**ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ГОСТРИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

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

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Харківський національний медичний університет МОЗ України

**ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

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

Национальний институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины

**TREATMENT OF COMPLICATIONS OF ACUTE PANCREATIC PSEUDOCYSTS**

**V. М. Коpchak, I. А. Kryvoruchko, N. M. Honcharova**

National Institute of Surgery and Transplantology O.O. Shalimova National Academy of Medical Sciences of Ukraine Kharkov national medical university MH of Ukraine

***Резюме.*** Проаналізовано результати хірургічних втручань 70 хворих на ускладнені гострі псевдокісти підшлункової залози 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 черезшкірні методи дренування псевдокіст, з метою стабілізації загального стану хворого, змогою впливати на подальший розвиток сепсису та синдрому поліорганної недостатності. При неможливості їх застосування, пов’язаною з розвитком загрози життю хворого або незадовільних результатах лікування, виконували «відкриті» оперативні втручання. Летальність при ускладнених гострих псевдокістах ПЗ склала 1,2 %.

***Ключові слова: ускладнені гострі псевдокісти підшлункової залози, панкреонекроз, поліорганна дисфункція, хірургічне лікування.***

***Резюме.*** Проанализированы результаты хирургического лечения 70 больных осложненными острыми псевдокистами поджелудочной железы (ПЖ) в возрасте от 21 до 79 лет. При лечении пациентов использовали индивидуализированный лечебнодиагностический поход, который в первую очередь предусматривал ликвидацию осложнения с последующим лечением самой псевдокисты в отдаленном периоде. Преимущественно использовали черезкожные методы дренирования псевдокист с целью стабилизации общего состояния больного, возможностью влиять на дальнейшее развитие сепсиса и синдрома полиорганной дисфункции. При невозможности их использования, связанной с развитием угрозы жизни больного или неудовлетворительных результатах лечения, выполняли «открытые» оперативные вмешательства. Летальность при осложненных острых псевдокистах ПЖ составила 1,2 %.

***Ключевые слова: осложненные острые псевдокисты поджелудочной железы, панкреонекроз, полиорганная дисфункция, хирургическое лечение.***

***Summary.*** The results of surgery in 70 patients with complicated аcute pancreatic pseudocysts in age from 21 to 79 years were analyzed. For patients using an individualized medical - diagnostic campaign, which primarily was aimed at the elimination of complications following treatment with most of the pseudocyst in the longterm. In most cases, using percutaneous drainage for the purpose of the stabilization patient’s general well-being, the possibility of the influence on the development the sepsis and severe organ dysfunction. If found impossible using this minimally invasive methods, and only when it is impossible to use them, or the development of complications after surgery, or results are unsatisfactory, performed “open” surgery. Mortality in complicated acute pseudocysts was 1,2 %.

***Key words: complicated acute pancreatic pseudocysts, pancreatic necrosis, severe organ dysfunction, surgical treatment.***

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Останнім часом спостерігається значне збільшення кількості хворих на псевдокісти (ПК) підшлункової залози (ПЗ), яке безпосередньо залежить від збільшення захворюваності населення гострим (ГП) чи хронічним панкреатитами (ХП) [1,3]. Незалежно від наявності в арсеналі хірургів великого спектру оперативних втручань, у пацієнтів із ПКПЗ все ж таки виникає велика кількість ускладнень, таких як перфорації, кровотечі з арозивних судин ПЗ, стиснення позапечінкових жовчних протоків, механічні жовтяниці, компресії суміжних органів, які є безпосередньою загрозою для життя [5,6]. При гострих ПКПЗ, які виникають внаслідок гострого тяжкого панкреонекрозу, з наявністю елементів деструкції тканини, рідких секвестрів та системної токсичності, перебіг хвороби ускладнюється таким станом як сепсис та синдромом системної поліорганної дисфункції [2,7]. Для визначення тактики хірургічного лікування хворих з гострими ПКПЗ, необхідно відрізняти їх від панкреонекрозу з парапанкреатичними рідинними скупченнями. Так, гострою ПКПЗ називають запальну кісту, яка сформувалася на тлі ГП, тоді як хронічна ПКПЗ здатна виникнути лише при ХП. Більш вірним, за нашою думкою, є розподіл ПКПЗ на гострі та хронічні в залежності від часу їх існування, щільності стінки та вірогідності спонтанної резолюції. Слід також розрізняти гострі пара панкреатичні (ППК) рідинні скупчення та гострі ПКПЗ. Гострим ППК рідинним скупченням слід вважати рідинне скупчення невірної форми, яке розташоване у оточуючих ПЗ анатомічних просторах (рідше у межах тканини ПЗ) та не має чіткої сформованої капсули. Гостра ПКПЗ – це ППК рідинне скупчення, навколо якого вже сформувалися тонкі фіброзна та грануляційна капсули [3,4].

Таким чином, збільшення кількості хворих з гострими ускладненими ПКПЗ, наявність великого різноманіття методик оперативних втручань, у тому числі і мініінвазивних, 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**

Проаналізовано результати оперативних втручань 70 хворих на гострі ускладнені ПКПЗ, 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., з них чоловіків – 78 %, жінок – 22%, віком від 21 до 79 років, у середньому 43,3±1,2 років. Усім пацієнтам виконували загально клінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, також використовували інструментальні методи: ультразвукове дослідження (УЗД), спіральну комп’ютерну томографію (СКТ) (з/без контрастування), ендоскопічну фіброгастродуоденоскопію (ЕФГДС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), магнітно-резонансну комп’ютерну томографію (МРТ), ангіографію, морфологічні методи дослідження (бактеріологічні, цитологічні, гістологічні, гістохімічні та імуногістохімічні). При виборі способу оперативного втручання звертали увагу на вік пацієнта, оцінку за шкалою APACHE II, час з моменту останнього нападу ГП, локалізацію ПКПЖ, вид ускладнення, а також ступінь дисфункції органу SOFA (Sequential Organ Failure Assessmen). 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. Всі пацієнти були розподілені за категоріями згідно ризику розриву ПКПЗ ASA.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Діагноз ГП встановлювали на основі особливостей клінічного перебігу (біль у верхніх відділах живота, лівому підребер’ї, яка періодично посилювалася після вживання їжі, нудота, блювання та гіперамілаземія), за шкалою Ranson  3 чи за шкалою APACHE II  8. Діагноз гострої ПКПЗ встановлювали на підставі додаткових методів обстеження, у тому числі УЗД та СКТ, при наявності рідинного скупчення у ПЗ, оточеного добре обмеженою стінкою, пов’язаною з панкреатичним паренхіматозним некрозом, існуючим не менш ніж 4 тижні від провокуючого епізоду ГП. Гостра ПКПЗ визначалась, як ускладнена, при наявності інфікування, перфорації, кровотечі, жовтяниці, компресії органів травного каналу (ТК). Наявність інфікування ПКПЗ підтверджувалась бактеріологічним дослідженням культури, яку брали під час хірургічного втручання чи черезшкірному дренуванні при пункції ПКПЗ під контролем УЗД. Розрив ПКПЗ з витіканням кістозного вмісту у черевну порожнину був діагностований початком гострого болю, за допомогою УЗД та/чи СКТ (наявністю вільної рідини у черевній порожнині у пацієнта з раніш знайденою ПКПЗ), а також виникненням перитонеальних симптомів. Перфорація ПКПЗ з витіканням її вмісту у ТК визначалась як дренування у порожнинний орган та підтверджувалась ЕФГДС, ЕРХПГ, рентгенологічним дослідженням ТК чи під час хірургічного втручання. Кровотеча у порожнину ПКПЗ визначалась при УЗД, чи інтраопераційно при наявності гемолізованої та/ чи підтікання свіжої крові. Механічна жовтяниця визначалась при підвищенні рівнів загального білірубіну та його фракцій, а також при УЗД, СКТ чи інтраопераційно. Наявність компресії органів ТК ПКПЗ визначалась на підставі проявів диспепсичного синдрому у хворого, а також за даними ЕФГДС, ЕРХПГ, рентгенологічного дослідження ТК чи під час операції. Середні розміри ПКПЗ були у межах 10,28 см (від 6 до 18 см), середні значення ступеня тяжкості за шкалою APACHE II у межах 5,5. Ускладнені гострі ПКПЗ на тлі гострого панкреонекрозу виявлені у 12 (17,2 %) пацієнтів. Гострі ПКПЗ з нагноєнням спостерігались у 31 (44,3 %) хворих, кровотечі у порожнину ПКПЗ у 13 (18,6 %), перфорації ПКПЗ з розвитком перитоніту у 8 (11,4 %), нагноєння + кровотечі у порожнину ПКПЗ у 3 (4,3 %), механічна жовтяниця у 8 (11,4%), стиснення шлунка чи дванадцятипалої кишки (ДПК) у 7 (10 %).

Пацієнтам із гострими ПКПЗ, розмірами більш ніж 6 см

у діаметрі, які існували більш ніж 6 тижнів після перенесеного ГП, було показана лапаротомія, марсупіалізація ПК чи формування цистоентероанастомозу. Для лікування хворих із ускладненими гострими ПКПЗ нами був запропонований наступний алгоритм. У хворих з дисфункцією органу (SOFA  8) та/чи з підвищеним хірургічним ризиком ASA IV (American Society of Anesthesiologist) з метою вичікувальної тактики виконували черезшкірне або ендоскопічне дренування ПКПЗ. Цей підхід було розроблено для управління сепсисом чи покращення загального стану пацієнта, необхідного для подальшого використання відкритих втручань на ПЗ. Пацієнтам з симптомами гострого живота, підтвердженими при УЗД та/чи СКТ, розривами ПКПЗ та витіканням їх вмісту до черевної порожнини, виконували черешкірне дренування, з метою формування зовнішньої панкреатичної нориці. Хворим із ПКПЗ без поліорганної недостатності чи помірною дисфункцією органу (SOFA від 3 до 8), а також пацієнтам, які могли перенести хірургічні ризики, виконували лапаротомію з хірургічною обробкою порожнини кісти, а в подальшому, при сформуванні стінок  формування цистоентероанастомозів. Хворим із ПКПЗ з тонкими стінками виконували зовнішнє дренування їх порожнин із додатковою тампонадою великим чіпцем.

У хворих із гострими ПКПЗ, ускладненими механічною жовтяницею, у 6 випадках виконана їх пункція під контролем УЗД, з метою декомпресії позапечінкових жовчних протоків, з них у 2 пацієнтів після зниження рівня загального білірубіну у сироватці крові та стабілізації загального стану виконано цистопанкреатоентеростомію. У 2 хворих з гострими ПКПЗ, ускладненими механічною жовтяницею, накладено цистопанкреатоентероанастомоз (ЦПЕА) без попередньої пункції ПК під контролем УЗД.

У 5 пацієнтів із гострими ПКПЗ, стискаючими шлунок чи ДПК, виконували пункції ПКПЗ під контролем УЗД, з них у 2 хворих, при неефективності пункцій, під контролем УЗД встановлювали дренаж до порожнини ПК за типом «pig tail». У 2 пацієнтів без дисфункції органу (SOFA<3) чи з помірною дисфункцією органу (SOFA від 3 до 8) виконували лапаротомію з хірургічною обробкою порожнини ПКПЗ з наступним формуванням ЦПЕА.

У 15 хворих із інфікованими ПКПЗ виконували їх пункції під контролем УЗД, з них 2 пацієнтам, при неефективності пункції, виконували зовнішнє дренування ПКПЗ під контролем УЗД з встановленням дренажу за типом «pig tail» до їх порожнини, у 1 хворого накладено ЦПЕА. У 9 пацієнтів з обмеженим панкреонекрозом та наявністю гострої ПКПЗ з нагноєнням операція включала зовнішнє дренування ПК з наступним ушиванням черевної порожнини, у тому числі у 2 хворих дренування супроводжувалось тампонадою порожнини ПК великим чіпцем за методикою клініки. У 1 пацієнта з поширеним панкреонекрозом та інфікованою ПКПЗ виконана лапаротомія з наступним зовнішнім дренуванням порожнини ПК та її біологічною тампонадою великим чіпцем за методикою клініки з формуванням оментобурсостоми. У 5 хворих виконана панкреатонекрсеквестректомія, з них у 2 пацієнтів операція завершена формуванням оментобурсостоми. У 1 хворого з панкреонекрозом, інфікованою ПКПЗ та розповсюдженим перитонітом операцію завершено санацією та дренуванням черевної порожнини з формуванням оментобурсостоми.

При розривах ПКПЗ з витіканням їх вмісту до черевної порожнини та розвитком перитоніту у 4 хворих виконували санаційні лапаротомії з наступним формуванням оментобурсостоми. У 2 пацієнтів з наявністю тотального панкреонекрозу при розривах гострих ПКПЗ виконували панкреатонекрсеквестректомію з наступним лаважом черевної порожнини. У 5 хворих з розривами ПКПЗ та розповсюдженим перитонітом виконували лапаротомію, зовнішнє дренування ПК, санацію та дренування черевної порожнини за Петровим, у тому числі у 1 хворого зовнішнє дренування ПК було доповнено біологічною тампонадою її порожнини великим чіпцем. У 1 пацієнта виконували черезшкірне дренування ПКПЗ під контролем УЗД, після стабілізації загального стану, з наступною лапаротомією, санацією та дренуванням черевної порожнини.

При кровотечах у порожнину ПКПЗ у 7 пацієнтів виконані пункції ПК під контролем УЗД, у 2 хворих із наступною агіографічною емболізацією селезінкової артерії. У 2 пацієнтів із тотальним панкреонекрозом та кровотечею у порожнину ПКПЗ виконані лапаротомії з некрсеквестректомією та біологічною тампонадою порожнини ПК великим чіпцем та формуванням оментобурсостоми. У 1 хворого з множинними ПКПЗ з перфорацією, розповсюдженим перитонітом, та рецидивом кровотечі з арозивних судин ПК, виконана «примусова» гастропакреатодуоденектомія з зовнішнім дренуванням головної панкреатичної протоки та загальної жовчної протоки та дренуванням черевної порожнини за Петровим. Після стабілізації стану хворого, у якості другого етапу виконана релапаротомія, панкреатоентеростомія та холедохоентеростомія на «загублених» дренажах, лаваж, дренування черевної порожнини за Петровим.

Летальність при ускладнених гострих ПКПЗ склала 1,2%. До смерті хворих призвели тяжкий перебіг сепсису та розвиток синдрому поліорганної недостатності, а також рецидиви кровотеч із арозивних судин ПЗ.

**Висновки**

Гострі ПКПЗ, які виникають після нападів ГП, потребують особливої уваги до їх діагностики та лікування. У хворих з гострими ускладненими ПКПЗ та поліорганною недостатністю, черезшкірне дренування виконується з метою вичікувальної тактики, для полегшення загального стану хворого та перебігу сепсису. Виконання радикальних оперативних втручань на ПЗ залежить від тяжкості стану пацієнтів, розповсюдженості панкреонекрозу та його вираженості.

**Література**

1. Дибиров М.Д. Острые жидкостные скопления у больных острым панкреатитом. Алгоритм диагностики и лечения / Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С., Шамин А.И.,
2. Агафонов В.А, Титова Е.А., Эльдерханов М.М. // Сб. тезисов XVII международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – 2010. – С. 37.
3. Копчак В. М. Особенности диагностики и хирургической тактики при кистозных опухолях поджелудочной железы / Копчак В. М., Тодуров И. М., Ханенко В. В. // Клінічна хірургія. — 2006. — №

1 . – С. 26-29.

1. Нечитайло М.Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / Нечитайло М.Е., Снопок Ю.В., Булик И.И. – Киев: ЧАО «Полиграфкнига»,. 2012. – 544 с.
2. Русин В.І. Панкреатит і псевдокісти підшлункової залози / Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В. – Ужгород: ВЕТА – ЗАКАРПАТТЯ, 2006. – 204 с.

The management of cystic lesions of the pancreas / Alien P. J., Brennan M.E. // Adv. Surg. – 2007. – №41. – P. 211 -228.

1. Cannon J. W. Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts : what is the evidence? / Cannon J. W., Callery M. P., Vollmer Jr. C. M. // Journal of the American College of Surgeons. – 2009. – Vol. 209, №3. – Р. 385 – 393.
2. Nealon W. H. Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage) / Nealon W. H., Walser Е. //Annals of Surgery. – 2002. – Vol. 235 , № 6. – Р. 751 – 758.

Надійшла 01.07.2014 року.