины» за 2011–2015 гг. наблюдалось 472 пациентов с патологией поджелудочной железы, из которых для наблюдения было отобрано 87 больных с кистозными образованиями поджелудочной железы. Патогенетический подход к хирургическому лечению зависел от происхождения и зрелости кист, состояния протоковой системы и активности воспаления паренхимы поджелудочной железы. При оценке оперативных вмешательств последние были распределены по функциональной направленности на четыре

типа: I — дренирующие (выполнено у 52 (59,8 %) пациентов), II — органосохраняющие цистэктомические (4; 4,6 %); III — органосохраняющие резекционно-дренирующие (11; 12,6 %) и IV — резекционные (14; 16,1 %) операции. Непрямые виды оперативных вмешательств выполнены у 6 (6,9 %) пациентов. Послеоперационные осложнения отмечены в 16 (18,3 %) случаях. Летальный исход был в одном случае (1,2 %).

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, кистозные образования, активность воспаления, хирургическое лечение, осложнения.

Ratchik V.M., Prolom N.V., Babii O.M., Orlovskiy D.V., Tuzko H.V.

Department of the Surgery of the Digestive System of the State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

### TREATMENT STRATEGY FOR PANCREATIC CYSTS DEPENDING ON THEIR ORIGIN, ACTIVITY OF INFLAMMATION AND THE NATURE OF COMPLICATIONS

**Summary.** For 2011–2015 at the department of the surgery of the digestive system of the State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», there were observed 472 patients with pathological changes in the pancreas. Surgical treatment was conducted in 87 patients with pancreatic cysts. Depending on the origin and maturity of cysts, state of the ductal system and activity of inflammation in the pancreatic parenchyma, surgeries were divided into

four types: I — draining (performed in 52 (59.8 %) patients); II — cystectomy (4; 4.6 %); III — resection-draining (11; 12.6 %) and IV — resection (14; 16.1 %) operations. Indirect types of surgeries were performed in 6 (6.9 %) patients. Postoperative complications were detected in 16 (18.3 %) cases. Mortality was diagnosed in one case (1.2 %).

**Key words:** pancreas, pancreatic cysts, inflammation activity, surgical treatment, complications.