



І. А. Криворучко,
В. М. Копчак,
Н. М. Гончарова

*Харківський національний
медичний університет
МОЗ України,
Національний інститут хірургії
та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН
України, м. Київ*

© Колектив авторів

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ

Резюме. Проаналізовано результати хірургічних втручань 61 хворих на псевдокісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею, у віці від 21 до 79 років. При лікуванні пацієнтів застосовували індивідуалізований лікувально – діагностичний підхід, який, у першу чергу, передбачав ліквідацію ускладнення з подальшим лікуванням самої псевдокісти у віддаленому періоді. Переважно використовували мініінвазивні методи – рентгенендоваскулярну оклюзію судини, яка була джерелом кровотечі, та на більш ранніх етапах дослідження, пункції псевдокіст під контролем сонографії. За неможливості ендovasкулярного гемостазу виконували «відкриті» оперативні втручання з намаганням першочергового виявлення та перетиснення судини, яка спричинила кровотечу. При важкості інтраопераційного визначення джерела кровотечі виконували резекції підшлункової залози разом із псевдокістою. Летальність псевдокістах підшлункової залози, ускладнених кровотечею, склала 4,9 %.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, кровотеча, мініінвазивні втручання, ендovasкулярна оклюзія.

Вступ

Неуклінне зростання хворих із псевдокістами (ПК) підшлункової залози (ПЗ) та їх ускладненнями при гострому, хронічному панкреатитах та травматичному пошкодженні ПЗ зумовлює актуальність питань діагностики та хірургічного лікування цієї патології [3, 5]. Питання діагностики та лікування хворих з ПК ПЗ є важким та досі невирішеним. Традиційно у пацієнтів з ПК ПЗ застосовується вибірково тактика, саме у ці терміни виникають такі найтяжчі ускладнення, як перфорація та кровотеча у порожнину ПК, розрив ПК з розповсюдженим перитонітом, летальність за яких може сягати до 60 % [2, 3].

Якщо раніше наявність ПК ПЗ, ускладненої кровотечею, було абсолютним показом до відкритого лапаротомного втручання, то з розвитком сучасних медичних технологій, за останні десятиріччя, поширилося впровадження до клінічної практики радіологічних, ендоскопічних та пункційних мініінвазивних методів хірургічного лікування [1, 4, 6].

Таким чином, збільшення кількості хворих на ПК ПЗ, в тому числі, ускладнених кровотечею, наявність великого різноманіття методик оперативних втручань, відсутність єдиного погляду на терміни та види хірургічних операцій підтверджують актуальність цієї проблеми та надають підстави до пошуку нових сучасних алгоритмів діагностики та лікування пацієнтів з цією патологією.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати хірургічних втручань у 61 хворого на ПК ПЗ, ускладнені кровотечею, які знаходилися на лікуванні у хірургічних відділеннях Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медицини та медицини катастроф» та відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України за період з 2000 по 2014 рр. Чоловіків було 56 (91,8 %), жінок – 5 (8,2 %), віком від 21 до 79 років, у середньому (43,3±1,2) роки. ПК ПЗ, ускладнені кровотечею, спостерігалися у всіх хворих, у тому числі, кровотеча у порожнину ПК з її розривом – у 5 (8,2 %) пацієнтів, кровотеча у порожнину ПК із нагноєнням її вмісту – у 4 (6,6 %) хворих, кровотеча у поєднанні з механічною жовтяницею – у 3 (4,9 %) пацієнтів, кровотеча з перфорацією ПК – у 1 (1,6 %) хворого.

Усім пацієнтам виконували загальноклінічні лабораторні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові; більшості хворим проводили дослідження онкомаркери СА 19-9, а також використовували інструментальні методи: ультразвукову діагностику (УЗД), у якості скринінг-методу (усім хворим), спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) (з/без контрастування), ендоскопічну езофагогастроуденоскопію (ЕЕГДС), ендоскопічну ре-



троградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), ангиографію; а також інвазивні діагностичні методи: пункції ПК з наступним морфологічним, цитологічним, біохімічним дослідженням пунктату.

Результати досліджень та їх обговорення

Діагноз ПК ПЗ, ускладненої кровотечею, встановлювали на основі особливостей клінічного перебігу (біль у верхніх відділах живота, лівому підребер'ї, яка періодично посилювалася після вживання їжі, нудота, блювота та гіперамілаземія, загальна слабкість, втрата свідомості) та на підставі додаткових методів обстеження.

У якості першого етапу 24 (39,3 %) хворим з ПК ПЗ, ускладненими кровотечею у порожнину, виконували рентгенендоваскулярну оклюзію (РЕО) судини, яка призвела до кровотечі. Основними протипоказаннями до РЕО були кровотечі із венонних судин, судин недоступних для емболізації, наявність вираженого колатерального кровотоку у ділянці кровотечі, кровотечі з магістральної судини, емболізація якої була небезпечна для життя пацієнта, та при технічній неможливості оклюзії всіх джерел геморагії. У 1 хворого при кровотечі з магістральної судини (загальна печінкова артерія) було встановлено стент-граф, як метод альтернативного рентгенендоваскулярного втручання, що дозволив зберегти кровотік по судині, та закрити дефект судинної стінки.

За неможливості виконання РЕО або при невдалих спробах зупинки кровотечі були виконані лапаротомії з інтраопераційною ранньою мобілізацією судин з метою досягнення гемостазу та наступним втручанням на самій ПК ПЗ. За неможливості виявлення судини, яка є джерелом кровотечі у ПК, виконували резекцію ПЗ разом із кістою. Так у 5 (8,2 %) пацієнтів у ході відкритої операції виконали зупинку кровотечі, яку завершили зовнішнім дрениванням ПК. У 1 хворого застосували тампонаду порожнини ПК за власною методикою (Патент України на корисну модель № 95265 від 10.12.2014.), яка полягала в додатковому підведенні до порожнини кісти дренажу у вигляді U-подібно дренажної трубки, та гумової рукавиці над нею, та з наступним підшиванням розсічених стінок ПК до парієтальною очеревини. При цьому трубку та рукавицю виводили через окрему контрапертуру, а черевну порожнину зашивали наглухо. Рукавицю знімали на 4 добу, а трубку — до припинення поступлення за нею виділень. При цьому підвищення ефективності хірургічного лікування досягалося за рахунок біологічної облітерації порожнини пасмом великого чепця, зменшенням вірогідності виникнення

арозивної кровотечі, абсцедування чи панкреатичної нориці.

У 3 (4,9 %) хворих на ПК, ускладнені кровотечею із селезінкової артерії, було виконано розкриття кісти з її зовнішнім дрениванням та прошиванням *a. lienalis*. У 2 (3,2 %) пацієнтів з ПК ПЗ з аневризмою селезінкової артерії та кровотечею було виконано лапаротомію, видалення аневризми, дистальну резекцію ПЗ з прошиванням *a. lienalis* та спленектомією.

Пункції ПК під контролем УЗД виконані у 8 (13,1 %) хворих, у тому числі у 5 (8,2 %) хворих, після стабілізації стану, з наступною лапаротомією, та накладенням цистоентероанастомозів. У 2 (3,3 %) пацієнтів пункція ПК завершена зовнішнім дрениванням порожнини зі встановленням дренажу за типом «pig tail».

Серед пацієнтів з кровотечею у порожнину ПК ПЗ панкреатодуоденальна резекція (ПДР) виконана у 2 хворих.

При поєднанні кровотечі у порожнину ПК з її розривом у 1 хворого виконано РЕО, з наступним зовнішнім дрениванням ПК під контролем УЗД. У 3 хворих виконано лапаротомію з зовнішнім дрениванням ПК, у тому числі у 1 хворого у ранньому післяопераційному періоді виник рецидив кровотечі, яка була зупинена за допомогою РЕО. У 1 хворого з хронічним панкреатитом, ускладненим ПК з кровотечею та розривом, операцію було закінчено дистальною резекцією.

При кровотечі із нагноєнням у хворих з ПК, які виникли на тлі ХП, 2 пацієнтам виконана лапаротомія, з подальшим зовнішнім дрениванням — 1, та продольною цистоєюностомією — 1. У 1 хворого з ПК, ускладненою кровотечею та нагноєнням, яка виникла на тлі ГП, виконано пункцію під контролем УЗД. Одному хворому з інфікованим розповсюдженим важким панкреонекрозом, та ПК з нагноєнням та кровотечею у порожнину кісти, розповсюдженим серозно-фібринозним перитонітом виконана лапаротомія, некрсеквестректомія, тампонада порожнини ПК та лапаростомія з VAC-терапією за допомогою системи NPWT Dressig Kit (Англія).

При ПК ПЗ, ускладненою кровотечею та перфорацією у черевну порожнину, у якості першого етапу 1 хворому виконано пункцію ПК під контролем УЗД, та після стабілізації стану, наступну лапаротомію, прошивання судини, яка була джерелом кровотечі, санацію та дренивання черевної порожнини.

Поєднання кровотечі у порожнину ПК ПЗ з механічною жовтяницею спостерігалося у 3 хворих з ХП. У 1 хворого зупинити кровотечу вдалося завдяки застосуванню РЕО. У 1 хворого з хронічним фіброзно-дегенератив-



ним панкреатитом, ПК голівки ПЗ, ускладненою кровотечею, та механічною жовтяницею, виконано пілорусзберігаючу ПДР. Одному хворому з хронічним фіброзно-дегенеративним панкреатитом, ускладненим цистоаортальною норичею, кровотечею у порожнину ПК та механічною жовтяницею виконано ПДР за Wipple.

Зі всіх досліджуваних хворих, 5 були госпіталізовано повторно, з рецидивами кровотеч, які були зупинені за допомогою РЕО. Причинами рецидивів були недотримання хворими дієти та замісної ферментативної терапії. Померло 3 (4,9 %) хворих. Причиною смерті були тяжкий перебіг сепсису та розвиток синдрому

поліорганної недостатності, а також рецидив кровотечі із арозивних судин ПЗ.

Висновки

Таким чином, при лікуванні хворих на ПК ПЗ, ускладнені кровотечею, необхідно використовувати індивідуалізовану диференційовану хірургічну тактику, яка базується на сучасних мініінвазивних методах лікування. Застосування пункцій ПК під контролем УЗД та рентгенендоваскулярних оклюзій судин, які були джерелом кровотечі, у якості першого етапу лікування, дозволило у більшості випадків досягти гемостазу та відкласти традиційну лапаротомію до стабілізації загального стану хворого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ачкасов Е. Е. Лечение ложных кист тела и хвоста поджелудочной железы, сообщающихся с ее протоковой системой / Е. Е. Ачкасов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2007. — № 9. — С. 36 — 40.
2. Нечитайло М. Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М. Е. Нечитайло, Ю. В. Снопко, И. И. Булик. — К. : ЧАО «Полиграфкнига», 2012. — 544 с.
3. Русин В. І. Панкреатит і псевдокісти підшлункової залози / В. І. Русин, О. О. Болдіжар, А. В. Русин. — Ужгород : ВЕТА — ЗАКАРПАТТЯ, 2006. — 204 с.
4. Сучасні підходи до лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози / В. М. Копчак, К. В. Копчак, І. В. Хомяк [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. — 2014. — Вип. 1 (49). — С. 106—110.
5. Nabashi S. Pancreatic pseudocyst / S. Nabashi., P. V. Draganov // World Journal of Gastroenterology. — 2009. — Vol. 15, № 1. — P. 38—47.
6. Nealon W. H. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas / W. H. Nealon, E. Walser // Ann. Surg. — 2005. — Vol. 241. — P. 948—957.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*И. А. Криворучко,
В. М. Копчак,
Н. Н. Гончарова*

Резюме. Проанализированы результаты хирургических вмешательств 61 больного с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными кровотечением, в возрасте от 21 до 79 лет. При лечении пациентов использовали индивидуализированный лечебно-диагностический поход, который, в первую очередь, предусматривал ликвидацию осложнения с последующим лечением самой псевдокисты в отдаленном периоде. Преимущественно использовали миниинвазивные методы — рентгенэндоваскулярную окклюзию сосуда, который был источником кровотечения, и на более ранних этапах исследования, пункции псевдокист под контролем сонографии. При невозможности эндоваскулярного гемостаза выполняли «открытые» оперативные вмешательства с попыткой первоочередного выявления и пережатия кровоточащего сосуда. При затрудненном интраоперационном определении источника кровотечения выполняли резекции поджелудочной железы вместе с псевдокистой. Летальность при псевдокистах поджелудочной железы, осложненных кровотечением, составила 4,9 %.

Ключевые слова: *псевдокисты поджелудочной железы, кровотечение, миниинвазивные вмешательства, эндоваскулярная окклюзия.*

USING OF MODERN
METHODS OF SURGICAL
TREATMENT OF
PANCREATIC PSEUDOCYSTS
COMPLICATED BY
BLEEDING

*I. A. Kryvoruchko,
V. M. Kopchak,
N. M. Goncharova*

Summary. The results of surgery in 61 patients with pancreatic pseudocysts complicated by hemorrhage, aged 21 to 79 years. When treating patients using an individualized treatment — diagnostic campaign, which primarily involved the elimination of complications following treatment of the pseudocyst in the long term. Mainly used minimally invasive techniques — X-ray endovascular occlusion of the vessel, which was the source of bleeding, and the earlier stages of the study, the pseudocyst puncture under control sonography. If it is impossible endovascular hemostasis performed “open” surgery in an attempt to identify the priority and clamping bleeding vessel. At the complicated intraoperative determination of the source of bleeding was performed resection of pancreatic pseudocysts with. Mortality in pancreatic pseudocysts complicated by bleeding was 4.9 %.

Key words: *pancreatic pseudocyst, bleeding, minimally invasive intervention, endovascular occlusion.*