



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

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ ЩОДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З КОМПРЕСІЄЮ СУМІЖНИХ ОРГАНІВ

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 153 хворих на псевдокісти підшлункової залози, ускладненими компресією суміжних органів. Більшості хворих з псевдокістами підшлункової залози з компресією шлунка та дванадцятипалої кишки виконані внутрішні дренивання псевдокіст. У 21,5 % пацієнтів ліквідація компресії псевдокістою суміжних органів досягнута завдяки впровадженню та застосуванню у клінічну практику сонографічних, ендосонографічних та ендоскопічних методів дренивань псевдокіст підшлункової залози. Мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання, які використовуються для лікування псевдокіст підшлункової залози з компресією суміжних органів є взаємодоповнюючими, з достатньо великим діапазоном діагностичних та лікувальних можливостей.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, компресія, суміжні органи, внутрішнє дренивання

Вступ

В останні десятиріччя у зв'язку з постійним зростанням кількості хворих з псевдокістами (ПК) підшлункової залози (ПЗ) та впровадженням у клінічну практику сучасних діагностичних та лікувальних методів лікування, все більше виникає питань щодо доцільності їх використання [1, 2]. Згідно даних різних авторів у пацієнтів з ПК ПЗ застосовується вичікувальна тактика, саме у цей час виникають такі ускладнення, як компресія загальної жовчної протоки з розвитком холангіту та механічної жовтяниці, компресія шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) збільшеною ПЗ [3, 4]. Традиційно у хворих з ПК з компресією суміжних органів виконують внутрішнє дренивання, але все більше хірургів застосовують мініінвазивні методи хірургічного лікування – пункції чи дренивання під контролем УЗД або ендоскопічне дренивання ПК ПЗ, особливо у хворих із сегментарною портальною гіпертензією, підкреслюючи переваги цих втручань [3, 5].

Таким чином, збільшення кількості хворих на ПК ПЗ, в тому числі, з компресією суміжних органів, 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 153 хворих на ПК ПЗ, ускладнені компресією суміжних органів, 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 2015 рр. Чоловіків було 138 (90,2 %), жінок – 15 (9,8 %), віком від 21 до 79 років, у середньому $43,3 \pm 1,2$ роки. ПК ПЗ, ускладнені компресією суміжних органів, спостерігалися у всіх хворих, у тому числі, компресія шлунка – у 24 (15,7 %) хворих, компресія дванадцятипалої кишки (ДПК) у – 35 (22,9 %), компресія шлунка та ДПК – у 41 (26,8 %), компресія ДПК у поєднанні з дилатацією Вірсунгової протоки у 2 (1,3 %) хворих, компресія ДПК у поєднанні з вірсунгоектазією – у 17 (11,1 %) хворих, деформація ДПК збільшеною ПК голівкою ПЗ та компресією загальної жовчної протоки з розвитком механічної жовтяниці (МЖ) – у 12 (7,8 %) та холангіту – 1 (0,65 %) хворий, компресія ДПК з вірсунголітіазом – у 2 (1,3 %) хворих, компресія шлунка інфікованою ПК ПЗ – 14 (9,15 %) хворих, компресія шлунка та ДПК інфікованою ПК ПЗ зі здавленням загальної жовчної протоки та розвитком механічної жовтяниці у 5 (3,3 %) пацієнтів, у тому числі у 3 – з тромбозом *v. portae*.

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 езофагогастродуоденоскопію (ЕЕГДС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), ендосонографію. а також інвазивні діагностичні методи: пункції ПК з наступним морфологічним, цитологічним, біохімічним дослідженням пунктату.

Результати досліджень та їх обговорення

Діагноз ПК ПЗ з компресією суміжних органів, встановлювали на основі особливостей клінічного перебігу (біль у верхніх відділах живота, лівому підребер'ї оперізуючого характеру, яка періодично підсилювалася після вживання їжі, нудота, багаторазова блювота та гіперамілаземія, загальна слабкість) та на підставі додаткових методів обстеження. Анамнез захворювання свідчив про поступовий розвиток компресії.

До лікування хворих застосовано розроблений у клініці індивідуалізований підхід, який враховував загальний стан пацієнта, наявність супутньої патології, зміни у ПЗ, стан Вірсунгової протоки. Більшості хворих з ПК з компресією шлунка та ДПК виконані внутрішні дренивання ПК ПЗ.

Повздожню панкреатоєюностомію за Брауном застосовано у 15 (9,8 %) пацієнтів: у 6 хворих з компресією шлунка та/або ДПК збільшеною ПК голівкою ПЗ; у 4 хворих з компресією шлунка та/або ДПК з дилатацією Вірсунгової протоки, у тому числі 2 – у поєднанні із зовнішнім дрениванням панкреатичної протоки; та у 5 пацієнтів з компресією ДПК та вірсунгоектазією.

Повздожню панкреатоєюностомію за Ру виконано 39 (25,5 %) хворим: у 31 пацієнта при здавленні збільшеною ПК голівкою ПЗ шлунка та/або ДПК; у 8 хворих при поєднанні компресії загальної жовчної протоки з розвитком механічної жовтяниці з деформацією ДПК ПК та вірсунгоектазією. При здавленні ДПК ззовні ПК та вірсунголітіазі 2 (1,3 %) хворим накладено цистодуоденоанастомози у поєднанні з повздожньою панкреатоєюностомією.

При компресії шлунка та/або ДПК 24 (15,7 %) хворим виконано цистоеюноанастомії, у тому числі 3 лапароскопічним способом.

При інфікованих ПК, які стискали шлунок та/або ДПК 5 хворим накладено цистоеюноанастомози. За наявності інфікованих ПК, які стискали шлунок та ДПК, вірсунгоектазії та вірсунголітіазу 1 хворому виконано панкреатоєюностомію з зовнішнім дрениванням ПК, та у 2 пацієнтів з вірсунгоектазією та механічною жовтяницею накладено цистоеюноанастомози.

У 3 хворих з компресією бульби ДПК збільшеною голівкою ПЗ, з вірсунголітіазом, ме-

ханічною жовтяницею, та тромбозом v. portae виконано повздожню панкреатоєюностомію за Ру, холецистектомію, холедохолітотомію та накладено холедоходуоденоанастомоз. У 1 пацієнта з вірсунгоектазією, механічною жовтяницею та деформацією ДПК за рахунок здавлення ПК спочатку виконано УЗД пункція з наступною лапаротомією, холецистектомією, холедоходуоденоностомією та повздожньою панкреатоєюностомією.

За останні роки у клініці впроваджується використання сонографічних, ендосонографічних та ендоскопічних методів дренивань ПК ПЗ. Лікувальні пункції ПК, які викликали компресію шлунка та ДПК під контролем УЗД виконані 8 (5,2 %) хворим, у тому числі у 4 пацієнтів з подальшим черезшкірним зовнішнім дрениванням ПК під контролем УЗД дренажем за типом «pig tail». При інфікованих ПК, які стискали шлунок та ДПК 9 (5,9 %) хворим виконані пункції ПК під контролем УЗД, у тому числі у 4 пацієнтів з наступною лапаротомією та зовнішнім дрениванням ПК. Пункції ПК, які стискають ДПК та/або шлунок, під контролем ендосонографії виконані 16 (10,5 %) хворим, у тих випадках, коли планували подальше ендоскопічне внутрішнє дренивання ПК. У 7 пацієнтів ендосонографічні пункції були заключним етапом лікування. У 9 хворих виник рецидив ПК, що було зумовлено наявністю зв'язки між ПК та протоковою системою ПЗ та потребувало подальшого внутрішнього дренивання ПК. 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-pigtail». Так, 3 хворим виконано трансдуоденальну цистодуоденостомію та 4 ендоскопічну панкреатоцистогастростомію, 2 хворим виконано ендосонографічну цистогастростомію, яка у 1 пацієнта ускладнилася кровотечею та йому було виконано «примусову» пілорусзберігаючу панкреатодуоденальну резекцію.

За неможливості виконати внутрішні дренивання ПК застосовували резекційні методи хірургічних втручань. При хронічному фіброзно-дегенеративному панкреатиті з кістозною трансформацією голівки ПЗ, яка стискає шлунок та/або ДПК 2 (1,3 %) хворим виконано резекцію ПЗ за Бегером. При локалізації ПК, яка стискає ДПК, у голівці ПЗ та наявності вірсунгоектазії 11 (7,2 %) пацієнтам виконано операцію за Frey. При локалізації ПК, яка здавлює шлунок та/або ДПК, у хвості ПЗ 4 (2,6 %) пацієнтам виконано дистальну резекцію ПЗ. Панкреатодуоденальні резекції (ПДР) виконані 4 хворим за показаннями. Так, 1 хворому



з ПК ПЗ, яка була ускладнена цистоаортальною норницею, кровотечею у порожнину ПК, дуоденальним стенозом та деформацією шлунка за рахунок стиснення ПК, виконано ПДР за Wipple. Одному пацієнту, у якого перебіг ХП, ускладнювався наявністю ПК ПЗ, тубулярним стенозом холедоха, асцитом за рахунок вторинної портальної гіпертензії, та здавленням ДПК кістою голівки ПЗ, виконано ПДР за Wipple. Одному хворому з ПК ПЗ, яка стискала ДПК, вірсунгоектазією та субкомпенсованим стенозом ДПК виконано ПДР за Naoko з сегментарною резекцією ДПК. Одному хворому з ПК ПЗ, гастроптозом та деформацією ДПК за рахунок компресії ПК, виконано «no touch» ПДР. У результаті лікування померло

2 (1,3 %) хворих. Причиною смерті були синдром поліорганної недостатності та гострий інфаркт міокарду.

Висновки

Таким чином, при лікуванні хворих на ПК ПЗ, ускладнені компресією суміжних органів, необхідно використовувати індивідуалізовану диференційовану хірургічну тактику, яка базується на сучасних мініінвазивних методах лікування. Мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання для лікування ПК, які стискають шлунок та ДПК, треба розцінювати як взаємодоповнюючі, з достатньо великим діапазоном діагностичних та лікувальних можливостей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нечитайло М.Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / Нечитайло М.Е., Снопко Ю.В., Булик И.И. – Киев: ЧАО «Полиграфкнига», 2012. – 544 с.
2. Русин В. І. Панкреатит і псевдокісти підшлункової залози / В. І. Русин, О. О.Болдіжар, А.В Русин. – Ужгород: ВЕТА – ЗАКАРПАТТЯ, 2006. – 204 с.
3. Сучасні підходи до лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози / В. М. Копчак, К. В. Копчак, І. В. Хомяк [и др.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2014. – Вип. 1 (49). – С. 106 – 110.
4. Habashi S. Pancreatic pseudocyst / S. Habashi., P. V. Draganov // World Journal of Gastroenterology. – 2009. – Vol. 15, № 1. – P. 38 – 47.
5. 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.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ
НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ С КОМПРЕССИЕЙ
СМЕЖНЫХ ОРГАНОВ

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

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 153 больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными компрессией смежных органов. Большинству больных с псевдокистами поджелудочной железы с компрессией желудка и двенадцатиперстной кишки выполнены внутренние дренирования псевдокист. У 21,5 % пациентов ликвидация компрессии псевдокистой смежных органов достигнута благодаря внедрению и использованию в клиническую практику сонографических, эндосонографических и эндоскопических методов дренирования псевдокист поджелудочной железы. Миниинвазивные методы и традиционные открытые хирургические вмешательства, используемые для лечения псевдокист поджелудочной железы, осложненных компрессией смежных органов, являются взаимодополняющими, с достаточно большим диапазоном диагностических и лечебных возможностей.

Ключевые слова: *псевдокисты поджелудочной железы, компрессия, смежные органы, внутреннее дренирование.*

MODERN VIEWS ON
SURGICAL TREATMENT
OF PANCREAS PSEUDOCYST
WITH COMPRESSION
OF ADJACENT ORGANS

*I. A. Krivoruchko,
N. M. Goncharova,
V. M. Tcheverda*

Summary. Results of surgical treatment of 153 patients with pseudocyst of pancreas, complicated by a compression of adjacent organs are analyzed. To the majority of patients with pseudocyst of pancreas with a compression the stomach and duodenum are executed internal drainage of pseudocyst. In 21,5 % of patients compression of adjacent organs by pseudocyst liquidated due to introduction and use in clinical practice of sonography, endosonography and endoscopic drainage methods of pancreas pseudocyst. Miniinvasive methods and traditional open surgical interventions used for treatment of pancreas pseudocyst, complicated by a compression the adjacent organs are complementary, with big enough range of diagnostic and medical possibilities.

Key words: *pancreas pseudocyst, compression, adjacent organs, internal drainage.*